

O Boletim de Conjuntura (BOCA) publica ensaios, artigos de revisão, artigos teóricos e empíricos, resenhas e vídeos relacionados às temáticas de políticas públicas.

O periódico tem como escopo a publicação de trabalhos inéditos e originais, nacionais ou internacionais que versem sobre Políticas Públicas, resultantes de pesquisas científicas e reflexões teóricas e empíricas.

Esta revista oferece acesso livre imediato ao seu conteúdo, seguindo o princípio de que disponibilizar gratuitamente o conhecimento científico ao público proporciona maior democratização mundial do conhecimento.



BOLETIM DE CONJUNTURA

BOCA

Ano VII | Volume 21 | Nº 63 | Boa Vista | 2025

<http://www.ioles.com.br/boca>

ISSN: 2675-1488

<https://doi.org/10.5281/zenodo.15066967>



A PERCEPÇÃO FAMILIAR SOBRE O PAPEL DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO NAS REINTERNAÇÕES DE PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS GRAVES

José Evandro Silva Soares¹

Denise Martin Coviello²

Resumo

O presente estudo qualitativo investiga a percepção dos familiares sobre o papel do hospital psiquiátrico nas reinternações de pacientes com transtornos mentais graves, analisando as razões que levam as famílias a recorrer à hospitalização mesmo em um cenário de desinstitucionalização. A pesquisa foi realizada em um hospital psiquiátrico de Campina Grande, PB, e contou com 30 familiares de pacientes com histórico de múltiplas reinternações. Foram conduzidas entrevistas semiestruturadas e observações etnográficas durante visitas familiares ao hospital. A análise dos dados foi realizada por meio da técnica de análise de conteúdo, identificando padrões e categorias temáticas. Os resultados indicam que os familiares veem o hospital psiquiátrico como um refúgio seguro durante as crises dos pacientes, aliviando a sobrecarga do cuidado domiciliar. A dificuldade em gerenciar o cuidado do paciente fora do hospital, somada à insuficiência da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), faz com que a reinternação seja vista como uma solução inevitável. Além disso, a falta de preparo para lidar com as crises, a escassez de suporte contínuo e as limitações econômicas dificultam o cuidado familiar. O estudo evidencia que, apesar das políticas de desinstitucionalização, o hospital psiquiátrico permanece como uma escolha recorrente devido à fragilidade do suporte domiciliar e comunitário, perpetuando o ciclo de reinternações. As contribuições do estudo apontam para a necessidade de fortalecer a rede de atenção psicossocial, capacitar familiares e fornecer um suporte contínuo que reduza a dependência hospitalar.

Palavras-chave: Desinstitucionalização; Percepção Familiar; Reinternações Psiquiátricas; Transtornos Mentais Graves.

Abstract

This qualitative study investigates the perceptions of family members regarding the role of psychiatric hospitals in the readmissions of patients with severe mental disorders, analyzing the reasons why families continue to rely on hospitalization despite deinstitutionalization policies. The research was conducted at a psychiatric hospital in Campina Grande, PB, involving 30 family members of patients with a history of multiple readmissions. Semi-structured interviews and ethnographic observations were conducted during family visits to the hospital. Data analysis was performed using content analysis techniques, identifying patterns and thematic categories. The results indicate that family members perceive psychiatric hospitals as a safe haven during patient crises, alleviating the burden of home care. The difficulty in managing patient care outside the hospital, combined with the inadequacy of the Psychosocial Care Network (RAPS), makes readmission an inevitable solution. Additionally, the lack of preparation to handle crises, insufficient continuous support, and economic constraints further complicate family care. The study reveals that despite deinstitutionalization policies, psychiatric hospitals remain a frequent choice due to the fragility of home and community support, perpetuating the cycle of readmissions. The study's contributions highlight the need to strengthen the psychosocial care network, provide training for family caregivers, and establish continuous support to reduce hospital dependency.

Keywords: Deinstitutionalization; Family Perception; Psychiatric Readmissions; Severe Mental Disorders.

¹ Enfermeiro do Hospital Regional de Trauma Dom Luiz Gonzaga. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Católica de Santos (UNISANTOS). E-mail: profuepb.2017@gmail.com

² Professora da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Doutora em Ciências Sociais pela Universidade de São Paulo (USP). E-mail: denise.martin@unifesp.br



INTRODUÇÃO

As reinternações de pacientes com transtornos mentais graves representam um desafio contínuo para o sistema de saúde mental e afetam diretamente as famílias envolvidas. A reincidência dessas internações, frequentemente observada em hospitais psiquiátricos, pode ser atribuída tanto à gravidade dos transtornos quanto à dificuldade enfrentada pelas famílias em lidar com os pacientes fora do ambiente hospitalar. O papel do hospital psiquiátrico, embora inicialmente proposto como uma solução temporária, é frequentemente percebido como um local de descanso e segurança, conforto às famílias sobrecarregadas. Essa percepção, entretanto, levanta questões sobre a eficácia das intervenções fora do ambiente hospitalar e a capacidade das redes de apoio para sustentar o cuidado no domicílio a longo prazo.

A justificativa para o presente estudo está ancorada na necessidade de compreender melhor as razões pelas quais os familiares veem o hospital como uma solução preferencial para crises, apesar das políticas de desinstitucionalização. O aumento no número de reinternações oferecidas nos últimos anos sugere que há uma lacuna significativa entre os serviços oferecidos pela rede de saúde mental e as reais necessidades das famílias e pacientes. Assim, o estudo se propõe a explorar de maneira crítica as percepções familiares, buscando entender como o hospital psiquiátrico se insere no manejo do transtorno mental grave e nas decisões de reinternação.

O problema central que orienta este estudo é a persistência das reinternações, particularmente em função da sobrecarga familiar e da dificuldade em administrar o cuidado domiciliar de pacientes com transtornos mentais graves. A visão das famílias em relação à internação e ao retorno desses pacientes ao ambiente doméstico revela uma tensão entre o desejo de aliviar o fardo do cuidado e a necessidade de manter o paciente em casa. A falta de preparo e de suporte adequado após a alta hospitalar também emerge como um fator crítico que justifica novas internações, mesmo diante do esforço de tratamento ambulatorial.

Conceitualmente, este estudo parte da premissa de que as reinternações psiquiátricas não devem ser vistas apenas como um fracasso do tratamento clínico, mas também como um reflexo da dinâmica familiar e social. O entendimento das percepções familiares sobre o hospital psiquiátrico deve ser aprofundado, levando em conta o impacto emocional, financeiro e social que a reinternação causa no núcleo familiar. O marco conceitual deste estudo sustenta que as internações reiteradas são frequentemente uma resposta à falta de alternativas robustas no cuidado domiciliar e na rede de apoio, o que exige um olhar mais atento para o papel que o hospital desempenha nas vidas dessas famílias.



Metodologicamente, este estudo desenvolveu uma abordagem qualitativa, baseada em entrevistas com familiares de pacientes reinternados, além de observações etnográficas durante visitas a hospitais psiquiátricos. A análise dos dados foi orientada pela busca de padrões nas percepções dos familiares sobre o processo de internação e alta, e como esses eventos moldam a forma como eles lidam com o transtorno mental grave no ambiente familiar. Essa abordagem permite uma análise aprofundada das narrativas familiares, destacando os desafios e as percepções que influenciam o ciclo de reinternações.

REFERENCIAL TEÓRICO

As reinternações de pacientes com transtornos mentais graves são eventos recorrentes que afetam significativamente tanto os pacientes quanto seus familiares, exigindo uma análise cuidadosa das causas e das intervenções que podem mitigar esses episódios. O referencial teórico a seguir explora a evolução das políticas de saúde mental, com ênfase na transição do modelo manicomial para a desinstitucionalização, e o papel do hospital psiquiátrico ao longo desse processo. Também discute a importância do envolvimento familiar e da rede de apoio na gestão do cuidado domiciliário, destacando as principais causas que levam à reinternação e a necessidade de uma abordagem mais estruturada e colaborativa entre os serviços de saúde mental.

Doença mental e impacto social

O entendimento de saúde e doença é compreendido como um processo que está diretamente ligado às situações singulares e complexas da existência humana, sendo dinâmico, contraditório e marcado por poucas certezas. Esse entendimento envolve biografias, culturas e indivíduos concretos, com suas trajetórias e subjetividades. Para além dos sintomas e das medidas padronizadas, e de qualquer concepção teórica isolada, compreender o doente mental e sua família no contexto em que estão inseridos pode ser o caminho para conduzir o tratamento de maneira mais eficaz (ALCÂNTARA *et al.*, 2022).

