

A Percepção de Familiares Sobre o Lugar do Hospital Psiquiátrico no Cuidado em Saúde Mental

Iris Clemente de Oliveira Bellato¹  e Myneia Campos Oliveira Santos² 

Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - Belo Horizonte, Minas Gerais

Resumo: A Reforma Psiquiátrica brasileira culminou em legislações específicas que regem as diretrizes sobre o cuidado em saúde mental e que determinam a internação hospitalar como último recurso. Este artigo apresenta-se como um estudo exploratório descritivo de abordagem qualitativa que tem como objetivo apreender a percepção de familiares de pacientes internados acerca do lugar do hospital psiquiátrico no cuidado em saúde mental a partir de entrevistas com familiares de internos de um hospital psiquiátrico público do município de Belo Horizonte (MG). Tendo entrevistas semiestruturadas como ferramentas de coleta e análise de conteúdo como método de sistematização e de análise dos dados, foram realizadas dezoito entrevistas, entre setembro de 2023 e janeiro de 2024. Como resultado, nota-se que a maioria das famílias entrevistadas percebe o hospital psiquiátrico como um recurso disponível e resolutivo para momentos de agudização dos quadros de saúde mental, elencando-o como um lugar de tratamento prioritário. Concluiu-se que o hospital, na visão dos familiares entrevistados, ainda ocupa lugar de destaque no tratamento à crise, o que aponta para uma necessidade de ampliação da relação entre a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a família, com perspectiva de cumprir o cuidado territorial e em liberdade, previsto na *Lei n° 10.216*.

Palavras-chave: hospital psiquiátrico, saúde mental, família, internação

Family's Member's Perception Regarding the role of the Psychiatric Hospital in Mental Health Care

Abstract: The Brazilian Psychiatric Reform resulted in specific legislation governing mental health care, establishing hospitalization as a last resort. This article presents a descriptive exploratory study with a qualitative approach aimed at gathering family members' perceptions regarding the role of the psychiatric hospital in mental health care. The study is based on interviews with family members of patients hospitalized in a public psychiatric hospital in the city of Belo Horizonte (MG). Using semi-structured interviews as a data collection tool and content analysis as the method for systematization and interpretation, 18 interviews were conducted between September 2023 and January 2024. The results show that most of the families interviewed see the psychiatric hospital as an available and effective resource for moments of mental health crises, considering it a priority place for treatment. It is concluded that, from the perspective of the interviewed family members, the hospital still plays a prominent role in crisis management, highlighting the necessity of strengthening the relationship between the Psychosocial Care Network (RAPS) and families, aiming to fulfill the territorial and community-based care as advocated by *Law No. 10,216*.

Keywords: psychiatric hospital, mental health, family, hospitalization

¹ Graduada em Psicologia pela Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). Especialista em Saúde Mental pelo Instituto Raul Soares (IRS/FHEMIG). Psicóloga na Prefeitura de Belo Horizonte (PBH). *E-mail:* psi.irisbellato@gmail.com

² Graduada em Psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Especialização em Saúde Mental e Psicanálise pelo Centro Universitário Newton Paiva. Mestrado em Psicologia (Estudos Psicanalíticos) pela UFMG. Tutora e integrante do corpo docente do programa da Residência Multiprofissional do Instituto Raul Soares (IRS/FHEMIG). *E-mail:* myneiacampos@yahoo.com.br

Introdução

A Reforma Psiquiátrica brasileira, movimento iniciado a partir da década de 1970, teve como principal pauta o questionamento do hospital psiquiátrico como lugar de tratamento dado à loucura, sendo um espaço marcado pela exclusão e pelo assujeitamento. Apesar de esta ser a crítica central, Amarante e Nunes (2018) apontam que a Reforma Psiquiátrica excede em muito os aspectos clínicos e terapêuticos da loucura. Mais do que uma crítica ao hospital psiquiátrico, a Reforma é um movimento que extrapola o campo da saúde, abarcando aspectos culturais, econômicos, políticos e sociais, a fim de construir outro lugar social para a loucura. “O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade e subjetividade” (Amarante, 1995, p. 494).

A Reforma culmina na criação da *Lei n° 10.216*, de 6 de abril de 2001, também conhecida como “Lei Paulo Delgado”, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtorno mental, redirecionando o modelo assistencial em saúde a essa população. A nova legislação busca estabelecer diretrizes para formas de cuidado mais alinhadas aos ideais da Reforma, pautadas na integração biopsicossocial. O hospital, nesse sentido, não é excluído como local de tratamento, mas sim colocado como último recurso. Segundo disposto no artigo 4°, “A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes” (*Lei n° 10.216*, 2001).

