



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL

Famílias e(m) sofrimento psíquico

A multiplicidade das configurações familiares e suas relações
com o cuidado em saúde mental

Inayara Suellen Correia Santana

Rio de Janeiro

2023

**Monografia de fim de curso para obtenção
do grau de bacharel em Serviço Social**

Famílias e(m) sofrimento psíquico

**A multiplicidade das configurações familiares e suas relações
com o cuidado em saúde mental**

Inayara Suellen Correia Santana

Orientadora Prof.^a Dr.^a Joana Garcia

Rio de Janeiro

2023

CIP - Catalogação na Publicação

S232f Santana, Inayara Suellen Correia
 Famílias e(m) sofrimento psíquico: a
 multiplicidade das configurações familiares e suas
 relações com o cuidado em saúde mental / Inayara
 Suellen Correia Santana. -- Rio de Janeiro, 2023.
 53 f.

Orientador: Joana Angelica Barbosa Garcia.
Trabalho de conclusão de curso (graduação) -
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de
Serviço Social, Bacharel em Serviço Social, 2023.

1. Famílias. 2. Sofrimento Psíquico. 3. Cuidado.
4. Gênero. I. Garcia, Joana Angelica Barbosa,
orient. II. Título.

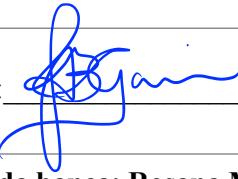
**ATA- BANCA EXAMINADORA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

Estudante (NOME COMPLETO): INAYARA SUELLEN CORREIA SANTANA	DRE: 118052355
---	---------------------------------

Título do TCC: Famílias e(m) sofrimento psíquico - A multiplicidade das configurações familiares e suas relações com o cuidado em saúde mental

Composição da banca

Presidente da banca/orientador(a): Joana Garcia

Assinatura: 

Membro da banca: Rosana Morgado

Assinatura: 

Membro da banca: Penélope Cortes

Assinatura: 

Parecer:

APROVADO

APROVAÇÃO CONDICIONADA**

REPROVADO**

Data de realização da banca

13 | 7 | 23

* RECOMENDA PUBLICAÇÃO NA BASE PANTHEON REPOSITÓRIO INSTITUCIONAL DA UFRJ?
() SIM () NÃO

Inicio meu agradecimento reconhecendo meus esforços até aqui. Nesses vinte e seis anos, consegui realizar muitos sonhos, pequenas conquistas que são lembradas com muito carinho, e esta será mais uma dela. Mesmo que eu ache que já tenha passado do tempo certo e que estou atrasada conquistando tudo muito devagar. Aos quinze, sonhava em ter um emprego, ter independência financeira, ajudar em casa, pagar meus próprios boletos, sair sem precisar pedir dinheiro ou não precisar me preocupar de não ir a algum lugar porque não teria dinheiro. Mas a vida adulta chegou e me mostrou que nada disso seria fácil. Precisei de emprego para me manter na faculdade, para tirar as milhares de xerox de milhares de textos. Para pagar passagem, para fazer marmita, entre tantos outros perrengues que me trouxeram até aqui. Por isso sou grata por não ter desistido do curso, que também era meu sonho, de mim e de todos os meus outros sonhos. Por mais que eu tenha desacreditado de mim diversas vezes, eu tive o apoio de tantas pessoas importantes na minha vida, principalmente, de mim mesma, para persistir no que de fato acreditava.

Agradeço à minha orientadora, Joana Garcia, pela paciência, sabedoria, experiência, por ter aceitado em me orientar, por ter acreditado nesse tema comigo e tê-lo desenvolvido da maneira mais sensata possível. Desde que a conheci, adorei a sua personalidade, o seu modo de ensinar, e sonhava em ser orientada por ela. Alguns anos atrás, me inscrevi para uma disciplina eletiva com ela, que me interessei pelo tema, ali ela abordava sobre famílias e jamais imaginei que estaria terminando minha graduação abordando esse tema, pois considerava tratar de outro. Por esse motivo, sou imensamente grata por ter me acompanhado até aqui, pelo acolhimento e confiança. Te admire muito.

Deixo registrado o meu agradecimento a todas as minhas amizades, que me apoiaram em diversos momentos nessa caminhada e que me dão incentivo para percorrer o que eu acredito, me apoiam e me ensinam. Minha melhor amiga de infância, que há quase vinte anos me atura e ouve todas as minhas reclamações. Minhas amigas da escola que, juntas, formamos um grupo tão unido e solitário, por esses dez anos de amizade, que mesmo eu sendo a mais velha aprendo muito mais com elas, do que ensino. Ao meu consagrado, melhor amigo de escola, que me apoiou, ouviu, leu, releu, corrigiu cada frase, pontuação deste trabalho e tantos outros, que sempre me apoia, me escuta, me acolhe, me acalma, me incentiva. Obrigada ao Colégio Pedro II que me proporcionou ter essas amizades maravilhosas e base para que eu pudesse entrar na faculdade. Ao meu amado trio da faculdade, que me diverte e também me proporciona surtos, para lembrar que amor é construção e escolhemos permanecer nesse processo de amizade. Amigos,

obrigada por sempre frisarem meu potencial, mesmo quando eu não acreditei em mim, mas vocês acreditaram e acreditam sempre.

Agradeço à minha equipe de Serviço Social e minhas supervisoras do Hospital Clementino Fraga Filho, por sempre me incentivarem a buscar mais conhecimento, por terem tido muita paciência, cuidado, afeto comigo e com seus ensinamentos. Um agradecimento especial a Elis Lago, que foi minha primeira supervisora e que me incentivou a mudança de campo de estágio, para o que se tornou o tema deste trabalho e que mesmo de longe, seguiu torcendo por mim e pela minha formação.

Expresso a minha imensa gratidão a equipe de Serviço Social da Unidade Integrada de Saúde Mental da Marinha do Brasil, que fez da minha jornada dentro desta instituição a melhor possível, que dói até pensar na despedida. Minha querida chefe, Comandante Marta, que com seus abraços carinhosos me acalmava sempre que eu precisava de um conforto e sabia só de olhar para mim. Minha incrível supervisora Penélope que, em meio a correria que é a vida militar, teve toda a paciência do mundo para me ensinar como funcionava cada cantinho daquela instituição, sempre com um sorriso no rosto, ou um tapa no braço, mas sempre de maneira carinhosa. Minha mãe de coração Fabiana, que me acolheu mesmo não querendo estagiária, e que me mostrou a realidade da profissão com sua experiência em outros locais de atuação, mas que também consegue fazer qualquer um cair no riso com uma piada na ponta da língua. Sargento Oscar, obrigada pelas implicâncias e por estar disposto a me ouvir, obrigada pelos conselhos e por tornar meu tempo leve. Cabo Dayana, que sempre me salvava numa carona, em conversas maduras, que deixavam de ser maduras logo em seguida, mostrando que a vida é um equilíbrio e que está tudo bem surtar de vez em quando. Cabo Natália, obrigada por todas as risadas que demos juntas e por alegrar nosso setor, por ter me acolhido no meu primeiro dia quando não conhecia ninguém e fazer com que eu me sentisse em casa.

Agradeço aos meus professores do Curso Conquista pela iniciativa deste curso preparatório em valor social, para que outras pessoas, assim como eu, pudessem ter acesso à educação de qualidade e uma oportunidade, e a todas as amizades que fiz nessa época, que me apoiaram e me incentivaram a estudar, vibraram por mim a cada simulado, redação, desabafos, piqueniques, entre tantos outros momentos, vocês fizeram parte desta tão sonhada vaga na universidade. Sou grata também pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, que me proporcionou momentos incríveis, amadurecimento, uma ótima graduação no sentido de qualidade, com professores super capacitados e que fez de mim uma Assistente Social.

Deixo um singelo agradecimento a todos que fizeram parte da minha trajetória, mesmo que já não se façam mais presentes, todas as pessoas que conheci, encontrei, esbarrei nessa vida, que

me fizeram feliz com trocas boas de afeto, mas que por algum motivo, a vida tenha nos distanciado. Acredito que todo mundo que passa pelas nossas vidas estão ali para nos ensinar um pouco sobre algo e agregar valor aos nossos conhecimentos e sentimentos.

Por último e o mais importante ao meu juízo de valor, agradecerei, enquanto eu viver, à minha família de coração que, por mais que não seja de sangue, me mostrou que eu posso e devo ser amada, respeitada, que eu tenho direitos e que eu sou uma parte importante nessa vida. Aos meus padrinhos, Elias e Cláudia, que fizeram tudo o que podiam pela minha existência. Sei que eles tiveram um papel fundamental para que eu pudesse estar viva aqui hoje, ter tido educação, casa, alimentos, afeto, fé. Outras pessoas, como minha avó Severina, meu avô Victor, minha bisavó, Dona Alhas e a minha mãe Nadja, têm o meu reconhecimento, pois também batalharam muito para que eu pudesse simplesmente estar viva e ter tido um futuro. Aos meus irmãos de coração, Éric, Junior e Juliana, que sempre me trataram como se fosse de sangue e nunca fizeram essa diferenciação, obrigada por todo incentivo, escuta, acolhimento, afeto, trocas, brigas, risadas, estresses, afilhados, obrigada por toda parceria de vocês nessa vida. Ao meu pai, Washington, que fez o que pode por mim, mesmo não sendo meu pai, mas sempre me tratou como filha igualmente. Aos meus tios e tias, primos e primas, que são tantos, graças a Deus, uma família grande, mas em especial a minha tia Lúcia, que me inscreveu no Pedro II e me deu suporte e apoio para perseguir nessa jornada. E a minha família de sangue, que mesmo de longe torce por mim. Sou imensamente grata a todos vocês, eu amo todos vocês. Obrigada, Deus, por ter me dado a vida, a chance de viver tudo o que vivi, com todas as pessoas que vivi.

“괜찮아 우리가 아니어도

슬픔이 날 지워도

먹구름은 또 끼고

나 끝없는 꿈 속이어도

한없이 구겨지고

날개는 찢겨지고

언젠가 내가 아니게 된달지어도

괜찮아 오직 나만이 나의 구원이잖아

모든 아픔들이여 say goodbye

(Está tudo bem, mesmo que não seja nós

Mesmo se a tristeza me apagar

Mesmo se houver nuvens escuras

E eu esteja em um sonho sem fim

Mesmo que eu seja infinitamente amassado

Mesmo que minhas asas sejam cortadas

Mesmo que um dia eu não seja mais eu mesmo

Está tudo bem, eu sou minha própria salvação

Digo adeus a toda dor)”

I'm Fine – BTS.

Resumo

Este trabalho discorre sobre o cuidado com a pessoa portadora de sofrimento psíquico no seu ambiente familiar. Como forma de aproximação com o objeto, discute as transformações nas estruturas familiares e as políticas sociais como resposta do Estado, fundamentadas em um modelo convencional de família que reafirma convenções tradicionais de gênero. Através de uma revisão conceitual sobre a Reforma Psiquiátrica e o papel da família como cuidadora, são abordados aspectos como a sobrecarga e as dificuldades encontradas pelas famílias; as redes de apoio e o suporte aos familiares; o impacto causado pela doença mental na família, entre outros. O local usado como experiência de estágio curricular, que agrega a análise sobre o tema, refere-se à Unidade Integrada de Saúde Mental da Marinha do Brasil, localizada no Rio de Janeiro. As principais considerações que este estudo apresenta são: a existência de diversas configurações familiares, a demanda por proteção a eles endereçada sem considerar a desproteção que enfrentam, a função do cuidado perante um sofrimento psíquico, acarretado por um transtorno mental, que tende a recair sobre a responsabilidade feminina, sob a ótica da sociedade patriarcal.

Palavras chave: Famílias, Sofrimento Psíquico, Cuidado, Gênero.

Abstract

This work discusses the care for a person with psychic suffering in their family environment. As a way of approaching the object, it discusses the transformations in family structures and social policies, as a response from the state based on a conventional family model that reaffirms traditional gender conventions. Across a conceptual review on the Brazilian Psychiatric Reform and the role of the family as a caregiver, the aspects such as overload and difficulties encountered by families were addressed, the nets of support and support to family members; the impact caused by mental illness in the family, among others. The place used as a curricular internship experience, which aggregates the analysis of the topic, refers to the Integrated Mental Health Unit of the Brazilian Navy, located in Rio de Janeiro. The main considerations that this study presents are: the existence of several family configurations, the demand for protection addressed to them without considering the lack of protection they face, the function of care in the face of psychological suffering caused by a mental disorder, which tends to fall on female responsibility, from the perspective of patriarchal society.

Key words: Families, Psychological Suffering, Care, Gender.

Siglário

CAD	Centro de Atenção Diária
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas
CSM	Centro de Saúde Mental
CT	Comunidade Terapêutica
ESF	Estratégia da Saúde da Família
ESS	Escola de Serviço Social
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
LOAS	Lei Orgânica de Assistência Social
MTSM	Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OM	Organização Militar
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PENSSAN	Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RT	Residência Terapêutica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UISM	Unidade Integrada de Saúde Mental

Sumário

Introdução ao tema de estudo.....	10
1- Saúde mental e suas implicações sociais	13
1.1- Sobre as diversas manifestações do sofrimento psíquico	13
1.2- A reforma que desinstitucionalizou os loucos.....	18
2- Famílias, cuidado e saúde mental.....	24
2.1- Famílias e suas configurações	24
2.2- Famílias e desproteção	28
3- Aproximações com o sofrimento psíquico e suas implicações familiares.....	32
3.1- Cada família com seus problemas.....	32
3.2- Situações observadas	35
3.2.1- Mulher doente cuida ou é cuidada?.....	35
3.2.2- Mulher dependente química pode ser mãe?.....	37
3.2.3 Análise das situações apresentadas.....	39
Considerações finais	43
Referências Bibliográficas	48

Introdução ao tema de estudo

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) tem como foco principal abordar a relação entre as manifestações contemporâneas do sofrimento psíquico e sua incidência nas relações familiares. Ao problematizar o conceito de família e as diversas configurações familiares, o estudo destaca a família no processo do cuidado e do adoecimento. As pessoas com quadros de transtornos, assim como as famílias ou, mais especificamente, a pessoa responsável pelo cuidado, são envolvidos em uma trama de sofrimentos psíquicos, que acarretam em adoecimentos oriundos da sobrecarga de trabalho e da desinformação sobre os diversos aspectos da saúde mental. Em consequência, essas circunstâncias afetam os processos relacionais, tanto no interior da família como em outras formas de sociabilidade.

Procura-se abordar a importância desse tema para o Serviço Social como profissão, por ter uma grande atuação em políticas voltadas para as famílias, mesmo sem ser necessariamente focada em saúde mental. A saúde mental tem se tornado pauta frequente dos debates de saúde desde a COVID-19. Diversos foram os estudos que apontam o aumento dos transtornos mentais nos indivíduos ao redor do mundo (OPAS, 2022). As mudanças ocasionadas em decorrência da Reforma Psiquiátrica colocaram outros parâmetros para a profissão como parte do processo de tratamento. Este estudo, portanto, chama atenção para as diferentes configurações de família e como elas se relacionam ao processo de tratamento/acompanhamento de saúde psíquica.