As doenças mentais são caracterizadas por condições de anormalidade ou comprometimento de ordem psicológica, mental ou cognitiva, levando o indivíduo a uma desorganização psíquica. Esse quadro pode acarretar complicações de natureza biológica, clínica e social (GIACOMINI; RIZZOTTO, 2022). Assim, a manifestação da doença mental se dá através de sinais e sintomas que impactam significativamente a vida do doente e de seus familiares.



As consequências dessas doenças se refletem nos sintomas e nos agravamentos que afetam tanto o indivíduo quanto sua família e a sociedade em geral. Muitas vezes, isso resulta em exclusão social do doente mental. A discriminação relacionada às doenças mentais também interfere na participação socio-ocupacional das pessoas em sofrimento psíquico, mesmo quando elas possuem capacidade para o trabalho (CHAVES *et al.*, 2023).

Amarante (1996) destaca que, na antiguidade, as pessoas com transtornos mentais eram ora tratadas como portadoras de uma verdade transcendental da natureza humana, ora excluídas da categoria de "ser humano". Esse tratamento reflete a pré-história da psiquiatria, em um estado teológico ou metafísico, quando ainda não existiam os recursos para o efetivo reconhecimento das doenças mentais. Fragmentos dessa história ainda reverberam no modelo de tratamento psiquiátrico atual, perpetuando preconceitos, estigmas sociais e uma abordagem de cuidado que ainda carrega traços do sistema manicomial (SANTOS *et al.*, 2025).

Somente será possível transformar a maneira como o estigma da doença mental é tratado quando houver um entendimento mais amplo e global sobre a doença, aliado a um cuidado integral e humanizado ao doente mental. Isso implica repensar não apenas a percepção sobre a doença, mas também o modelo de tratamento e a forma como a sociedade lida com o sofrimento psíquico (ALCÂNTARA *et al.*, 2022).

Para Giacomini e Rizzotto (2022), entre os agravamentos provocados pela doença mental, os conflitos familiares são um dos fatores mais marcantes. Esses conflitos afetam não apenas o doente mental, mas também todos ao seu redor, resultando em uma dependência do paciente em relação aos cuidados prestados pelos familiares, além de reduzir sua interação social. Compreender o doente mental e sua família dentro do contexto social em que estão inseridos é essencial para um processo de cuidado e tratamento mais eficaz.

O tratamento e as relações estabelecidas com pessoas com transtornos mentais historicamente têm sido permeados por conflitos, sofrimento físico e mental, exclusão social, isolamento e restrição de direitos (CHAVES *et al.*, 2023). A doença mental surge como uma barreira que dificulta o contato do indivíduo com o ambiente social, levando à exclusão, à alienação, e privando-o da liberdade e do convívio com outras pessoas. Esses autores apontam que a doença mental desencadeia conflitos tanto no ambiente familiar quanto no social, dificultando a construção de relações e provocando o isolamento e a segregação do indivíduo (CHAVES *et al.*, 2023; SANTOS *et al.*, 2025).

Os recursos terapêuticos para o tratamento de pessoas com transtornos mentais representam um sério problema de saúde pública, dada a alta prevalência dessas doenças e o impacto significativo que têm na vida dos doentes e de suas famílias. Em relação aos impactos econômicos dos tratamentos



psiquiátricos, destacam-se os gastos com políticas públicas, perdas de produtividade e até mesmo o comprometimento da renda familiar. O status socioeconômico do indivíduo também é um fator determinante na progressão dos transtornos mentais (KRUG *et al.*, 2024).

A eficácia da terapêutica em saúde mental também depende das condições sociais do indivíduo e de seu acesso aos serviços de saúde, como a oferta adequada de medicações, o apoio familiar e o cuidado contínuo. Esses fatores podem influenciar diretamente a necessidade de internação, especialmente em populações mais vulneráveis. Portanto, o sucesso do tratamento está fortemente ligado ao contexto social e econômico do paciente, bem como à existência de uma rede de suporte eficaz (PEREIRA *et al.*, 2024).

Entre os transtornos mentais mais frequentes nos hospitais psiquiátricos, a esquizofrenia destaca-se como um dos diagnósticos mais comuns. O impacto social e econômico da esquizofrenia é elevado, afetando pessoas de ambos os sexos e de diversas culturas, o que gera uma sobrecarga significativa para o paciente, sua família e a comunidade (ATZ; HEMOS, 2024).

A esquizofrenia é classificada como um Transtorno Mental Grave (TMG), enquadrando-se na categoria das psicoses. Suas principais características incluem isolamento social, poucos vínculos afetivos, medo de enfrentar a realidade, além de delírios e alucinações. Esses sintomas comprometem profundamente a vida social dos pacientes e suas Atividades da Vida Diária (AVD), como preparar sua própria comida, cuidar da higiene pessoal, manter a concentração no trabalho ou até mesmo dirigir um veículo (KRUG *et al.*, 2024).

Historicamente, o cuidado aos doentes mentais estava restrito ao ambiente manicomial, sob a gestão da psiquiatria, o que resultava na retirada do paciente do seu contexto familiar e social. Esse afastamento era visto como uma forma de aliviar a sobrecarga da família e de retirar o doente de um ambiente considerado adoecedor. Além disso, o doente mental era frequentemente visto como um perigo social, justificando o seu isolamento (PEREIRA *et al.*, 2024).

Atualmente, estamos em um período de transformações intensas na assistência à saúde mental, com uma priorização da atenção comunitária em detrimento do modelo centrado em hospitais. Com essas mudanças, a responsabilidade pelo cuidado dos pacientes com transtornos mentais passou a recair em grande parte sobre a família, embora, em muitos casos, os familiares não se sintam devidamente preparados para essa tarefa. Nesse processo, as relações entre os familiares e os pacientes, especialmente no que se refere ao cuidado, também foram impactadas pelas mudanças do mundo contemporâneo (ARAÚJO; CAMARGO FREIRE, 2024).

As mudanças na Política Nacional de Saúde Mental em 2001 enfatizaram que o isolamento e a segregação dos doentes mentais em instituições de internação não promovem a reabilitação. Ao



contrário, o cuidado pode ser proporcionado no ambiente comunitário, com o apoio de uma rede de assistência que colabora com a família nesse processo (BRASIL, 2001). Entretanto, tornar a família corresponsável pelo tratamento do parente com doença mental é um desafio que requer atenção, orientação e suporte. A família, assim como o cuidador principal, precisa de apoio para lidar com os desconfortos e dificuldades que podem surgir nas relações familiares durante o processo de cuidado (CAMPOS, 2024).

As relações familiares e a doença mental

O grupo familiar é amplamente considerado o alicerce mais sólido da ordem social, constituindo a base do sistema social e sendo uma instituição criada pelos seres humanos para atender às necessidades sociais e regular a conduta de seus membros (DUARTE *et al.*, 2024). No contexto da saúde mental, as famílias desempenham um papel essencial no cuidado comunitário das pessoas com transtornos mentais, agora compartilhando essa responsabilidade com os serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos. Anteriormente, esse cuidado era quase exclusivamente prestado pelos manicômios (PEREIRA *et al.*, 2024a).

Quando um membro da família desenvolve uma doença mental, a família enfrenta não apenas o estigma social, mas também preconceitos que ela própria pode internalizar, muitas vezes acreditando que o isolamento é a melhor solução. Os estudos mostram que os cuidadores frequentemente enfrentam uma sobrecarga objetiva, gerada pelas dificuldades de lidar com as crises e com os comportamentos autolesivos dos familiares afetados (DUARTE *et al.*, 2024)

Essas famílias, portanto, se veem obrigadas a assumir a responsabilidade pelo cuidado dos doentes mentais, tanto emocionalmente, ao lidar com o estigma, discriminação, privação de vida social e estresse causado por comportamentos perturbadores e pela disrupção da rotina doméstica, quanto financeiramente, arcando com os custos do tratamento. A reforma psiquiátrica, embora tenha sido um avanço, também trouxe inúmeros desafios, sendo um dos principais a inclusão da família no processo contínuo de tratamento e sua integração à demanda de cuidados (PEREIRA-DA-SILVA, 2024).

Atualmente, a família é a principal responsável por cuidar e acompanhar o tratamento dos pacientes junto aos serviços de saúde mental, convivendo diretamente com aqueles que antes eram excluídos do convívio familiar e social. No entanto, muitas famílias relatam não se sentirem preparadas para desempenhar o papel de cuidador e necessitam de apoio para proporcionar o cuidado integral necessário. Esse cenário se agrava em casos de doenças de longa duração, marcadas por várias recaídas e manifestações de crises, o que resulta em sobrecarga física, emocional, econômica e social, alterando



profundamente a rotina familiar e comprometendo a saúde e a vida social dos membros da família (MENDES *et al.*, 2024).