Tendo a desospitalização e o cuidado no território como premissas, foram criados serviços substitutivos, tais como Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), bem como foram implementadas equipes de saúde mental na Atenção Básica, Centros de Convivência e leitos de retaguarda em Hospitais Gerais, entre outros dispositivos que integram a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), oficialmente instituída pela *Portaria n° 3.088*, de 23 de dezembro de 2011, que orienta os cuidados prestados a pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool

e outras drogas. O cuidado deve ser prestado por equipes multiprofissionais, sempre levando em consideração o sujeito, suas demandas e suas especificidades enquanto ser social e de direitos que habita e circula pelo território.

Seis anos depois de sua publicação, a Portaria é reforçada pela *Resolução n° 32*, de 14 de dezembro de 2017, que estabelece diretrizes para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial. Apesar de apresentar-se como fortalecedora da RAPS, a Resolução levantou debates ao apresentar ambiguidades entre avanços e retrocessos, conforme discutido amplamente por Cruz et al. (2020). Se, por um lado, a Resolução afirma fortalecer a RAPS, por outro, introduz mudanças que tensionam os pressupostos da Reforma, ao ampliar financiamento para leitos em hospitais psiquiátricos e ao incluir comunidades terapêuticas dentro da saúde mental pública, por exemplo.

Essas mudanças suscitam questionamentos sobre a manutenção dos princípios da Reforma, especialmente no que diz respeito à desinstitucionalização. Segundo Oliveira e Mendonça (2011), a desospitalização, conforme preconizada pela Reforma, não implica deixar o sujeito à própria sorte ou recluso no seio familiar, mas consiste em criar condições para que ele retome sua cidadania e sua reintegração social, tornando-se protagonista de seu tratamento. Abandona-se, portanto, a ideia de cura e investe-se na noção de sujeito ativo no próprio processo, a partir de sua singularidade.

Entretanto, na primeira década do século, pouco tempo após a promulgação da *Lei n° 10.216* (2001), estudos indicam algumas dificuldades desse processo (Oliveira & Mendonça, 2011; Maciel et al., 2009; Gonçalves & Sena, 2001; Randemark et al., 2004; Ahnert et al., 2020). Fechados os hospitais e com uma rede de atenção psicossocial ainda incipiente, o louco retorna à família, que se vê sobrecarregada no papel de cuidado. Nesta mudança de paradigmas, com o fechamento dos hospitais, a família se torna um dos principais pilares do cuidado e seu papel também muda, pois passa a ter maior protagonismo e participação no tratamento, necessitando, assim, de atenção mais consistente e próxima dos serviços de saúde. Segundo Maciel et al. (2009, p. 444):

Muitas vezes, estes [serviços de saúde] trabalham com uma representação de família idealizada, pressupondo que a família apresente condições de cuidar do seu doente e possa suprir todas as necessidades, inclusive emocionais. Com isso, esquecem-se do fato de que a família também precisa ser cuidada. Dessa maneira, pressupõem que a família tenha não só condições de cuidar do seu doente mental, mas o dever de fazê-lo, havendo a imposição do cuidado e a negação do sofrimento familiar.

Considerando que o tratamento preconizado deve ocorrer no território – espaço de sentidos e de afetos – e que a família desempenha um papel central nesse contexto, é fundamental que ela seja vista não apenas como cuidadora, mas também como grupo que necessita de escuta e de suporte. Como apontam Ahnert et al. (2020), a família, uma vez que constitui o primeiro grupo ao qual o sujeito pertence, vivencia de forma direta os impactos da desospitalização. Isso reforça a importância de seu acolhimento no processo de cuidado.

Aqui, entende-se família como conceito amplo, abrangendo diversas configurações. Conforme definido por Gagliano e Pamplona (2014, p. 45), “família é o núcleo existencial integrado por pessoas unidas por vínculo socioafetivo, teleologicamente vocacionada a permitir a realização plena dos seus integrantes”. Nesse sentido, observa-se que não há um modelo-padrão para a formação familiar, o que reflete a diversidade das estruturas familiares existentes. Assim como a construção de família é algo variável, o modo como as famílias lidam com o adoecimento mental de um de seus membros também não segue um único padrão. Nesse contexto, Lobosque e Souza (2006) destacam que algumas reações são frequentemente observadas em todas as famílias diante dessa situação, como angústia, perplexidade, impaciência ou irritação, além de sentimentos de vergonha ou de culpa – aspectos que mostram como o enfrentamento do adoecimento mental envolve um grande desafio para os membros da família.

Bellato et al. (2015) evidenciam a necessidade, por parte dos serviços de saúde, de se considerar a família como uma unidade que também demanda cuidado. Em situações de adoecimento

crônico, por ser a principal responsável pelo cuidado cotidiano, a família se vê onerada de diversas formas, física, emocional ou materialmente. A vulnerabilidade familiar, segundo as autoras, é intensificada quando há pouca sustentabilidade no cuidado pelos serviços e pelos profissionais de saúde, o que corrobora as ideias expostas por Maciel et al. (2009).

