

UNILEÃO
CENTRO UNIVERSITÁRIO DOUTOR LEÃO SAMPAIO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

BEATRIZ CRISTINA ALVES CATONHO BARBOSA

**DÓI TANTO QUE HOJE NÃO DÓI MAIS: A VIVÊNCIA DE FAMILIARES COM
PARENTES DIAGNOSTICADO COM TRANSTORNOS SEVEROS E
PERSISTENTES DENTRO DO CAPS III.**

JUAZEIRO DO NORTE - CE
2023

BEATRIZ CRISTINA ALVES CATONHO BARBOSA

**DÓI TANTO QUE HOJE NÃO DÓI MAIS: A VIVÊNCIA DE FAMILIARES COM
PARENTES DIAGNOSTICADO COM TRANSTORNOS SEVEROS E
PERSISTENTES DENTRO DO CAPS III.**

Trabalho de conclusão de curso – Artigo Científico,
apresentado à coordenação do Curso de Graduação
em Psicologia do Centro Universitário Dr. Leão
Sampaio, em cumprimento às exigências para
obtenção do grau de Bacharel em Psicologia.

Orientador: Me. Marcos Teles do Nascimento

JUAZEIRO DO NORTE
2023

BEATRIZ CRISTINA ALVES CATONHO BARBOSA

**DÓI TANTO QUE HOJE NÃO DÓI MAIS: A VIVÊNCIA DE FAMILIARES COM
PARENTES DIAGNOSTICADO COM TRANSTORNOS SEVEROS E
PERSISTENTES DENTRO DO CAPS III.**

Este exemplar corresponde à redação final aprovada do Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Psicologia do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio, em cumprimento às exigências para obtenção do grau de Bacharel em Psicologia.

Data da Apresentação: 29/06/2023

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Professor Mestre. Marcos Teles do Nascimento / UNILEÃO

Membro: Professora Mestre Indira Feitosa Siebra de Holanda / UNILEÃO

Membro: Professor Doutor Francisco Francinete Leite Junior / UNILEÃO

JUAZEIRO DO NORTE - CE
2023

DÓI TANTO QUE HOJE NÃO DÓI MAIS: A VIVÊNCIA DE FAMILIARES COM PARENTES DIAGNOSTICADO COM TRANSTORNOS SEVEROS E PERSISTENTES DENTRO DO CAPS III.

Beatriz Cristina Alves Catonho Barbosa¹
Marcos Teles do Nascimento²

RESUMO

A presente pesquisa visa discutir as dificuldades cotidianas e sociais enfrentadas pela família, com parentes diagnosticados com transtornos severos e persistentes. O público alvo aqui mencionado se refere aos familiares de pacientes acompanhados pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III - adulto). Investigando a vivência dos familiares e as formas de enfrentamento diante dos obstáculos no cuidado do familiar adoecido e o autocuidado com a sua própria saúde mental. As formas de enfrentamento da família frente ao diagnóstico, e as ferramentas ofertadas para auxílio no cuidado, não somente do sujeito em sofrimento mental, mas na saúde mental e física da própria família e cuidador. Busca analisar com maior riqueza de detalhes os processos de luto pelo filho idealizado e como o processo do coping religioso auxilia nesse processo de autocuidado e aceitação. A pesquisa se refere a uma revisão bibliográfica de caráter qualitativo. O processo de análise para levantamento de dados se deu através do: Scielo, Lilacs, Google Acadêmico. Nos últimos 10 anos. Vale ressaltar que para o desenvolvimento do artigo, alguns autores mais antigos, foram mencionados, pois são base para algumas discussões aqui presente e ultrapassaram a base dos últimos 10 anos.

Palavras-chave: Caps. Família. Transtorno mental. Luto.

ABSTRACT

This research aims to discuss the daily and social difficulties faced by the family, with relatives diagnosed with severe and persistent disorders. The target audience mentioned here refers to the families of patients accompanied by the Psychosocial Care Center (CAPS III - adult). Investigating the experience of the family members and the ways of coping in the face of the obstacles in the care of the sick family member and self-care with their own mental health. The ways of coping of the family in the face of the diagnosis, and the tools offered to help in the care, not only of the subject in mental suffering, but in the mental and physical health of the family. It seeks to analyze with greater detail the processes of mourning for the idealized child and how the process of religious coping helps in this process of self-care and acceptance. The research refers to a qualitative bibliographic review. The analysis process for data collection took place through: Scielo, Lilacs, Google Academic. In the last 10 years. It is worth mentioning that for the development of the article, some older authors were mentioned, because they are the basis for some discussions present here and have exceeded the basis of the last 10 years.

Keywords: Caps. Family. Mental disorder. Grief.