O convívio do doente mental ocorre majoritariamente no ambiente familiar, onde a família assume as maiores responsabilidades. Esse envolvimento resulta em alterações significativas na rotina familiar, aumento de despesas financeiras e uma série de outras preocupações. A carga emocional imposta à família é considerável, e eles se tornam a entidade com maior proximidade e compreensão do doente mental, absorvendo informações complexas e lidando com o desafio de cuidar (PEREIRA *et al.*, 2024a).

A busca da família por compreensão da doença mental vai além dos aspectos biológicos ou psicológicos, estendendo-se a elementos como religião, cultura e nível de escolaridade. Muitas vezes, os familiares subestimam a gravidade da doença, acreditando, em alguns casos, em uma possível remissão espontânea (VIEIRA *et al.*, 2024).

Dada essa complexidade, torna-se essencial entender a visão dos familiares sobre a convivência com o doente mental, especialmente em relação às experiências de internações e reinternações. Em muitos casos, os familiares relutam em aceitar o retorno do paciente ao lar após a alta hospitalar, temendo tanto pela suposta periculosidade do doente quanto pelo esforço emocional e físico que o cuidado contínuo exige, além de sentimentos negativos associados a experiências anteriores (MENDES *et al.*, 2024).

A reinternação em hospital psiquiátrico

A literatura aborda de maneira crítica o processo de reinternação de doentes mentais em hospitais psiquiátricos, analisando o contexto social e as dinâmicas familiares envolvidas no fenômeno das idas e vindas desses pacientes. Batista e Oliveira (2005) destacam que, após a alta hospitalar, a reinserção social dos doentes mentais é fragilizada, com muitos enfrentando uma vida marcada pelo isolamento, confinamento em seus domicílios ou por novas internações hospitalares. Essa condição evidencia a dificuldade de reintegração plena ao convívio social (DUARTE *et al.*, 2024).

Um estudo realizado em Belo Horizonte, entre 2002 e 2011, sobre as internações em um hospital psiquiátrico público, apontou uma redução no número total de atendimentos, mas também um aumento nas internações com menor tempo de permanência e a manutenção de altas taxas de reinternação. Em outra pesquisa, foi relatado que 62,5% dos pacientes admitidos haviam sido internados anteriormente, sendo 33,3% deles diagnosticados com esquizofrenia. Os autores ressaltam que a internação em hospital psiquiátrico durante crises é necessária, especialmente em casos de transtornos mentais graves e severos



(VIEIRA *et al.*, 2024).

No que se refere às avaliações das internações de pessoas com transtornos mentais, diversos autores indicam uma baixa rotatividade dos leitos psiquiátricos, manifestando preocupação com a reinternação e questionando a efetividade e a resolutividade da rede de atenção à saúde mental. O fenômeno da "porta giratória dos hospitais psiquiátricos" reflete a frequente entrada e saída dos pacientes, que ocupam os leitos com maior frequência em períodos curtos de tempo. Esse ciclo reforça a necessidade de compreender a complexidade das reinternações e de analisar as relações familiares desses pacientes (DUARTE *et al.*, 2024b).

A literatura nacional faz críticas contundentes sobre o cuidado e tratamento oferecidos aos pacientes em hospitais psiquiátricos. As críticas se voltam para a assistência, destacando que muitos desses ambientes institucionais não são terapêuticos, oferecendo tratamentos desumanizados e desprovidos de dignidade. Cenas chocantes são relatadas, ilustrando a problemática que envolve esses locais. As longas internações, somadas ao distanciamento das relações familiares, tornam o retorno de pacientes esquizofrênicos ao convívio social ainda mais desafiador (PEREIRA *et al.*, 2024a).

Segundo o modelo de cuidado proposto pela reforma psiquiátrica visava a reinserção social e o cuidado comunitário dos pacientes. No entanto, os autores destacam que há um número elevado de retornos às internações em hospitais psiquiátricos, indicando uma fragilidade na continuidade do cuidado, especialmente no que se refere à atuação dos dispositivos de saúde no território. Essa falta de suporte adequado impede a plena implementação do modelo de atenção comunitária.

O desgaste nas relações entre os doentes mentais e seus familiares, frequentemente marcadas por conflitos, muitas vezes culmina em internações hospitalares. A incapacidade de lidar com o sofrimento e as dificuldades de convivência levam as famílias a buscar nos serviços de atenção psicossocial a internação como uma alternativa. Esse distanciamento temporário é visto como uma forma de aliviar tanto o sofrimento do doente quanto o desgaste emocional dos familiares, embora acabe por aumentar o isolamento social e familiar do paciente (COVELO *et al.*, 2005).

As famílias também são impactadas pelas concepções que permeiam o imaginário social sobre a loucura, especialmente no que diz respeito à periculosidade e à incapacidade, que são frequentemente associadas ao doente mental. Nesse cenário, a institucionalização é percebida como a única solução possível. Contudo, quando os familiares recebem apoio e participam de espaços de mobilização coletiva, são capazes de produzir mudanças significativas tanto em suas próprias vidas quanto nas vidas de seus entes queridos em sofrimento (KINKER *et al.*, 2010; ROSOLEM, 2016).

As recorrentes hospitalizações dos pacientes não se devem apenas à gravidade de sua condição clínica, mas também à falta de suporte familiar e social, baixa adesão ao tratamento, falta de



medicamentos e conhecimento limitado sobre a doença, além do abandono do tratamento (CASTRO *et al.*, 2010; ZANATTA; SILVA, 2015). Em muitos casos, os familiares relutam em aceitar de volta ao lar seus filhos, irmãos ou pais com transtornos mentais, seja pelo medo de sua suposta periculosidade, pelo esforço emocional e físico que o cuidado exige, ou pelos sentimentos negativos oriundos de experiências passadas (MACEDO *et al.*, 2011).

Atualmente, há uma problemática relevante sob a perspectiva dos familiares que vivenciam a transformação do modelo assistencial psiquiátrico. No entanto, existe uma escassez de estudos que explorem as percepções e opiniões dos próprios pacientes quanto ao envolvimento familiar no contexto da desinstitucionalização psiquiátrica (MACHADO; SANTOS, 2012). Diante disso, torna-se essencial compreender a visão dos familiares na convivência com pessoas que enfrentam transtornos mentais, levando em consideração suas histórias de internações e reinternações (MACEDO *et al.*, 2011).

O fenômeno da reinternação em hospitais psiquiátricos apresenta um dos grandes desafios da Reforma Psiquiátrica, evidenciando a necessidade de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) efetiva e de caráter extra-hospitalar, que seja capaz de acolher a demanda e garantir um cuidado contínuo e de qualidade (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2011).

O modelo de cuidado proposto pela reforma psiquiátrica tinha como foco a reinserção social e o cuidado comunitário. No entanto, o elevado número de reinternações em hospitais psiquiátricos indica uma fragilidade na continuidade desse cuidado, especialmente no que se refere à eficácia dos dispositivos de saúde disponíveis no território (RAMOS *et al.*, 2011).

METODOLOGIA

Tipo de Estudo

Este estudo caracteriza-se como um estudo indutivo, além de ser de natureza qualitativa, adotando uma abordagem etnográfica que possibilita uma exploração detalhada e profunda das percepções e significados atribuídos pelos familiares em relação às reinternações de pacientes com transtornos mentais graves (MARTIN *et al.*, 2012). A opção por essa metodologia visa captar as nuances das vivências dos familiares, observando como eles experienciam e compreendem o processo de internação e reinternação psiquiátrica. Por meio da etnografia, o estudo busca não apenas documentar essas experiências, mas também interpretar os contextos sociais, culturais e emocionais que envolvem essas situações. Dessa forma, a pesquisa permite um mergulho profundo nas interações entre os



familiares, os pacientes e as instituições de saúde mental, proporcionando uma visão rica e multifacetada sobre o fenômeno.

Local da Pesquisa

A pesquisa foi realizada em um hospital psiquiátrico situado na cidade de Campina Grande, no estado da Paraíba (PB), uma instituição que se destaca como referência no tratamento de transtornos mentais graves na região. Esse local foi escolhido por sua importância no cenário regional, acolhendo pacientes de diversas partes do estado e sendo conhecido por receber casos de internações de médio e longo prazo. A escolha do hospital como campo de estudo possibilitou o contato direto com as dinâmicas institucionais e familiares envolvidas no processo de internação, proporcionando um ambiente propício para observar as interações entre familiares e o sistema de saúde mental.

