



New Trendsⁱⁿ
Qualitative
Research

INTERNAÇÃO EM UMA UNIDADE DE PSIQUIATRIA DE HOSPITAL GERAL: PERCEPÇÕES DE FAMILIARES



VOLUME XX | Nº X

DOI: <https://doi.org/10.36367/ntqr.xx>

Lorena Cristina Silva Pereira

Which of these methodological topics does this article fall under? (Mark your option with an "X")

<input type="checkbox"/>	1 - Epistemological and Theoretical Foundations of Qualitative Research
<input type="checkbox"/>	2- Approaches and Methodologies in Qualitative Research
<input type="checkbox"/>	3 - Qualitative Research in Digital and Web Contexts
<input type="checkbox"/>	4 - Qualitative Data Analysis: Approaches and Techniques
<input type="checkbox"/>	5 - AI-Driven Technologies in Qualitative Research and Data Analysis

Submission date: month, year

Review date: month, year

Publication date: month, year

RESUMO

A Reforma Psiquiátrica brasileira redefiniu o cuidado em saúde mental, buscando a reinserção social dos pacientes e transferindo a responsabilidade do tratamento para a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e o núcleo familiar. Contudo, a persistência de internações recorrentes e a sobrecarga imposta aos familiares levantam questionamentos sobre a efetividade desse modelo. O objetivo central do estudo foi apreender as expectativas e dificuldades dos familiares em relação à internação e o papel que a hospitalização desempenha nesse processo de cuidado. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa em uma unidade de psiquiatria de um hospital geral no interior de Minas Gerais. A amostra de nove participantes era majoritariamente composta por mulheres (mães), evidenciando um arranjo generificado do cuidado, com baixa proteção social e inserção precária no mercado de trabalho. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas e analisados pela metodologia de Análise de Conteúdo. As análises mostraram que a principal dificuldade é a sobrecarga persistente dos familiares, que vivenciam o cuidado de forma isolada, vendo a internação como um alívio temporário. A internação involuntária, que constituiu a totalidade dos casos, indica que o hospital opera como um dispositivo de "gestão da precariedade" familiar, regulando socialmente aquilo que a RAPS não consegue sustentar, o que é um paradoxo da reforma psiquiátrica. Além disso, os familiares relataram que a comunicação e o acesso à informação sobre o tratamento são limitados e a rigidez das regras da unidade reforça o sentimento de aprisionamento. Conclui-se que o sucesso do cuidado em liberdade depende diretamente do fortalecimento da rede psicossocial e da corresponsabilização social, elementos que, quando ausentes, comprometem a continuidade integral do tratamento.

Palavras-chave

Saúde Mental; Reforma Psiquiátrica; Família; Sobrecarga do Cuidador.

ABSTRACT

Brazilian psychiatric reform has redefined mental health care, seeking to reintegrate patients into society and transferring responsibility for treatment to the Psychosocial Care Network (RAPS) and the family unit. However, the persistence of recurrent hospitalizations and the burden imposed on family members raise questions about the effectiveness of this model. The main objective of the study was to understand the expectations and difficulties of family members in relation to hospitalization and the role that hospitalization plays in this care process. This is a qualitative study conducted in a psychiatric unit of a general hospital in the interior of Minas Gerais. The sample of nine participants was mostly composed of women (mothers), evidencing a gendered arrangement of care, with low social protection and precarious insertion in the labor market. Data were collected through semi-structured interviews and analyzed using content analysis methodology. The analyses showed that the main difficulty is the persistent overload of family members, who experience care in isolation, seeing hospitalization as temporary relief. Involuntary hospitalization, which constituted all cases, indicates that the hospital operates as a device for "managing family precariousness," socially regulating what the RAPS cannot sustain, which is a paradox of psychiatric reform. In addition, family members reported that communication and access to information about treatment are limited, and the strict rules of the unit reinforce the feeling of imprisonment. It can be concluded that the success of care in freedom depends directly on the strengthening of the psychosocial network and social co-responsibility, elements that, when absent, compromise the full continuity of treatment.

Keywords

Mental Health; Psychiatric Reform; Family; Caregiver Burden.

1. Introdução

Até meados do século XX, a forma dominante de cuidado em saúde mental em vários países se baseava na internação prolongada, em hospitais com características asilares, com foco no controle e no confinamento, em condições muitas vezes de superlotação, violência, abandono, perda de vínculos familiares, sociais e de direito civil. Assim, inicia-se nesse período o movimento social e de familiares que denunciavam a violação dos direitos humanos e a falta de cunho terapêutico nas instituições manicomiais (Montenegro et al., 2023).

A Reforma Psiquiátrica modificou os papéis e, ao promover o cuidado em liberdade, estabeleceu um novo modelo de assistência visando a necessidade de reinserir os pacientes com transtorno mental no espaço social, impulsionando a criação de dispositivos terapêuticos mais abrangentes e complexos (Wink & Klafke, 2020).

Esse novo modelo de cuidado em saúde mental reelaborou o papel do paciente e da família no processo de cuidado. O familiar que antes era um sujeito passivo, agora assume um papel ativo no tratamento do paciente em saúde mental, tornando-se um elemento essencial no plano de cuidados. A internação hospitalar passa a ser uma parte pontual do tratamento, enquanto o cuidado longitudinal passa a ser ofertado através da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e da Rede de Apoio oferecida por familiares (Martins & Guanaes-Lorenzi, 2016).

A forma de participação da família no processo terapêutico está relacionada à gravidade da doença, aos laços familiares e ao contexto social. (Rocha, Paula & Castro, 2021). Com a Reforma Psiquiátrica e os processos de desinstitucionalização, a família é convocada a compartilhar a responsabilidade pelo cuidado em dispositivos extra-hospitalares, tornando-se parceira estratégica das equipes na construção de projetos terapêuticos singulares e na sustentação da vida em comunidade. Esse reposicionamento implica reconhecer tanto o potencial da família como fonte de apoio emocional, material e de mediação com a rede social, quanto suas próprias fragilidades, sobrecargas e necessidades de cuidado e orientação profissional (Silva & Batista, 2022).