Se os profissionais de saúde são aqueles que têm o conhecimento técnico e científico sobre os transtornos, a família é quem, muitas vezes, tem as estratégias e o entendimento próprio do cuidado cotidiano. Nesse sentido, Bellato et al. (2015) apontam para a necessidade de uma rede de apoio a ser acionada pela família. No centro da rede, encontram-se as relações de maior afinidade e densidade afetiva, como familiares e amigos. Às margens, encontram-se as relações mais distantes, acionadas pontualmente quando necessário para garantir o cuidado. Na rede mais distante, podem estar os serviços e os profissionais de saúde.

O hospital, dentro dessa lógica, deve ser compreendido como um ponto de apoio distante, um recurso que integra a rede de cuidados e que deve ser acionado apenas quando necessário, sem se fechar em si mesmo. Embora o hospital seja uma instituição voltada para o atendimento especializado e para o acolhimento em momentos de crise aguda, é essencial reconhecer que a crise é transitória. Além dela, há uma multiplicidade de formas de existência e de expressão do sujeito, as quais ocorrem no território, na família e na comunidade, espaços fundamentais para a continuidade do cuidado.

Assim, mais do que o acolhimento do sujeito em crise, é parte primordial do trabalho dos serviços de urgência psicossocial e, nesse caso, do hospital psiquiátrico, o acolhimento da família como parte da construção de um projeto terapêutico, buscando sempre a construção de rede. Em outros termos, o trabalho na urgência deve passar não só pelo sujeito, mas também pela família e pelos serviços de saúde do território, de modo a estabelecer uma rede que visa ao cuidado. Embora a internação hospitalar seja breve, o sujeito seguirá circulando por essa rede (família, outros serviços de saúde no território, enfim, a cidade): fortalecê-la é também fortalecer os pontos de apoio e prevenir novas crises.

Frente ao exposto, nota-se que a família ocupa lugar central no cuidado cotidiano de pessoas com transtorno mental. Escutá-la é legitimar seu lugar de participante no tratamento de seus familiares. Ademais, a partir da escuta, é possível entender melhor as dificuldades, os impasses e as estratégias de cuidado vividas no cotidiano. Dessa forma, entender o lugar que o hospital ocupa na perspectiva da família é primordial para o aprimoramento do cuidado prestado e para a avaliação das políticas públicas de saúde mental. A maioria do referencial teórico encontrado sobre o tema data da primeira década do século, ou seja, imediatamente após a *Lei n° 10.216* (2001). A falta de pesquisas recentes demonstra a necessidade de estudos sobre o assunto, principalmente diante da consolidação de políticas públicas no cuidado em saúde mental, ocorrida anos após as intervenções da Reforma Psiquiátrica. Por conseguinte, a presente pesquisa tem como objetivo apreender a percepção de familiares de pacientes internados acerca do lugar do hospital psiquiátrico no cuidado em saúde mental.

Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório descritivo de abordagem qualitativa, tendo entrevistas semiestruturadas como ferramentas de coleta e análise de conteúdo como método de sistematização e de análise dos dados, conforme Bardin (2020) e Minayo (2007). Para Bardin, a análise de conteúdo configura um método que permite a categorização e a classificação de componentes discursivos. Segundo Bardin, a análise de conteúdo é também uma análise de significados, com uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo retirado das comunicações e com sua respectiva interpretação. Desse modo, parte-se da análise de conteúdo para sistematizar, organizar e interpretar as entrevistas realizadas.

Local do estudo

O estudo foi realizado em um hospital psiquiátrico do Sistema Único de Saúde (SUS), no município de Belo Horizonte (MG). O hospital conta com 120 leitos para internação e para acolhimento à

crise, tendo como público-alvo homens e mulheres acima de dezoito anos. A instituição serve de referência principalmente para os municípios do Estado de Minas Gerais que não possuem rede ampla de oferta de cuidados em saúde mental para momentos de crise. As demandas de internação no hospital, dirigidas pelos serviços de saúde dos municípios, ocorrem por meio do sistema de regulação de vagas (SUSFácilMG) e são filtradas a partir da gravidade dos casos e da disponibilidade de recursos ofertados no território. Além dos encaminhamentos via SUSFácilMG, o hospital conta com funcionamento vinte e quatro horas para atendimentos de urgência e de emergência psiquiátricas de demandas espontâneas. A média de permanência na internação é de vinte e três dias; após a estabilização da crise, o usuário é referenciado de volta aos cuidados no território de origem para seguimento do tratamento.