Participantes

Os participantes do estudo foram familiares de pacientes com histórico de múltiplas reinternações nesse hospital psiquiátrico. A amostragem foi intencional, abrangendo entre 30 familiares que desempenham um papel ativo e direto no cuidado dos pacientes internados. Esses familiares, em sua maioria, são os principais responsáveis pelos pacientes e participam ativamente de todo o processo, desde o encaminhamento para a internação até o cuidado domiciliar após a alta hospitalar. O critério para a seleção dos participantes focou em garantir que suas experiências fossem diretamente relacionadas ao cuidado de pessoas com transtornos mentais graves, permitindo assim uma análise rica e detalhada sobre suas percepções e desafios.

Instrumentos e Procedimentos de Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada através de entrevistas semiestruturadas em profundidade com os familiares dos pacientes. As entrevistas foram desenhadas para abordar questões centrais, como a percepção dos familiares sobre o papel desempenhado pelo hospital psiquiátrico, as causas que eles associam às reinternações frequentes, os sentimentos em relação ao processo de internação, e as dificuldades encontradas para manter o cuidado do paciente no ambiente domiciliar após a alta. O roteiro das entrevistas foi elaborado de forma flexível, permitindo que os participantes compartilhassem



livremente suas histórias e experiências pessoais, enriquecendo o estudo com relatos subjetivos e experiências particulares.

Além das entrevistas, o estudo utilizou observações etnográficas realizadas durante as visitas dos familiares ao hospital. Essas observações focaram em documentar as interações entre os familiares e os pacientes, bem como os comportamentos e atitudes dos familiares em relação à instituição hospitalar. As observações forneceram uma perspectiva adicional sobre as dinâmicas familiares e institucionais, ajudando a construir um entendimento mais amplo e detalhado sobre o relacionamento dos familiares com o hospital psiquiátrico e o impacto das internações e reinternações.

Procedimento de Análise dos Dados

A análise dos dados seguiu a técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 2016), que permite a identificação de padrões e categorias temáticas a partir dos relatos dos entrevistados. As transcrições das entrevistas e os registros etnográficos foram examinados por meio de codificação aberta, axial e seletiva (CORBIN; STRAUSS, 2015), assegurando um processo sistemático de extração e interpretação dos dados.

A categorização emergente incluiu temas como: (i) percepção do hospital psiquiátrico como refúgio seguro, (ii) dificuldades no cuidado domiciliar, (iii) lacunas na rede de atenção psicossocial e (iv) fatores que motivam a reinternação psiquiátrica. Para garantir a confiabilidade da análise, utilizou-se triangulação de fontes, comparando as entrevistas, observações e literatura científica recente.

Perfil de Dados Primários e Secundários Utilizados

Dados primários: informações coletadas diretamente por meio de entrevistas com 30 familiares e observações etnográficas registradas durante visitas ao hospital psiquiátrico.

Dados secundários: revisão sistemática de literatura científica publicada nos últimos três anos (2021-2024), contemplando estudos internacionais que replicam os métodos empregados nesta pesquisa. Foram consultadas publicações indexadas no PubMed, Scopus e Web of Science, garantindo diversidade linguística e rigor acadêmico. Além disso, documentos institucionais e diretrizes de saúde mental da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Pan American Health Organization (PAHO) foram utilizados para embasar a análise.



Universo e Amostra

O universo do estudo compreende pacientes com transtornos mentais graves internados em um hospital psiquiátrico de Campina Grande, PB, e seus familiares responsáveis pelo cuidado contínuo.

A amostra final foi composta por 30 familiares diretamente envolvidos no processo de internação e reinternação dos pacientes. O critério de inclusão exigia que os participantes tivessem experiência recorrente com internações psiquiátricas, garantindo que suas percepções refletissem a realidade do fenômeno estudado.

Aspectos Éticos

Todos os participantes foram devidamente informados sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa antes de seu início. Para garantir a transparência e o respeito aos direitos dos participantes, todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assegurando que suas informações seriam tratadas com confidencialidade e anonimato. Além disso, o estudo foi submetido e aprovado por um comitê de ética da instituição responsável, cumprindo com todas as diretrizes éticas previstas para pesquisas que envolvem seres humanos. O cumprimento desses aspectos éticos foi fundamental para garantir a integridade da pesquisa e o respeito aos direitos e à dignidade dos participantes, preservando sua identidade e privacidade ao longo de todo o processo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A percepção da família sobre o adoecimento de seus familiares

Observei uma tendência em atribuir a causa do adoecimento mental a um fator desencadeante, justificando o surgimento da doença por meio de uma relação causal. No estudo de Martin *et al.* (2011), a percepção da doença, tanto no saber popular quanto no senso comum, associa a doença mental a essa causalidade, combinando elementos do conhecimento popular, folclórico e médico. Dessa maneira, a visão dos familiares em relação à doença mental se alinha à percepção geral da população e ao senso comum.

Neves *et al.* (2010) destacam a importância de compreender o indivíduo dentro de seu contexto cultural, considerando a relevância da língua, dos hábitos, dos costumes e das crenças na compreensão do doente mental no ambiente em que está inserido. De acordo com Palma *et al.* (2015), as alterações



perceptivas, pensamentos incoerentes e um vago sentimento de estranheza — denominado “humor delirante” — podem inicialmente não configurar um quadro psicótico completo, mas sua manifestação plena ocorre mais tarde, quando o esquizofrênico começa a demonstrar mudanças significativas no comportamento habitual. Essas alterações iniciais são muitas vezes confundidas com reações emocionais ou sociais. Nesse contexto, torna-se evidente a importância de uma abordagem socioassistencial no diagnóstico, ressaltando a necessidade de compreender as manifestações culturais da doença em diferentes sociedades.

Mesmo tendo o diagnóstico médico escrito, as participantes não conseguem descrever e/ou entender o problema existente, conforme demonstram as falas abaixo.

O problema dela está no papel, mas eu não sei ler. O médico quem disse o tipo de problema que ela tem (C-7).

Ele tinha um namoro, namorava com uma dona. Mas aí começaram a dizer que ela estava grávida de outro, aí eu acho que foi por causa disso. Ele já estava comprando as coisas da casa, e depois ele ficava rindo, só rindo. Ele era cuidadoso com ele, mas depois começou a não se cuidar (C-8).

Nas falas seguintes, os participantes foram interrogados sobre o problema do familiar internado, mostrando-se confusos ou mesmo ficando em dúvida do que de fato acomete o seu ente, ou seja, se existe uma doença ou loucura e se esta loucura seria uma doença.

101

(...) Eu não sei se isso é doença, não sei se isso é loucura. Sei lá... (C-9).

Dizem que foi pela Igreja, que ela frequentava muito a Igreja Universal. Foi mudando a mente dela, até ela ficar com transtorno.... Ela trabalhava, vendia roupas. Mas quando ela começou a frequentar a Igreja Universal, eles tiraram tudo dela, e ela começou a “perder o juízo (C-11).

A confusão do entendimento do processo de adoecimento, marcado em todas as falas, dificulta a compreensão da família se de fato existe uma doença, sendo perceptível quando interrogadas sobre o problema de saúde.

(...) Desde que eu era pequena, que ela se internava, que ela já tinha esse problema (C-11).

A mulher dele inventou que ele vinha para o médico tomar uma injeção, e largou ele lá em casa. Mas isso, deixa que ela já tinha outro. E quando meu irmão descobriu, ele enlouqueceu muito mais (C-12).

Quando a família recebe o diagnóstico de seu ente querido, percebe-se que há uma falta de entendimento sobre o real significado desse diagnóstico, o que dificulta a compreensão do que está realmente acontecendo. Isso também interfere na definição de estratégias adequadas para lidar com a



doença. Behenck *et al.* (2011) mencionam que as famílias geralmente não estão preparadas para lidar com esses eventos, uma vez que não recebem orientações suficientes sobre o prognóstico da doença. Segundo Xavier *et al.* (2012), o quadro de esquizofrenia é frequentemente confundido, em sua fase inicial, com comportamentos típicos da adolescência ou é atribuído a fatores emocionais e sociais característicos de jovens adultos.

Na fala seguinte, a participante expressa que o profissional médico falou do diagnóstico da doença do seu familiar, entretanto, não existe aceitação por parte da família.

Que o médico disse que ele tem Esquizofrenia, mas eu não sei se ele tem mesmo (C-13).