¹Discente do curso de psicologia da UNILEÃO. Email: beatrizcatonho@hotmail.com

²Docente do curso de psicologia da UNILEÃO. Email: marcosteles@leaosampaio.edu.br

1 INTRODUÇÃO

A ideia para a criação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) surgiu das experiências do exterior, de acordo com Pitta, 1994, a inspiração veio dos centros de atenção psicossocial de Manágua (Nicarágua), que surgiram em 1986, em plena revolução naquele país. O CAPS surgiu no Brasil em meados de 1986, na cidade de São Paulo, a partir da utilização do espaço da Divisão de Ambulatório da Secretaria Estadual de Saúde. A proposta inicial era de que esse local vinha a evitar as internações, acolher os egressos dos hospitais psiquiátricos e assim ofertar um atendimento para pessoas com doenças mentais, dentro da nova filosofia do atendimento em saúde mental dessa época, que nada mais era que o novo tratamento ofertado a essas pessoas e a reforma sanitária, a volta do paciente a sua família e ao meio social.

De acordo com Souza, 2020, os CAPS são separados por CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPS AD. Os CAPS I, está em cidades de pequeno porte, sua funcionalidade é durante o dia e atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico resultante de transtornos mentais graves e persistentes, abarcando aqueles com uso de substâncias psicoativas. O CAPS II, atua em cidades de porte médio, também atendem durante o dia. O CAPS III, atua em cidades grandes, acima de 200.00 mil habitantes, funciona 24hrs e trabalha com internamento. Tem foco no sujeito adulto. O CAPSi tem seu foco voltado a crianças e adolescentes, e por fim o CAPSad tem o foco em pessoas com transtornos mentais em uso de álcool e drogas.

O CAPS é equipamento da rede pública, ofertado pelo SUS (Sistema Único de Saúde), para a população e integrando a RAPS (Rede de atenção psicossocial). Oferta atendimento diário e noturno, como o CAPS III, que atende 24h, durante sete dias da semana. Os atendimentos intensificam os cuidados aos usuários, assim como nas diversidades e na singularidade do sujeito, na sua autonomia e na possibilidade de constituição de um laço social e familiar.

Na perspectiva da Psicologia, a saber, a partir do Código de Ética do profissional de Psicologia, vê-se que o trabalho do psicólogo deve se basear no respeito e na promoção da liberdade, dignidade, igualdade, como embasa os valores da Declaração Universal dos Direitos Humanos, visando promover assim a saúde e a qualidade de vida dos indivíduos e das suas coletividades, contribuindo para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. Possibilitando um local seguro de escuta e bem-estar.

Existe uma vasta rede que oferta apoio ao sujeito adoecido, mas e a família, como fica o cuidado à saúde mental e emocional desse cuidador? É válido pensar, como a família lida com o diagnóstico desse sujeito. Focando na família³ quais os adoecimentos e dificuldades enfrentadas durante o percurso de cuidado com o familiar diagnosticado e quais os meios e redes de apoio encontradas para auxiliar esses familiares?

Ao decorrer da graduação, muito se escuta falar dos diversos transtornos psicológicos que acarreta sofrimento aos pacientes no dia-a-dia e perante a sociedade, mas pouco se fala da família que é responsável pelos cuidados desses pacientes e as dificuldades encontradas não somente ao cuidado, mas nas redes de apoio.

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica de caráter qualitativo. Para assim compreender melhor a vivência desses familiares e as formas de enfrentamento diante dos obstáculos no cuidado desse familiar adoecido e o autocuidado com a sua própria saúde mental.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa que utilizou-se da revisão literária, de caráter qualitativo. Esse tipo de pesquisa visa investigar dentro da literatura como os familiares e cuidadores se sentem diante das dificuldades emocionais e estaduais. De acordo com Godoy, 1995, a pesquisa ocupa um reconhecimento entre várias possibilidades de se estudar os fenômenos que se envolvem entre os seres humanos, as suas relações sociais, que se estabelecem em vários ambientes.

A pesquisa aqui presente foi realizada por meio de levantamento de dados bibliográficos, de caráter qualitativo, por meio de artigos e livros, buscando responder e aprofundar, sobre a indagação da pesquisa presente. De acordo com os autores Bastos e Keller (1995, p. 53) “A pesquisa científica é uma investigação metódica acerca de um determinado assunto com o objetivo de esclarecer aspectos em estudo”.

Foi realizada uma pesquisa a respeito da temática de cunho quantitativo, utilizando as palavras chaves: CAPS; transtornos mentais; família. Tem como intuito entender como se dá o processo de enfrentamento ao luto do filho idealizado e quais os sistemas de apoio, seja emocional ou de estado, encontrada por esses familiares e como o do coping auxilia nesse processo de autocuidado e aceitação. Para esses levantamentos de dados, foram utilizados os

³ A família no conceito social é um conjunto formado por laços sanguíneos ou não, se baseia na relação direta, recíproca, contínua e duradoura entre seus membros. (Pereira, Ramos e Silveira, 2016)

meios de pesquisa no Scielo, Google acadêmico, Lilacs. A média de anos dos documentos investigados, gira em torno dos últimos 10 anos. Com exceção de alguns autores que são a base para articulação do artigo.