O tema trabalhado foi escolhido em virtude do estágio curricular em uma Unidade Integrada de Saúde Mental (UISM)¹, que proporcionou a aproximação com familiares de pacientes com demandas no campo da saúde mental. Após o primeiro contato, os relatos familiares chamaram atenção para o modo como ocorriam os atendimentos com outras especialidades presentes na unidade hospitalar. Ao analisar os relatos, observou-se a necessidade de um maior acolhimento, a falta de informação que esses familiares e usuários da unidade hospitalar têm em relação ao campo da saúde mental e dos direitos relacionados a este campo.

Visando abordar a problemática sobre o sofrimento psíquico e suas incidências no âmbito da família com o cuidado em saúde mental, buscou-se estudar aspectos centrais da política de saúde mental e da Reforma Psiquiátrica, os desdobramentos da saúde mental no âmbito das relações sociais e o suporte das políticas de proteção social. Com os avanços no setor da saúde por meio das Reformas Sanitária e Psiquiátrica, o processo de desinstitucionalização demandou

¹ A UISM é uma unidade integrada da Marinha do Brasil, referência no cuidado e promoção de assistência psiquiátrica, para os militares e seus dependentes.

novos métodos de abordagem, incluindo a leitura sobre família, como um núcleo de referência de cuidado para com o portador de transtorno mental e o território também como um dos elementos chave. Mudou-se a forma de compreender a loucura, o papel da família e a forma de cuidado desenvolvido por ela. No entanto, o Serviço Social, como profissão, alerta para o desencadeamento dessa perspectiva, para que não seja tratada como uma perspectiva familista.

A Política Nacional de Saúde Mental brasileira desenvolve estratégias e diretrizes às pessoas com necessidades de tratamento e cuidados específicos em saúde mental, como: depressão, ansiedade, esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar, transtorno obsessivo-compulsivo, entre outros tipos, e pessoas com quadro de uso nocivo e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. Desenvolve, também, uma abordagem para com os familiares de usuários em sofrimento ou transtorno mental, atendidos pelas equipes de saúde. Por meio da portaria 3.088/2011², há a previsão de uma rede de atenção psicossocial desenhada para prestar assistência territorializada às famílias, por meio dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os serviços da Atenção Básica em Saúde. Seu funcionamento, no entanto, sofre as contingências de uma política pública com recursos escassos.

Diante da proposta de substituir o modelo asilar pelo modelo de rede de atenção psicossocial, centrada no cuidado do sujeito e numa perspectiva interdisciplinar e intersetorial de trabalho em equipe, a política de saúde mental tem, entre suas aspirações, superar a exclusão dos familiares de usuários com transtorno mental, acolhendo-os e dando suporte às suas necessidades de saúde.

A família é considerada um núcleo, um lugar de acolhimento e de proteção, local onde se molda o caráter dos seres humanos desde a infância até a vida adulta. Junto a essa visão essencialista, há outra que a responsabiliza pelo que gera: as famílias são consideradas como a causadora do sofrimento psíquico, o que resulta em exclusão, preconceitos, medo. Atualmente, ao analisar a problemática mais a fundo, percebe-se que essa lógica ainda persiste, sendo um dos fatores apresentados como explicação por aqueles acometidos de transtorno mental. No entanto, as famílias não necessariamente possuem condições de atender de forma solitária a função protetiva. Muitas vezes ficam desassistidas de instruções e informações acerca das políticas desenvolvidas para o cuidado e manutenção das mesmas.

Estas considerações foram motivadas pelo estudo sobre a dimensão do adoecimento psíquico por indivíduos e seus familiares e o suporte de proteção envolvido, com família usuária

² Fonte: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html, acesso em 16/06/2023

do Serviço Social da Unidade Integrada de Saúde Mental. De forma mais específica, buscou-se analisar a relação entre as manifestações de sofrimento psíquico e sua incidência nas relações familiares. Ao problematizar o conceito de família e as diversas configurações familiares, buscou-se analisar a família no processo do cuidado e do adoecimento psíquico, e como se relacionam ao processo de atenção à saúde psíquica de um ou mais membros familiares.

O método utilizado foi orientado para uma análise qualitativa e de caráter exploratório, de uma revisão bibliográfica, estudo de caso e levantamento de dados em pesquisa de campo. Essa monografia está estruturada em três capítulos, em que o primeiro relata a importância de estudar as diversas manifestações do sofrimento psíquico e os processos de reforma que resultaram na desinstitucionalização, apresentando o que é saúde mental, o que é o sofrimento psíquico e como ele interfere na vida cotidiana dos indivíduos. Assim como pontuar a relevância do assunto para os dias atuais e apresentar dados que expressam o aumento do transtorno mental mundialmente.

O segundo capítulo aborda as famílias, o cuidado e a saúde mental, evidenciando o que é o cuidado e como ele ficou sobre a responsabilidade da família com os processos de reforma. Quais são as configurações familiares e os processos de transformações que enfrentaram. Como as famílias são protegidas, por quem, e como se oferta essa proteção.

E por fim, o último capítulo aborda as aproximações com o sofrimento psíquico e suas implicações sociais, onde são apresentados um levantamento de dados por meio de experiência em estágio curricular e análises bibliográficas sobre a problemática. Busca-se considerar as decorrências ocasionadas pelo sofrimento psíquico no cotidiano familiar. Neste capítulo, ilusto - por meio de análise em duas composições familiares distintas -, como o transtorno mental afetou desde o seu primeiro contato, e como ainda afeta a vida desses membros.

A estrutura do trabalho foi elaborada para que seja possível compreender a multiplicidade das configurações familiares, as suas transformações ao passar do tempo, dentro da história da sociedade e da loucura, assim como compreender o cuidado e quem desempenha esse papel.

1- Saúde mental e suas implicações sociais

Para dar início à problemática de saúde mental relacionada ao estudo no âmbito das configurações familiares, é preciso situar-se sobre o que é saúde mental, conhecer seu entendimento ao longo da história e como ela se apresenta na vida cotidiana das pessoas. Percorrendo pelos processos da Reforma Sanitária e Psiquiátrica Brasileira, que foram essenciais para traçar novas diretrizes no sistema de saúde, este capítulo expõe dados que demonstram a importância de estudar e promover ações que busquem uma melhor qualidade de vida da população. Além de chamar atenção para as adversidades no processo de acompanhamento e tratamento do sofrimento psíquico.

1.1- Sobre as diversas manifestações do sofrimento psíquico

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2022) enuncia que a saúde mental não possui uma definição concreta, é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas como a ausência de doença ou enfermidade. Pode ser lida, também, como as reações que os seres humanos apresentam diante das diversas situações cotidianas, problemas, desafios, mudanças, sejam esses momentos bons ou não. São essas alterações nas emoções que impactam o pensar e o agir. Dito isso, o bem-estar é a principal forma de manter o equilíbrio emocional e psicológico. A questão é: como assegurar o bem-estar físico, mental e social em um contexto de relações sociais tão marcadas pela violência e desproteção?

A OMS considera que os determinantes que influenciam o surgimento do adoecimento psíquico estão presentes não apenas nos comportamentos e interações com outros indivíduos, mas que fazem parte da lógica biopsicossocial e incluem fatores culturais, econômicos, políticos e ambientais, assim como influenciam os aspectos das políticas sociais e a proteção social.

Ao se tratar do bem-estar biopsicossocial, reforçamos a relevância desse tema para se estudar os processos de cuidado para com a saúde mental. O modelo biopsicossocial tem sua origem na medicina psicossomática e ganhou destaque no ano de 1977, com uma publicação de um artigo científico na Revista Science pelo psiquiatra George Libman Engel³, que propôs o modelo biopsicossocial no lugar do biomédico por considerá-lo insuficiente em seus atendimentos. O modelo comprehende as dimensões biológica, psicológica e social de um indivíduo e objetiva direcionar uma atenção integral ao ser humano. É a partir dele que a OMS, em 1948, reivindica

³ ENGEL, George L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, v. 196, n. 4286, p. 129-136, 1977.

a participação de outros profissionais para atuar na área da saúde, concedendo espaço para o Serviço Social (BRAVO & MATOS, 2012).

O fator biológico irá investigar a predisposição genética, ou seja, ocorrência de adoecimento psíquico na família, podendo ser um desencadeador dependendo do organismo. Aborda questões como saúde física e uso de drogas ou outros medicamentos. No que tange o fator psicológico, condições afetivas provenientes da relação familiar do sujeito ou meio social podem determinar o desenvolvimento biopsicossocial saudável do indivíduo. Com isso, cabe uma investigação das causas psicológicas que podem estar associadas a um determinado problema de saúde, assim como questões sobre autoestima e relacionamentos sociais. Por último, o fator social diz respeito ao ambiente que o sujeito está inserido, como seu meio socioeconômico, situações de vulnerabilidade social, violência, desemprego, o uso de substâncias psicoativas, são elementos de análise sobre esse aspecto.

Diante do exposto, para se falar sobre saúde mental e sofrimento psíquico, é crucial mencionar o momento pandêmico iniciado no ano de 2020, visto que a saúde mental tornou-se um assunto em evidência internacional em virtude da alta periculosidade da COVID-19. No Brasil, ainda que os estados tenham adotado medidas preventivas para redução do contágio (como o isolamento social), os prejuízos dos contextos social, político e econômico resultantes do governo negacionista de Jair Bolsonaro geraram um agravamento em diversas manifestações de sofrimento psíquico.

Os impactos emocionais e psicossociais deste período foram discutidos em diversos estudos que abordavam a pandemia como tema principal. Em notícia elaborada pelo portal jornalístico da Globo, o G1, em outubro de 2021, relatou-se diferentes casos de familiares que vivenciaram o luto por terem tidos seus parentes como vítimas do negacionismo, promovido pelas *fakes news* que eram espalhadas durante o governo Bolsonaro⁴.

Alguns dados expostos pela OMS revelam que, só no ano de 2019, cerca de um bilhão de pessoas viviam com algum transtorno mental. Segundo dados obtidos pelo Atlas de Saúde Mental (Mental Health Atlas, em Inglês)⁵, o Brasil se tornou o país mais ansioso do mundo e com a maior prevalência de depressão na América Latina, sendo a depressão o principal transtorno mental, atingindo pessoas de todas as idades, estimando que mundialmente afeta mais de 300 milhões de pessoas. Em 2021 o Atlas expõe a insuficiência mundial em relação aos investimentos para com os serviços de promoção e prevenção de saúde mental. Em 2020, a meta era que

⁴ Demais informações no portal do G1: <https://g1.globo.com/saude/coronavirus/noticia/2021/10/18/vitimas-do-negacionismo-as-mortes-causadas-pela-desinformacao-na-pandemia-da-covid-19.ghtml>

⁵ Mental Health Atlas, contém informações e dados sobre o progresso feito para alcançar as metas de saúde mental estabelecidas pela comunidade global de saúde e incluídas no Plano de Ação Abrangente de Saúde Mental da OMS. Dados produzidos em Outubro de 2021.

80% dos 194 países membros da OMS estivessem de acordo com os instrumentos internacionais e regionais dos direitos humanos e que cumprissem a meta referente às promoções de prevenção. Porém, apenas cerca de 50% estavam de acordo, prorrogando o Plano de Ação em Saúde Mental organizado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) para o ano de 2030, concedendo mais tempo para que o mundo possa cumprir as metas propostas.

A OMS destaca:

Mesmo antes da pandemia de COVID-19, apenas uma pequena fração das pessoas necessitadas tinha acesso a cuidados de saúde mental eficazes, acessíveis e de qualidade. (...) Para a depressão, as lacunas na cobertura dos serviços são amplas em todos os países: mesmo em países de alta renda, apenas um terço das pessoas com depressão recebe cuidados formais de saúde mental e estima-se que o tratamento minimamente adequado para depressão varie de 23% em países de baixa renda para 3% em países de baixa e média-baixa renda (OPASa, 2022).

Outro ponto importante que vale ressaltar são os impactos da insegurança alimentar na saúde da população brasileira, gerados pelas medidas tomadas no governo Bolsonaro. De acordo com Renato Maluf, coordenador da Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional (PENSSAN)⁶, o desmonte das políticas públicas em curso torna-as isoladas e insuficientes. A Rede PENSSAN, através do 2º Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19, realizado no ano de 2022 no Brasil, revelou que mais de 33 milhões de pessoas estão vivendo em situação de insegurança alimentar grave. Em outras palavras, esse é o número de pessoas que não possuem o que comer. A pesquisa também destaca outros pontos importantes que influenciam na proteção social da população, como: insegurança alimentar e fome por região, demonstrando que as regiões Norte e Nordeste são as mais atingidas, e que representam dados maiores que a média nacional. Pessoas autodeclaradas pretas ou pardas são as mais atingidas pelos níveis de insegurança alimentar (leve, moderado ou grave), estimado em 65%; a fome também é maior em lares de mães solas, pessoas desempregadas, que trabalham em agricultura familiar ou em algum trabalho informal, expressando dados de que a fome aumenta em questão de raça, gênero e/ou escolaridade.

A psicanálise traz a definição de que há "novas formas" de expressões do sofrimento. Aqui se diz "novas" pois, a partir da lógica neoliberal instaurada na década de 1930, tem se fixado nitidamente na sociedade as transformações nos laços sociais que implicam no surgimento de novas formas de expressão de sofrimento no mundo moderno. Esse contexto tem provocado

⁶ Rede PENSSAN. Pesquisa realizada pela Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional (Rede PENSSAN), com execução do Instituto Vox Populi, e tem apoio e parceria de Ação da Cidadania, ActionAid, Fundação Friedrich Ebert Brasil, Ibirapitanga, Oxfam Brasil e Sesc São Paulo.

mudanças importantes na sociedade no seu todo, intensificando e gerando novos processos de informalização do trabalho, cujo objetivo é exponenciar a expropriação de mais-valia. O modelo neoliberal criou novas formas de controle da força de trabalho, pautando seu elemento central no medo, provocando os indivíduos a aceitarem e cooperarem com as novas imposições do capital (BISNETO, 2011).