População do estudo

Os participantes do estudo foram incluídos de acordo com o critério de amostra por conveniência. Familiares de internos do hospital foram abordados no horário de visita e aqueles que aceitaram o convite participaram da pesquisa, respondendo à entrevista. Toma-se por “familiares” o que determinam os Artigos 1.591 e 1.592 da *Lei n° 10.406* (2002), os quais definem o grau de parentesco em linha reta e em linha transversal/colateral. Entende-se por “parentesco em linha reta” aquele que ocorre entre ascendentes e descendentes, ou seja, entre pessoas que descendem diretamente umas das outras (avós, pais, filhos, netos etc.). Já o “parentesco em linha colateral/transversal” ocorre entre pessoas que têm um ascendente em comum, mas não descendem diretamente umas das outras (irmãos, tios, sobrinhos, primos etc.). Também se considerou o parentesco por afinidade, o qual, estabelecido por um casamento ou por uma união estável, liga a pessoa aos parentes do cônjuge (marido, esposa, sogros, enteados, cunhados etc.). Em ambos os casos, foram considerados aptos para a pesquisa apenas familiares que residem na mesma casa ou que se declararam responsáveis ou corresponsáveis

pelo cuidado do paciente. Participaram da pesquisa vinte e dois familiares.

Quanto aos aspectos éticos, esta pesquisa seguiu a *Resolução nº 466*, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, e foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Federação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, conforme o registro CAAE nº 1500123.8.5119 na Plataforma Brasil.

Procedimentos do estudo

Os familiares foram abordados na recepção do hospital durante o horário de visita; aqueles que concordaram em participar foram levados a uma sala privativa e foram informados sobre os objetivos da pesquisa, assim como sobre a confidencialidade dos dados. Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foi realizada uma entrevista semiestruturada com uso de roteiro-guia contendo dados de identificação sociodemográfica e perguntas orientadoras, objetivando apreender a percepção dos familiares acerca do lugar que o hospital ocupa no cuidado em saúde mental. As perguntas referiram-se às formas e às circunstâncias em que o hospital é acessado: avaliação da internação hospitalar; vinculação à RAPS do território e presença ou não de uma rede de apoio. As entrevistas aconteceram em encontro único e foram gravadas em dispositivo de áudio. Todo o material foi transcrito na íntegra para análise posterior. Ao todo, foram coletadas dezoito entrevistas, realizadas entre setembro de 2023 e janeiro de 2024. Quatro delas contaram com mais de um familiar ao mesmo tempo e foram contabilizadas como uma única entrevista para fins de análise. Utilizou-se, para delimitação de encerramento da coleta de dados, o critério de saturação. A avaliação da saturação, conforme apontado por Fontanella et al. (2008), dá-se por um processo contínuo de análise dos dados desde o início da coleta. A partir das questões colocadas na amostra do estudo, a análise preliminar tem como objetivo buscar o momento em que, no conjunto das entrevistas, poucos tópicos substancialmente novos aparecem, sendo possível, então, finalizar a coleta de dados a partir da aparição de conteúdos repetitivos que pouco acrescentam ao material já coletado.

Procedimento de análise dos dados

Os dados foram organizados e analisados a partir da análise de conteúdo proposta por Bardin (2020) e Minayo (2007). Neste estudo, seguindo a orientação de Bardin, a análise foi estruturada em três principais fases: 1) pré-análise: consistiu na organização e na leitura exaustiva do material coletado, tendo o objetivo da pesquisa como orientador; 2) exploração do material: as falas foram agrupadas em temas, compondo núcleos de sentido, de forma a descobrir os núcleos “que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido” (Bardin, 2020, p. 131). A categorização das falas se deu a partir das temáticas apresentadas – o que não se mostrou relevante ou compatível com o tema da pesquisa foi descartado, mas pode ainda fundamentar próximas pesquisas; 3) por fim, partiu-se para a análise propriamente dita, a interpretação do material com retorno à leitura do referencial teórico, buscando embasar a análise e dar sentido às interpretações. Foi recolhido o que apareceu como conteúdo das entrevistas e como padrões de categorização para as inferências.

Resultados e Discussão

Participaram da pesquisa vinte e dois familiares, sendo treze do gênero feminino e nove do gênero masculino. Dos vinte e dois participantes, nove se declararam pardos, seis se declararam brancos, três se declararam pretos, três preferiram não se identificar e um se declarou indígena. Do total dos entrevistados, doze participantes declararam residir junto dos pacientes e dez alegaram não viver no mesmo domicílio, apesar de serem responsáveis ou corresponsáveis pelo cuidado. Do total, dezessete familiares são da região metropolitana de Belo Horizonte; dois são do interior do Estado de Minas Gerais, fora da região metropolitana da capital; dois do município de Belo Horizonte e um de outro estado.