A participação ativa dos familiares pode favorecer a reconstrução de vínculos, a adesão ao tratamento e a inclusão social das pessoas com transtornos mentais, mas também evidencia medos, ambivalências e atitudes de não aceitação que exigem intervenções específicas dirigidas ao grupo familiar (Rocha, Paula & Castro, 2021). Entendendo a internação como um

“novo-velho” equipamento de cuidado, como a família compreende e vivencia o processo de internação psiquiátrica em um hospital geral? Essa pesquisa teve como objetivo conhecer as expectativas e dificuldades identificadas pelos familiares a respeito da internação e, sobretudo, o papel da hospitalização no processo de cuidado em saúde mental.

2. Metodologia

Foi realizada uma pesquisa de abordagem qualitativa, em uma unidade de saúde mental de um hospital geral no interior de Minas Gerais. O tamanho amostral foi medido com base em outros estudos como os de Pereira e Joazeiro (2015) e Ely et al. (2017) os quais contaram com o tamanho amostral de 8 e 10 participantes respectivamente, uma vez que para a realização de estudos qualitativos, a aplicação de um número suficiente de entrevistas que englobe diferentes percepções e que reúna informações necessárias para atingir os objetivos do estudo torna-se mais importante do que a necessidade de estabelecer grandes metas quantitativas (Ahmed, 2025; Palinkas, 2014).

Os critérios de inclusão foram: idade mínima de 18 anos, possuir tempo de internação do paciente igual ou superior a 15 dias e ter rede de apoio identificada no momento da admissão hospitalar do paciente. O tempo de internação mínimo adotado pela pesquisadora justifica-se pela necessidade de adaptação e ambientação do entrevistado em relação à rotina da unidade. Foram excluídos da pesquisa aqueles familiares que por algum motivo não estabeleciam comunicação de forma efetiva para a coleta de dados.

A coleta de dados ocorreu em agosto de 2025. Durante a coleta, foram entrevistados nove participantes. As entrevistas ocorreram com base em um instrumento de entrevista composto por questões abertas e fechadas, a fim de apreender a percepção dos familiares de pacientes internados a respeito da experiência de internação. O instrumento foi dividido em três partes: a) identificação, onde havia perguntas sobre questões sociodemográficas, b) internação, que buscava a percepção dos familiares sobre a estrutura física do setor, horários de visita, comunicação extra-hospitalar, acesso às informações e às orientações a respeito do tratamento, compreensão sobre as questões de saúde mental e a como compreendiam as relações interpessoais no serviço; c) pós-alta, continham perguntas que abordavam a respeito do tratamento após a alta.

As respostas foram registradas nos questionários físicos e as entrevistas foram gravadas em formato de áudio. O tempo de entrevista ficou entre 25 a 35 minutos. Posteriormente, essas foram transcritas e analisadas à luz da metodologia de Análise de Conteúdo, utilizada para examinar os dados, justificada pela sua capacidade de compreender as nuances e profundidades das informações coletadas, além de revelar as questões subjacentes aos conteúdos expressos, indo além da superfície do que está sendo comunicado (Minayo, 2009).

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, parecer número 7.720.970, atendendo à determinação da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e de forma a preservar as identidades dos participantes, os nomes foram substituídos por códigos numéricos.

Os resultados obtidos foram submetidos a uma reflexão crítica sobre a experiência da internação para os familiares de pacientes internados em uma unidade hospitalar de saúde mental e serão apresentados a seguir.

3. Resultados e discussão

As categorias apresentadas foram analisadas à luz da Reforma Psiquiátrica no mundo e no Brasil. As categorias encontradas abordam questões sobre a sobrecarga apresentada por cuidadores, a dificuldade de informações apresentadas durante o tratamento, : Cuidado em liberdade e o peso da responsabilidade; O fortalecimento da rede extra hospitalar de saúde mental; Para além do leito; Psiquiatria ou prisão? e Vozes além das grades.

A categoria primeira categoria analisa a sobrecarga persistente dos familiares, que assumem o cuidado de um ente com diagnóstico em saúde mental. A segunda categoria analisa o apoio oferecido pela RAPS a esses familiares que assumem o cuidado. A terceira analisa o acesso às informações recebidas pelos familiares durante o período de internação. A quarta analisa as normas e rotinas instituídas pelas unidades de internação. E por fim, a última categoria analisa o estigma apresentado pelos familiares a respeito do diagnóstico em saúde mental.

CUIDADO EM LIBERDADE E O PESO DA RESPONSABILIDADE

Na presente pesquisa, quanto ao nível de escolaridade, um dos participantes é semianalfabeto, dois possuem ensino fundamental completo, dois possuem ensino médio incompleto, dois possuem ensino médio completo, um possui ensino superior incompleto e um possui ensino superior completo. Três de nove familiares trabalham como diaristas, dois são aposentados, e o restante trabalha como vendedor, cerimonialista ou não possui vínculo empregatício formal no momento. Oito dos nove entrevistados eram mulheres com idades entre 25 e 75 anos, sendo em sua maioria as mães dos pacientes.

Com isso, o perfil dos participantes e suas falas evidenciam um arranjo fortemente generificado do cuidado. A maioria dos familiares são mulheres, com inserção precária no mercado de trabalho e baixa proteção social, o que reforça a ideia de que o cuidado é socialmente construído como um “dever moral” feminino. Como aponta Batista (2010), a necessidade de cuidado tende a recair sobre mães, esposas, filhas e irmãs, configurando uma divisão desigual dos papéis familiares e produzindo um tipo de “destino de cuidadora” que se naturaliza no cotidiano.

A maioria dessas mulheres não identifica rede de apoio familiar eficaz, o que as leva a sentimento de sobrecarga:

Eu e Deus. Ai, ai. Tem, a irmã dele, mas ela tem um problema igual a ele também. Então, já não conto com ela. Meu pai tem oitenta e quatro anos e eu que cuido dele, fico mais com ele lá, de dia. 007

Ela me ajuda às vezes quando eu preciso, mas a maioria das vezes é eu e ele sozinho. 007

Só eu e meu marido. Às vezes minha filha, mas ela é casada. É mais difícil. 008

Mais é eu, né? Agora não dá nem pra ficar nós dois. 008

As narrativas “Eu e Deus”, “Só eu e meu marido” ou “Mais é eu, né?” mostram a experiência concreta de isolamento e sobrecarga, em que o cuidado se concentra em uma única pessoa, sem rede de apoio estável. As consequências são múltiplas: desgaste físico e emocional, reorganização ou abandono de projetos de vida, redução de oportunidades de trabalho formal e

restrição do tempo para o autocuidado (Batista, 2010). A ausência de suporte familiar ampliado e de políticas públicas que ofereçam dispositivos de amparo contribui para que a família viva a internação como um momento de suspensão temporária desse peso, um lugar de “alívio social” em relação à convivência cotidiana com a crise e os sintomas.