O neoliberalismo é um modelo de gestão que tem impacto direto na saúde mental. Exige do indivíduo que se adapte à nova dinâmica de acumulação de capital, que assuma riscos e desenvolva a capacidade de se adaptar às oscilações do mercado, sem certezas, garantias e proteções, ao mesmo tempo que instala a ideia de que todos os problemas dependem de nós mesmos, que cabe a cada um resolvê-los, transpondo a culpa de um mal-estar social provocado pela lógica de mercado para o próprio sujeito. Segundo Bisneto (2011, p.41), "O Estado neoliberal reduz as políticas sociais à funcionalidade de manter a reprodução social a custos mínimos (...) essas reduções de custos se referem aos serviços prestados pelo Estado aos trabalhadores". Bisneto, parafraseando Montaño, também acrescenta:

O impacto do neoliberalismo no Brasil, em nível de políticas sociais, está sendo o desmonte da assistência pública nas áreas de saúde, educação, previdência, segurança, justiça, cultura, entre outras. Na área da Saúde Mental, nesse quadro, o neoliberalismo incentiva a busca da medicalização através da indústria farmacêutica e do tratamento baseado em remédios como saída para o atendimento em massa. Na assistência social, há o retorno à caridade e beneficência. Existe uma tendência à refilantropização do Serviço Social, se bem que em bases diferentes da que foi o marco na sua gênese no Brasil, porém com um grande risco de retorno ao conservadorismo (MONTAÑO, 1997, p.118)⁷.

Atualmente, falar sobre os atravessamentos diários nas vidas dos indivíduos nos orienta a falar de saúde mental e dos sofrimentos psíquicos que afligem milhões de pessoas ao redor do mundo. Compreender que esse sofrimento é agravado pela lógica neoliberal sustentada na distinção de êxito-fracasso e, consequentemente, excludente de direitos, é crucial para compreender as manifestações do sofrimento. O culto ao êxito e à exclusão daquilo que se porta como ameaça para alcance de tal conquista, atua no avanço do desamparo social, negando que o fracasso, assim como o sofrimento e a "doença" mental, façam parte da condição humana, não se colocando como culpa do próprio ser e requisitando uma rede de proteção e amparo sustentada pela presença de outros indivíduos.

A priori, falar das expressões do sofrimento psíquico requer também uma definição mais precisa sobre o que é o sofrimento. Segundo Sigmund Freud - um grande nome da história da psicanálise -, em "O mal-estar na civilização" (1930), o sofrimento é gerado a partir de três

⁷ Trecho retirado do livro "Serviço social e saúde mental: uma análise institucional da prática", José Augusto Bisneto, 2011.

fontes: o corpo, o mundo externo e os relacionamentos. A partir da lógica de Freud, é possível compreender que existe uma dicotomia entre sofrimento e dor. Observa-se isso quando a pessoa em sofrimento psíquico apresenta ou pode vir a apresentar sintomas físicos, adoecendo fisicamente, assim como problemas psicológicos, que podem comprometer sua saúde mental e o seu bem-estar social. As expressões do sofrimento psíquico se apresentam por meio de sentimentos, sensações e emoções, angústias em suas formas mais frequentes apresentadas e como dito no início deste capítulo, essas alterações na rotina ao qual o ser humano enfrenta podem ser boas ou não (DUNKER, 2004).

Consoante a isso, é preciso expor que, para Freud, a maior fonte de sofrimento era causada pelos relacionamentos. De modo geral, o pensamento humano recai na racionalidade de que quando se extermina uma dor, acaba-se o sofrimento psíquico, que é uma doença a ser tratada à base de medicamentos. Essa visão tende a isolar o sofrimento psíquico e suas manifestações em cada indivíduo a partir da sua própria interpretação da realidade, no qual o sofrimento psíquico é atravessado pela objetividade e subjetividade dos indivíduos.

Em se tratar da objetividade e subjetividade do indivíduo, esse trabalho pretende abordar como ambos se dão dentro do meio familiar, principalmente voltado para famílias compostas por uma pessoa em sofrimento psíquico. É no seio familiar que o indivíduo é apresentado ao primeiro espaço social, onde irá aprender a interagir, se comunicar, compartilhar, criar vínculos afetivos e será apresentado às normas culturais, crenças e valores que serão responsáveis por desenvolver as perspectivas que os mesmos têm sobre si e sobre o meio social ao qual está inserido. O afeto também se torna uma ferramenta importante nesse processo de amadurecimento do ser humano, pois ele irá atuar no desenvolvimento dos seus mecanismos intelectuais e emocionais, desde a infância até a vida adulta (ROCHA, 2020).

É preciso analisar as características que a família apresenta como benfeicentes no desenvolvimento saudável de cada membro, como salienta Viviane Rocha (2020), graduada em psicologia e pesquisadora da área. Há diversos estudos que assinalam que o ambiente saudável familiar, independentemente da cultura, reduz a probabilidade de transtornos comportamentais. Desta forma, as intervenções voltadas à prevenção de saúde mental da família recebem cada vez mais atenção de proteção e atenção às condições psicológicas de seus membros.

Em resumo, essas são algumas das expressões do sofrimento psíquico, que desafiam o trabalho em equipe multidisciplinar, com base em uma abordagem ampliada de saúde. Nesta perspectiva, o matriciamento torna-se um instrumento de suma importância, que consiste em um atendimento compartilhado entre os profissionais de referência a fim de possibilitar a troca de saberes e de práticas, gerando experiência para todos/as profissionais envolvidos, e requer do Serviço Social a reflexão sobre a necessidade de se pensar intervenções que provoquem a

autonomia dos usuários, incentivando-os a exercerem suas responsabilidades (BRAVO & MATOS, 2012).

Para lidar com pessoas com transtorno mental e controlar as manifestações do sofrimento psíquico, foram criados os hospitais psiquiátricos. No entanto, sua criação não está apenas associada ao atendimento ao paciente. Por serem atravessados por uma ordem higienista, seu objetivo era manter longe dos demais segmentos da sociedade aqueles que não eram bem-vindos no convívio social, sendo eles: negros, pobres, alcoólatras, membros da comunidade LGBTQIA+, deficientes físicos e portadores de transtorno mental. A assistência psiquiátrica no Brasil na década de 1960 era organizada por instituições estatais ou filantrópicas, porém na década de 1970, nota-se a expansão das instituições da rede privada (BENTO, 2002).

1.2- A reforma que desinstitucionalizou os loucos

Ao pesquisar no dicionário ou pelo meio virtual o significado ou sinônimo da palavra “louco”, iremos encontrar diversas respostas que apresentam a ideia de contrariedade à razão. O louco, dito popularmente portanto, é aquele indivíduo que não irá apresentar um comportamento ou juízo aceitável pela sociedade e se torna um indivíduo que ameaça os saberes formados sobre o homem. Logo, quando seus comportamentos não eram considerados aceitáveis socialmente e tornavam-se incômodos ou perigosos, tais indivíduos eram privados de viver em sociedade, consequentemente, privados de liberdade. Assim, a sociedade foi responsável pela exclusão, segregação e definição do louco. Na Idade Média, inicia-se o processo de hospitalização e construção de asilos responsáveis pelos confinamentos dos seres ditos loucos, também definidos como “indesejáveis”, que eram os inválidos, portadores de doenças venéreas, mendigos e libertinos, que viviam acorrentados e sem direitos, em cadeias públicas ou em enfermarias dos hospitais de caridade. Os hospitais foram criados, portanto, com o propósito de oferecer uma assistência religiosa, abrigo aos “pobres, miseráveis e mendigos” (AMSTALDEN & PASSOS, 2008).

Um ponto que é importante salientar é sobre a construção dos manicômios ser orientada na estrutura racista da sociedade brasileira, visto que a maior parte das pessoas que se encontravam institucionalizadas eram negras. Assim como pontuava Bento (2002), Rachel Gouveia (2018) e Almeida (2014), a violência para com a população negra ocorre devido a ordem racista estrutural instaurada na sociedade, que promove a desumanização das vidas de pessoas negras. Logo, a naturalização das diversas formas de opressão e violência sobre os corpos negros compõe o modelo manicomial (GOUVEIA, 2018, p.12).

Ao nos aprofundarmos na história sobre a construção dos hospitais, a Revolução Francesa torna-se um marco histórico importante mediante as transformações sociais, econômicas e políticas, bem como o papel que a loucura e o louco passaram a representar, em seus múltiplos significados e denominações. É no século XVII que os hospitais passam a ter a função de ordem social, para além da filantropia e da caridade, cujo objetivo seria de humanizar e ajustar socialmente, ou enquadrar a ordem social. Porém esse conceito começa a se dissipar e passa a assumir uma ideia de tratamento, de cura, para aqueles que se encontravam com sintomas e sinais que caracterizava alguma doença mental, que passa a ser conhecida como “transtornos mentais” (AMARANTE, 2007).

Para Philippe Pinel - um dos precursores da psiquiatria moderna no século XVIII que dá início ao estudo de uma ciência chamada “alienismo” - era preciso defender a reeducação do louco, corrigindo seus comportamentos e hábitos a partir de uma proposta denominada de tratamento moral. A concepção de Pinel seria de dar liberdade aos loucos, mas deveriam ser submetidos a um tratamento asilar, no qual seriam isolados do meio social de modo que esse meio não interferiria mais em sua enfermidade, pois a classificava como uma alienação mental e não como doença mental. Essa alienação seria um distúrbio na capacidade do indivíduo de perceber a realidade, o que nessa visão colocava a sociedade em risco, tornando os hospitais instrumentos de recuperação da razão (AMARANTE, 2007). No século XIX, algumas medidas físicas foram implementadas nas instituições manicomiais, que iam contra a proposta de tratamento moral iniciada por Pinel, sendo incluídas chicotadas, máquinas giratórias, banhos de duchas extremamente fortes, entre outras ações (AMSTALDEN & PASSOS, 2008).

Diante da superlotação asilar em contraste com uma oferta insuficiente de profissionais, da precariedade do serviço, contra as definições apresentadas ao longo dos séculos e a forma institucionalizada de lidar com a doença mental que acometia a população, a Reforma Sanitária do século XX marca um movimento e um processo social responsável por questionar a lógica de poder que regia as instituições manicomiais. Sua gênese busca tentativas de transformar o hospital em instituição terapêutica que surge por meio da proposta de “colônias de alienados”. No entanto, as colônias se apresentaram iguais aos asilos tradicionais, dando abertura para questionamentos que findam os ideais reformistas (AMARANTE, 2007).

É no final da década de 1950 que se amplia a necessidade de ofertar tratamento para além das instituições manicomiais. Assim foram criados os Centros de Saúde Mental (CSM) pela lógica da Saúde Mental Comunitária, desenvolvida nos Estados Unidos, cujo objetivo estava fundado no estreitamento de laços com o usuário, que era atendido regionalmente e acompanhado por uma equipe multiprofissional. Desta forma, os usuários seriam acompanhados mesmo após a alta hospitalar, a fim de evitar uma possível reinternação, promovendo a

desinstitucionalização e, consequentemente, o ingresso de novos possíveis usuários (AMARANTE, 2007).

Diante do cenário social e político que o Brasil se encontrava e partindo das contribuições de Sérgio Arouca - grande médico e sanitarista renomado por suas diversas contribuições nas áreas de saúde, ciência e tecnologia - sobre a temática em uma entrevista realizada pela revista Radis em 2002, é possível observar que o movimento ia contra o regime político instaurado na época. Foi preciso estudar e estruturar ações que pudessem promover uma saúde e cuidados de qualidade e universal, que alcançassem aqueles que foram excluídos pelo sistema, pois ele compreendia que a ditadura e a saúde seguiam ordens opostas.

O movimento da Reforma Sanitária cria uma outra alternativa, que se abria para uma análise de esquerda marxista da saúde, na qual se rediscute o conceito saúde/doença e o processo de trabalho, em vez de se tratar apenas da relação médico/paciente. Discute-se a determinação social da doença e se introduz a noção de estrutura de sistema. (...) Quando a ditadura chegou ao seu esgotamento, o movimento já tinha propostas. Não só criou quadros de profissionais, mas também meios de comunicação, espaço acadêmico consolidado, movimento sindical estruturado e muitas práticas. Assim, esse movimento conseguiu se articular em um documento chamado Saúde e Democracia, que foi um grande marco, e enviá-lo para aprovação do Legislativo. Nós queríamos conquistar a democracia para então começar a mudar o sistema de saúde, porque tínhamos muito claro que ditadura e saúde são incompatíveis. Nossa primeiro movimento era, portanto, no sentido de derrubar a ditadura, e não de melhorar a saúde. Tudo isso aconteceu antes da Constituinte (AROUCA, 2003, p. 356).

No Brasil, surgiram novas abordagens a respeito da saúde mental, inspiradas nas ideias do psiquiatra italiano Franco Basaglia, que em sua conduta constatou que a reinserção territorial e cultural do usuário na comunidade trazia resultados positivos para o próprio indivíduo. Com isso, se afastava da diretriz de isolamento em um “manicômio à base de fortes medicações, vigilância ininterrupta, choques elétricos e camisas de força” (AGÊNCIA, 2021), chamando a atenção da OMS e proporcionando um destaque mundial sobre o novo método de cuidado, dando abertura para o movimento de Luta Antimanicomial que surge por meio da defesa dos direitos humanos e resgate da cidadania daqueles acometidos por algum transtorno mental e não mais definido como uma doença (AMSTALDEN & PASSOS, 2008).

O processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira se iniciou na década de 1970, ao final do regime militar instaurado no Brasil, com base nos princípios de uma Reforma Sanitária, sendo favorável a uma ideia de saúde coletiva, a mudança dos modelos de atenção e gestão de saúde e da iniciativa dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de novas formas de cuidado (BRASIL, 2005). No entanto, com o avanço do regime militar foram construídos diversos manicômios pelo Brasil, aumentando significativamente a população internada em instituições conveniadas, devido ao desvio de dinheiro do setor público

para o privado, a população que era de 14 mil pessoas, passou para 98 mil, enquanto no setor público a quantidade de pessoas se mantinha a mesma (TENÓRIO, 2002, p.34).

No Brasil, a reforma psiquiátrica é um processo que surge mais concreta e principalmente a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 1970, fundado não apenas na crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também, e principalmente, na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, no bojo de toda a movimentação político social que caracteriza esta mesma conjuntura de redemocratização (AMARANTE, 1995, p.91)⁸.

A década de 1980 marca o movimento de intenção de ruptura com o conservadorismo da época para a profissionalização do Serviço Social. A partir da formulação da Constituição de 1988 e da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a sociedade brasileira avança em práticas de cuidado que estabeleceram novas diretrizes para a política de saúde mental (BRAVO & MATOS, 2012).

Como salienta Basaglia, a Reforma Psiquiátrica que ele defendia era pautada na extinção dos manicômios por representarem o aprisionamento do indivíduo e estruturarem um sistema de desigualdades sociais que reproduzia violência (MEZZA & TORRENTE, 2020). Essa época é expressa por diversas denúncias sobre a financeirização dos serviços prestados à saúde e do esquema de desvio de dinheiro do público para o setor privado, das situações de abandono, violência e maus-tratos que eram cometidas aos pacientes que se encontravam internados nos diversos manicômios espalhados pelo Brasil (TENÓRIO, 2002, p.32).

Por conta das indignas condições em que eram tratados os usuários, por meio de muita luta social dos trabalhadores de saúde, em meio ao regime militar, iniciou-se em 1978 o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que denunciaram as formas de tratamento que ocorriam dentro das instituições psiquiátricas por todo o país. Essa ação contribuiu com o pensamento e discurso humanizado e de reivindicações trabalhistas que deu força para o movimento de Reforma Sanitária, e posteriormente dando seguimento a luta pela Reforma Psiquiátrica Brasileira (TENÓRIO, 2002, p.32).