Quanto ao processo de adoecimento, os familiares entrevistados afirmaram que, em quinze dos familiares internados, não se trata do primeiro surto, enquanto apenas três declararam ser a

primeira crise. Em nove dos familiares internados, trata-se da primeira internação, ao passo que nove já contam com internações prévias.

Em onze entrevistas, os familiares declararam que o paciente está vinculado a algum dispositivo da RAPS, seja CAPS, seja Unidade Básica de Saúde (UBS). Sete entrevistados declararam que seus familiares não estão vinculados a nenhum serviço de atenção psicossocial, por falta de tratamento especializado no município de origem, por dificuldade de adesão ao serviço ou por não ter havido necessidade prévia de tratamento até a crise atual. Das entrevistas, oito localizaram tanto os CAPS como as UBS como locais de atendimentos pontuais, principalmente para renovações de receita, aplicações de medicação ou consultas ambulatoriais. É o que se observa, por exemplo, nas seguintes falas:

O único acompanhamento que ela faz lá [na UBS] é tomar injeção, né, que toma de 21 em 21 dias... (Entrevista 8).

Lá [no CAPS] ele vai mais pra pegar receita mesmo, ele não é muito de ir, de acompanhar assim, não... porque ele não quer ficar lá, né? (Entrevista 1).

A partir das entrevistas, foi possível inferir que os serviços de saúde do território são vistos, na maioria dos casos, como lugares de cuidado pontual e não longitudinal. O cuidado desempenhado pela família, por outro lado, aparece como longitudinal na vida dos sujeitos. A família, com sua presença regular e cotidiana, é quem percebe as desregulações e sinais de piora do quadro; porém, em momentos de desestabilização, os familiares, muitas vezes, veem-se sem recursos para lidar com o parente no momento agudo do adoecimento.

Ela surtou na quinta, suportamos na sexta, no sábado a crise não passava... Aí no domingo acordou pior ainda e aí eu não tive opção a não ser trazê-la (Entrevista 2).

Já é a sétima vez, só que cada vez que ela surta ou piora, ou é diferente, ou é mais problema, é mais grave... Já tem mais de três anos que nós tá tentando pra ver se ela melhora (Entrevista 4).

Nos dois relatos acima, nota-se que a família tende a procurar ajuda somente em momentos de agudização do quadro, “suportando” a situação o quanto pode dentro de casa, o que corrobora a pontuação de Rosa (2005) sobre a busca da família por serviços psicossociais acontecer principalmente em momentos de crise. A família tende primeiro a tentar resolver o problema de maneira privada, a partir de seus próprios conhecimentos e estratégias advindos da vivência cotidiana; diante da impossibilidade de mitigar a crise, vê-se necessitada de buscar serviços especializados. Quanto a isso, as famílias parecem localizar o hospital enquanto esse lugar especializado de atendimento à crise.

Em cinco das entrevistas, os familiares relataram tratamento insuficiente no território em momentos de crise, mesmo que o município contasse com CAPS ou leitos de retaguarda em hospital geral. Além disso, quatro entrevistas apontaram para a falta de tratamento especializado no território, ou seja, para a inexistência de serviços de atendimento especializado em saúde mental.

O tempo na crise parece se apresentar de forma dilatada, não no sentido estritamente cronológico, mas sim no tempo subjetivo do sofrimento, marcado pela urgência e pela intensidade da vivência da crise. Esse período de agudização do sofrimento é percebido pelas famílias como um momento em que as dificuldades ultrapassam sua capacidade de manejo, tornando-se insustentáveis sem um suporte imediato e especializado. Dentro dessa perspectiva, o hospital, por sua própria configuração enquanto serviço de atenção terciária, parece surgir como a alternativa mais acessível e eficaz para lidar com a situação. A estrutura hospitalar, ao oferecer plantão médico vinte e quatro horas por dia, assistência integral e possibilidade de internação, é vista pelas famílias como um espaço de resolução emergencial. Dessa forma, o hospital se torna não apenas um recurso disponível, mas, muitas vezes, a única opção visível no momento da necessidade. Perante a fragilidade da circunstância, cinco das entrevistas localizaram a internação hospitalar como recurso disponível para ser acessado em momentos de necessidade e nove legitimaram a internação hospitalar como tratamento prioritário em momentos de crise.

Porque, assim como ela surtou da primeira vez, eu procurei algum lugar pra poder internar. Aí desde então foi o único lugar que acolheu e eu saio de onde é que estiver pra trazer ela aqui [para o hospital] porque é único lugar que tem [internação]... No lugar que eu moro não tem (Entrevista 4).

Aí na sexta-feira ela me pediu socorro. Aí eu liguei pro Dr. N. e falei com ele: “me dá um pedido de internação pra minha filha, que ela agora não quer viver, né?”. Pedindo socorro (Entrevista 10).