Em outras falas percebe-se evidências na tentativa de justificar a doença a um ato ocorrido na vida de cada um, sendo utilizados argumentos que tentam justificar o surgimento ou mesmo a não percepção das doenças. Estas justificativas geram comportamentos que refletem emoção e/ou angústia ao relatar tais acontecimentos.

(...) porque eu mesmo nunca atinei para saber que isso era doença (C-14).

(...) foi uma frustração que ela teve com um menino, que ela gostava desse menino, e o menino deu um fora nela (C-10).

A falta de aceitação da doença mental por parte dos familiares frequentemente torna o processo de cuidado mais desafiador, causando frustração e decepção pela ausência da tão esperada cura. Esse desapontamento pode levar os familiares a ignorarem outras possibilidades e potencialidades que ainda existem (ALCÂNTARA *et al.*, 2022).

Assim, se a 'doença' faz parte do sujeito e impacta a totalidade de sua vida, acreditamos que ela não o desloca completamente. Isso implica reconhecer que, mesmo em meio ao sofrimento psíquico, o indivíduo ainda apresenta saúde mental ou um potencial para alcançá-la, desde que não utilizemos 'métodos' de intervenção que dificultem ou até impeçam o seu desenvolvimento, sua singularidade subjetiva, e que não busquemos perseguir a racionalidade de uma normalidade plenamente restabelecida (CHAVES *et al.*, 2023).

No discurso descrito abaixo é possível perceber uma busca em justificar o adoecimento do familiar por acusações.

(...) Eu não sei direito, porque a mulher dele, e ele contam uma história de uns arames que ele comprou, mas um compadre dele saiu com uma história de que ele tinha roubado uns arames dele, e ele ficou aperreado com essa história, e depois ficou doido (C-13).



Segundo Giacomini e Rizzotto (2022), a falta de entendimento sobre como os transtornos mentais se manifestam e seus sintomas faz com que os familiares, muitas vezes, adotem uma postura de descrença, com um julgamento moralista sobre o que o doente mental está vivenciando. Isso leva à suposição de que o comportamento é resultado de “fingimento” ou “safadeza”. As autoras ressaltam que, em determinados momentos, o nível de consciência e a aparente estabilidade mental do paciente fazem com que os familiares duvidem da existência real da doença, contribuindo para a falta de compreensão do contexto em que o doente está inserido.

Chaves *et al.* (2023) e Santos *et al.* (2025) indicam que há uma percepção cultural acerca da doença mental, em que os familiares tendem a formular explicações baseadas em crenças populares, frequentemente expressas por frases como: “o problema dele é na cabeça”, “problema de nervo” ou “é os nervos fracos”. Essas expressões refletem a tentativa de interpretar a doença mental dentro dos modelos culturais disponíveis.

Embora os médicos se esforcem para explicar aos familiares a natureza da doença mental, muitas vezes esses familiares resistem à aceitação do transtorno, preferindo justificar o comportamento com base em eventos ocorridos na vida do paciente. Como resultado, as relações no contexto social acabam moldando a maneira como o cotidiano dos doentes mentais e de suas famílias é vivenciado.

Autonomia e relações sociais vivenciadas pelos doentes mentais na visão dos familiares

Os familiares relataram enfrentar grandes dificuldades ao lidar com os doentes mentais no ambiente domiciliar, observando um empobrecimento significativo das relações sociais e uma limitada capacidade de interação por parte dos pacientes. Essas dificuldades se manifestam não apenas na comunicação e nas relações interpessoais, mas também na execução de atividades básicas da vida diária, como o autocuidado. Além disso, a baixa escolaridade, que caracteriza a maioria dos doentes mentais incluídos no estudo, agrava ainda mais os desafios nas interações sociais e no campo cognitivo e emocional, dificultando a convivência e o entendimento mútuo com seus familiares.

Ela não faz nada em casa, nem conhece dinheiro, nem nada...A gente quem cuida dela, dá a comida; banho; remédio, que é mesmo que “dá água do pote”, porque não está servindo de nada (C-2).

(...) Ele trabalha em nada, só faz comer e dormir...Ele não aprendeu a fazer nada na escola, nem o nome dele aprendeu. Não aprendeu a fazer nada...tem hora que ele quer fazer as coisas, mas tem hora que ele só quer dormir. Tem as oficinas, tem os grupos no CAPS. Tem hora que ele quer assistir, mas tem hora que ele só quer dormir; só faz comer, e se deitar (C-3).



Vários autores indicam que o cuidado prestado pelos familiares aos doentes mentais passa por um processo de transformação que, de forma inesperada, gera mudanças abruptas, tais como o isolamento social, comportamentos autodestrutivos, agressividade e o desenvolvimento de hábitos inadequados de higiene. Como consequência, surgem sentimentos de ansiedade, raiva, culpa e medo entre os familiares. Verifica-se, assim, que as atividades básicas da vida diária dos doentes mentais ficam comprometidas, necessitando do apoio contínuo da família para assegurar a continuidade do cuidado, desde a administração correta da medicação até o suporte social (CHAVES *et al.*, 2023; SANTOS *et al.*, 2025). Segundo Pereira *et al.*, 2024, esse contexto provoca um desgaste significativo para os familiares, que se veem sobrecarregados pelas dificuldades cotidianas apresentadas pelos pacientes, como falar sozinho, dificuldade para dormir, interações sociais limitadas, instabilidade de humor e descuido com a higiene pessoal. Esses desafios acabam por afetar negativamente a estabilidade familiar que existia até o surgimento ou agravamento da doença.

Na fala abaixo o entrevistado descreve uma realidade marcada por poucas atividades laborais, assim como dificuldades no próprio cuidado corporal.

... Para ele tomar banho, eu tenho que deixar ele à vontade. Ele não sabe tomar banho. Para eu dá um banho nele, eu tenho que conquistar muito ele. Para eu dizer “vamos tomar um banho”, ele não vai. Ele veste cinco, seis roupas de uma vez, e quando chega em casa, é com a roupa dos outros (C-4).

104

Nos depoimentos, a falta de compreensão e o desconhecimento da doença por parte da família foram identificados como fatores que reforçam o preconceito, evidenciando a luta dos familiares em lidar com essas dificuldades. Amarante (1996) e Dell’Acqua (1992) destacam que comportamentos como inércia, estereotipia e distanciamento da realidade passam a ser interpretados como sintomas da doença mental. Esses comportamentos estão diretamente ligados à perda de contratualidade social, ao distanciamento do reconhecimento familiar e ao processo de dessocialização que acompanha o transtorno. Além disso, os sintomas característicos da doença mental muitas vezes conduzem, de forma involuntária, ao isolamento do paciente, o que dificulta sua reintegração social e agrava o ciclo de exclusão por parte da sociedade (ATZ; HEMOS, 2024).

Nas falas seguintes observa-se o pós-internação do doente mental, a baixa interação social.

Ela não gosta de amizade com ninguém. Quando ela chega dessa internação, ela se isola. Se ela falar, é com mãe. Até comigo, com a minha outra irmã e meu sobrinho, ela não fala. E ela fica muito agressiva (C-7).

É só fumando, fumando. Ele está bom, mas do nada ele fica agressivo.... Só é deitado. É da cama para a cozinha, tomando água e fumando. Tem dia que ele toma mais de um pacote de fumo de trevo (C-8).



Barros *et al.* (2012) destacam as dificuldades enfrentadas pelos doentes mentais no contexto social após longos períodos de internação psiquiátrica. Os autores mencionam a existência de um fenômeno de "autoexclusão," ligado ao estigma social e ao fardo de ser um egresso de internação psiquiátrica. Entre os principais sintomas observados estão o isolamento social, que está relacionado tanto à sintomatologia das doenças mentais graves quanto à rede social limitada desses indivíduos. Esses fatores não apenas dificultam a reinserção social, mas também contribuem para o empobrecimento das interações sociais.

Além disso, observa-se que a maioria dos familiares envolvidos no cuidado dos doentes mentais são as genitoras. Essas mulheres acabam, muitas vezes, abdicando de suas responsabilidades domésticas, empregos e vida social para se dedicarem ao cuidado dos filhos, o que evidencia o impacto significativo da doença mental na dinâmica familiar e na vida das cuidadoras.

Um aspecto relevante que merece destaque é o uso de medicamentos pelos doentes mentais, com os participantes mencionando os efeitos colaterais causados pelas medicações, como a redução da força física e a perda da capacidade laboral. Cardoso e Galera (2007) apontam que um dos principais motivos para o alto índice de abandono do tratamento medicamentoso está nos efeitos adversos causados pelos psicotrópicos. Entre os efeitos mais comuns estão a sonolência excessiva, a impotência sexual e a baixa autoestima, que afetam significativamente a qualidade de vida dos pacientes e contribuem para a interrupção do tratamento.