Novas diretrizes foram traçadas sobre a oferta do sistema de saúde brasileiro. Em 1987, foi realizado o II Encontro Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, em que foi decidida a extinção dos manicômios e o fim de suas práticas violentas. No ano de 1989, o deputado Paulo Delgado apresentou o Projeto de Lei nº 3.657/89, que foi sancionado apenas no de 2001 após muitas reformulações, negociações e disputas políticas, que garantiu a aprovação da Lei Federal

⁸ Trecho retirado da obra “A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos” de Fernando Tenório, 2002.

nº 10.216/2001, denominada como “Lei da Reforma Psiquiátrica”. Antes de sofrer as alterações, o projeto apresentava apenas três artigos, sendo:

O primeiro impedia a construção ou contratação de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público; o segundo previa o direcionamento dos recursos públicos para a criação de ‘recursos não-manicomiais de atendimento’; e o terceiro obrigava a comunicação das internações compulsórias à autoridade judiciária, que deveria então emitir parecer sobre a legalidade da internação (TENÓRIO, 2002, p.36).

Com o objetivo em construir uma nova rede de atenção à saúde, direcionando o cuidado ao processo de desinstitucionalização com foco no território e a reabilitação social do indivíduo, este deixa de ser lido como “paciente” da atenção em saúde mental e passa a ser tratado como “usuário” dos serviços prestados nesse campo. Deste modo, é propagada a importância da relação e discussão do louco com a loucura, tratando a pessoa com transtorno mental, acometido pelo sofrimento psíquico, como um ser pensante que possui sentimentos e não lido mais como louco pejorativamente. Essa nova fase também impulsiona a importância da participação familiar no e para o cuidado (TENÓRIO, 2002, p.35).

O Ministério da Saúde por meio da Portaria 189, inicia a financeirização com verba pública em práticas de desinstitucionalização de longa permanência, orientadas pela proposta de redemocratização e mobilização político-social. É realizada a substituição dos manicomios por Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e Hospitais-dias, que contemplam uma rede de serviços que se constituem pela abordagem do cuidado em liberdade, sem discriminação quanto a raça/cor, sexo, orientação sexual, religião, entre outros. A atenção e o cuidado para com o portador acometido de algum transtorno mental passam a ser direcionadas à família e ao território (AGÊNCIA, 2021).

Os Naps e Caps são definidos como “unidades de saúde locais/ regionais que contam com população adstrita pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional”. Pela regulamentação legal, devem oferecer os seguintes atendimentos: individual; grupos (psicoterapia, grupo operativo, oficina terapêutica, atividades socioterapêuticas, entre outras); visitas domiciliares; atendimento à família e “atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção social (BRASIL, 2010).

Outras formas de serviços foram criadas posteriormente, como o caso das Residências Terapêuticas (RT), mas o que é importante ressaltar aqui é que a Luta Antimanicomial é contínua e vem sofrendo ataques ao longo dos anos, com possibilidade de retrocesso mediante as governanças do país. Exemplo disso, torna-se notório na ampliação das Comunidades Terapêuticas (CT) que possuem características, segundo Cavalcanti (2019), similares com a experiência estadunidense, que se associa ao fato de assumir significativa influência religiosa,

recuperando elementos basilares do tratamento moral presente na psiquiatria tradicional. Sendo assim, o tratamento oferecido nestas instituições se baseia nos pilares do trabalho, disciplina e espiritualidade.

No entanto, essas medidas foram criadas com um conjunto de serviços entrelaçados. O Ministério da Saúde (2008), em apoio à Estratégia de Saúde da Família (ESF), que incentiva o objetivo de reorientação do modelo de saúde do país, cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), a fim de ampliar as propostas de cuidados regionalizados e territorializados da Atenção Primária de Saúde. A implementação do NASF se caracteriza como um processo para consolidação das redes de atenção e cuidado, por uma coparticipação com a ESF. Os serviços prestados nos NASF contam com o apoio matricial que proporciona as equipes de saúde novas abordagens em saúde mental e que contribui para uma troca interdisciplinar, a fim de promover um melhor atendimento na área de saúde da atenção básica. Portanto, o cuidado é conduzido e voltado para o território e para a família, considerando a importância de participação da mesma e do vínculo que o usuário do serviço de saúde possui com o local e com o(s) membro(s) familiares, no seu processo de tratamento de saúde (BRASIL, 2010).

2- Famílias, cuidado e saúde mental

Neste capítulo, busco problematizar a existência das múltiplas configurações familiares. Por esse motivo, no título utilizei o termo “famílias” no plural, buscando enfatizar suas diferentes configurações. Para além, o capítulo possibilitará indagações acerca do ato do cuidado em saúde mental, bem como compreender as questões morais sobre as quais o cuidado está envolvido e como interfere no cotidiano familiar. É também importante, para a estruturação do tema, abordar sobre o cuidado dessas famílias.

2.1- Famílias e suas configurações

Após os avanços elencados na construção de uma nova rede de atenção e cuidado à saúde mental, mediante ao processo de desinstitucionalização pós Reforma Sanitária e Psiquiátrica Brasileira, a família passa a ter um papel fundamental no acompanhamento e tratamento de seus familiares, principalmente no seu território (SANTIN & KLAFFE, 2011).

O termo “cuidado” em seu sentido etimológico deriva do *latim* da palavra *curare*, ou, de sua forma mais antiga, *coera*, que significa cura, e era usada no contexto de relação de amor e de amizade. Expressava-se o ato de curar, tratar, da preocupação para com outro ser humano, de maneira subjetiva e objetiva, fosse no campo do pensamento, da ação e/ou da emoção. Representava uma responsabilização e também um desenvolvimento afetivo direto e ativo, pois o cuidado se manifesta quando há um vínculo afetivo direto para com outro ser. O cuidado se torna trabalho, porém com frequência não é convertido em valor econômico, sendo invisibilizado pela lógica do mercado. Entretanto, ainda é tratado como forma institucionalizada da vida social, juntamente da política de saúde mental, o que acarretou, durante as reformas, o surgimento de novas formas de produção de cuidado (DUARTE, 2013).

É a partir da década de 1970 que se discorre sobre o cuidado como trabalho, naquele momento tratado como trabalho doméstico vinculado à figura feminina, com a função de promover o equilíbrio entre seus membros. No entanto, ressalta-se que o cuidado se expressa de diferentes formas, sejam elas agradáveis ou não, vislumbrando que este também se explicita de modo impositivo, obrigatório, desafetuoso nos seus mais variados vínculos (PASSOS, 2018).

E para falar sobre o cuidado e saúde mental na rede de atenção familiar, é preciso identificar os significados de família, como se caracterizam e como se constituem. No que diz respeito à proteção social e a organização social, de acordo com a sociedade movida pelo sistema capitalista, a concepção de família tem formas de expressões relacionadas a aspectos positivos. A família é vista como uma base estruturada, coesa e reproduutora de indivíduos

eficientes, além de ter a função de protegê-los. A família é assimilada como o vínculo natural de pertencimento do indivíduo. A função materno-paterna é definida por: afeto, proteção e bens materiais, consumo, prosperidade e competitividade, e com menos interferência da comunidade e do Estado. Há também uma forte representação da figura da mulher responsável pela socialização, e por repassar os valores da sociedade ao(s) seu(s) filho(s) (TEIXEIRA, 2011).

O perfil de família mononuclear foi socialmente construído para ser empregado como modelo. Assim, era reconhecido pelas relações de parentesco que se ramificavam em três relações básicas, sendo elas: a descendência entre pais e filhos; o casamento; e a consanguinidade entre irmãos. No mundo, expressam-se diferentes configurações que não se apresentam necessariamente como relações de parentescos. Por esse motivo, foi preciso repensar a definição desta organização, que contempla tais realidades (FREITAS; BRAGA; BARROS, 2013).

Essa nova configuração familiar, guiada pelos laços afetivos, possibilitou o reconhecimento das diferentes configurações de famílias como a monoparental, pluriparental e a família homoafetiva, todas respaldadas pela Constituição Federal, assim como as concepções matrimoniais e as famílias resultantes da união estável, presentes no Art. 226. Anteriormente à Constituição de 1988, o Estado não se preocupava em proteger as famílias que fossem contrárias à sua concepção - identificada por meio do matrimônio apenas -, excluindo-as socialmente. Em síntese, as configurações familiares deixam de ser focalizadas na reprodução e possibilitam novas configurações que passam a ser norteadas pelo afeto, amor e solidariedade, na qual orientam os grupos formados pelos laços afetivos.

Outros processos que expressam as novas configurações familiares se dão na inserção da figura feminina no mercado de trabalho, nas quais as famílias extensas, do tipo patriarcal, deixam de ser predominantes, sendo mais comuns aquelas com menor número de integrantes. Esse dado pode ser observado ao analisar a estrutura familiar das décadas de 1960 até 1980, que passam por um período de diminuição do número de filhos. Como alguns dos principais fatores dessa mudança, estão o surgimento de novos valores para a criação de filhos e a crise econômica que se instaura no país na década de 80, combinada com mudanças sociais e culturais. Outros fatores que também possuem sua importância para tais mudanças, são: a regulamentação do divórcio, a divulgação da pílula anticoncepcional, o aumento do nível de escolaridade da figura feminina, o aumento de famílias homoafetivas, aumento de casais sem filhos, entre outros (DESEN, 2010).

É no meio dessa diversidade que trabalhamos. Dessa forma, é a partir dessas leituras que vamos definir família enquanto um processo de articulação de diferentes trajetórias de vida, onde se entrecruzam as relações de classe,

gênero, etnia e geração. Além do lugar de reprodução biológica – e também social e afetiva (FREITAS; BRAGA; BARROS, 2013, p.20).

Diante do exposto, a multiplicidade das organizações familiares transforma o termo singular, “família”, em plural, “famílias”, assim, alterando a sua percepção de nuclear. “Vários estudiosos (...) têm preferido adotar uma abordagem mais pragmática e preferem falar de ‘famílias’ (Clarke, 2001), de ‘vida familiar’ (Donati & Di Nicola, 1996) ou, ainda, de ‘formas empíricas de família’ (Vaitzman, 1999)” (SERAPIONI, 2005). Em consequência, as implicações acerca das consideráveis mudanças, no que se refere à estrutura e às funções das famílias, também incluem a promoção do cuidado cotidiano.

Em se tratando do cuidado com pessoas em sofrimento psíquico, as famílias, ainda que entendidas como as melhores instituições protetivas, não se mostram, com frequência, preparadas para lidar com parentes com transtorno mental, nem compreendem e manejam a sintomatologia do transtorno mental. No decorrer da história, a família era considerada tanto como causadora do adoecimento psíquico quanto como potente meio de cuidado e melhora. Entretanto, para além de entender as formas de concepção familiar atuais, objetiva-se neste trabalho redirecionar a atenção ao cuidado e saúde mental dessas famílias, que promovem o cuidado e o impacto desse cuidado na vida desses indivíduos, nas suas relações familiares assim como nas relações extrafamiliares, com base na literatura atual sobre o tema e em análise por experiência de estágio curricular obrigatório.

As famílias são (re)inseridas no processo de tratamento pós desinstitucionalização, também devida a crise do Welfare State, com o objetivo de promover proteção e uma “recuperação” da sociabilidade (DUARTE, 2013). No sentido de dar suporte às famílias, frente a qualquer possível dificuldade que possa apresentar-se na sua relação com seu familiar em sofrimento psíquico, após diversos debates no plano legislativo, a Lei Federal nº 10.216 de 06 de abril de 2001, “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001). Em seu artigo terceiro, apresenta como ação fundamental a participação da família para com o processo de cuidado em saúde mental:

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais (BRASIL, 2001, art.3).

Para o familiar ou o responsável, que acompanha diretamente o usuário em relação ao tratamento, estudos⁹ apontam que estes não possuem conhecimento prévio sobre o transtorno apresentado e não expressam uma única resposta acerca de sua causa. As explicações variam e muitas vezes se apresentam de modo combinado, pois serão pautadas nas características de cada pessoa e seu contexto. À vista disso, numerosos autores, que se debruçam sobre a temática saúde mental e família, apontam a necessidade de cuidado da família que convive com o indivíduo acometido de transtorno mental, como também sendo uma parte do projeto terapêutico, pois além de presenciarem uma sobrecarga emocional, financeira, física, estes também precisam ser providos de instrumentos para enfrentar as dificuldades cotidianas. Desta forma, também necessitam de acolhimento e cuidado com relação a sua própria saúde, visto que também se tornam usuários diretos de serviços de saúde mental (ROSA, 2011).

As famílias são consideradas como unidades efetivas de cuidado, sendo assim, esperase delas que assumam o papel do cuidado de seus membros, proporcionando assistência, satisfazendo as necessidades de crescimento e desenvolvimento, solucionando as adversidades que surgirem. No entanto, mais especificamente no papel das famílias em relação ao cuidado em saúde mental, está vinculado a proteção, promoção de afeto, da compreensão no todo, mesmo que não sejam providas dos conhecimentos técnicos adequados para os processos de cuidado. Deste modo, cabe as famílias buscarem informações sobre o transtorno mental, a sintomatologia, as formas de cuidado diário e a busca pela rede socioassistencial e de saúde (BORBA et al., 2011).

Entende-se que o cuidado familiar em relação ao portador de transtorno mental passa pela experiência cotidiana da vida social, tornando a participação da família primordial nesse processo de acompanhamento/tratamento. Faz-se necessário, também, compreender a produção de cuidado fora da esfera institucional, para envolver o núcleo responsável pela promoção do cuidado nas políticas que ofertam os serviços de saúde mental. Entretanto, o que se constata é que diversas intervenções se fundamentam em uma visão etnocêntrica da família e em um sistema diagnóstico, curativo e individualizante, que responsabiliza a família pelo processo de adoecimento psíquico dos sujeitos (PASSOS, 2018).

O ser humano é um ser de cuidado; o ser nasce com este potencial, portanto, todas as pessoas são capazes de cuidar e necessitam, igualmente, de serem cuidadas. Porém, esta capacidade será mais ou menos desenvolvida de acordo com as circunstâncias, dependerá da forma como as pessoas foram cuidadas durante as etapas da vida. Vários fatores intervêm nesse processo: ambiente, cultura, economia, política, religião, entre outros (PASSOS apud WALDOW, 2008, p.87).

⁹ Sobre esses estudos, serão abordados de modo aprofundado no próximo capítulo, em que tratarei sobre as implicações familiares.