Boa. O tratamento surte efeito e é um alívio pra quando a família tá no fundo do poço. 003

Uma benção, uma forma de conseguir ajuda quando a gente não consegue sozinho e já não sabe mais o que fazer. 001

Era a minha esperança dela melhorar. Eu já tinha perdido a minha esperança. Era a minha esperança. 002

O sentimento de alívio vem quando o familiar percebe que a internação consegue contribuir para a supressão de comportamentos agressivos, a aceitação da medicação e a adesão ao tratamento, dentre outros, como mostra a seguir:

Mas sobre medicação eu não confio nela tomar sozinha. Eu acho que ela acaba parando. É porque tem como ter tido o surto tomando a medicação certinha? É porque ela fala que... Eu acho que desde quando começou sai muita espinha e engorda. Aí ela parou. Mas ela confessou e depois desmente. Fala que não é. Aí não dá pra saber. 006

Ó, muito pouco, entendeu? Ela agora já tá aceitando mais ou menos, você tá entendendo? Antes ela não aceitava de jeito nenhum. Então, bom sinal, né? Que ela já começou a aceitar, né? Não é que tá 100% não, mas hoje ela sabe que ela tem esse problema, que ela precisa de tratamento e antes ela não entendia isso. 002

Não, assim, no começo, sabe? Antes dela vir... Tava muito, assim, muito difícil, sabe? Mas agora, ela melhorou muito, mas muito bem. Ela se desenvolveu para entender mais as coisas que antes ela não entendia. A gente falava uma coisa pra ela, aí ela ia imaginar, entendeu? Da forma dela, não da forma realmente que era, entendeu? Aí ela ia basear alguma coisa e tinha aquilo na cabeça. Era aquilo mesmo. 002

[...] esse tratamento foi ótimo. Porque antes de qualquer coisa, entendeu? Ela olhava, ela já cismava com a pessoa, com a pessoa já ficava, tipo assim, tipo, ela já marcava aquela pessoa, entendeu? Achava que a pessoa tava contra ela, preparando pra fazer algo contra ela, entendeu? Então ela não tinha aproximação com ninguém, além de ser comigo. 002

Eu sou a primeira a falar: leva pra lá. O melhor lugar. Eu falo para todo mundo. Depois que eu internei minha filha aqui, o melhor lugar pro cuidar de uma pessoa que tem problema mental é aqui. 007

A percepção, apresentada pelos entrevistados, de que a internação desempenha a função de controle dos internados, é especialmente interessante à luz de Foucault (1994), quando discute o hospital e o asilo como dispositivos de produção de verdade e exercício de poder. O asilo psiquiátrico – deixa de ser apenas um espaço de conhecimento neutro sobre a doença, para tornar-se um cenário de teste, confrontação e dominação: um lugar em que a loucura é separada do meio familiar, cercada por regras e hierarquias, submetida ao saber-poder médico. O internamento é justificado, historicamente, pela convergência entre “necessidade terapêutica” e “ordem social”: proteger a sociedade da desordem do louco e, ao mesmo tempo, submeter o paciente a um regime que promete cura ou normalização. Desta forma, a função estabelecida para o hospital psiquiátrico do século XIX ainda mantém-se no imaginário social dos familiares, um lugar cuja métrica é controle e submissão. Esse autor cita Baságlia (1968) que escreveu na obra “A instituição negada” que os hospícios, como outras instituições totais, têm como característica, a clara separação entre aqueles que detêm o poder e aqueles que não o detêm."

A maioria dos entrevistados responderam não ser a primeira internação de seus familiares. Quatro dos nove pacientes têm a internação atual como a primeira experiência, dois pacientes estão na segunda internação, e os demais possuem três, quatro e oito internações, que variam entre hospitais psiquiátricos da rede pública e comunidades terapêuticas. Nesse achado há dois pontos de discussão importantes: o primeiro sobre a necessidade de analisar os motivos relacionados às reinternações e o segundo é a falta de confiança no serviço especializado do território como mostra as falas a seguir:

Eles falam pra mandar pro CAPS, e igual eu falei com os médicos aqui, eu não gosto de CAPS. Eu prefiro tratar dentro da minha casa, porque tem vezes que vai lá só para tomar remédio, remédio toma em casa. Mas aqui é muito bom. Graças a Deus. 007

Ah, procurar tratamento, né? Porque se não dá, não tem jeito não. Tem que procurar e manter ela na linha também, porque se não... Seguir no CAPS, seguir... Porque da última vez que ela foi internada, né? Ela melhorou e parou.. Não quis mais, né? Então, acho que por conta disso piorou também. 005

Em diálogo com Foucault (1994), a internação ainda concentra uma função de “regulador social”. Ela retira do espaço doméstico aquilo que ameaça desorganizar a ordem familiar e comunitária, devolvendo aos médicos e à instituição o poder de nomear, classificar e dirigir a vida do paciente.

Do ponto de vista da reforma psiquiátrica e da desinstitucionalização, essas falas revelam uma tensão importante. Em tese, o modelo psicossocial preconiza que a internação seja recurso de exceção, e que o cuidado aconteça predominantemente em serviços abertos, territoriais, com suporte à família e ao usuário na comunidade. Na prática, porém, quando a rede comunitária é frágil ou insuficiente – CAPS com pouca oferta de cuidado intensivo, ausência de apoio domiciliar, dificuldade de acesso a benefícios sociais – o hospital volta a ocupar o lugar de

resposta principal às crises, sendo acionado tanto pelo sofrimento do usuário quanto pela exaustão da família (Gonçalves et al., 2025).