3 A HISTÓRIA DA LOUCURA, REFORMA SANITÁRIA E O NASCIMENTO DO CAPS: UMA BREVE RELATO HISTÓRICO

Para darmos início ao assunto abordado devemos fazer um breve recorte histórico, onde explicaremos o surgimento do CAPS. Essa instituição que vem por meio da política pública de saúde, trazendo também a história da loucura, onde por muito tempo pessoas com patologias eram descritas como incapazes. O sofrimento psíquico recebe o rótulo de “doença mental”. Assim permanecia a crença da possessão sobrenatural como causa dos problemas mentais, a presença da religiosidade era bastante comum para época. Dessa forma, o louco era considerado doente de alma, sendo visto como ameaça e vergonha à sociedade e a família. (Foucault, 2013)

O asilo tinha por função não o tratamento, mas a tarefa de promover a limpeza social dos indesejáveis, um verdadeiro depósito de isolamento e exclusão visando a segregação social e não a cura (o louco foi igualado ao miserável e ao criminoso, que só causavam transtornos à cidade), característica que só mudaria devido aos esforços de Pinel (1745-1826) que concebeu a loucura como um problema médico-social ainda que ligado a moral. (TÍLIO, 2007, p.197).

Com isso houve a criação dos asilos ou leprosários, onde o louco deveria ser isolado assim como os leprosos. Pessoas que eram consideradas pecadoras, ou possuídas por demônios como castigo de divino, eram mantidas nos interiores religiosos, como uma retirada da sociedade do que fugia do normal ou tradicional para época. Durante a idade média iniciou-se a ideia da loucura como uma possessão diabólica.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001), cerca de 450 milhões de pessoas, no mundo, padecem de enfermidades neuropsiquiátricas, como transtornos mentais ou neurobiológicos, ou então problemas psicossociais como os relacionados com o abuso do álcool e das drogas, atingindo prevalência pontual ao redor de 10%. Além disso, aproximadamente 24% de todos os pacientes atendidos por profissionais de atenção primária têm um ou mais transtornos mentais (FIGUEIRÊDO, et al, 2014, pg 122)

Os pensamentos acerca da loucura estão estreitamente ligados às antigas funções dos manicômios, que posteriormente seriam os hospitais psiquiátricos, em outras palavras isso

quer dizer o recolhimento dos loucos pois eram visto sua suposta incapacidade e improdutividade para a sociedade, tudo que fugisse do pregado como o normal, eram jogado nessas instituições como forma de “limpar” a sociedade do que seria feio e imoral. Esse julgamento produzia preconceito contra os ditos loucos e sem moral, o que gera vergonha diante a sociedade, que em grande medida ainda é reproduzida socialmente, defendendo-se o seu isolamento social dos mesmos. Para Michel Foucault mostra em geral de que, “[...] ‘a loucura não é um fato da natureza’, mas da civilização [...]” (SANDER, 2010, p. 382). Na era cristã a loucura era vista em algumas concepções: o de Homero com um enfoque mitológico-religioso; o de Eurípedes com a concepção passional ou psicológica; e o de Hipócrates e Galeno com o as disfunções somáticas (RAMMINGER, 2002).

Presente na vida cotidiana da Idade Média, e familiar a seu horizonte social, o louco, na renascença, é reconhecido de outro modo; reagrupado, de certa forma, segundo uma nova unidade específica, delimitado por uma prática sem dúvida ambígua que o isolado mundo sem lhe atribuir um estatuto exatamente médico (FOUCAULT, 2008, p.121).

Nessa época deu início a ideia da loucura como possessão diabólica. Existiam duas possibilidades de possessão, a primeira o alojamento do diabo no corpo da pessoa, e a segunda na qual o demônio altera as percepções e as emoções daquela pessoa. Com o passar dos anos e com os estudos, a ideia de que era patológico prevaleceu, se tornou o delírio um marco da insanidade e a perturbação intelectual o ponto principal para o diagnóstico de loucura. A partir de 1801 inaugurou-se a psiquiatria como especialidade médica a partir do Tratado Médico-Filosófico sobre Alienação Mental elaborado por Pinel (RAMMINGER, 2002).

Após a saída da igreja e da magia, a loucura passou a ser vista e interpretada de outras maneiras, sendo a primeira que consiste na introdução de um quadro nosológico que é construído pelo saber psiquiátrico e considera uma psicose (paranoia, esquizofrenia, psicose maníaco-depressiva); a segunda elabora uma antropologia de suas diferentes manifestações de acordo com as suas culturas; a terceira, tem como ideia abordar a questão pelo ângulo de uma escuta transferencial da fala, do desejo, ou da vivência do louco. (ROUDINESCO, 1998, p. 478).

Em meados do século XIX passa a ser o tratamento e diagnóstico da loucura, dando espaço, principalmente e enfoque, à clínica. Michel Foucault, que trazem a ideia de que a clínica responde a uma reestruturação das formas do ver e do falar, passando a enxergar a

loucura como doença mental e não uma possessão demoníaca. Com o passar dos séculos, a loucura sofreu mudanças, mas apesar de trocar de termos, o preconceito e a vergonha da família acerca disso não sofreu muitas alterações. Embora as heranças de outros tempos – começo/início – não são totalmente abandonadas, implicando também em diferenças (O'BRIEN, 1992, p. 49 apud ENGEL, 2001).