Como tema deste estudo, para além de compreender que existem diferentes formas de configurações familiares inseridas no cuidado de saúde mental dos usuários em sofrimento psíquico, é preciso analisar as formas de proteção dessas famílias para que possam seguir promovendo cuidado, e questionar: quem cuida dessas famílias? Ao compreender o papel das famílias, como elas se constituem atualmente e qual a função do cuidado, é preciso questionar quem (perfil/gênero) promove esse cuidado e o porquê dessa função recair sobre a figura feminina. A história da humanidade, desde seus primórdios, da época em que se configuravam como uma população nômade, se dividiam entre os homens, responsáveis pela caça e proteção, enquanto as mulheres eram responsáveis pela colheita, produção do alimento e o cuidado do grupo (pais e filhos).

2.2- Famílias e desproteção

O cuidado passou a ser incorporado como uma responsabilidade individual e familiar, embora neste contexto esteja diretamente ligado à figura feminina. A associação do cuidado à essa figura relaciona-se aos valores morais e afetivos criados pela sociedade e as funções atribuídas, de forma essencializada, para homens e mulheres. Como resultado, tem-se a naturalização da visão da mulher como provedora de cuidado nas suas diferentes posições familiares, sendo como: companheira, mãe, filha, tia, avó; na qual assume a função de manter o equilíbrio familiar e o bem-estar de sua família. Essa função a torna responsável pelo cuidado cotidianamente, seja na maternagem¹⁰, envolvendo o desenvolvimento de crianças e adolescentes; o cuidado destinado aos processos de envelhecimento ou adoecimento, além do cuidado para com os demais integrantes da família, acarretando na extensão da jornada de trabalho (GUEDES & DAROS, 2009).

A moral da figura familiar, portanto, fica sob a responsabilidade da figura feminina, sendo esta entendida como “um conjunto de regras destinadas a regular as relações entre os indivíduos numa comunidade social em um determinado contexto sócio-histórico” (GUEDES & DAROS, 2009). Assume-se, então, a função de construção do ser social. Mesmo com a inserção das mulheres no mercado de trabalho, as funções reprodutivas seguem vinculadas ao gênero.

Passos (2018) ressalta que seu processo de ingresso na esfera do trabalho assalariado se sucedeu de maneira contraditória, desigual e provida de preconceito, mediante a naturalização histórica de sua figura estar ligada à reprodução do cuidado. Em consequência

¹⁰ Maternagem está vinculada aos processos de cuidado e desenvolvimento, que podem ser desenvolvidos independente do gênero (mesmo que este ainda esteja principalmente vinculado a figura feminina). Diferente de maternidade, a qual está ligada ao processo de gerar o indivíduo, sendo este único e exclusivo a mulher.

disso, assumia e ainda assume, em grande parte, cargos subalternizados mediante as opressões de classe, raça/etnia e gênero, perpetuadas pela sociedade capitalista burguesa. Deste modo, o cuidado inserido também no exercício profissional se torna cada vez mais vinculado à responsabilidade feminina.

Para a autora, em seu estudo sobre “Trabalho, gênero e saúde mental”, o termo care utilizado em seu livro, é tratado como o trabalho do cuidado executado por mulheres, e tem significado em português como “cuidado, preocupação com o outro, desvelo, diligência, atenção” (PASSOS, 2018, p.40).

A eleição das famílias como parte fundamental de promoção de cuidado fortalece os interesses políticos e econômicos do Estado neoliberal. As ações ministradas pelas famílias, segundo o modelo tradicional, são pautadas por valores conservadores, com divisão de papéis entre sexos, reafirmando a responsabilidade moral de proteção familiar (SERAPIONI, 2005). Tais ações desoneram o Estado da provisão de serviços e programas que compõem uma rede de proteção social.

Vale destacar que, com a formação dos novos arranjos familiares, o modelo de organização familiar patriarcal não se concretiza nos mesmos moldes do passado, ainda que seu valor permaneça. No bojo desta diminuição dos arranjos baseados na figura masculina, a “família” passou a ser constatada como um meio social de conflitos e tensões, desprovidos de felicidade. Essa visão ganhou forte influência pós processos de individualização e autonomia pessoal das mulheres e jovens, expressando uma individualidade das escolhas, deixando de lado as “escolhas familiares” que eram realizadas pelo chefe de família, responsável pelo controle e decisões sobre os outros membros (MARTINO, 2015).

A Constituição Federal de 1988 definiu que as políticas sociais no Brasil passam a ter uma centralidade na família, colocando-a como referência de proteção, exigindo estratégias diversificadas para a proteção a seus membros. “Assim, a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) dispõe sobre a organização da Assistência Social, enquanto direito do cidadão e dever do Estado, colocando-a na condição de política pública que tem como foco de ação a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice.” (FRANÇA, 2015, p.7).

Mediante a insuficiência estatal em promover proteção social por meio de políticas sociais, a família é reinserida nos processos de cuidado. No entanto, elas se organizam a partir de modelos de bem-estar social em que atuam, principalmente numa perspectiva onde os serviços ofertados possuem um caráter focalista. Centrados no modelo familista, estes serviços transferem para as famílias a responsabilidade da promoção do cuidado e sua manutenção, acarretando numa sobrecarga de trabalho que recai diretamente a figura feminina (PASSOS, 2018).

O poder público dispõe uma escassez de condições mínimas de sobrevivência, no qual o Estado atua com o princípio de subsidiariedade. Assim, atua de forma complementar e subsidiária por meio da política social, quando a família se encontra impossibilitada de prover as suas necessidades e demandas sociais. Em outras palavras, a atuação do Estado impõe que a assistência seja realizada pela família até que não possuam mais condições de se manterem. Os sistemas de proteção social se pautam na centralidade do indivíduo, e não na família, enquanto trabalham com a ideia de solidariedade entre os membros. No entanto, quando se trata de famílias que possuam um membro ou mais em sofrimento psíquico, cabe ao Estado promover a capacitação e informações a essas famílias para o cuidado em domicílio, comunidade, realizados pelos serviços alternativos (TEIXEIRA, 2015).

A Política Nacional de Assistência Social (PNAS) incorpora, como um dos princípios fundamentais de proteção social básica, a matricialidade sociofamiliar, que tem por objetivo fortalecer vínculos entre as famílias e a comunidade. Portanto, a unidade familiar se torna central para concepção e implementação dos serviços de proteção social, ao mesmo tempo que são tratadas como potencializadoras de prevenção e cuidado, porém, com suporte para que sejam capazes de promover tal ação. Uma proposta que visa superar a tendência focalista e familista na qual a família se encontra inserida (TEIXEIRA, 2015).

Foram criadas diversas políticas baseadas na concepção de “cuidado comunitário”, que co-responsabiliza a comunidade em relação aos problemas sociais e de saúde. As famílias têm sua importância nos processos de tratamento/acompanhamento em saúde mental, contudo não devem ser apenas restrinvidas em seu papel clássico social e sexualmente dividido. Sobre essa importância, destaca-se:

As famílias e as redes informais da comunidade devem ser consideradas não apenas destinatárias da atenção à saúde, mas também sujeitos ativos que podem contribuir, com recursos próprios, para o processo de produção da saúde. De fato, as atividades de cuidado não profissional – realizadas por diferentes atores, tais como a família, as redes primárias (parentesco, vizinhos e amigos) e as redes mais organizadas (grupo de autoajuda, voluntariado etc.) – podem desenvolver um papel significativo em relação às novas patologias crônico-degenerativas e psicosociais, que geralmente requerem uma assistência de longo prazo (SERAPIONI, 2005).

Em síntese, as novas configurações familiares apresentam-se fragilizadas pelas mudanças ocorridas no contexto do capitalismo, sendo sujeitas à uma orientação política de tipo familialista, que reitera a perspectiva histórica de responsabilização e as desigualdades de gênero, principalmente. Em vista disso, apesar de possuírem novas alterações no modo de oferta das políticas sociais, “o familialismo apresenta-se como um instrumento de mediação, complementação e suprimento de lacunas da atuação estatal, frente aos problemas gerados

pelas contradições do sistema capitalista" (FRANÇA, 2015, p.9). Em suma, tal proposta reafirma a desigualdade social presente em diferentes elementos na sociedade brasileira.

3- Aproximações com o sofrimento psíquico e suas implicações familiares

Neste capítulo, procuro caracterizar a relação mais ampla do sofrimento psíquico (além da dimensão individual) e explicitar as implicações na vida intrafamiliar e com a rede socioassistencial. Trago, deste modo, relatos transcritos que buscam descrever duas situações familiares atravessadas pelo sofrimento psíquico.

Busco, por meio de duas demandas trazidas ao Serviço Social, analisar as situações que acometem a cada composição familiar, que foram observadas durante o período de estágio e que foram objeto de supervisão. Não serão usados nomes verdadeiros dos membros familiares aqui citados, apenas idade. O aporte teórico sobre a temática compõe as análises realizadas, pautadas nos objetivos, tanto geral quanto específicos e hipóteses deste estudo.

3.1- Cada família com seus problemas

Retomando a concepção de saúde a partir da perspectiva biopsicossocial apresentada nos capítulos anteriores, observa-se que os impactos sociais são um fator importante no desenvolvimento do sofrimento psíquico. Portanto, no que tange ao fator social, biológico e psicológico, as definições de sofrimento psíquico advindas da família e/ou familiares dos indivíduos acometidos de algum transtorno mental são caracterizadas de diferentes modos. Para Vieira e Pegoraro (2020, p.1), “as explicações dadas pelos familiares envolvem um olhar múltiplo, que incorpora diferentes causas e motivos, aproximando-se da ideia de integralidade em saúde”.

Viver com uma pessoa que apresente transtornos mentais mais ostensivos é algo que pode ser bastante desafiador, embora dependa da própria pessoa e do seu conhecimento e habilidade ao lidar com a problemática. Um estudo realizado por Vieira e Pegoraro (2020) apresenta como tema as explicações dadas por familiares sobre o sofrimento psíquico a partir da perspectiva da família.

O estudo de Vieira e Pegoraro (2020) foi realizado em um CAPS localizado no Triângulo Mineiro, utilizando como instrumento uma entrevista semiestruturada, a partir de um roteiro com dez famílias distintas, cujo objetivo era de identificar as explicações dadas por esses familiares a respeito do problema de saúde mental do seu familiar em sofrimento psíquico. Como resposta, assim como esperado pela ótica do itinerário terapêutico - método de abordagem utilizado -, obtiveram explicações diversas, que se aproximam da ideia de integralidade de saúde. Logo, as respostas foram agrupadas em diferentes segmentos: espirituais; orgânicos; histórico familiar; eventos de vida; diagnóstico e outros. Abaixo, segue a tabela produzida pelas autoras, que

referencia a multiplicidade das explicações dadas por cada família. O número corresponde a cada família entrevistada.

Tabela 1. Tipo das explicações dadas em cada entrevista a respeito do sofrimento psíquico.

Explicações	Entrevistas
Espirituais	1, 4, 5, 8
Orgânicas	1, 2, 3, 5, 8
Histórico familiar	5, 7, 10
Eventos da vida	4, 5, 6, 7, 9, 10
Diagnóstico	4, 6, 7, 9, 10
Outros	4, 5, 7

Fonte: Viera e Pegoraro (2020, p.5).

Dando prosseguimento aos resultados obtidos, observou-se que, em relação aos familiares que exercem a função de promover o cuidado, a maioria era do sexo feminino, sem companheiro, de baixa escolaridade, na faixa dos 45 anos ou mais. Quanto aos usuários, também em maioria do sexo feminino, com idade entre 19 a 55 anos, também sem companheiros e de escolaridade não informada. As autoras, parafraseando Follador (2009), analisam que historicamente a mulher torna-se referência de cuidado, seja ele da casa, dos filhos e/ou do companheiro. Por mais que a sociedade venha desmistificando esse papel, por meio dos avanços das lutas sociais e garantia dos direitos, ele se vê como indissociável da característica feminina.

Usando como referência outro estudo, este realizado por Lúcia Rosa (2011) ao se aprofundar sobre o tema “transtorno mental e o cuidado na família”, ela define três concepções que acarretam em mudanças nas expectativas e nas relações afetivas dos indivíduos, ocasionadas pelo transtorno mental. São elas: a normalização, o medo do contágio e a desorientação. A normalização é a primeira reação familiar diante do contato com o transtorno mental, subentende-se como a negação, a estigmatização. Vem seguida do medo de contágio, que é visto como uma “doença hereditária”, que ocasiona em uma grande comoção familiar, e o medo de se apresentar em mais de um familiar, manifestando o sentimento de culpa. Após esse processo, a família entra em desorientação, que gera uma tensão no grupo que se intensifica e/ou se manifesta. Passa a se sentir humilhada, ansiosa e desorientada, no sentido de não possuir informações técnicas para lidar com esse novo cenário familiar.

Em seu livro, Rosa (2011) realiza um estudo sobre a assistência psiquiátrica no Piauí. Participaram de sua pesquisa 107 responsáveis, que acompanham o tratamento de seus familiares, e assim, ela faz suas análises qualitativas de acordo com as respostas que foram obtidas em um questionário semiestruturado. Os resultados apontam que mais de 32% representam a configuração familiar conjugal e 30% monoparental, sendo a maioria chefiada por mulheres. Além disso, predominam em aproximadamente 80% as famílias em situação de pobreza.

Em relação aos indivíduos em tratamento, mais de 55% são do sexo masculino e aproximadamente 50% são solteiros, possuem nível de escolaridade incompleto e não trabalham. Ao se tratar dos cuidadores, mais de 65% são do sexo feminino e possuem idade entre 29 e 58 anos, sendo estas as provedoras do lar e as que exercem atividade formal ou informal de trabalho fora de casa.

Comparando as características, pode-se analisar os resultados obtidos a partir da perspectiva territorial. Dispõe-se de dados em regiões distintas, sendo uma ao sudeste e outra ao nordeste do país. A atenção psicossocial e o cuidado passam a ser ofertados no território, sendo utilizado como um instrumento da prática de saúde. “A produção de cuidado nos espaços comunitários, requer ações capazes de atender à multidimensionalidade das pessoas e à complexidade dos processos de cuidar” (MORAIS et al., 2019, p.1164).

O território possui importância no tratamento de saúde e para a família, pois detém competência e articulação de políticas e serviços, que são orientados para a atenção à saúde da população. Logo, sua função e ações se conduzem a estimular a convivência em seus diferentes espaços, a reinserção social do indivíduo, além de promover novos modos de cidadania. Possui a finalidade, também, de reconstrução de bases teóricas e práticas, no desenvolvimento dos projetos terapêuticos e na reorientação do modelo de atenção à saúde mental (MORAIS, et al., 2019).

Para a família que participa do processo de tratamento e convive com um familiar em sofrimento psíquico, o território pode vir a se tornar um alicerce para a sua própria saúde, pois a família que vive essa realidade também necessita de cuidado, acolhimento, informação e apoio profissional e social. Tanto para Rosa (2011), como para Vieira e Pegoraro (2020), são expressas em seus estudos as falas de familiares que expõem o sentimento familiar em relação ao tratamento, as quais as família se sentem desassistidas e possuem dificuldades para compreensão sobre o tratamento, além de inseguranças de promover o cuidado.