Assim, o “alívio” produzido pela internação precisa ser analisado criticamente. Se por um lado é legítimo reconhecer que, em contextos de altíssima sobrecarga, a hospitalização temporária pode de fato representar um recurso de proteção e reorganização do cuidado. Por outro lado, se não tiverem intervenções que fortaleçam a rede territorial, ofereçam suporte estruturado à família e promovam autonomia do usuário, corre-se o risco de repetir o ciclo hospital–casa–hospital, reproduzindo justamente aquilo que a reforma psiquiátrica buscou superar: a centralidade da instituição fechada como lugar de gestão da loucura e de pacificação das tensões sociais (Gonçalves et al., 2025).

O FORTALECIMENTO DA REDE EXTRA HOSPITALAR DE SAÚDE MENTAL

Todos os entrevistados tinham em comum a internação involuntária de seus familiares, bem como uma rede de apoio inexistente ou diminuída. Parte dos entrevistados relacionou a falta de uma rede de apoio eficaz, bem como a dificuldade de manejo da crise em nível territorial, a falta de orientações em relação ao tratamento e ao papel da família, à sobrecarga apresentada por não ter com quem dividir esse cuidado.

Não, mais ou menos eu sei, porque já levamos ele lá no CAPS, aí o médico falou para mim, ó, ele vai ficar desse jeito. Aí eles queriam que ele frequentasse o CAPS e ele não quis. Todo apoio precisava ser feito... A gente, nesse sentido, a gente é atento. Por exemplo, todo apoio que precisasse para levar ele, para ter a melhora dele, a gente tentava. Sabe? Mas, infelizmente, se depender de nós levamos... Não dá, não consegue. Se nós dependermos dele para tomar remédio, ele não consegue. 008

Em relação a internação involuntária, que representou neste estudo a totalidade dos pacientes dos familiares entrevistados, número esse que representa 40% dos pacientes internados, uma vez que a unidade onde ocorreu a pesquisa era composta de 25 leitos, a reforma psiquiátrica entende que deveria ser usada como último recurso. Entretanto, a persistência da internação involuntária como saída recorrente indica falhas estruturais na rede psicossocial e na proteção

social às famílias cuidadoras. Isso desloca o debate da esfera puramente clínica para uma dimensão ético-política: não se trata apenas de discutir quando internar, mas de questionar quais condições de cuidado, apoio e direitos são garantidas a usuários e familiares para que a internação não seja a única resposta possível.

Assim, a internação involuntária passa a cumprir uma função que vai muito além do tratamento clínico: ela opera como um dispositivo de “gestão da precariedade” pensando à luz das discussões sobre vidas precárias (Butler, 2004). Nessa perspectiva, compreende-se que, em muitos contextos, os serviços de saúde mental acabam operando menos como dispositivos de superação da vulnerabilidade e mais como instâncias de gestão da precariedade e da sobrecarga familiar. Nesses casos, o hospital é acionado não como espaço terapêutico, mas como recurso de regulação social, capaz de retirar temporariamente do convívio cotidiano aquilo que a família e o território não conseguem sustentar.

Além disso, como evidenciado nas falas dos entrevistados, o adoecimento de um membro da família causa um impacto significativo para os que estão à sua volta, por vezes é preciso dispor de recursos financeiros e emocionais capazes de sustentar as alterações na rotina e os encargos emocionais e práticos do cuidado. Com isso, é imprescindível considerar a influência da estrutura familiar sobre o cuidado, o conhecimento que os familiares possuem a respeito do diagnóstico, do tratamento, do manejo das crises e identificar quando precisam de ajuda dos serviços de saúde (Lemos et al., 2022).

Ele ficou com raiva do pai porque trouxe ele pra cá, né? Não pode nem ver o pai. É só porque ele fala alto. Eu falo baixo. Será que é por causa disso? Mas ele acha que eu falo baixo é que eu tenho medo. Eu não tenho medo de ninguém não. É porque é o meu jeito mesmo.

A decisão pela internação involuntária costuma ser acompanhada por um intenso conflito emocional. Os familiares oscilam entre o alívio de ver o paciente protegido e o sentimento de culpa por autorizar uma medida percebida como “forçada”, temendo que seja vivida pelo usuário como rejeição ou abandono. Essa ambivalência revela que a internação involuntária, embora

muitas vezes apresentada como solução técnica, é, na prática, uma experiência moralmente carregada para a família. Nesse contexto, a família é convocada não só a cuidar, mas também a exercer um poder que, em outros campos da vida, seria inaceitável: decidir sobre a privação de liberdade de outro adulto. Esse lugar liminar entre o cuidado e a coerção produz intenso mal-estar e, muitas vezes, uma experiência de “traição necessária”, na qual o familiar acredita estar fazendo algo doloroso, porém inevitável, em nome da proteção (Jankovic et al., 2011).

Quando existem lacunas no suporte que a rede oferece à família, seja pela falta de vínculos com a RAPS, por uma falta de articulação eficaz entre os equipamentos ou a ausência de benefícios sociais, o cuidado no território é descontinuado e a instituição hospitalar assume novamente o papel de protagonismo nesse processo, dando início a um ciclo de internações recorrentes (Gonçalves et al., 2025). Embora a criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) tenha o papel de fornecer suporte para a promoção de um cuidado territorial, quando a articulação entre a família e os elementos dessa rede não se efetiva, a internação deixa de ser um recurso emergencial e passa a assumir, novamente, o papel de refúgio, aprisionamento, alívio da sobrecarga e de controle da doença, dos sintomas e dos indivíduos (Pascoal et al., 2021).

O paradoxo entre a reforma psiquiátrica e as internações, só se esvai efetivamente quando esse lugar de alívio social deixa de depender exclusivamente da hospitalização e passa a ser compartilhado por uma rede de atenção à saúde mental composta não somente por serviços comunitários de saúde mental, mas também de políticas que reconheçam e apoiem o cuidado em liberdade. Os serviços territoriais (de base comunitária) de saúde mental não devem exercer o papel da gestão da precariedade, pois essa tem diversas facetas sociais, como a pobreza, desigualdade e a marginalização das pessoas portadoras de transtornos mentais, e necessitam de outros setores como a política, economia e a assistência social para ser capaz de solucioná-la. para que não se tornem objeto do cuidado em saúde. Entretanto, precisam sustentar a dada complexidade imbuída no processo de cuidar em saúde mental, utilizando estratégias para estabelecer mecanismos de suporte capazes de diminuir as dificuldades e acolher as necessidades desses indivíduos. Para (Wink & Klafke, 2020), o cuidado territorial só se torna possível através de uma melhor articulação entre os diversos componentes da rede assistencial (como internações, CAPS, residências terapêuticas e centros de convivência) e desses com o paciente em seu contexto familiar e social.