A partir do século XIX, surgiu a proposta de cuidado médicos para pessoas com doenças mentais, com base na História da loucura, podemos perceber as diversas funções dos manicômios, que não se restringia somente a receber pessoas em sofrimento psíquico, mas tudo aquilo que causava vergonha na sociedade. Os epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelavam, gente que se tornara incômoda para alguém com mais poder. Deixando apenas o bom e velho tradicional. Podemos citar as situações insalubres na qual viviam aquelas pessoas. Comidas estragadas, falta de acesso a saneamento básico e higienização. Assim como narra a autora Arbex, no livro do Holocausto Brasileiro, É cheiro de suor, de fezes, de sofrimento, de gente amontoada, de falta de higiene. (ARBEX, pg 196, 2013).

As instituições justificavam essas práticas com a necessidade de limpeza social, na qual a sociedade considerava os sujeitos como parte de uma categoria social de desprezíveis e desajustados com comportamentos indesejáveis. As instituições manicomiais, portanto, exerciam a função social de disciplinar corpos e comportamentos, como a cura gay, através de eletrochoque. Era uma ciência de poder que visava atender aos padrões de civilidade produzidos na modernidade daquela época.

Surge aqui no Brasil, o primeiro manicômio/hospital psiquiátrico em 1852, conhecido como Hospício D. Pedro II na cidade do Rio de Janeiro. Foi decretada em 1912 a primeira Lei Federal de Assistência aos Alienados, aumentando o número de instituições destinadas aos doentes mentais. Conseguimos perceber através disso que a criação de estruturas manicomiais, a preocupação em criar espaços de poder disciplinares por meio de hospitais ou clínicas especializadas (CAPONI 2009, p. 96). Com o princípio de produzir socialmente a normalização dos comportamentos, atuando na higienização social. Nessa direção, outros dispositivos disciplinadores foram criados, leis e decretos, orientando práticas médicas no tratamento da loucura.

Aqui no Brasil, aos poucos as propostas da Reforma chegavam aos meios governamentais, gerando o documento Diretrizes para a área de Saúde Mental, redigido pelo Ministério da Saúde, na década de 1980, defendendo o tratamento extra hospitalar, a limitação do período de internação, a reintegração familiar e a promoção de pesquisas

epidemiológicas no campo da Saúde Mental (VASCONCELLOS, 2008).

A partir disso surgem outros mecanismos como o NASF, em 2008 e o CAPS implementado em 2002. Nasce assim a necessidade de preservar o sujeito do preconceito relacionado ao enlouquecimento. Apesar do histórico da luta pela Reforma Psiquiátrica, e das diversas conquistas adquiridas na implementação das leis e propostas governamentais, a reforma ainda é uma problemática atual. A séculos atrás os loucos eram vistos como pecadores, imorais e objeto de testes para terapeutas. Ainda buscam, mesmo nos dias atuais, que esses indivíduos existam nas condições de cidadãos, usufruindo dos serviços oferecidos por agências públicas (GOULART, 2006). Trabalhando no vínculo familiar e inserção do indivíduo na sociedade.

Diante das discussões anteriores, podemos perceber a terceirização da responsabilidade do cuidado, onde a responsabilidade fica a cargo da família, o bem-estar do usuário acompanhado pela rede pública. De acordo com Texeira, 2015, traz a discussão no que ele chama de políticas familistas, no qual o autor cita, de forma crítica, justamente essa falta de apoio aos familiares. Discurso que obscurece o fato de ser uma estratégia de redução de custos para o Estado” (GELINSKI; MOSER, 2015, p. 126. apud. Nisiide e Silva, 2020). Dessa forma, pode ser argumentado o papel e as principais atuações desse mecanismo.

Ainda falando sobre o CAPS, que trabalha com atendimento, como uma nova clínica, muitas vezes não tem suporte para atender e abarcar toda uma comunidade, devido a demanda. Nesse momento, vale ressaltar que a grande maioria da população Brasileira, não tem acesso a rede privada de atendimento psicológico, onde mesmo com os avanços na atuação do psicólogo, a rede privada de suporte psicológico ainda é elitizada.

O CAPS atuaria diretamente nessas demandas de empoderamento do usuário adoecido e no suporte ao fortalecimento dos vínculos familiares. O cuidador e os demais membros que participam do cuidado ou convivem com o sujeito adoecido, são constantemente inseridos a um grau de sobrecarga e estresse, afetando não somente o vínculo familiar, mas a saúde física e mental dos envolvidos, no qual precisam encontrar estratégias de enfrentamento.

Dessa forma, com a atuação dos demais profissionais da rede pública, que ofertam cuidados a população, para além do CAPS, se pensa nas necessidades básicas do sujeito e na família, tornando assim, um trabalho multifuncional e multiprofissional de uma vasta rede de suporte. Entende que a participação do conjunto familiar é de suma importância como uma ferramenta de cuidado, indo para além de um mecanismo político de empoderamento na batalha pela garantia dos seus direitos, o que pode ser incentivado pelos serviços de saúde

mental e seus servidores. (Nisiide e Silva, 2020) Ainda pensando nesses cuidados, podemos citar a relevância das visitas domiciliares, para que assim possa entender um pouco da organização e estrutura da residência e dinâmica familiar, e as reuniões ou grupos com os membros da família, realizando um espaço de confiança e um momento para tirar suas dúvidas e dialogar com os profissionais do serviço.