Em casa, quando ele sai daqui, dormi muito. Eu preciso acordar -Meu filho, acorde para almoçar.
- Meu filho, acorde para tomar o remédio. Quando ele termina, já é se deitando. É por causa do remédio (C-9).

As relações sociais da família também sofrem impacto, uma vez que os familiares frequentemente sentem vergonha ou cansaço em relação ao cuidado de seus entes queridos com transtornos mentais. Esse sentimento acaba por afastá-los de atividades sociais, como festas, eventos culturais, e até restringe visitas a amigos e parentes próximos. Nas falas dos participantes, é possível notar que a interação social dos doentes mentais é bastante limitada. Contudo, os familiares destacam que, apesar dessa dificuldade, muitos doentes demonstram um certo interesse e afeição pelas artes manuais, sugerindo uma possibilidade de expressão e conexão através dessas atividades.

Ele é calmo em casa, muito mal abri a boca, pouco menos diz um bom dia, ou boa noite. Ele não é de conversar, para comer é preciso a gente chamar para comer (C-12).

(...) Não, ele nunca namorou não... Ele fica fazendo os artesanatos dele (C-13).



A falta de compreensão sobre a doença, o apoio familiar inadequado, a exclusão social, o preconceito e a cultura de medicalização acabam por privar muitas pessoas de sua capacidade de trabalhar, de exercer atividades laborativas e até de preservar sua própria identidade (MELMAN, 2002). Observa-se que a dificuldade de interação social é considerável, uma vez que o desconhecimento sobre a doença mental por parte da sociedade faz com que tanto os pacientes quanto seus familiares se sintam retraídos. Eles sofrem com as atitudes e manifestações negativas das pessoas ao seu redor. Muitas vezes, enfrentam deboches, insultos e ridicularizações sobre a condição de seus entes queridos, evidenciando assim um baixo nível de conhecimento e sensibilidade por parte da população (CAMPOS, 2024).

De acordo com Araújo e Camargo Freire (2024), muitos transtornos mentais são caracterizados pela tendência ao isolamento e pela dificuldade em estabelecer vínculos afetivos e sociais. No entanto, as habilidades artísticas identificadas em alguns doentes mentais podem se tornar uma ferramenta crucial para a expressão de sua subjetividade. Essas habilidades artísticas não apenas favorecem o desejo dos pacientes de se sentirem úteis e capazes, mas também podem atuar como um meio importante para atividades geradoras de renda e, em muitos casos, servir como um veículo de reinserção social.

O olhar do familiar no lidar com a crise

O enfrentamento das crises dos doentes mentais leva os familiares a buscar ajuda na tentativa de obter suporte, frequentemente motivados pela incerteza sobre como agir ou lidar com a agressividade do paciente. Nos depoimentos, é possível perceber a presença de inúmeros conflitos, falta de recursos e sofrimento psíquico que resultam em agressões físicas e emocionais. Esses fatores muitas vezes culminam em internações e na desestabilização do ambiente familiar, criando um ciclo de tensão e desgaste contínuo.

(...) Aí a minha casinha é boa, toda na cerâmica, mas ele acabou com tudo. Não tenho uma porta, não tem uma cadeira, não tem nada, sabe? Ele jogava os troços lá de casa na rua, e o povo levava. Aí estou num beco sem saída.... Eu tenho medo. É que ele já me furou... Aí ele disse; desapareça, se dane, aí eu comecei a brigar com ele; aí ele jogou a sandália na minha cara, saiu me jogando no meio da rua à meia noite...O que trouxe ele aqui, foi porque ele estava muito agressivo, e o povo dizendo que ia matar ele. Aí pra eu não vê a morte dele, eu trouxe (C-1).

(..) Nessa internação, ele quebrou tudo no CAPS, agrediu a enfermeira, e o cuidador ligou para o Maia. Deu um murro no birô, que machucou a assistente social. Ele veio na ambulância do Município (C3).

Constata-se que, diante de crises agudas e graves em pacientes com transtornos mentais, mesmo aqueles acompanhados pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os familiares e as equipes de



saúde frequentemente encontram dificuldades para lidar com a situação, recorrendo à internação em hospitais psiquiátricos como alternativa. As agressões mencionadas pelos participantes durante as crises variam desde ofensas verbais até ataques físicos e psicológicos, resultando em um desgaste significativo nas relações familiares.

Essas alterações comportamentais dos doentes mentais acabam por modificar drasticamente a rotina familiar, levando a uma sobrecarga emocional que desperta sentimentos como desesperança, sofrimento e até preconceito, muitas vezes incompreendidos por quem vive essa realidade (DUARTE *et al.*, 2024). Segundo Pereira da Silva (2024), a exposição dos familiares a agressões verbais e físicas aumenta a vulnerabilidade, criando barreiras de medo e insegurança que fragilizam ainda mais o processo de cuidado. Essa situação reforça o temor em conviver com os comportamentos agressivos dos pacientes.

Nas falas dos participantes, é evidente que, durante as crises, a busca por ajuda para enfrentar o problema frequentemente envolve a segurança pública. Em muitos casos, os familiares recorrem ao apoio da polícia, ambulâncias e hospitais como uma forma de tentar controlar o conflito e assegurar a internação do doente mental, demonstrando a complexidade e a gravidade da situação.

(...) ela rasga a roupa em casa, do mesmo jeito que ela faz quando está internada...Ela só vem pra cá no carro da polícia (C-2).

A falta de conhecimento sobre a doença dificulta o enfrentamento da crise mental por parte da família, podendo ser retratado como um dos momentos mais difíceis sinalizado pelos participantes.

(...) ficou agressivo até com a sombra dele; até com a resta dele, ele se assustava. Era se escondendo, querendo bater a cabeça na parede; quebrando as coisas dentro de casa, era quebrando...Ele estava com uma agressão muito estranha, e estava falando muito em sexo. Ele fica chamando as mulheres casadas da rua para morar com ele, e até comigo ele fica dizendo essas coisas (C-3).

Na fala subsequente é possível perceber que os participantes apresentam dificuldades de lidar com a doença mental, bem como com as intensidades das crises. Diante disso, surge uma desestabilização do contexto familiar, percebendo a necessidade de encontrar um lugar para deixá-los.

(...) ele é muito agitado; passa mais de um mês com a mesma roupa, não quer tirar a roupa; não toma banho. Ele quer ficar o dia fora de casa. Às vezes eu vou buscar duas horas da manhã, ele na rua, fico arriscando a minha vida. Ele tem problema, se você mexer com ele... Ele já se agita, e quebra tudo dentro de casa...E eu não tenho como ficar com ele dentro de casa, ele é muito agressivo...Ele é muito agressivo dentro de casa. A psicóloga do CAPS disse que sente que eu tenho medo dele, e eu tenho mesmo, medo dele. Eu morro de medo! (C-4).



A desorganização psíquica do doente mental, manifestada por comportamentos como desarranjo, desespero, alucinações auditivas e visuais, ou a eclosão de um episódio psicótico, pode ser interpretada como uma tentativa do indivíduo de enfrentar ou resolver sofrimentos profundos e problemas cruciais em sua vida, bem como no contexto de seu núcleo familiar e social (DELL'ACQUA; MEZZINA, 1991).

A agressividade e a desordem psíquica tanto do doente quanto da família durante uma crise, somadas à falta de apoio adequado dos serviços de saúde mental e à ausência de intervenções precoces, frequentemente resultam em uma nova internação em hospitais psiquiátricos. A carência de uma resposta eficaz por parte da rede de saúde mental agrava a situação, reforçando o ciclo de internações.

Dessa vez eu trouxe para internar, porque não teve outro jeito, ele batendo e gritando (C-5).

(...) Ela só se “desmantela” quando não está tomando os remédios. Ela não fica bem, muda, que até comigo ela muda. Fica com abuso da gente, dizendo coisa com a pessoa, insulta as pessoas que estão por perto (C-6).

(...) Ela é muito agressiva, e ganha o mundo. Para a gente ficar andando atrás dela, não tem condição. Dessa vez nós fomos buscar numa mata, perto de Itatuba, que um pessoal avisou, e nós fomos buscar...Ela estava muito agitada, que agora ela ficou muito agitada, essa crise dela deu muito forte, estava acabando as partes íntimas, puxando, dizendo que estava acabando com ela...Ela fica muito agressiva. Ela é muito agressiva, e tem muita força. O que ela pegar, ela dá na gente (C7).