No que diz respeito à percepção sobre a autonomia dos pacientes em seus próprios tratamentos, a maioria dos familiares referiu não confiar na auto gestão das medicações, por acreditar que param de tomá-las por conta própria. Além disso, boa parte dos entrevistados disse acreditar que o paciente teria condições de participar mais ativamente no tratamento e nas tomadas de decisões quando está estável, mas que por vezes, limitam essa autonomia pelo receio de que o tratamento seja suspenso ou realizado de maneira incorreta. Como ilustrado em algumas falas dos entrevistados:

Na última vez ela fez sozinha, né? Porque eu não estava com ela ainda. Às vezes ela consegue. 005

Ele não compreende, naquele momento ele não tá ali. 004

Ela teve compromisso lá no CAPS. Ela ia toda semana, foi rara as vezes que ela não foi. Mas sobre medicação eu não confio nela tomar sozinha. Eu acho que ela acaba parando. É porque tem como ter tido o surto tomando a medicação certinha? 006

É porque ela fala que... Eu acho que desde quando começou sai muita espinha e engorda. Aí ela parou. Mas ela confessou e depois desmente. Fala que não é. Aí não dá pra saber. 006

Não sei se porque a cabeça dele é diferente, né? Mas eu acho que não a maior parte do tempo, outras vezes quando toma a medicação eu acho que sim. 008

Alguns recursos podem ser pensados para auxiliar a autonomia dos pacientes e, consequentemente, diminuir a sobrecarga atribuída a um cuidado integral exercido pelos cuidadores. Dentre eles, destaca-se a Gestão Autônoma da Medicação (GAM), que é uma ferramenta potente capaz de auxiliar familiares e pacientes na autogestão dos medicamentos. O objetivo da GAM não é promover a independência completa e abrupta do paciente em seu

processo de cuidado, mas sim fomentar a participação ativa nas escolhas terapêuticas, o conhecimento sobre a própria condição, a experiência pessoal com os fármacos e o envolvimento do indivíduo no processo de decisão sobre seu tratamento (Ferreira, Caliman & César, 2021).

Com isso, a redução da sobrecarga é alcançada quando se estabelece o compartilhamento de cuidado, pautado na promoção da autonomia e na construção de um plano terapêutico que faça sentido para a realidade vivida pela família e pelo paciente.

PARA ALÉM DO LEITO

Antes da reforma psiquiátrica, os familiares que antes eram sujeitos passivos no tratamento, agora se veem com a complexa responsabilidade de gerenciar o cuidado dos seus parentes, tornando-se, portanto, uma das peças centrais na reinserção social, sem que sejam devidamente preparados para assumir esse papel de extrema importância.

A partir das entrevistas realizadas com os familiares, surgiu a dificuldade de receber informações a respeito do tratamento, diagnóstico e medicações utilizadas durante o período da internação. As falas apresentadas expressaram que, em boa parte dos casos, os familiares elencam como um problema a falta de informações diárias: e identificam que as orientações são passadas somente quando o médico marca uma reunião ou quando a família busca a equipe para pedir atualizações. Contudo, muitos familiares referem não saber a frequência com que essas reuniões médicas deveriam acontecer, tampouco como fazer para agendá-las. Os entrevistados manifestam ainda dificuldade de participarem de maneira mais ativa do tratamento de seus familiares, e atribuem essa percepção de sentirem alheios ao desconhecimento acerca dos meios necessários para prestar essa assistência. Essa dificuldade se evidencia nas falas:

Ah, eu poderia ter mais, não sei, mais apoio, assim, da parte deles [...] Às vezes pedir uma informação, né? Tentar ajudar mais. Porque, assim, querendo ou não, você está tentando também ajudar ele melhorar para que ele saia logo também, entende? Às vezes eu tenho uma certa dificuldade, eles têm uma certa dificuldade de me passar alguma informação. Eu acho que poderia ser melhor. 004

Não, desde que ele foi internado aqui a gente teve pouca comunicação com os médicos, né?! Uma vez ela fez uma reunião com todos nós, né?! Pra perguntar da saúde dele. Aí depois ela falou que ia marcar outra reunião e depois desistiu, aí a gente ainda tá sem saber, né?! 008

Essa nova abordagem gerou uma nova realidade para os serviços e, principalmente, para os familiares. A família ocupa dois papéis importantes e ambíguos no tratamento do paciente psiquiátrico. Por um lado, ela é o principal suporte, quem cuida, acolhe e sustenta por diversas vezes sem apoio, os mais variados momentos de crise. Por outro lado, a família é também quem age, em sua maioria das vezes, como denunciante do “comportamento inadequado”, é quem formaliza a demanda e a inserção do paciente no tratamento e em instituições hospitalares (Wink & Klafke, 2020).

Ao deixar que a instituição assuma de forma integral o cuidado em saúde mental de um indivíduo, a família não perde somente sua capacidade de participação no tratamento, mas também a sua capacidade de decisão. O tratamento passa a ser fragmentado, dando destaque aos momentos de crise e minimizando a importância de um cuidado longitudinal.

Para além de questões práticas e do funcionamento próprio do setor, a comunicação também acaba sendo prejudicada devido a características das relações interpessoais, como a falta de manejo de membros da equipe quando questionados sobre informações. Os participantes referem não se sentir acolhidos quando se deparam com dificuldades e dúvidas a respeito do tratamento de seus familiares, o que atribui mais uma carga a um momento que por vezes já se mostra desafiador.