Em outro texto usado para análise, as autoras relacionaram a Terapia Comunitária sobre o enfoque do sofrimento psíquico no sistema familiar e apresentam um capítulo denominado de “o desafio familiar no convívio com o sofrimento psíquico”. Nele, consta que:

Com base no material textual obtido a partir das transcrições das rodas, as situações-problemas mais mencionadas pelos familiares foram: estresse; solidão por não ter com quem dividir as responsabilidades; decepção e desgosto por causa do desamparo familiar; sobrecarga, por não ter com quem partilhar os cuidados e desrespeito social gerado pelo preconceito com o sofrimento psíquico.(...) Ao vivenciar o estresse e a carga de tarefas e de responsabilidades, o cuidador pode vivenciar um desequilíbrio no seio familiar que influencia a qualidade de vida e a habilidade de aceitar a problemática (CARVALHO et al., 2020, p. 6214).

O ato do cuidado, ao ficar vinculado à figura feminina, demonstra nas pesquisas que as mulheres se sentem sobre carregadas, principalmente por não terem com quem partilhar os cuidados. Assim, se desgastam ao renunciar parte de sua individualidade para promover o bem-estar de sua família, na tentativa de mantê-la em seu núcleo de formação, que muitas vezes acaba se dissolvendo, pois o ambiente familiar se torna um lugar de discórdia, desacordos e incompreensões (CARVALHO et al., 2020).

3.2- Situações observadas

Narro, para fins de ilustração dos argumentos deste TCC, a situação de dois atendimentos realizados no ambiente de estágio, a respeito de usuários em processo de acompanhamento pelo Serviço Social. Apresento, como primeiro caso, a situação de um militar atendido, que relatou sobre o seu sofrimento psíquico no acompanhamento e tratamento de sua esposa que, por sua vez, se encontrava em tratamento psiquiátrico e não conseguia desempenhar as funções que lhe eram endereçadas em relação ao cuidado da casa, das filhas e de si própria. Em seguida, narro a situação de uma usuária, na condição de dependente de militar, portanto, uma usuária que apresenta uma história com muitos revezes pessoais e familiares. Durante a supervisão de estágio, foi ressaltado, a importância de acompanhamento psicológico, para ambos os casos e o apoio às suas famílias, que em muitos casos, não são ouvidas ou são simplesmente acionadas/responsabilizadas para êxito no tratamento.

3.2.1- Mulher doente cuida ou é cuidada?

A Seção de Serviço Social recebeu um encaminhamento para avaliação da possibilidade de sua inserção no Programa de Permanência, Movimentação ou Remoção por Motivo Social¹¹, para sua permanência na Organização Militar (OM). Foi realizada uma entrevista social com o militar e, ao ter ciência de sua demanda, houve a necessidade de realizar uma visita domiciliar,

11 São considerados usuários do programa de Permanência, Movimentação ou Remoção por Motivo Social os militares e servidores civis da ativa, de carreira, cujos pleitos estejam relacionados a eles próprios e/ou aos seus familiares, vide os critérios listados no item 11.5.3 - Critérios que recomendam a permanência, movimentação ou remoção por motivo social da DGPM nº 501 7ª Revisão que dispõe sobre Normas sobre a Assistência Social da Marinha do Brasil.

a fim de aprofundar o relato da esposa que não havia comparecido à instituição e observar os critérios de elegibilidade de não movimentação do militar.

O militar é um Sargento, com 29 anos, que nos informa que não estava conseguindo viabilizar o acompanhamento médico da esposa, que não comparecia às consultas agendadas e que era acompanhada na unidade desde abril de 2016. De acordo com a declaração médica, a paciente possui hipótese diagnóstica atual de Transtorno Esquizoafetivo do Tipo Misto (F25.2 pela CID-10).

O Transtorno Esquizoafetivo do Tipo Misto afeta a cognição, comportamentos e tem sintomas psicológicos relacionados à esquizofrenia e outros transtornos de humor, como alterações que podem ocorrer na forma de episódios maníacos, depressivos ou mistos. Tem como principais características sintomas como: alucinações; paranoia; psicose; ansiedade; depressão; movimentos do corpo fora do normal ou falas desorganizadas; isolamento social; problemas com sono; perda repentina de interesse nas atividades do dia a dia; impulsividade entre outros. Difere-se da esquizofrenia pois esses sintomas precisam obrigatoriamente ser acompanhados de outros transtornos de humor. Não existe cura para este tipo de transtorno, no entanto, com tratamento, a pessoa pode ter uma rotina estável e promover sua qualidade de vida (ZENKLUB, 2022).

F25.2 Transtorno esquizoafetivo, tipo misto Transtornos nos quais sintomas de esquizofrenia (F20. —) coexistem com aqueles de um transtorno afetivo bipolar misto (F31.6) devem ser codificados aqui.
106 F20 — F29 ESQUIZOFRENIA, TRANSTORNOS ESQUIZOTÍPICO E DELIRANTES Inclui: esquizofrenia cíclica psicose esquizofrênica e afetiva mista (CID-10, p.106, 1993).

Durante a visita, o militar relata que a doença da esposa estava lhe deixando muito preocupado e aflijo, pois, desde o diagnóstico, mesmo com a utilização das medicações, não houve uma estabilidade do quadro. Ao contrário, os sintomas psiquiátricos só se agravaram, ao ponto de ela apresentar muitas dificuldades com o auto cuidado e assistência às três filhas do casal, que possuem idades de 07, 06 e 04 anos. Com isso, o militar estava apresentando dificuldades para conciliar o cuidado com a família e as atividades militares. Vale destacar que as crianças estavam apresentando problemas na frequência escolar, pois a esposa, em virtude do transtorno mental, não conseguia levar as crianças na escola.

A companheira informou que sua questão psiquiátrica iniciou no ano de 2016, após o falecimento de sua genitora, o que provocou uma grave depressão. Informou que na época se sentia muito triste, mas que achava que era em decorrência do luto. Porém, o tempo foi passando e a tristeza permanecia, o que a impossibilitou de realizar seus afazeres e, em virtude disso, não conseguiu permanecer no emprego, no qual exercia a função de enfermeira, pois já não

conseguia ter ânimo, força e organização mental para executá-lo. Ela informa também que em uma ocasião teve um “surto” - expressão usada pela usuária para descrever a situação - dentro de um supermercado, momento em que ficou sem reconhecer o esposo e o lugar onde estava, e foi levada à UISM. Desde então, passou a fazer o acompanhamento clínico, porém, de forma irregular. Já acometida pela doença passou por duas gestações, nas quais apresentou síndrome depressiva pós-parto, principalmente na última gravidez. Relatou ainda que, logo após o nascimento da última filha, teve o apoio e os cuidados direto de sua sogra, mas que, atualmente, a mesma encontra-se com problemas de saúde e só consegue dar apoio esporadicamente.

O militar mostrou-se bastante preocupado com a condição da esposa e de suas filhas. Informou que quando a esposa está em crise, não tem com quem contar para os cuidados com as crianças e que, nesses momentos, elas faltam às aulas. Em decorrência dos efeitos colaterais dos medicamentos, a cônjuge não consegue acordar no horário e nem mesmo cumprir a rotina básica da casa. A paciente confirmou que praticamente todos os dias as filhas despertam antes mesmo dela e que ficam sozinhas na sala até que ela consiga acordar. O Sargento relatou, ainda, que mesmo sem condições financeiras, necessitou colocar as filhas em instituição de ensino privada, por diversas questões. Uma delas é que as crianças ficam “seguras” - expressão usada pelo militar para descrever a situação - durante o período em que ele está na OM, pois tem muito receio que a esposa durma durante a tarde e as filhas fiquem sem supervisão dentro de casa por muito tempo, visto que residem no segundo andar. O Sargento informou que não conta com apoio por parte da família da esposa por falta de laço afetivo e que seus pais ajudam quando podem, em vista de que são idosos e possuem problemas de saúde, além de residirem em outro bairro, sendo ele o único responsável em prestar toda a assistência necessária a sua família. Salientou sobre a importância da sua presença nesse momento de fragilidade na saúde de sua cônjuge, pois se sentiria culpado se algo acontecesse com a esposa e as filhas.

3.2.2- Mulher dependente química pode ser mãe?

Durante os meses de estágio, outra situação chamou minha atenção: uma usuária que já era conhecida pela equipe por suas múltiplas internações na unidade. Portanto, o segundo caso é de uma paciente que é dependente de militar e tem o direito à assistência médica da Marinha. É uma senhora de 49 anos que passei a acompanhar após presenciar sua internação no ano de 2022. Essa senhora é diagnosticada com F19.0 pela CID-10, que trata o Transtorno Mental e Comportamental devido ao uso de drogas múltiplas e ao uso de outras substâncias psicoativas - intoxicação aguda. Em seus relatórios sociais, consta a informação de internações da paciente desde o ano de 2019.

Nesse período, sua família participava ativamente de reuniões com a equipe multidisciplinar, composta pela Psicologia, Enfermagem, Psiquiatria e o Serviço Social, que visavam estreitar laços para que a usuária, ao receber a alta, passasse a ser acompanhada pelo CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas). Visavam, também, que ela participasse das oficinas terapêuticas realizadas no Centro de Atenção Diária (CAD) - que funciona como um hospital-dia, dentro da UISM, com diversas atividades terapêuticas -, de modo que formasse um vínculo com a equipe que já a acompanhara em sua internação.

A equipe multiprofissional da UISM, formada pela Psicologia e Serviço Social, empenhadas com o desenvolvimento da usuária enquanto estava institucionalizada, realizou visita ao CAPS, que era próximo da residência da usuária, consultando a possibilidade de parceria em conjunto com a Marinha, para o acompanhamento da mesma. A equipe da UISM orientou que a família fizesse o mesmo, para que pudessem conhecer e incentivá-la. A equipe do CAPS também realizou visitas à instituição, a fim de acompanhar a usuária de perto.

Ao me aprofundar em seus relatórios sociais passados, me deparo com a informação do acompanhamento familiar frequente, principalmente por parte de sua genitora, tanto ambulatorialmente quanto em suas internações. Em tais atendimentos realizados na época, encontram-se informações a respeito de relatos de sua genitora, que informa que sua filha, sempre que recebia alta hospitalar, ao chegar em sua residência deixava seus pertences em casa e ia para a rua, não retornando por dias, sem informar para onde iria e onde iria ficar. Quando retornava, estava em condições precárias de higiene e sob uso de substâncias psicoativas. Assim, nunca aderia aos tratamentos e não comparecia ao CAPS, como proposto para seu tratamento fora da rede hospitalar, tendo comparecido apenas duas vezes acompanhada de sua mãe.

O motivo concreto pelo qual a usuária faz uso de substâncias não consta em seus relatórios, porém, se tem a informação de que a mesma faz uso desde os seus 19 anos e que sempre teve muitos conflitos familiares, geralmente com seu genitor e irmã. Logo após o início, ela se sentia coagida pelas palavras de ofensas de ambos, e encontrava nas drogas um meio de fuga. A cada alta hospitalar que recebia, ao retornar para sua residência, os comentários de descrédito sobre sua sobriedade persistiam, o que lhe gerava desconforto, retornando para o uso de substâncias.

Essas idas e vindas acarretaram também um desgaste emocional familiar, em que sua genitora, que antes possuía esperanças, se encontrava “desacreditada e desanimada” com uma possível melhora, e que não recebia mais o suporte familiar, tanto do pai da usuária, quanto de suas três netas, filhas da paciente, sendo uma delas, menor de idade com 15 anos. Foram poucos os atendimentos em que o genitor compareceu, só se fazia presente quando era necessário

resolver alguma questão burocrática a respeito de seu direito à assistência médico-hospitalar militar, recaindo para a mãe a responsabilidade de acompanhamento a cada internação. E não se tem a informação sobre o pai de suas filhas. Em relatos de prontuários médicos, informações da genitora afirmam que sua filha já havia tentado feri-la fisicamente, com uso de instrumentos violentos, como faca.

No entanto, em 2022, com algumas internações da usuária, a equipe de Serviço Social não conseguiu realizar contatos efetivos com a família, que já não comparecia mais às consultas e não retornavam as tentativas de contatos realizadas. Tive muita dificuldade de contato familiar enquanto a paciente esteve internada. Em conversa com minha supervisora de campo, ela me relata que a família já não comparecia mais, e que informavam que “já não possuíam mais esperanças”, não credibilizando aquilo que era dito pela usuária.

A usuária encontra-se debilitada física e emocionalmente, sem o suporte familiar. Enquanto vivia em situação de rua, contraiu HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) e uma doença infecciosa na córnea direita, que culminou na sua remoção completa. Em atendimentos realizados pela equipe de Serviço Social, ela relatava arrependimentos de suas escolhas e que sentia falta de sua família, principalmente de suas filhas. Informa que tem o pensamento de querer ficar sóbria por elas, mas que vive nesse ciclo de internações e recaídas às substâncias, devido a conflitos familiares. Durante suas internações, recebeu apoio de sua tia, com quem nós, da equipe, conseguíamos contato para solicitar itens de higiene pessoal, quando não conseguíamos contato com seus genitores.

Na UISM, o Serviço Social - em conjunto com a equipe de Psicologia - realiza reuniões em grupo com os familiares dos usuários do CAD, que funciona como hospital-dia, mas não com os familiares dos usuários que são atendidos ambulatorialmente. De certa forma, a ausência da família gerou indagações sobre o que ela poderia proporcionar para o tratamento. Como esta família lidou quando descobriu o transtorno mental da paciente? A família interfere negativamente no transtorno mental? Como a família é afetada pelo sofrimento psíquico?

3.2.3 Análise das situações apresentadas

Deste modo, diante desses questionamentos elencados e os atendimentos subsequentes acompanhando ambos os casos, selecionei essas duas situações, que me ajudaram a dar materialidade ao tema desta monografia.

O sofrimento psíquico vem se estruturando no seio familiar de ambas as famílias ao longo dos anos e, cada vez mais, se tornando presente em suas vidas cotidianamente. Com tais relatos, podemos perceber que o sofrimento se apresenta nas dimensões psicológicas e sociais para essas duas famílias, que enfrentam o sofrimento psíquico de maneiras diferentes. Seja o

sofrimento causado pelo transtorno mental ou pelo processo de acompanhamento do tratamento, a rotina diária tem sido desafiadora para estas famílias. As condições de moradia, a rotina educacional, quanto a institucional do militar - como no primeiro caso -, a falta de apoio familiar por seus diversos motivos, seja o desgaste físico e/ou emocional, a impossibilidade de apoio por alguma questão de saúde física ou etária, se tornam impedimentos que acarretam em retrocesso para os processos de cuidado.

No primeiro caso, é importante ressaltar que o sofrimento psíquico presente nessa composição familiar vem acometendo a todos os membros presentes, como expostos de maneira sucinta nas descrições citadas. Nesta situação, nota-se que a família está implicada no sofrimento psíquico de um único membro que estava acometido de um transtorno mental. Logo, o sofrimento desta esposa e mãe passou a ser o sofrimento de toda a família.