A convivência com a esquizofrenia, muitas vezes mal compreendida, leva os familiares a tomarem decisões drásticas ou a planejar maneiras de romper os laços com o doente (BEHENCK *et al.*, 2011; CRUZ *et al.*, 2019) reforçam a importância de atender às necessidades dos familiares envolvidos no cuidado com o doente mental, já que eles percebem as alterações e mudanças de comportamento dos pacientes ao entrarem em crise. Nesse sentido, os serviços de saúde mental deveriam ser acionados imediatamente, considerando essas situações como urgências psiquiátricas. Os autores destacam que a crise no doente mental gera impactos não apenas na rotina familiar, mas também nos serviços de saúde envolvidos.

Um dos grandes desafios enfrentados nas urgências e emergências psiquiátricas é a articulação de uma Rede de Atenção Psicossocial eficaz. Em muitos casos, observa-se uma fragilidade na organização e na capacidade de resolução durante as crises. De acordo com Brito *et al.*, (2015), frequentemente esses serviços de emergência priorizam a sedação e o encaminhamento para a internação hospitalar como resposta principal à crise psíquica, fortalecendo o ciclo de crise, emergência e internação como se fosse a única solução viável para conter a situação.

Nas falas da maioria dos participantes, quando se trata de lidar com a crise, palavras como violência, agressividade e medo são frequentemente usadas para descrever o momento. Relatam-se episódios de extrema agressividade, tentativas de homicídio e grandes conflitos, os quais geralmente



precedem as internações hospitalares. Essas experiências ilustram a intensidade das crises e o impacto devastador que elas causam tanto para os pacientes quanto para seus familiares.

(...) Ele fica logo, com os olhos bem crescidos e agoniado, e eu fico com medo. Medo, porque ele já pegou esse braço meu, que quase quebra. Ele fica andando insultando os outros, não dorme, não toma o remédio, fica no sol (C-9).

(...) O pessoal da casa quem trouxe, e dessa vez ela ficou muito agressiva, só querendo fumar... Você sabe que ela sempre pede para vir para o Maia? Ela liga para cá. Ela diz “eu quero ir embora para meu resort (C-10).

Quando está na crise, ela fica agressiva, porque ela não é uma pessoa agressiva...não dorme, e fica sem querer tomar os remédios. Fica no meio da rua catando lixo. Ela sai juntando muito lixo (C-11).

(...). Quando ele está atacado, ele fica violento.... É quando ele fica doido mesmo. Ele fica conversando com os animais pensando que está falando com gente, fica sem comer, sem dormir direito. Ele fica sem querer tomar banho, é um sacrifício.... Eu fico aperreada com ele dentro de casa, porque é perigoso até dele fazer uma arte com alguém dentro de casa. Ele já furou meu marido, já furou meu cunhado com um punhal (C-12).

(...) Mas com o problema dele, ele fica bravo, fica querendo que eu vá com ele para o meio do mato (C-13).

(...) Ele quebrou tudo dentro de casa. Ele arrancou o vaso do banheiro, com a força de um homem adulto, como se estivesse louco.... Quando dá um surto nele, ele quebra as coisas dentro de casa. No último surto que ele teve, eu tinha comprado um conjunto de sofá enorme, ele surtado de madrugada, arrastou o sofá para a calçada, e tocou fogo (C-14).

Nesse contexto, a família é abordada sob duas perspectivas principais: a primeira quando ela acolhe e apoia o familiar em seu tratamento para a doença mental, e a segunda quando o desgaste emocional e físico se torna insuportável, levando os familiares a buscarem um local onde o ente possa ser cuidado. O peso de lidar com o doente mental leva os familiares a enfrentarem limites, esgotamento e até a anulação de si mesmos. Como consequência, a família, que também sofre emocionalmente, tenta se desvincular desse ciclo de responsabilidade. A falta de apoio no processo de adoecimento do familiar acaba se tornando um elemento que agrava a dinâmica familiar e problematiza sua história de vida.

O impacto da doença mental sobre a família tem sido comparado ao trauma sofrido por vítimas de catástrofes, com a família enfrentando um nível de estresse que desorganiza toda sua estrutura. Após o choque inicial, a família entra em um processo de ajustamento para tentar restabelecer um equilíbrio que permita a sobrevivência e o funcionamento do grupo familiar como um todo (VIEIRA *et al.*, 2024).

Mendes *et al.*, 2024 destaca que as relações sociais da família são profundamente afetadas, pois o sentimento de vergonha e o cansaço emocional levam ao distanciamento das atividades sociais. Festas, eventos culturais e visitas a amigos e parentes próximos tornam-se cada vez mais raros. A falta de conhecimento sobre a doença, o escasso apoio familiar, a exclusão social, o preconceito e a cultura da medicalização fazem com que muitos pacientes percam seus empregos, suas capacidades laborativas e



até mesmo sua identidade (MENDES *et al.*, 2024). Nesse sentido, o impacto da internação psiquiátrica é significativo, e os familiares enfrentam enormes desafios ao lidar com essa situação, que afeta não apenas o doente, mas todo o núcleo familiar.

Assim, é necessário aprofundar a análise sobre como o processo de internação psiquiátrica afeta a dinâmica familiar e quais são as estratégias adotadas pelos familiares para enfrentar essa realidade, muitas vezes marcada pela desesperança e falta de suporte adequado.

CONCLUSÃO

Este estudo destacou de forma clara as fragilidades da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no que diz respeito à continuidade do cuidado para pacientes psiquiátricos após a alta hospitalar. Os resultados indicam que a RAPS, apesar de sua importância no modelo de desinstitucionalização da saúde mental, apresenta sérias dificuldades em garantir um suporte contínuo e eficaz, o que contribui para o aumento das reinternações. A falta de articulação entre os diferentes níveis de atendimento, a escassez de recursos e a desarticulação entre os serviços são fatores que comprometem a eficácia da rede, gerando um impacto direto na saúde e no bem-estar dos pacientes e de seus familiares.

As percepções coletadas junto aos profissionais de saúde e familiares revelaram que, embora a reforma psiquiátrica tenha promovido importantes avanços, o sistema ainda não consegue atender adequadamente às necessidades pós-hospitalares desses pacientes. Este estudo contribui para a literatura científica ao identificar que o problema não se restringe apenas à fragilidade da rede, mas também à ausência de um suporte contínuo e eficiente, capaz de manter o paciente estável em casa e integrado à comunidade. A falta de capacitação para os profissionais, o limitado apoio aos familiares e a deficiência na oferta de serviços integrados são desafios evidentes que precisam ser enfrentados com urgência.

Pesquisas futuras devem focar no desenvolvimento de intervenções que melhorem a articulação entre os serviços da RAPS, com especial atenção à capacitação dos profissionais e ao fortalecimento das equipes multiprofissionais. A criação de políticas públicas que ampliem os recursos destinados à saúde mental e a promoção de programas que incentivem a integração comunitária e o apoio familiar são fundamentais para reduzir as taxas de reinternação. Além disso, é crucial que se investiguem novas formas de garantir que o cuidado seja contínuo, personalizado e eficiente, integrando diferentes serviços e promovendo uma comunicação eficaz entre os profissionais envolvidos no atendimento.

Este estudo também destaca a necessidade de se repensar o papel da família no contexto do cuidado pós-internação. Muitas famílias se sentem desamparadas e sobrecarregadas ao lidar com pacientes que retornam ao lar após uma crise psiquiátrica, o que reforça a importância de oferecer um



suporte adequado a esses cuidadores. A criação de programas específicos de acompanhamento domiciliar, que auxiliem tanto o paciente quanto seus familiares, pode ser uma estratégia eficaz para garantir a estabilidade do paciente e evitar novas crises que resultem em reinternações.

Em termos de perspectivas futuras, é essencial que se invista em uma maior integração dos serviços da RAPS, proporcionando um fluxo de cuidados mais coeso e contínuo para os pacientes. Além disso, políticas que garantam um suporte econômico, social e psicológico para as famílias e profissionais são necessárias para enfrentar os desafios atuais. A construção de um sistema de saúde mental mais inclusivo e eficaz depende da colaboração entre governo, profissionais de saúde e sociedade, garantindo que todos os envolvidos tenham os recursos necessários para oferecer um cuidado de qualidade, que realmente promova a reintegração social e a estabilização dos pacientes, minimizando a necessidade de reinternações.

REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, V. P. *et al.* “Perspectivas acerca do conceito de saúde mental: análise das produções científicas brasileiras”. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 27, 2022.