Ressaltando, que o cuidador não é apenas um meio de cuidado contínuo do sujeito em sofrimento psíquico, mas um auxílio ao tratamento e melhora no estado do paciente e núcleo familiar. Desse modo, a família também se torna usuária do Caps onde consequentemente vai necessitar ser ouvida, acolhida e fortalecida para exercer seus devidos papéis.

4 CONSTRUÇÃO FAMILIAR

Ao significado de família, irá aparecer as seguintes respostas: grupo de pessoas vivendo sob o mesmo teto (esp. o pai, a mãe e os filhos), grupo de pessoas com ancestralidade comum, mesma linhagem, mesmo tipo sanguíneo. Esse é o modelo tradicional, que somos apresentados desde criança, seja em filmes, na escola ou imposto através da sociedade. Cresce acreditando, que esse é o padrão a se seguir. Mesmo que em sua realidade, não seja o mesmo esquema. Em tese, todos sabemos o que é uma família, visto que, também fazemos parte de uma família. Com o tempo a família vem sofrendo profundas mudanças, é notório os modelos de famílias que são regidas pela sociedade.

Dessa forma, o modelo de família ideal pode variar de cultura para cultura. A palavra “família” é derivada do latim “famulus” que significa “escravo doméstico”, ou ainda um conjunto de servos e dependentes de um chefe ou senhor. Tal conceito foi criado na Roma Antiga e, a partir de então, a família vem apresentando novos e diferentes significados, de acordo com os aspectos culturais de referência, mas que recaem sempre em uma mesma característica: a de grupo social. De acordo com Pereira, 1991,

Sob a auctoritas do pater famílias, que, como anota Rui Barbosa, era o sacerdote, o senhor e o magistrado, estavam, portanto, os membros da primitiva família romana (esposa, filhos, escravos) sobre os quais o pater exercia os poderes espiritual e temporal, à época unificados. No exercício do poder temporal, o pater julgava os próprios membros da família, sobre os quais tinha poder de vida e de morte (jus vitae et necis), agindo, em tais ocasiões, como verdadeiro magistrado. Como sacerdote, submetia o pater os membros da família à religião que elegia (PEREIRA, 1991)

A família surge com a ideia de repassar os bens adquiridos. Como uma forma de grupo social, para manter até mesmo a sua segurança. Dentro desse embasamento, é notório que o conceito ideal de família varia de acordo com o meio social no qual estamos inseridos e do seu contexto histórico apresentado. Claro, que se você perguntar a qualquer pessoa, qual seria o modelo ideal de família, ou se referir a qualquer tema voltado ao assunto, ela irá responder dentro do seu conceito pessoal e com base na sua família e realidade na qual vive as famílias, apesar de todos os seus momentos de crises e evolução, manifestam até hoje uma grande capacidade de sobrevivência e também, por que não dizê-lo, de adaptação, uma vez que ela subsiste sob múltiplas formas. (PRADO, 1991, pg. 02)

Mesmo com as mudanças que a família vem sofrendo ao decorrer dos anos, ainda é discutido o aspecto dos filhos como “propriedade” dos pais. Isso está muito ligado ao processo de expectativa depositado aos seus filhos, desde o momento em que se descobre a gravidez. Acaba-se idealizando a vida desse filho, e idealizando o propósito, percurso de vida, dentro de um padrão já pré-estabelecido pela sociedade, como se fosse algo que dependesse unicamente de seus pais, esquecendo do fato de que os filhos são indivíduos à parte. Dentro desse debate, é válido frisar, o papel assumido pelo homem e a mulher, dentro do seu núcleo familiar, o que está bem entrelaçado as questões sociais de uma cultura heteronormativa.

De fato, não se poderá mudar a instituição familiar sem que toda a sociedade mude também. Podemos afirmar ainda que qualquer modificação na organização familiar implica também uma modificação nos rígidos papéis de esposa/companheira, mãe e, mais recentemente, provedora, assumidos pela mulher. (PRADO, p. 03, 1991)

A família é vista, contudo, como uma instituição social. O primeiro contato que temos, com a sociedade. É através da família, que criamos muitos de nossos valores, dogmas, o legado, crenças, dentre outros aspectos. Ainda de acordo com Prado, 2004, o ser humano é por natureza, um ser social, ou seja, produz e aprende elementos da cultura, ao longo de sua existência, aprende costumes, forma de pensar, comportamentos, conhecimentos, e tudo isso, passa a ser parte da bagagem social, trazida pelo sujeito ao longo de sua caminhada ao ambiente social e educacional, sendo assim, toda esse aprendizado, é desenvolvido em sua família. Assim, se tornam sujeitos sociais.

É através das socializações, que nascem as organizações sociais, que vão ditar regras, leis, condutas comuns, compartilhadas entre os indivíduos. A essas organizações, se dá o nome de grupos sociais. Com base no contexto, já não é cabível compreender a

sociedade como uma engrenagem que funciona por partes isoladas, sem antes considerar a influência do ambiente que torna o sujeito um ser dinâmico, em constante relação e inserido em um cenário onde valores, crenças, ações e reações são formados e transformados o tempo todo (VASCONCELOS, 2006). Assim, as mudanças ocorridas na estrutura e configuração familiar estão diretamente relacionadas com a evolução da sociedade e vice-versa.