No começo, nós vinha tudo pra cá e já sabia certinho. Aí graças a Deus chegou e trouxe ela de novo aqui, que é aqui que eles conseguiu internar ela. [...] Que nós já pelejou várias vezes pra internar ela e nunca conseguiu lá no CAPS, que viu que a situação tava feia, eles não internaram ela. E aqui chegou e eles internaram (Entrevista 12).

Em catorze das entrevistas, os familiares afirmaram que seu ente deu entrada no hospital por demanda espontânea; apenas três familiares deram entrada por regulação de leitos via SUSFácil e um não informou a forma de entrada, o que ratifica o discurso das famílias sobre o lugar que a internação ocupa no tratamento. O hospital foi, na maioria dos casos entrevistados, acessado por meios próprios e a internação ocorreu por demanda de porta, mesmo que os pacientes tivessem passado por outros serviços antes, como relatado na Entrevista 12. Dalmolin (2006) discorre sobre o percurso das famílias pelos serviços de saúde: segundo a autora, se o hospital, pela legislação, deveria ser a última opção, os recursos territoriais se mostram insuficientes, na visão dos familiares entrevistados, para atender à crise, mantendo assim um circuito de crise/emergência/internação psiquiátrica, em que a internação é vista como principal meio de tratamento à crise.

Seguindo com a ideia de Dalmolin (2006), a família busca o serviço em situação de sofrimento profundo, quando o convívio sociofamiliar se torna inviável. Ademais, dois dos três relatos citados acima, nos trechos das Entrevistas 4 e 12, tratam de

reinternação, ou seja, o hospital parece já fazer parte do circuito de cuidado, bem como parece ser entendido como local conhecido e acolhedor nos momentos de crise. Acolhedor no sentido de receber, de maneira intensiva, o sujeito em crise, sendo o acolhimento uma resposta afirmativa à demanda de internação, conforme explicita o trecho da Entrevista 12.

Atrelado a isso, no discurso de quatro familiares aparece o tema da legitimação do hospital como lugar de saber, seja por questões clínicas e medicamentosas, como a realização de exames e o acompanhamento constante para ajuste de medicação, seja pelo manejo não medicamentoso, por um “saber fazer”. A intensividade da assistência hospitalar é retomada como tema importante em nove entrevistas.

É porque, no hospital, todo mundo que tá dentro do hospital, sabe lidar. Sabe quando que vai começar a dar um surto, entende como tratar, o que pode ou não fazer. Lá é eu cuidando dela. Mas ao mesmo tempo que eu vou cuidar dela, eu tenho que trabalhar, eu tenho que cuidar do meu filho, eu tenho que cuidar da minha irmã, eu tenho que tá presente em tudo. Eu não posso abrir mão de fazer as coisa pra mim cuidar só dela, então como é que eu vou fazer sozinha pra mim manter o estado da mente dela normal? (Entrevista 4).

No decorrer das entrevistas, evidencia-se a sobrecarga da família no papel de cuidado, pois, além de atender às demandas do familiar adoecido, precisa conciliar essa responsabilidade com outras exigências da vida, como as finanças, o trabalho, a casa, os filhos e a vida social. Esse acúmulo de funções recai, na maioria das vezes, sobre um único membro da família, sobrecarregando especialmente as figuras femininas, conforme apontam os estudos de Gonçalves e Sena (2001); de Randemark et al. (2004); de Nascimento et al. (2016); de Ramos et al. (2019); de Ahnert et al. (2020). A centralização do cuidado reduz as possibilidades de dedicação a outras atividades, como momentos de lazer e, até mesmo, acessos a serviços de saúde para o próprio autocuidado.

O cuidado aqui [no hospital] é 100%. A gente que tá lá, a gente cuida, mas nem tanto igual aqui. A gente olha, olha, mas a gente não sabe lidar com o tipo de sentimento dela, entendeu? É somente os psicólogos, os psiquiatras que entende essas coisa e a gente não entende, né? Então, ela estando nos cuidado aqui talvez seja até melhor, né? A gente fica mais... mais seguro, entendeu? E lá a gente não tem essa segurança. A gente tem três menino pequeno, então a gente não fica seguro (Entrevista 8).

Mas só de ela tá aqui a cabeça da gente fica mais tranquila, sabendo que ela tá sendo cuidada, que ela tá aqui, num tá na rua... que ela não parava quieta. Tinha dia que ela acordava duas, três horas... acordava não, né? Nem dormia. Duas, três hora acordava e saía pra rua. Ficava muito na rua (Entrevista 16).

O hospital se apresenta como um espaço de proteção e de contenção. Conforme evidenciado na Entrevista 8, há uma percepção de que apenas os profissionais especializados conseguem compreender e manejar o sofrimento psíquico de maneira integral, “100%”, o que gera um sentimento de segurança para os familiares. Saber que a pessoa em sofrimento está em um ambiente estruturado, com acompanhamento contínuo e não exposta a situações de risco, inclusive contra a integridade física, conforme expressa a Entrevista 16, reduz o medo que a crise impõe.