Acho que a equipe podia ouvir mais a gente, não vir com grosseria quando a gente pergunta as coisas. 003

Não. Na verdade, eu vou te falar, está sendo tudo muito novo. Eu mesmo que estou descobrindo tudo. 004

É preciso contemplar o familiar e suas angústias a respeito da situação vivenciada, sendo necessário acolher e capacitar a família para lidar com os momentos de estabilidade e instabilidade que estão presentes no cotidiano e que podem se estender por uma vida toda. É preciso pensar na relação família-pacientes pelos profissionais de saúde do serviço e em como isso contribui para a promoção de saúde e não de doença no cuidado da saúde mental.

Não, o tratamento dele, por exemplo, passar a dormir melhor, tomar os remédios, tentar dar uma descansada, né? Toda a parte, toda a época que ele ficava internado, quando ele voltava a gente ficava preocupado que ele ia voltar, como ele ia voltar, como ele vai proceder lá dentro de casa, como ele vai sair daqui. 008

Alguns dos entrevistados se queixam da dificuldade de participar mais ativamente do tratamento durante a internação e relacionam esses percalços à impactos no cuidado e no manejo do paciente após a alta. Pensando em um cuidado a nível territorial, a família se constitui como um dos pilares do cuidado em saúde, junto aos demais equipamentos da rede de atenção primária e secundária, como explicitado pela **portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012** a qual indica necessidade de contemplar atividades como: Art. 4º, parágrafo II - abordagem familiar, incluídas orientações sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento em outros pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial.

“Acho que mais o negócio de explicar pra gente o que tá acontecendo no tratamento, porque aqui ele fica bem, mas chega lá de fora e piora de novo. A gente que não entende muito bem acaba ficando sem saber o que fazer e no fim é a gente que cuida.” 001

“Levar ela para casa e avaliar, né? Se ela vai estar melhorando ou não. Eu não sei que atitude eu devo tomar, se caso eu ver que não está melhor.” 006

“Não. Assim, dela entrar em crise ainda não.” 002

Os serviços de saúde acabam por exigir um suporte familiar integral e satisfatório, ao mesmo tempo em que afastam os familiares de uma participação ativa no tratamento, não os capacitam para o manejo do cuidado em casa, o acesso à informação a respeito do tratamento é limitado, e falta acolhimento e orientação para auxiliar no momento em que estão passando (Wink & Klafke, 2020).

A implementação de protocolos comuns a outros setores do hospital, que objetivam promover uma participação maior da família no cuidado com o enfermo, como por exemplo, o boletim médico diário para o repasse de informações, é por vezes banalizado em setores de internação de saúde mental.

Para sustentar um cuidado em liberdade é preciso que se pense no paciente de maneira integral, considerando o indivíduo para além de seu diagnóstico, e o compreendendo em suas dimensões biológica, psicológica e social.

Sendo assim, torna-se impossível pensar em um atendimento que não inclua a participação ativa da família. Somente através da orientação e do acolhimento torna-se possível estabelecer uma rede de apoio estruturada capaz de proporcionar uma oferta de cuidado que contribua para o desenvolvimento da autonomia, o restabelecimento de laços sociais, a resolução de problemas e a adesão ao tratamento. Em contrapartida, uma rede de apoio fragilizada propicia falhas na continuidade do tratamento, além da geração de sobrecarga dos cuidadores, dificuldades de manejo em casa nos momentos de crise e insegurança nos familiares diante dessa situação (Rocha, Paula & Castro, 2021).

PSIQUIATRIA OU PRISÃO?

Alguns familiares mencionam a dificuldade de comunicação dos pacientes com o mundo exterior e da família com o paciente no ambiente hospitalar. Os entrevistados mencionam entenderem a necessidade da vigência dessas regras para o bom funcionamento da internação, mas se queixam que o excesso de normas dificulta a participação ativa dos familiares no cuidado do paciente.

A principal queixa dos entrevistados se dá em relação aos horários restritos de ligação e a dificuldade que a família encontra ao tentar manter essa comunicação.

A família podia conseguir ligar pra falar com o paciente. Às vezes a gente tem alguma coisa importante pra falar, mas não consegue porque não tem como ligar, ou então tá há muito tempo sem falar com o paciente e quer saber notícias. 001

Eu acho que podia ligar mais vezes e até receber a ligação da gente, porque tem hora que a gente precisa de falar aqui e eles não deixam de jeito nenhum. Tem que ser o horário que o paciente pode ligar lá. Muitas das vezes quem tá pinel da cabeça igual ele fica ali, nem lembra de família. Ele mesmo, depois de uns dias pra cá, que ele começou a ligar. Depois d'eu ficar pegando no pé dele, mas antes não ligava não. 007

É a mesma palavra, né? Poderia ter como ligar pra falar com o paciente, né? 008

Não, tem um limite, um tempo que pode ficar na ligação então, acaba que a pessoa liga e pergunta como é que tá e você desliga. 005

Segundo Goffman (1987), a rigidez das regras apresentadas pela internação é capaz de interferir significativamente na autonomia do indivíduo, uma vez que se estabelece uma posição hierárquica entre profissionais e pacientes. A isso se soma a necessidade de pedir permissão para ações básicas do cotidiano, como fumar, usar o banheiro ou telefonar, bem como a obrigação de executar essas atividades em horários pré-estabelecidos e quase sempre de forma coletiva com outros pacientes internados.

É possível considerar, ainda, que por vezes o excesso e a inflexibilidade das regras institucionalizadas ignoram a singularidade de cada paciente e os colocam em uma posição submissa e atípica para um adulto. Ao estabelecer, ainda que de maneira velada, uma posição de hierarquia entre os pares, permite-se que a equipe de profissionais – que, no caso, é quem detém o maior poder – interfira no desenvolvimento das atividades desenvolvidas pelos pacientes e, em vez de obter atendimento rápido, o paciente frequentemente passa a ser alvo de escárnio,

negação, interrogatórios demorados, ou pode até mesmo ser ignorado ou esquecido (Goffman, 1987).

Outra queixa presente no discurso dos entrevistados está relacionada ao horário de visita, mencionam que embora reconheçam como ponto positivo a existência de dois horários, o tempo disposto para que a família permaneça no setor é bastante limitado. Por ser um setor isolado do hospital, os acompanhantes relatam gastar boa parte do horário destinado à visita na fila de entrada e no trajeto até o setor de internação.