Com base no assunto já embaçado, pode dar início a discussão do luto pelo filho idealizado. Durante a idade média, ter filhos com deficiências físicas ou mentais, era visto de má forma. Acreditava-se que eram crianças amaldiçoadas por bruxas ou possuídos por demônios, dentro do pensamento da época, afirmavam que um nascimento de um ser nessas condições era um “castigo de Deus”, e que estavam pagando por pecados mortais de seus pais, e por fim eram queimados ou exorcizados. Mesmo com os avanços da sociedade, é notório nos dias atuais, que essas pessoas ainda são marginalizadas. Não somente as que são diagnosticadas, como o seu contexto familiar como um todo.

Ao descobrir a gestação, levando em consideração, o fato de o bebê ser desejado, imagina-se nome, roupas, como será sua face, assim por diante, se cria acerca do nascimento e de toda uma criação em perspectivas futuras, o ideal de seu filho e de criação, idealizando e transferindo seus desejos e sonhos, para seus filhos, passando a ser responsabilidade do filho, saciar esses desejos. A expectativa do seu nascimento se torna durante um tempo o centro de investimentos psíquicos e emocionais. (VENDRUSCULO, 2014). Não levando em consideração, que esse bebê pode ou não nascer com transtornos mentais, e que isso no seu dia-a-dia pode ou não, afetar seu desenvolvimento.

O bebê já faz parte da rotina e dos planos futuros de toda a família, muito antes de seu nascimento Nunca se espera, ao descobrir a gestação, que o filho tanto desejado, possa nascer com algum transtorno mental. Ao descobrir esses diagnóstico, é que então se inicia as fases de luto, desse filho desejado, imaginário. Essa etapa, gera muitas incógnitas de onde foi que eu errei? O que eu fiz de errado na gestação que fez com que meu filho tivesse essa condição? Vindo um mix de emoções e sentimentos não tão simples de lhe dar, angústia, medo e dor.

É possível compreender o luto como uma reação natural à perda, além de ser um tabu na nossa sociedade, é um dos assunto que quase não se escuta falar em contextos gerais, é um processo que não se manifesta necessariamente apenas com a perda de um ente querido, mas pode ser também com perdas de um emprego, emprego, um pet, ou até mesmo a idealização e grande expectativa frustrada, enquadram-se no processo de luto. De

acordo com Cavalcanti, 2013, o luto é um processo de reconstrução e reorganização diante de uma perda, desafio psíquico com o qual o sujeito tem de lidar. Em linhas gerais, o luto só é reconhecido quando se trata da perda física, de um ente querido e de laço sanguíneo próximo, qualquer outro sentimento de perda, é desvalidado e silenciado.

Acredita-se que o luto passa por fases, dentro de um período mínimo. Uma das primeiras fases citadas pelo autor Kübler-Ross, 1969, é a negação acontece quando é dada a notícia e pode ser influenciada de forma direta, pela forma como lhe foi dada. Esse é o isolamento, onde a família sabota o diagnóstico, sendo uma defesa temporária, não querendo acreditar em toda a situação, ainda de acordo com o mesmo, a negação é um dos estágios do luto em que à procura dos pais por um outro diagnóstico. Tais perdas se nomeiam luto por uma perda simbólica. De tal forma, o sofrimento que se dá pela idealização não executada do filho sonhado, se torna assim um processo mental e natural de um luto. Aqui, não é possível aceitar o momento de tristeza e revolta com Deus em seguida.

Em seguida vem a raiva, onde começa os questionamentos do por que está passando por isso, nesse momento começa a especulação em torno de um “castigo” essa raiva é transferida não só para si, mas como para as pessoas ao seu redor. Se tornando natural o questionamento pela fé, buscar alguém ou algo para se responsabilizar. A durabilidade dessa etapa vai variar de indivíduo para indivíduo, podendo durar semanas, meses ou até mesmo anos. Isso pode influenciar de acordo com o momento em que a família, no seu contexto geral, vai estar. Quando não é mais possível manter firme o primeiro estágio, que é a negação, ele é substituído por sentimentos de raiva, de revolta, de inveja e de ressentimento. (KÜBLER-ROSS 1969).

Esses sentimentos, se propagam para todas as direções. Nessa etapa, é comum sentir um pouco de inveja de outras famílias que tiveram seus filhos do jeito desejado. É mais simples sentir raiva, não só de si, pelo sentimento de frustração, mas dos demais, por estarem felizes e realizados. Na sequência a essas fases, existe a terceira que é a barganha. Embora não muito conhecida, se torna extremamente importante para evolução desse sujeito em sofrimento. Na barganha, é a etapa na qual o sujeito está começando a tomar consciência de sua realidade. É a chance de entrar em consenso com o que não pode ser adiado. Nesse momento, se aproxima de uma adolescente, que tenta realizar alguma atividade em casa ou escolar, para que consiga o que tanto deseja e lhe foi negado. Esses aspectos, podem estar ligados aos sentimentos de culpa, diante a negação da doença de seu filho.