Quando questionados sobre rede de apoio, em dez entrevistas os familiares localizaram a própria família como principal rede; em cinco entrevistas, os familiares disseram não contar com nenhuma rede de apoio e, em duas entrevistas, os familiares localizaram serviços de saúde como parte da rede, sendo uma delas o próprio hospital.

“Nós duas. Literalmente. Uma e a outra só, mais nada” (Entrevista 6).

“É nós mesmo, com Deus mesmo, porque ninguém ajuda, não. Assim... Lá mesmo, perto mesmo, não tem ninguém pra ajudar, não. É Deus mesmo” (Entrevista 9).

Nos discursos, de modo geral, fica explícito o desamparo das famílias, principalmente nos momentos de crise. Sem redes de apoio consistentes, elas se veem oneradas de diversas formas e recorrem a recursos que encontram disponíveis. Nesse sentido, Nogueira et al. (2022) destacam que ainda existe uma lacuna entre os cuidados ofertados em saúde mental e o que se espera alcançar, pois as famílias ainda sofrem de falta de apoio. Lidar com um familiar com transtorno mental, principalmente nos momentos de crise, parece ser uma tarefa solitária para as famílias, que não encontram na trama social o apoio necessário. Frente a isso, são obrigadas a lançar mão de caminhos já conhecidos, mantendo o circuito apontado por Dalmolin (2006).

Por fim, nota-se que as famílias entrevistadas não localizaram uma rede de apoio efetiva que lhes desse o suporte necessário para os enfrentamentos que o cotidiano do cuidado impõe. Retomando o que Bellato et al. (2015) afirmam sobre rede de cuidados, percebe-se que, se as famílias não possuem relações próximas de maior densidade afetiva a quem possam recorrer nesses momentos, restam as relações e as instituições de menor densidade afetiva, como os serviços de saúde e, mais especificamente, o hospital, que, em seu papel de instituição de porta aberta, tem acesso facilitado e fornece resposta à demanda familiar por internação.

Considerações Finais

O presente estudo permitiu recolher, junto a familiares de internos de um hospital psiquiátrico público, a percepção que estes têm sobre o lugar do hospital no cuidado em saúde mental. Foi possível concluir que, na visão da família, o hospital ainda ocupa lugar de destaque na assistência à crise dentro de uma RAPS percebida pelos familiares como pouco efetiva. Ao se considerar os pacientes advindos do interior do Estado de Minas Gerais, a questão fica ainda mais proeminente. O cuidado ofertado pelos serviços territoriais é percebido como algo pontual, enquanto o cuidado longitudinal cabe ao cotidiano familiar. Porém, em momentos agudos de desestabilização, a família encontra na prontidão e na estrutura hospitalar uma resposta à demanda por internação.

Nota-se que as famílias entrevistadas alegaram não possuir rede de apoio consistente, principalmente em relação aos serviços de saúde, o que se contrapõe, na prática, ao reordenamento preconizado pela legislação sobre a assistência à saúde mental e sobre a valorização do cuidado territorial como prioridade. Esses resultados apontam para uma necessidade de avanço, de ampliação da rede de cuidados e de interação entre a RAPS e a família. Entendendo ser a família responsável pelo cuidado rotineiro, observa-se a necessidade de conferir a ela suporte profissional, principalmente em momentos de crise e de agudização do sofrimento, sentidos tanto pelo usuário quanto pela própria família.

Em se tratando de adoecimento crônico, o cuidado familiar é longitudinal na vida do sujeito, que, em momentos diferentes, necessita de maior ou menor cuidado. A crise aparece como fator desestabilizador da dinâmica familiar, a qual necessita de novos arranjos cotidianos para dar suporte aos momentos agudos que necessitam de maior proximidade e atenção. A partir da escuta dos familiares, durante as entrevistas, foi possível notar que o hospital ocupa lugar central no imaginário social e que, no seu papel de instituição terciária na intensividade da prestação de serviços por meio da internação, é percebido pelos familiares como “lugar seguro” onde seus entes se encontram integralmente protegidos pelo espaço físico e “compreendidos” pelos profissionais.