As crianças apresentam uma situação escolar vulnerável, pela descontinuidade da frequência e por não desfrutarem de uma devida supervisão parental em virtude das impossibilidades apresentadas por seus responsáveis. Por serem muito jovens, não compreendem inteiramente a situação, mas percebem o tratamento diferenciado de sua genitora. Elas relatam que há uma diferença de tratamento das duas mais jovens com a primogênita, que recebe mais carinho e atenção quando sua mãe se apresenta estável. Por terem sido geradas após o aparecimento dos sintomas do transtorno, a própria responsável relata a diferenciação no tratamento e informa que muitas vezes não sente “amor, nem carinho” pelas filhas menores. A mulher, mesmo entendendo sua situação e seu quadro clínico, se nega à intervenção para cuidados especiais.

Com toda essa situação familiar, além da carga como profissional militar, o usuário supracitado tem apresentado um abalo emocional muito forte, necessitando realizar tratamento psicológico, o qual vem sendo efetuado nesta unidade hospitalar, com frequência semanal. No entanto, ao ter o seu primeiro contato com o transtorno de sua esposa, ele procurou se automedicar, sem fazer acompanhamento médico, por normalizar a situação e acreditar que o que causava sofrimento, tanto nele quanto em sua esposa, logo cessaria. Porém, como apresentado em estudos, a primeira reação familiar é a negação, o medo, o que faz com que não busquem ajuda profissional nem informações.

Ao passarem por esse processo inicial e buscarem pelos profissionais, houve uma segunda fase de negação, em que a usuária já não queria mais ser acompanhada por não reconhecer mais sua limitação, por não se ver em situação de cuidado, mas sim de cuidadora, por ser pressionada para cuidar de sua família. A usuária deixa de comparecer às suas consultas agendadas para cuidar da casa e de suas filhas. No entanto, a situação não sai como o

esperado, em vista que em relato do militar, a mesma também já não realizava mais suas atividades como descrito acima.

O pleito do militar foi concedido e ele não foi transferido para outra unidade por motivo pessoal, que era o cuidado para com sua esposa e filhas, em vista que ela faz acompanhamento nesta unidade e que residem por perto, o que também facilita seu acesso. Também contribui para seu tratamento o território sendo utilizado como uma ferramenta. Atualmente, o militar encontra-se de Licença para Tratamento de Saúde Familiar (LTSF) – termo utilizado no meio militar –, deixando suas funções laborais e se colocando na posição de cuidador.

Nesta situação, nota-se a inversão - na perspectiva dominante - do papel de cuidador, que aqui não é executado pela figura feminina como vimos nesse estudo. Temos uma figura masculina em sofrimento, que tem obrigações iguais de cuidado quanto a figura feminina dentro de uma configuração familiar.

Na segunda situação familiar, pode-se observar que a família enfrentou e enfrenta muitas dificuldades de acesso à usuária. Como descrito em relatório, a primeira reação familiar também foi a negação, mas possuíam muitas esperanças de que a usuária aderisse aos tratamentos apresentados. Como usuária frequente de substâncias adictivas, sua interação familiar foi marcada por diversos conflitos. Com os acompanhamentos realizados pela equipe de Serviço Social, pode-se observar que o desgaste emocional, tanto da usuária quanto de sua família, foi sendo construído ao longo dos anos e que, desde 2019, suas internações passaram a ser mais frequentes nesse nosocômio. Sua saúde se encontrava muito debilitada e sua família passou a ser ausente em seu tratamento.

Suas filhas cresceram por meio do cuidado dos avós maternos e tias, sendo a mãe – a usuária em questão – pouco presente neste processo, segundo seu próprio relato. A genitora registrou em um atendimento ter sofrido vendo sua filha se autodestruir. Emagrecia mais drasticamente a cada retorno para o lar, e chegou a perder uma córnea duas vezes, já que, ao conseguirem uma prótese, a mesma utilizou como meio de troca para obtenção de substâncias. Os pais participaram do processo de tratamento para o HIV, demonstrando o medo que esta nova doença os causou. As diversas agressões físicas e psicológicas, feitas e recebidas entre a família e a usuária, já citadas em atendimentos por sua genitora, acarretaram em seu desgaste emocional, contribuindo para o seu afastamento no tratamento da usuária, demonstrando sua falta de credibilidade de melhora e cura.

Em relatos da usuária, ela demonstrava compreender como havia causado sofrimento em sua família, principalmente em suas filhas, e que também era compreensiva com sua ausência. Em outubro de 2022, em uma consulta médica, ela refere que retomou o contato com uma de suas filhas e que tem prestado assistência a sua genitora, que se encontrava com a saúde

comprometida na época. No entanto, em 2023, a usuária passou por mais um processo de recuperação da adicção, permanecendo na unidade por 15 dias, sendo seu último contato com a equipe até o momento.

Ao longo desses anos, em diversos atendimentos realizados com sua genitora, a equipe pôde perceber o seu desgaste, até o momento de descredibilização. Mesmo que a equipe também tenha utilizado o território como parte complementar no seu processo de tratamento e tenha trazido sua família para perto, o sofrimento psíquico da portadora de transtorno mental afetou o relacionamento e convívio familiar, comprometendo perspectivas otimistas e esperançosas de sua família quanto a sua recuperação e superação da adicção.

Um fator importante a ser analisado é a configuração familiar desses dois usuários. No primeiro caso, observa-se a pressão psicológica de cuidado por parte da figura feminina que se encontra em sofrimento. Trata-se de uma família nuclear, composta por pai, mãe e filhas. É uma figura feminina que tem um cônjuge que se faz presente. Na segunda situação citada, nota-se essa ausência e falta de informações sobre o genitor, sua identidade. As filhas da usuária foram criadas por outros membros familiares. Não se sabe ao certo, se essas filhas são frutos de algum tipo de violência ou em quais condições essa usuária engravidou. Os casos revelam que as famílias podem encontrar formas protetivas independentemente do arranjo que possuem.

A configuração familiar, seja como parte afetada ou como quem afeta, se tornou um fator importante para o desenvolvimento e ao mesmo tempo para o enfrentamento do sofrimento psíquico nessas duas situações. A ausência ou presença dela, quando não assistida, pode gerar ramificações do sofrimento. A responsabilidade de promoção do cuidado não é somente das famílias, mas também do governo, de profissionais especializados na área da saúde e saúde mental. A preocupação com os cuidados deve ser também direcionada àqueles que prestam assistência, que participam ou deixaram de participar dos processos de tratamento. Buscar compreender como o transtorno mental irá se desenvolver na rotina de cada pessoa, levando em consideração seus medos, preocupações, ansiedades, desinformações, entre outros sentimentos ocasionados por esse processo que se torna novo para a família a cada etapa do tratamento e de novas descobertas. Sendo as diversas configurações familiares como já apresentado neste artigo, um alicerce para os processos de tratamento.

Considerações finais

O presente trabalho explorou o tema da saúde mental e suas implicações sociais, atravessadas cotidianamente na vida dos indivíduos e nas suas configurações familiares. Para além, buscou discriminar os processos de cuidado com o portador do sofrimento psíquico e com aqueles responsáveis pelo acompanhamento do tratamento, que enfrentaram o medo e o desconhecido durante suas jornadas, demonstrando a importância que as famílias também necessitam de cuidados e atenção. Este trabalho pretendeu enfatizar principalmente a importância do cuidado e como ele se define dentro das configurações familiares.

Ao revisitarmos a história, buscamos considerar a existência de diversas configurações familiares e a desproteção que enfrentaram ao longo dos anos, bem como analisar que a função do cuidado perante um sofrimento psíquico, acarretado por um transtorno mental, tende a recair sobre a responsabilidade feminina, sob a ótica da sociedade patriarcal. Com a introdução da “família” nos processos de cuidados, por meio de políticas sociais voltadas à promoção e prevenção de saúde mental, as famílias ganharam visibilidade sendo referência de cuidado. No entanto, essa “família” é representada pela figura feminina, encarregada de promover o cuidado e a proteção da sua configuração familiar. Este trabalho aponta que há diversas formas de configurações familiares, não necessariamente sendo representada por um homem, uma mulher e filhos. Algo que fica subentendido sobre essas configurações é que sempre há uma figura feminina, como uma tia, uma avó, uma irmã ou amiga de confiança, e que lhe é atribuído o cuidado aos demais membros.

Ao analisar bibliografias para esta pesquisa, diversos foram os autores que demonstraram que o cuidado para com o sofrimento psíquico era delegado para a figura feminina, sendo a construção deste papel naturalizada. Além do cuidado com a casa, crianças, alimentação, animais de estimação, suas funções no mercado de trabalho, cuidado com os demais membros como pais, tios e avós, a figura feminina tem sido sobrecarregada com a multiplicidade de funções e tarefas, nem sempre reconhecidas como trabalho. O cuidado requer tempo, atenção, dedicação e dependendo do nível de dependência, se torna uma dedicação quase exclusiva, o que acarreta nessa sobrecarga de funções, por não terem com quem compartilhá-las. O excesso de funções gera estresse, cansaço, insônia, ansiedade, dores generalizadas, entre outros sintomas que possibilitam se aprofundar em estudos específicos sobre o cuidado exercido pela figura feminina pela sua perspectiva histórica e crítica.

O cuidado, portanto, como visto, também pode ser um processo adoecedor. Cuidar de um bebê recém-nascido exige muito trabalho, requer atenção a todo momento, além de estudos

sobre o que o bebê pode fazer ou comer, de acordo com ciclo de vida daquele ser. Cuidar de uma criança já requer outros cuidados, pois é nessa fase até a adolescência que se inicia o processo de socialização deste indivíduo, e cabe a referência de cuidado, educar este novo indivíduo que está se formando. Cuidar de um adulto ou um idoso, que já passou por todas essas outras fases da vida, também se torna um processo difícil, pois este também demanda tarefas em relação à alimentação e organização da vida doméstica, além de seus cuidados pessoais.

O cuidado vai muito além de educar um cidadão. Ele também diz respeito ao afeto, as trocas com outros seres, as adversidades que atravessam a vida diariamente, e esses são alguns fatores que tornam um ser social complexo. Portanto, a função do cuidado não é exclusivamente da figura feminina, e nem faz parte da sua condição humana. Cabe a todos os seres humanos. Não é uma ação que possui um manual de instrução, mas sim que se aprende durante o desenvolvimento da vida.

O presente artigo propôs expor também, com base em estudos e nos casos observados, o território como ferramenta nos procedimentos de cuidado. Com base nos casos expostos, os territórios, nas distintas situações, foram utilizados como meio de estratégia para o cuidado e aproximação das configurações familiares. De certo, ao residirem próximo da unidade hospitalar, isso facilitaria o acesso de ambos à rede socioassistencial. No entanto, nem sempre o território é utilizado com proveito, como foi descrito em uma das situações, em que não houve a adesão ao tratamento pela rede. O território é uma potência, e para ele cabem muitos estudos que podem e devem ser aprofundados.

Neste trabalho, o território foi empregado como uma ferramenta utilizada somente para o "bem" ou o "bom", mas ele também pode ser interpretado como algo prejudicial. A violência armada conflagra comunidades e cerceia seu direito de ir e vir. Desta forma, o território pode vir a ser um atenuante para a promoção do sofrimento psíquico. Portanto, a sua importância deve ser considerada, visando a elaboração de pesquisas ampliadas sobre a função do território como instrumento no campo da saúde.

Ao pensar no papel do(a) Assistente Social relacionado ao tema proposto, o seu desempenho torna-se de extrema importância para os processos de promoção e prevenção de saúde mental e no campo da saúde, de modo geral. O Serviço Social tem ganhado espaços de atuação na atenção primária, principalmente com a inserção do NASF, atuando de forma integrada à rede de serviços. No entanto, atualmente, a profissão ainda encontra diversos limites e desafios para o trabalho nessa área, como em diversas outras. É preciso ser um profissional que tenha seu trabalho pautado nos princípios e deveres do Código de Ética que regem a profissão. Não compactuando com as visões e expedientes familistas, que se referem às

expectativas do papel da família na produção de bem-estar, que culpabilizam e repassam às unidades familiares toda a responsabilidade do cuidado. Muitas vezes essas famílias sofrem coletivamente, não recebem as devidas orientações sobre o transtorno mental ou sobre o que é o sofrimento psíquico para aquele usuário que está lidando com algo totalmente novo, e como isso pode afetar a todos que acompanham os seus desencadeamentos.

Abordando mais precisamente o papel do Serviço Social como profissão, é importante ressaltar que a atuação profissional na UISM opera ativamente na promoção e prevenção de saúde mental. Ao decorrer do ano, a equipe realiza diversas atividades com os militares, que são propiciadas em levar orientações e informações sobre a temática. Por se tratar de uma instituição que trabalha com a saúde mental e seus atravessamentos, principalmente no meio militar, pode-se dizer que é uma instituição que considera o adoecimento psíquico no ambiente institucional. Ao acompanhar os atendimentos realizados durante o período de estágio, me deparei com diversas situações em que os usuários relataram estarem ou terem adoecido psicologicamente, após o início de suas carreiras militares, usando como válvulas de escapes as drogas e o álcool.

Entretanto, durante a elaboração deste trabalho, diversas foram as limitações quanto ao acesso a recursos de conteúdo sobre os usuários atendidos pela equipe de Serviço Social. Por ser uma instituição militar, que até então é considerada pequena em vista de outras com um número muito maior de servidores, a equipe composta por apenas três Assistentes Sociais muitas vezes não consegue dar conta de atender a todas as demandas que são apresentadas diariamente. Por possuírem diversos encargos colaterais - que são funções para além da sua área de formação -, as funções de suas competências se tornam sobrepostas. Esses encargos colaterais se tornam ações com mais importância de serem executadas no meio militar.

Sendo assim, um dos desafios presentes na atuação profissional na UISM é a quantidade de profissionais que se responsabilizam por uma demanda muito maior que conseguem atender. O Serviço Social, além de atender os usuários no ambulatório, no CAD e exercerem suas funções administrativas, não se encontra isento de possuir encargos colaterais, no qual os militares podem ter mais de um por pessoa, acarretando no atraso de suas atribuições e competências. Por diversas vezes esses encargos colaterais afetaram o acompanhamento do estágio curricular. Por se tratarem de funções especificamente envolvidas ao meio militar - sem incidência da/sobre a profissão -, não foi possível realizar funções mais concernentes e exigidas como partes do plano de estágio, como supervisão de casos, atendimentos ou evoluções, por exemplo.

Pouco se fala sobre o adoecimento psíquico ocasionado por carreiras militares. Diversas são as notícias de jovens que entram para esse mundo com a realização de um sonho, mas que se deparam com outra realidade. Este trabalho não se concentrou no sofrimento psíquico voltado

para este meio, mas sim com análises elencadas de modo geral. Vivemos quatro anos de governo em que a população era ameaçada por uma retomada das forças militares ao poder. Mas se isso fosse tão bom, por que grande parte da sociedade viveu esses anos com medo? Por que houve o aumento do sofrimento psíquico durante esses anos como apresentado nas pesquisas citadas? De certo, o militarismo tem suas regras e hierarquias, mas por vezes, esquece-se que ali também há seres humanos, sociais, de direitos como todos. Seres que têm sentimentos, limites e preferências.