AMARANTE, P. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996.

ARAÚJO, S. A.; CAMARGO FREIRE, R. M. A. “Adoecimento crônico Infantil: das marcas do corpo às marcas simbólicas”. **Distúrbios da Comunicação**, vol. 36, n. 2, 2024.

ATZ, M. V.; REMOR, E. “Fatores psicossociais associados ao afastamento por doença em servidores de uma universidade pública federal”. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, vol. 1, 2024.

BARDIN, L. **Organização da análise**: análise de conteúdo. São Paulo: Editora Edições, 2016.

BATISTA, M. A.; OLIVEIRA, S. M. S. S. “Sintomas de ansiedade mais comuns em adolescentes”. **Psic: Revista da Vetor Editora**, Vol. 6, n. 2, p. 43-50, 2005.

BEHENCK, A. *et al.* “A família frente ao processo de tratamento e reinternação do portador de esquizofrenia”. **Enfermagem em Foco**, vol. 2, n. 4, 2011.

BEZERRA, C. G.; DIMENSTEIN, M. “O fenômeno da reinternação: um desafio à Reforma Psiquiátrica”. **Mental**, vol. 9, n. 16, 2011.

BRASIL. **Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001**. Brasília: Planalto, 2001. Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em: 23/12/2025.

CAMPOS, J. V. R. “Estudo qualitativo sobre as políticas de saúde mental no município de Santo André (SP)”. **Revista Baiana de Saúde Pública**, vol. 48, n. 2, 2024.

CARDOSO, L.; GALERA, S. A. F. “Doentes mentais e seu perfil de adesão ao tratamento



psicofarmacológico”. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, vol. 43, n. 1, 2007.

CASTRO, S. A. *et al.* “Características sociodemográficas e clínicas em reinternações psiquiátricas”. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, vol. 18, n. 4, 2010.

CHAVES, S. C. **Trabalho, Adoecimento Mental e Possibilidades de Atuação na Saúde Pública: uma Revisão Narrativa** (Trabalho de Conclusão de Curso em Especialização em Gestão da Saúde). Foz do Iguaçu: UNILA, 2023.

CORBIN, J.; STRAUSS, A. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. Los Angeles: Sage, 2015.

COVELO, B. S. R. *et al.* “Laços entre família e serviços de Saúde Mental: a participação dos familiares no cuidado do sofrimento psíquico”. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, vol. 19, 2005.

CRUZ, K. D. F. *et al.* “Atenção à crise em saúde mental: um desafio para a reforma psiquiátrica brasileira”. **Revista do NUFEN**, vol. 11, n. 2, 2019.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R. “Réponse à la crise, stratégies et intentions de l'intervention dans le service psychiatrique territorial”. **Perspectives**, vol. 18, n. 7, 1991.

DUARTE, W. B. A. *et al.* “Efeito dos transtornos mentais comuns na gestação e seis a nove anos pós-parto para a tentativa de suicídio em mulheres”. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 29, 2024b.

DUARTE, W. B. A. *et al.* “O efeito dos transtornos mentais comuns nas tentativas de suicídio por mulheres, durante a gravidez e seis a nove anos após o nascimento”. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 27, 2024a.

GIACOMINI, E.; RIZZOTTO, M. L. F. “Diagnóstico em saúde mental: aceitação e desprezo da pluralidade”. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, vol. 32, 2022.

KINKER, F. *et al.* “Desconstruindo Mentalidades”. *In*: CAMPOS, F. B.; LANCETTI, A. (orgs.). **Saúde Loucura: experiências da reforma psiquiátrica**. São Paulo: Editora Hucitec, 2010.

KRUG, S. B. F. *et al.* “Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde como tecnologia em cuidado da saúde do trabalhador: uma revisão integrativa”. **Acta Fisiátrica**, vol. 31, n. 4, 2024.

MACEDO, J. Q. *et al.* **Com a palavra, os profissionais: estudo das representações sociais da autonomia dos moradores da ‘Casa Azul’**. Campina Grande: Editora da UEPB, 2011.

MACHADO, V. C.; SANTOS, M. A. “O apoio familiar na perspectiva do paciente em reinternação psiquiátrica: um estudo qualitativo”. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, vol. 16, 2012.

MARTIN, D. *et al.* “Condiciones de vida de portadores de trastornos psicóticos viviendo en habitaciones colectivas en Santos, Sureste de Brasil”. **Revista de Saúde Pública**, vol. 45, n. 4, 2011.

MARTIN, D. *et al.* “Sobre fazer ciência na pesquisa qualitativa: um exercício avaliativo”. **Revista de Saúde Pública**, vol. 46, n. 2, 2012.

MELMAN, C. *et al.* “Alcoolismo, delinquência, toxicomania: uma outra forma de gozar”. *In*: MELMAN, C. **Alcoolismo, delinquência, toxicomania: uma outra forma de gozar**. São Paulo: Editora



Escuta, 2002.

MENDES, T. M. C. *et al.* “Impacto na Saúde Mental e Estratégias de Enfrentamento da Equipe Multiprofissional Hospitalar Oncológica: Revisão Sistemática da Literatura”. **Revista Brasileira de Cancerologia**, vol. 70, n. 4, 2024.

NASCIMENTO, K. C. *et al.* “O desafio familiar no cuidado às pessoas acometidas por transtorno mental”. **Revista de Enfermagem UFPE Online**, vol. 10, n. 3, 2016.

NEVES, H. G. *et al.* “Saúde mental na atenção primária: necessária constituição de competências”. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 63, n. 4, 2010.

PALMA, R. S. F. *et al.* “Desafios encontrados pelos familiares que convivem com o portador de esquizofrenia”. **Revista Brasileira de Pesquisa em Ciências da Saúde**, Vol. 2, n. 1, 2015.

PEREIRA, M. T. C. G. *et al.* “Experiência de adoecimento e estratégias de “tocar a vida” de pessoas com esquizofrenia acompanhadas na Atenção Primária: estudo qualitativo orientado pelo Recovery”. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, vol. 34, 2024a.

PEREIRA-DA-SILVA, M. C. *et al.* “Enfermedad mental entre los profesionales de la salud durante la pandemia de COVID-19”. **Enfermería Global**, vol. 23, n. 73, 2024.

RAMOS, D. K. R. *et al.* “Análise contextual de reinternações frequentes de portador de transtorno mental”. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, vol. 15, n. 37, 2011.

ROSOLEM, R. **Entre idas e vindas ou sobre as reinternações psiquiátricas** (Dissertação de Mestrado em Psicologia). Maringá: UEM, 2016.

SANTOS, P. S. *et al.* “Mental illness in former residents affected by the extraction of rock salt from a mining company in Maceió, Alagoas State, Brazil”. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 40, 2025.

VIEIRA, K. M. R. *et al.* “COVID-19 pandemic: what factors compromised the mental capacity to work of nursing technicians?”. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 77, n. 1, 2024.

XAVIER, J. M. *et al.* “Percepção dos familiares de pessoas com esquizofrenia acerca da doença”. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, vol. 25, n. 2, 2012.

ZANATTA, P. F.; SILVA, N. C. “Análise de um serviço de atendimento psicossocial através das reinternações hospitalares”. **Revista Psicologia em Foco**, vol. 7, n. 10, 2015.



BOLETIM DE CONJUNTURA (BOCA)

Ano VII | Volume 21 | Nº 63 | Boa Vista | 2025

<http://www.ioles.com.br/boca>

Editor chefe:

Elói Martins Senhoras

Conselho Editorial

Antonio Ozai da Silva, Universidade Estadual de Maringá

Vitor Stuart Gabriel de Pieri, Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Charles Pennaforte, Universidade Federal de Pelotas

Elói Martins Senhoras, Universidade Federal de Roraima

Julio Burdman, Universidad de Buenos Aires, Argentina

Patrícia Nasser de Carvalho, Universidade Federal de Minas Gerais

Conselho Científico

Claudete de Castro Silva Vitte, Universidade Estadual de Campinas

Fabiano de Araújo Moreira, Universidade de São Paulo

Flávia Carolina de Resende Fagundes, Universidade Feevale

Hudson do Vale de Oliveira, Instituto Federal de Roraima

Laodicéia Amorim Weersma, Universidade de Fortaleza

Marcos Antônio Fávaro Martins, Universidade Paulista

Marcos Leandro Mondardo, Universidade Federal da Grande Dourados

Reinaldo Miranda de Sá Teles, Universidade de São Paulo

Rozane Pereira Ignácio, Universidade Estadual de Roraima