Faz-se importante salientar que, entre a promulgação da *Lei n° 10.216* (2001), que redireciona o modelo assistencial em saúde mental e estabelece a internação como último recurso, e a *Portaria n° 3.088* (2011), que institui a Rede de Atenção Psicossocial de forma mais estruturada, há um hiato de dez anos. Durante o período de Pós-Reforma Psiquiátrica, a literatura demonstra que a família, um dos pilares na reorganização do cuidado, vê-se sobrecarregada nesse papel. Embora a Reforma tenha apresentado avanços significativos na assistência em saúde mental, seu processo de implementação tem sido marcado por tensões e reconfigurações, como evidenciado na *Resolução n° 32* (2017). Tal Resolução, ao mesmo tempo que reafirma o fortalecimento da RAPS, introduz medidas que podem fragilizar seus

princípios, como o incentivo ao financiamento de leitos em hospitais psiquiátricos e a incorporação de comunidades terapêuticas na rede pública. Diante disso, a escassez de estudos recentes que abordem a perspectiva da família evidencia a necessidade de mais pesquisas na área, possibilitando avaliar tanto os desafios quanto as potencialidades da existência e da garantia do cuidado prioritário no território e em liberdade, conforme preconizado pela legislação.

Por fim, é fundamental ressaltar que esta pesquisa se baseia em uma realidade local, em um hospital que atende municípios do interior de Minas Gerais, e foi conduzida com um número reduzido de participantes. Embora seus achados não sejam generalizáveis, o estudo contribui para a ampliação do debate e incentiva novas pesquisas que explorem diferentes contextos e suas especificidades.

Referências

- Ahnerth, N. M. D. S., Dourado, D. M., Gonzaga, N. M., Rolim, J. A., & Batista, E. C. (2020). "A gente fica doente também": percepção do cuidador familiar sobre o seu adoecimento. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 13(1), 1-20.
- Amarante, P. (1995). Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. *Cadernos de Saúde Pública*, 11(3), 491-494.
- Amarante, P., & Nunes, M. D. O. (2018). A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 2067-2074.
- Bardin, L. (2020). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Bellato, R., Araújo, L., Dolina, J. V., Musquim, C. A., & Corrêa, G. (2015). O cuidado familiar na situação crônica de adoecimento. In Costa, A. P., & Linhares, R. N. (Eds.). *Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa* (pp. 393-398). Universidade Tiradentes.
- Cruz, N. F. D. O., Gonçalves, R. W., & Delgado, P. G. G. (2020). Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho, Educação e Saúde*, 18(3), e00285117.
- Dalmolin, B. M. (2006). *Esperança Equilibrada: cartografias de sujeitos em sofrimento psíquico*. Fiocruz.
- Fontanella, B. J. B., Ricas, J., & Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(1), 17-27.
- Gagliano, P. S., & Pamplona, R., Filho (2014). *Novo Curso de Direito Civil: Obrigações (Vol. 2)*. Saraiva.
- Gonçalves, A. M., & Sena, R. R. D. (2001). A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 9(2), 48-55.
- Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. (2001, 7 de abril). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Presidência da República. Recuperado de https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm
- Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. (2002, 11 de janeiro). Institui o Código Civil. Presidência da República. Recuperado de https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406compilada.htm
- Lobosque, A. M., & Souza, M. E. D. (Orgs.). (2006). *Atenção em Saúde Mental*. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.
- Maciel, S. C., Barros, D. R., Silva, A. O., & Camino, L. (2009). Reforma psiquiátrica e inclusão social: um estudo com familiares de doentes mentais. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 29(3), 436-447.
- Minayo, M. C. S. (2007). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Vozes.
- Nascimento, K. C. D., Kolhs, M., Mella, S., Berra, E., Olschowsky, A., & Guimarães, A. N. (2016). O desafio familiar no cuidado às pessoas acometidas por transtorno mental. *Revista de Enfermagem UFPE Online*, 10(3), 940-948. Recuperado de <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11044>
- Nogueira, M. J. C., Sousa, A. M. B. D., Sousa, C. F., & Oliveira, M. S. B. (2022). Atenção familiar no cuidado em saúde mental: quem cuida do cuidador? *Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental*, 11(1), 59-70.
- Oliveira, E. B., & Mendonça, J. L. (2011). Dificuldades enfrentadas pela família no acolhimento do paciente com transtorno mental após a alta hospitalar. *Revista de Enfermagem UERJ*, 19(2), 198-203.
- Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. (2011, 24 de dezembro). Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. Recuperado de http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

- Ramos, A. C., Calais, S. L., & Zotesso, M. C. (2019). Convivência do familiar cuidador junto a pessoa com transtorno mental. *Contextos Clínicos*, 12(1), 282-302.
- Randemark, N. F. R., Jorge, M. S. B., & Queiroz, M. V. O. (2004). A reforma psiquiátrica no olhar das famílias. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 13(4), 543-550.
- Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017. (2017, 15 de dezembro). Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Conselho Nacional da Saúde. Recuperado de https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0032_22_12_2017.html
- Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. (2012, 13 de dezembro). Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Conselho Nacional da Saúde. Recuperado de https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
- Rosa, L. C. D. S. (2005). A inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental. *Psicologia em Revista*, 11(18), 205-218.