Eu achei ótimo, porque tem dois horários, né? Quem trabalha de noite vem de dia e quem trabalha de dia vem à noite. 006

Só que assim, poderia ter um horário diferente pra troca de acompanhante, né? Porque a mistura é muito visita junto. Aí como aqui é mais rígido, né? E mais afastado também acaba que a gente fica muito tempo lá fora e pouco tempo aqui na visita. 005

Eu acho que podia ser pelo menos maior o horário de visita, né?! Porque a gente que depende de ônibus, você já acha aqui tem dia que tem hora que já na hora de voltar. Até entrar na fila lá de baixo, né? Ainda tem a fila grande que você pega lá de fora. 007

Ah, você fala assim... Era bom se tivesse mais tempo, né? Às vezes prolongasse mais o tempo. Às vezes a gente quer ficar mais, não tem como, né? Igual tipo a noite. 004

A visita é meio complicado, né? Porque a fila é única, né? Então mistura acompanhante com troca de acompanhante, visita. Aí tem vezes que você chega na fila ali, por exemplo, seis e quarenta aí começa a atender só às sete horas, você sai de lá às sete e meia aí dá oito horas e a gente tem que sair, né? Então é meio complicado. 005

Muito.. Porque querendo ou não a fila pra visita daqui é no máximo vinte pessoas, então deveria ter uma fila mais separada, né? 005

A desinstitucionalização representa mais do que uma simples transferência de cuidados do ambiente hospitalar para o comunitário; ela exige uma transformação de paradigmas que abrange os níveis culturais e assistenciais. Para isso, faz-se necessário alterar as estruturas que colocam a doença e a periculosidade como principais características do paciente em saúde mental e que são capazes de reforçar o comportamento excludente que isola o paciente de sua vida social real (Sampaio & Júnior, 2021).

Com isso, a reprodução de características manicomiais em espaços de internações de saúde mental pode ser reforçada pelo funcionamento das unidades, bem como pelo manejo de cuidado ofertado pelos profissionais desses serviços.

VOZES ALÉM DAS GRADES

O estigma do louco foi construído ao longo de séculos e ainda encontra-se no imaginário popular, mesmo após décadas. O senso comum e o preconceito atrelados ao diagnóstico de saúde mental, faz com que ao receber um diagnóstico a pessoa se transforme em sua doença, deixando de lado seu contexto de vida e suas relações de trabalho, família e comunidade (Foucault, 1978).

Boa parte dos entrevistados relata não entender o funcionamento da internação até que tivesse que passar por isso com algum de seus familiares. Algumas pessoas citaram não saber da existência desse espaço dentro do hospital, enquanto outras disseram partir do pressuposto de que seria como um manicômio. Atrelaram o cuidado em saúde mental a um ambiente hostil, tanto em relação à estrutura física, quanto em relação aos relacionamentos interpessoais com a equipe e demais pacientes internados.

Pensei que era tortura. Eu achava que era igual coisa de filme mesmo. E não é nada disso. 006

Ia falar que tava tudo doidão. Eu sei lá. Nossa, quando falava disso aqui eu ficava imaginando umas coisas completamente diferentes disso aqui. Uma coisa que não é. 007

Imaginava uma confusão. Todo mundo muito doido. 004

A persistência de um discurso que atrela o diagnóstico em saúde mental a uma representação social estigmatizante atribuindo o sujeito a um comportamento bizarro, perigoso, ameaçador e violento, propaga desinformação, reforça o preconceito e contribui para o distanciamento social de caráter excludente e discriminatório (Pires et al., 2023).

Os familiares mencionam ainda, que a visão a respeito da internação era permeada pelo preconceito pelas informações de senso comum. Alguns familiares relatam a necessidade de que o ambiente fosse mais amplo e menos fechado e que dispusesse de mais recursos de recreação para diminuir o ócio dos internados e entende-se que elementos da estrutura física, contribuem para a percepção de aprisionamento.

“Eu acho, assim, um espaço maior, né? Um espaço, uma quadra pra jogar bola, alguma coisa “pra” entreter eles, né? Porque eu acho, assim, que tinha que ter mais coisas.” 004

“Vou colocar mais ou menos [...] Parece uma cadeia, né?! O povo fica meio apreensivo aqui. Tudo muito preso, muito fechado.” 005

A partir do momento em que tiveram um contato maior com internação frente a necessidade de ajuda para seus familiares, perceberam que não é um ambiente completamente adequado ainda, mas que não é tão ruim como pensavam que seria. Quase todos os entrevistados referem que agora entendem a internação como um recurso importante para auxiliar a família, quando a necessidade de cuidado transcende os limites do que pode ser ofertado pela rede de apoio.

Não, eu acho que tá muito bom. É porque a gente pensa pior. Aí quando vem, vê que não tem nada a ver. Não é tão pior assim. É bom, né? Normal. 006

Ah, não é tão do jeito que eu pensava, sabe? Como é que fala? Não é tão pesado. É mais leve também. Não é aquela coisa toda que eu imaginava, sabe? É tranquilo. Sei nem o que falar. Nem consigo pensar. 004

Não posso falar que é um um spa, né? Mas é bem tranquilo. Hoje eu recomendo, se alguém falar. É porque eu já ouvi falar que falaram mal, né? E não é nada daquilo que o povo fala. Que o povo fala que aqui é... É totalmente diferente. Muita gente fala mal, assim, e acaba virando... Algumas pessoas falam mal, mas não é. 006

A Reforma Psiquiátrica surgiu com o objetivo de ressignificar a visão de loucura, através da promoção de um cuidado qualificado em saúde mental. Embora tenha se obtido progressos significativos, a permanência das características asilares ainda se faz presente, não só pela estrutura física dos ambientes de internação, mas também pela forma que as relações interpessoais acontecem (Sampaio & Júnior, 2021).

Quando a internação reforça o processo de separação, enclausuramento e aprisionamento, reforça também o modelo de cuidado manicomial, o estigma, o preconceito e a rejeição, o que impacta diretamente na criação de vínculos e no acesso e continuidade do tratamento.