O CRE é definido pela utilização da religião, espiritualidade ou fé para o manejo do estresse, presente nos momentos de crise. Por sua vez, envolve os domínios cognitivo, comportamental, interpessoal e espiritual, bem como apresenta variações em seu nível de utilização e na sua forma, determinados pela experiência individual da pessoa (PARGAMENT; KOENIG; PEREZ, 2000; PANZINI; BANDEIRA, 2007).

Esse é o instante em que o sujeito retoma sua fé como uma estratégia de coping. A negociação. Onde o sujeito agarra a sua crença e valores como uma forma de escape e de esperança. Obviamente, essa fase vai variar de acordo com o transtorno ou deficiência que a criança tem, a fase pode ou não ser vivida, pois em alguns quadros não têm como serem contrariados, principalmente quando é conhecido e claramente sem cura, apenas com tratamento.

A barganha é o que mais se aproxima da aceitação. Nesse momento, a realidade é enfrentada de forma mais direta. Esse é o momento, no qual se deve dar apoio a família.

Saber enfrentar esses dias ou semanas cruciais depende muito da estrutura e união de uma família, da habilidade de se comunicar e da existência de verdadeiros amigos. Uma pessoa fora do convívio familiar, sem maiores envolvimento emocionais, pode ser muito útil ouvindo as preocupações da família, suas aspirações e necessidades. (KÜBLER ROSS, 1969)

A última fase é a aceitação. Aqui é hora de seguir em frente definitivamente. É quando o sujeito se dá conta que não vai mais conseguir ter de novo o que perdeu, momento em que é ressignificado a dor e a perda. Não gerando tanto sofrimento, quando o assunto é mencionado. A etapa no qual o amor se torna mais presente entre os pais e filhos. Válido ressaltar, que essa fase, não significa que a família, não irá mais passar novamente por todas essas fases novamente. Aqui é bastante comum, que nesse momento, a família tente recuperar o tempo perdido.

Não me deixe rezar por proteção contra os perigos, mas pelo destemor em enfrentá-los. Não me deixe implorar pelo alívio da dor, mas pela coragem de vencê-la. Não me deixe procurar aliados na batalha da vida, mas a minha própria força. Não me deixe suplicar com temor aflito para ser salvo, mas esperar paciência para merecer a liberdade. Não me permita ser covarde, sentindo sua clemência apenas no meu êxito, mas me deixe sentir a força de sua mão quando eu cair. (KÜBLER-ROSS, 1969)

Além de compreender o processo de elaboração do luto em virtude do sujeito que adocece, é importante pensar além disso. Dentro de todo esse processo, é importante receber apoio não somente da família, mas conseguir ter acesso às informações necessárias para que

facilite esse processo de aceitação dos pais. Trabalhar o vínculo familiar é extremamente importante e é pensando também nesse processo, é que surge o papel do RAPS - A Rede de Atenção Psicossocial, de acordo com Sampaio2023. É uma estratégia adotada pelo SUS para operacionalizar as mudanças dos modelos de atenção para pessoas com sofrimento psíquico, de acordo com as mudanças de reforma sanitária. Auxiliando no processo de inserção na sociedade e na família.

5 O SOFRIMENTO FAMILIAR PERANTE AO DIAGNÓSTICO E AS REDES DE APOIO

A percepção da sociedade em relação às pessoas com transtornos mentais pode variar, e é importante destacar que existem diferentes perspectivas e atitudes dentro da sociedade que variam de acordo com o contexto inserido e cultura. De acordo com Salle (2011), a família se distancia do meio social, deixando de comparecer a festas ou demais eventos sociais, ocasionando o isolamento, a família vivencia sentimentos de raiva, culpa, vergonha, isolamento e solidão relacionados ao preconceito e estigma social frente à doença. Alguns estereótipos comuns podem influenciar a forma como as pessoas com transtornos mentais são vistas e tratadas, desvalidando e incapacitando o sujeito, como se o mesmo não fosse capaz de realizar sozinho nenhum tipo de atividade básica do dia-a-dia, esse tratamento perpassa não somente ao sujeito adoecido, mas a família, que passa a ser vista com olhar de fragilidade.

Frequentemente se escuta frases de teor estigmatizados em relação à transtornos mentais, discursos esses que são normalizados, tirando assim toda visibilidade necessária sobre os transtornos mentais. De acordo com Goffman (1988), que define o estigma como um sinal pejorativo utilizado para se afastar de um determinado grupo dominante, um indivíduo ou um grupo de pessoas com determinadas características que foge da normatividade, ocasionando em indivíduos rejeitados pela sociedade, se tornando objeto de discriminação e exclusão da participação na sociedade. É importante frisar, que para além dos estigmas, existem também os estereótipos, o autor Pereira et al (2016) cita que os esteriotipos são definidos por Bastos & Faerstein (2013, p. 118) um compilado de características e atitudes que determinados grupos com X diagnóstico venha a ter. Esses estereótipos criados em cima dos transtornos geram além do senso comum e falta de informação, o preconceito e a descriminação.