Esquece-se que esses profissionais são trabalhadores/as que possuem suas famílias, que têm uma vida fora desta instituição em que trabalham. Logo, eles têm outras obrigações a cumprir, que também dizem respeito a suas sobrevivências e que são tão importantes quanto a esses encargos. Muitas vezes esses profissionais ultrapassam suas horas de trabalho para cumprirem tais funções solicitadas por superiores, em termos da hierarquia de poder no âmbito profissional.

Como citado, a realidade no meio militar é diferente da esperada e ela pode variar de acordo com a instituição. Espera-se que os profissionais estejam preparados para enfrentar tais desafios, visto que foi a escolha que fizeram para suas vidas. No entanto, o que não se fala é o quanto esse processo é adoecedor, seja para um profissional de carreira ou contratado. Cria-se uma pressão em cima da execução dessas atividades, que se torna um dos motivos mais frequentes de adoecimento psíquico e que pode ser observado durante o período de estágio. Gera um cansaço mental e físico extenso, e que afeta não somente os profissionais, mas também suas famílias, levando a sobrecarga desse cansaço para fora da instituição. Outro ponto também importante, é a preocupação de estabilidade financeira. A carreira militar promove uma estabilidade, mas a que preço? Essa é uma preocupação que não é exclusiva das funções militares. Em um mundo de desigualdade e pessoas com fome, as pessoas trabalham para garantir suas subsistências, podendo exercer mais de um trabalho para gerar renda, o que também gera um processo de medo, ansiedade, a fim de conseguir uma estabilidade nem que seja provisória e desgastante nesse processo.

Ao tratar do trabalho multiprofissional exigido na área da saúde, são necessários mais estudos de diferentes formações que trabalham com este campo, para melhor análise e compreensão da importância de promover ações de prevenção em saúde mental. Dito isto, friso esta ação para todas as instituições militares, não somente dentro da UISM, sendo uma instituição que atua diretamente ligada à saúde mental. É preciso, que as Forças Armadas Brasileiras tenham em mente a atenção do cuidado em saúde mental e que propaguem um serviço mais humanizado. Que possam respeitar os indivíduos, as profissões. Que seus concursos tenham mais vagas de trabalho para áreas como Serviço Social, Terapia Ocupacional, Musicoterapia,

Psicologia. Que deem a devida valorização para todas as profissões, para que cada uma possa conferir sua atuação em prol de seus usuários.

Mesmo diante de todos os desafios enfrentados durante o período de estágio, eles foram de extrema importância para elaboração deste trabalho. Foi a partir de questionamentos sobre os casos atendidos que surgiram indagações para a elaboração desta pesquisa. A ação profissional no meio militar também me chamou muita atenção na prática. De certo, não foram abordadas todas as questões ocasionadas pelo sofrimento psíquico, mas se discutiu o modo como o sofrimento psíquico afeta diversos âmbitos de nossas vidas diariamente.

Desta forma, esta monografia teve por objetivo contribuir para que outros estudos possam ser elaborados sobre o tema, além da construção de outras análises e pesquisas relacionadas às configurações familiares e à saúde mental. Assim como os jovens militares que conhecem outra realidade na prática, eu também tive minha experiência com outra perspectiva, percebendo os limites que respaldam a atuação profissional e sou grata por ter feito parte desta instituição e desta equipe durante um ano. Para além, sou grata por estar contribuindo para que novos estudos possam ser realizados sobre esta temática.

Referências Bibliográficas

- AGÊNCIA Senado. Após 20 anos, reforma psiquiátrica ainda divide opiniões. Agência Senado, 2021. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/04/06/apos-20-anos-reforma-psiquiatrica-ainda-divide-opinoes>. Acesso em: 08 dez 2022.
- ALMEIDA, M. Desumanização da população negra: genocídio como princípio tácito do capitalismo. Rio de Janeiro: Revista Em Pauta, n. 34, v. 12, p. 131-154, 2014.
- AMARANTE, P. Saúde Mental e atenção psicossocial. / Paulo Amarante. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- AMSTALDEN, A.; PASSOS, E. A reforma psiquiátrica brasileira e a política de saúde mental. Centro Cultural do Ministério da Saúde. Brasília: 2008. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/VPC/reforma.html>. Acesso em: 20 dez 2022.
- BALDISSERA, O. Modelo biopsicossocial: dê adeus à separação entre saúde física e mental. Curitiba: Pós PUCPR Digital, 2021. Disponível em: <https://posdigital.pucpr.br/blog/modelo-biopsicossocial>. Acesso em: 29 out 2022.
- BENTO, M. A. S. Branqueamento e branquitude no Brasil. In: CARONE, I.; BENTO, M. A. S. Psicologia social do racismo – estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil. Petrópolis: Editora Vozes, 2002, (p. 25 – 58)
- BISNETO, J. A. Serviço social e saúde mental: uma análise institucional da prática. São Paulo: Cortez, 2011.
- BORBA, L. DE O. et al. A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 45, n. Rev. esc. enferm. USP, 2011 45(2), p. 442–449, abr. 2011.
- BRASIL. Constituição Federal de 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Diretoria-Geral do Pessoal da Marinha. Normas sobre a Assistência Social na Marinha do Brasil – DGPM-501. 7^a Revisão. DGPM, 2023.
- BRASIL. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001 [Lei Paulo Delgado]. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União. Brasília: 09 abr 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, nov 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Caderno de Atenção Básica, n. 27. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRAVO, M. I. S. Saúde e serviço social / Maria Inês Souza Bravo... [et al.]/ (organizadoras). — 5. ed. — São Paulo : Cortez ; Rio de Janeiro ; UERJ, 2012.

CARVALHO, M. A. P. DE . et al.. Terapia Comunitária e sofrimento psíquico no sistema familiar: um enfoque baseado no novo paradigma da ciência. Ciência & Saúde Coletiva, v. 26, n. Ciênc. saúde coletiva, 2021 26(12), p. 6211–6221, dez. 2021.

CONEXA Saúde. Saúde mental no Brasil: entenda o que é, impactos e como prevenir. Conexa Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.conexasaude.com.br/blog/saude-mental-no-brasil/>. Acesso em: 17 nov 2022.

DESEN, M. A. Estudando a família em desenvolvimento: desafios conceituais e teóricos. Psicologia: Ciência e Profissão, v. 30, n. Psicol. cienc. prof., 2010 30(spe), p. 202–219, dez. 2010.

DUARTE, M. J. DE O. Loucura e Família: (Re)Pensando o Ethos da Podrução do Cuidado. In Família & família : práticas sociais e conversações contemporâneas / Marco José de Oliveira Duarte, Mônica Maria Torres de Alencar organizadores. – 3.ed. – Rio de Janeiro : Lumen Juris, 2013, p.75-94.

DUNKER, C. Formas de apresentação do sofrimento psíquico: alguns tipos clínicos no Brasil contemporâneo. Revista Mal-Estar e Subjetividade, v. 4, n. 1, p. 94-111, mar 2004. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v4n1/05.pdf>. Acesso em: 20 dez 2022.

ENGEL, G. L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science, v. 196, n. 4286, p. 129-136, 1977. Disponível em: <https://www.science.org/doi/10.1126/science.847460>. Acesso em: 17 nov 2022.

FRANÇA, R. M. S DE. O familismo da política social na América Latina e Brasil. VII Jornada Internacional de Políticas Públicas. São Luis, 2015.

FREITAS, R. DE C.; BRAGA, C.; BARROS, N. Famílias e Serviço Social – Algumas Reflexões para o Debate. In Família & família : práticas sociais e conversações contemporâneas / Marco José de Oliveira Duarte, Mônica Maria Torres de Alencar organizadores. – 3.ed. – Rio de Janeiro : Lumen Juris, 2013, p.15-38.

FREUD, S. O mal-estar na civilização (1930). In: Obras Completas volume 18: O mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos. Tradução: Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

GUEDES, O. de S.; DAROS, M. A. O cuidado como atribuição feminina: contribuições para um debate ético. Serviço Social em Revista, [S. l.], v. 12, n. 1, p. 122–134, 2009. DOI: 10.5433/1679-4842.2009v12n1p122. Disponível em: <https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/10053>. Acesso em: 23 mar. 2023.

LIMA, A. C. Evolução histórica da família e suas espécies no ordenamento jurídico brasileiro. JUS Artigos, 2018. Disponível em <https://jus.com.br/artigos/64386/evolucao-historica-da-familia-e-suas-especies-no-ordenamento-juridico-brasileiro>. Acesso em: 08 dez 2022.

MARTINO, M. Programas de transferências condicionadas, famílias e gênero: aproximações a alguns dilemas e desencontros. In MIOTO R.C; CAMPOS M.S; CARLOTO C.S., (org). Familismo, direitos e cidadania: contradições da política social. São Paulo: Cortez, 2015.

MARTINS, F. Na América Latina, Brasil é o país com maior prevalência de depressão. Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/setembro/na-america-latina-brasil-e-o-pais-com-maior-prevalencia-de-depressao>. Acesso em: 17 nov 2022.

MEZZA, M.; TORRENTÉ, M. DE O. DE. A Reforma Psiquiátrica Brasileira como luta pelo reconhecimento e progresso moral. *Saúde em Debate* [online]. 2020, v. 44, spe 3 , pp. 235-249. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E320>. Acesso em: 22 dez 2022.

MORAIS, A. P.; GUIMARÃES, J. M.; ALVES, L.; MONTEIRO, A. R.. Produção do cuidado na atenção psicossocial: visita domiciliar como tecnologia de intervenção no território. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2021, v. 26, n. 3 , pp. 1163-1172. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.09102019>. Acesso em: 20 out 2022.

ODA, A. M.; DALGALARONDO, P. O início da assistência aos alienados no Brasil ou importância e necessidade de estudar a história da psiquiatria. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental* [online]. 2004, v. 7, n. 1, pp. 128-141. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1415-47142004001012>. Acesso em: 22 dez 2022

OLIVEIRA, J. S. DE. Fundamentos Constitucionais do Direito de Família. Rio de Janeiro: Revista dos Tribunais, 2002.

OMS. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Tradução: Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artmed, 1993.

OPAS. Relatório da OMS destaca déficit global de investimentos em saúde mental. Organização Pan-Americana de Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/8-10-2021-relatorio-da-oms-destaca-deficit-global-investimentos-em-saude-mental>. Acesso em: 17 nov 2022.

OPASa. OMS destaca necessidade urgente de transformar saúde mental e atenção. Organização Pan-Americana de Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/17-6-2022-oms-destaca-necessidade-urgente-transformar-saude-mental-e-atencao>. Acesso em: 31 out 2022.

OPASb. Transtornos Mentais. Organização Pan-Americana de Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/transtornos-mentais>. Acesso em: 31 out 2022.

PASSOS, M. C. Família, laços e sofrimento psíquico. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, Fortaleza, v. 11, n. 3, p. 1013-1031, 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v11n3/05.pdf>. Acesso em: 30 set 2022.

PASSOS, R. G. “Holocausto ou Navio Negreiro?": inquietações para a Reforma Psiquiátrica brasileira. Argum, Vitória, v. 10, n. 3, p. 10–23, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/21483>. Acesso em: 21 dez 2022.

PASSOS, R. G. Trabalho, gênero e saúde mental : contribuições para a profissionalização do cuidado feminino / Rachel Gouveia Passos. – São Paulo : Cortez, 2018.

PASSOS, R.; ARAÚJO, G.; GOMES, T.; FARIA, J. Comunidades terapêuticas e a (re)manicomialização na cidade do Rio de Janeiro. *Argumentum*, v. 12, n. 2, p. 125–140, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/29064>. Acesso em: 9 jan. 2023.

PENSSAN. 2º Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil. Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional, 2022. Disponível em: <https://pesquisassan.net.br/2o-inquerito-nacional-sobre-insegurança-alimentar-no-contexto-da-pandemia-da-covid-19-no-brasil/>. Acesso em: 17 nov 2022.

PETROPOULEAS, S. Volta do Brasil ao Mapa da Fome é retrocesso inédito no mundo, diz economista. Folha de São Paulo, 2022. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/mercado/2022/01/volta-do-brasil-ao-mapa-da-fome-e-retrocesso-inedito-no-mundo-diz-economista.shtml>. Acesso em: 17 nov 2022.

RADIS. Entrevista: Sérgio Arouca. Trabalho, Educação e Saúde [online]. 2003, v. 1, n. 2 , pp. 355-361. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462003000200010>. Acesso em: 20 dez 2022.

ROCHA, V. Família e promoção de saúde. In: BRASIL, Secretaria Nacional da Família. O papel da família na promoção da saúde mental. Brasília: Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, 2020. p. 8-10.

ROSA, L. C. Transtorno mental e o cuidado na família / Lúcia Rosa – 3. ed. – São Paulo, Cortez, 2011.

SANTIN, G.; KLAFFE, T. E. A família e o cuidado em saúde mental. Barbaroi, Santa Cruz do Sul , n. 34, p. 146-160, jun. 2011 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-65782011000100009&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 10 mar. 2023.

SERAPIONI, Mauro. O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. Ciência & Saúde Coletiva, v. 10, n. Ciênc. saúde coletiva, 2005 10 suppl, p. 243–253, set. 2005.

TEIXEIRA, S. A família na trajetória do sistema de proteção social brasileiro: do enfoque difuso à centralidade na política de Assistência Social. Emancipação, Ponta Grossa, v. 10, n. 2, 2011. Disponível em: <https://revistas.uepg.br/index.php/emancipacao/article/view/1233>. Acesso em: 8 dez 2022.

TEIXEIRA, S. M. Política Social Contemporânea: a família como referência para as políticas sociais e para o trabalho social. In MIOTO R.C; CAMPOS M.S; CARLOTO C.S., (org). Familismo, direitos e cidadania: contradições da política social. São Paulo: Cortez, 2015.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. História, Ciências, Saúde-Manguinhos [online]. 2002, v. 9, n. 1 , pp. 25-59. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702002000100003>. Acesso em: 22 dez 2022.

VIEIRA, N., PEGORARO, R. Explicações de familiares sobre o sofrimento psíquico: diversidade e integralidade em questão. . Psicologia em Estudo [online]. 2020, v. 25 , e41796. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v25i0.4179>. Acesso 17 nov 2022

WHO. Relatório Mundial de Saúde Mental: Transformando a saúde mental para todos. World Health Organization, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>. Acesso em: 31 out 2022.

ZENKLUB. Transtorno Esquizoafetivo: conheça os sinais. ZenKlub, 2022. Disponível em: <https://zenklub.com.br/blog/transtornos/transtorno-esquizoafetivo/>. Acesso em: 03 jan 23.