4. Considerações finais

Por fim, conclui se que a principal dificuldade identificada reside na sobrecarga persistente dos familiares, que por vezes não encontram rede de apoio eficaz e assumem o cuidado como um “dever moral” e solitário. Para além disso, a vivência da hospitalização, embora inicialmente marcada pela apreensão e pelo estigma social historicamente associado ao manicômio, mostrou-se surpreendentemente “mais leve” do que o imaginado pelos familiares, o que sugere um impacto positivo do hospital geral em desmistificar o preconceito.

Contudo, o papel da hospitalização no processo de cuidado em saúde mental, torna-se ambíguo uma vez que atua como um importante alívio temporário para manejo da crise, mas corre o risco de reforçar o modelo manicomial e o estigma se as práticas de cuidado

negligenciarem a integração comunitária e a participação familiar, promovendo o isolamento e o aprisionamento. O sucesso do processo de cuidado integral em liberdade continua, assim, dependendo da eficácia da rede psicossocial e da corresponsabilização social, elementos que, quando ausentes, transferem o peso da responsabilidade primária para o núcleo familiar e comprometem a continuidade integral do tratamento em saúde mental.

5. Referências

- Montenegro, C., Irrázaval, M., González, J., Thomas, F., & Urrutia, J. (2023). Moving psychiatric deinstitutionalization forward: A scoping review of barriers and facilitators. *Global Mental Health*, 10, e29. <https://doi.org/10.1017/gmh.2023.18>
- Wink, M. A., & Klafke, T. E. (2020). A doença mental no contexto familiar: A difícil tarefa de conviver com a diferença. *Pretextos: Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas*, 5(10), 25–43.
- Martins, P. P. S., & Guanaes-Lorenzi, C. (2016). Participação da família no tratamento em saúde mental como prática no cotidiano do serviço. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(4), 1–9. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e324216>
- Rocha, T. H. R., Paula, J. G. de, & Castro, F. C. (2021). Laços e histórias: a reforma psiquiátrica e as relações afetivas entre familiares de sujeitos psicóticos. *Vínculo Revista do Nesme*, 18(1), 95–105. <https://doi.org/10.32467/issn.1982-1492v18n1p95-105>
- Silva, I. N. C., & Batista, C. P. S. (2022). Desinstitucionalização e as novas possibilidades no cotidiano dos familiares de egressos(as) de um hospital psiquiátrico. *SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (edição em português)*, 18(1), 47–56. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2022.175842>
- Pereira, A. R., Joazeiro, G. (2015). Percepção da internação em hospital psiquiátrico por pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. *O Mundo da Saúde*, 39(4), 476-483. [10.15343/0104-7809.20153904476483](https://doi.org/10.15343/0104-7809.20153904476483)
- Ely, G. Z., Terra, M. G., Da Silva, A. A., De Freitas, F. F., Leite, T. M. & Brum, B. de N. (2017). Percepções do ser humano internado em unidade psiquiátrica sobre o viver com doença mental. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 26(3), 1-10. <https://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017000280016>
- Ahmed, S. K. (2025). Sample size for saturation in qualitative research: Debates, definitions, and strategies. *Journal of Medicine, Surgery, and Public Health*, 5, 100-171. <https://doi.org/10.1016/j.glmedi.2024.10017>

Palinkas, L. A. (2014). Qualitative and mixed methods in mental health services and implementation research. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 43(6), 851–861. <https://doi.org/10.1080/15374416.2014.910791>

Minayo, M. C. de S. (2009). Construção de Indicadores Qualitativos para Avaliação de Mudanças. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 32(4), 476–483.

Batista, C. M. F. (2010). Sobrecarga, Cuidado e Gênero: Um olhar sobre a invisibilidade do trabalho doméstico e de cuidado no município de São João del-Rei. *Universidade Federal de São João del-Rei*.

Foucault, M. (1994). Psychiatric power. In P. Rabinow (Ed.), *Ethics: Subjectivity and Truth* (pp. 39–50). The New Press.

Gonçalves, A. L. A., Sauka, M. da S., Floriano, L. S. M., & Cruz, F. B. da. (2025). A porta giratória em saúde mental: revisão integrativa sobre reinternações psiquiátricas no contexto brasileiro. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, 18(6), 1–17. <https://doi.org/10.55905/revconv.18n.6-210>.

Butler, J. (2004). *Precarious Life: The Powers of Mourning and Violence*. Verso.

Lemos, M. E. P. et al. (2022). Sobrecarga familiar de pessoas com transtorno mental: uma revisão integrativa. *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, 5(6), p. 5599-5615.

Jankovic, J., Yeeles, K., Katsakou, C., Amos, T., Morriss, R., & Rose, D., et al. (2011). Family Caregivers' Experiences of Involuntary Psychiatric Hospital Admissions of Their Relatives – a Qualitative Study. *PLoS ONE* 6(10), e25425. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0025425>.

Pascoal, F. F. da S., Costa, S. F. G. da, Batista, P. S. de S., Carvalho, M. A. P. de, Lordão, A. V., & Batista, J. B. V. (2021). Sobrecarga em trabalhadores de saúde de um complexo hospitalar psiquiátrico no Nordeste brasileiro. *Escola Anna Nery*, 25(4), e20210018. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0018>

Ferreira, J. P. de S. P., Caliman, L. V., & César, J. M. (2021). A gestão autônoma da medicação e o exercício do cuidado. *Revista Polis e Psique*, Porto Alegre, v. 11 (2), p. 1-17.

Ministério da Saúde. (2012). *Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012: Define a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito do SUS*.

Rocha, T. H. R.; Paula, J. G. de; & Castro, F. C. (2021). Laços e histórias: a reforma psiquiátrica e as relações afetivas entre familiares de sujeitos psicóticos. *Vínculo Revista Do Nesme*, [S.L.], v. 18, n. 1, p. 95-105. <http://dx.doi.org/10.32467/issn.1982-1492v18n1p95-105>.

Goffman, E. (1987). *Manicômios, prisões e conventos* (D. Z. B. Corrêa, Trad.). Perspectiva.

Sampaio, M. L., & Júnior, J. P. B. (2021). Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 19. 10.1590/1981-7746-sol00313

Foucault, M. (1978). *História da loucura na Idade Clássica* (J. Salomão, Trad.). Perspectiva.

Pires, R. R. et al. (2023). O cuidado em saúde mental e a participação política de usuários e familiares na ressignificação do estigma sobre os transtornos mentais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 33.