O autor Pereira, et al (2016) citou o autor Bastos & Faerstein (p. 118) onde ele explica que a descriminação nada mais que que a desvalidação do sujeito, “tratamento diferencial e desigual de pessoas ou de grupos em razão das suas origens, pertencas, aparências [...],

diminuindo a capacidade que o indivíduo tem de exercer suas funções, e que perpassa a família, no qual o cuidador na sua maioria, não pode ter um momento de descanso ou ter sua individualidade. De tal forma, Thornicroft (2006 apud Pereira et al, 2016) traz um conjunto de mitos que giram em torno do transtorno mental, o autor, diferencia de duas formas. A primeira seria a incapacidade, onde é invalidado sua capacidade de se relacionar amorosamente, ser ativo socialmente e etc, e o segundo seria a causa da doença, que está ligada à genética.

Goffman (1988), afirma que o estigma pode ser determinado em 3 maneiras, sendo assim, a primeira seria, as deformidades/abominações físicas, que são o grupo de pessoas que nascem ou tem algum tipo de deficiência, seja de forma biológica ou por acidente ao longo da vida, são vistos como coitados ou incapaz, diminuindo o potencial e desvalorizando aptidão de exercer tarefas; as culpas de caráter individual, tais como ex presidiários, o público LGBTQIA+, aqui entram os marginalizados pela sociedade, que não é bem visto aos olhos da sociedade, rodeado por medo e preconceito, e se entrelaçam com o conceito seguinte; o terceiro e último, são os tribais, raças ou religiosos, aqui entram os crimes de ódio, racismo e intolerância religiosa, onde a minoria que não se enquadram no padrão majoritário, são repudiados.

O medo e a falta de compreensão estão bastantes presentes, visto que, foge do que idealiza e o medo do desconhecido e ao seu redor. A falta de compreensão sobre os transtornos mentais pode levar ao medo e à rejeição. Muitas pessoas podem se sentir desconfortáveis ou inseguras ao interagir com pessoas com transtornos mentais devido à falta de conhecimento sobre essas condições.

Parte dessas colocações inapropriadas se deve à exigência de que as pessoas apresentem sempre a sua “melhor forma” socialmente. Isso faz com que oscilações naturais do comportamento humano e muitas emoções negativas sejam encaradas como problemas inaceitáveis que devem logo ser erradicados. A banalização se torna mais perigosa ainda quando indivíduos saudáveis são incapazes de entender a intensidade do sofrimento de quem realmente enfrenta algum transtorno mental. (MACEDO, 2021)

Essa falta de acesso à informação, gera o enfoque na doença em vez da pessoa, onde invalidam o indivíduo e ele se torna apenas um diagnóstico. Em alguns casos, a sociedade tende a focar apenas na doença mental da pessoa, em vez de reconhecê-la como um indivíduo completo. Isso pode levar a uma visão limitada das capacidades e potencialidades da pessoa, ignorando outros aspectos de sua identidade e existência. Vale ressaltar as dificuldades enfrentadas pela família frente ao cuidado e ao diagnóstico. Nesse processo, a

família se torna parte da equipe multidisciplinar, onde entra com o cuidado ao indivíduo e apoiador da equipe. De acordo com Vera, et al, 2023, quando a família consegue entrar como meio de cuidado, facilita no processo para fortalecer o sentido de autonomia e constituem vínculos que correspondam às suas demandas de forma positiva.

O diagnóstico de transtorno mental em um membro da família pode ser uma experiência desafiadora e impactante para os outros familiares. Cada membro familiar enfrenta de uma forma diferente. Quando um cuidador é acometido também por um diagnóstico de transtorno mental ou pela sobrecarga ao cuidado, surge assim uma nova demanda e a necessidade de uma reorganização nos papéis dentro da dinâmica familiar. Vera, et al, 2023 dentro desse aspecto é importante ressaltar a necessidade de cuidado ao cuidador, quer dizer, dar assistências aos cuidadores e demais membros que convivem com o indivíduo adoecido. Os cuidadores e os que convivem com o sujeito adoecido, necessitam de escuta, acolhimento, orientação e apoio, promovendo assim a interação dos familiares com os serviços de saúde.

[...] a dificuldade para lidarem com as situações de crise vividas, com os conflitos familiares emergentes, com a culpa, com o pessimismo por não conseguir ver uma saída aos problemas enfrentados, pelo isolamento social a que ficam sujeitos, pelas dificuldades materiais da vida cotidiana, pelas complexidades do relacionamento com o doente mental, sua expectativa frustrada de cura, bem como pelo desconhecimento da doença propriamente dita, para assinalamos, algumas dentre tantas outras insatisfações (Colvero; Ide; Rolim, 2004, p. 198).

Ainda pensando na família e na sua sobrecarga ao cuidado, é importante citar que o processo de institucionalização não ocorre somente com o sujeito adoecido, mas com a família ao assumir ativamente o papel de cuidador. Atenção Psicossocial brasileira, assegurou à pessoa em tratamento psiquiátrico o direito da convivência em sociedade, fazendo com que a família seja corresponsável pela manutenção e processo de cuidado, pelo tratamento e pela reabilitação. (Vera, et al, 2023)

Desse modo, ainda de acordo com o autor anterior, entende-se que, para a reabilitação, é necessário três fatores: o campo farmacológico, a integração social, familiar e profissional, visando o caráter informativo e mais independência da família e a melhoria na qualidade de vida da pessoa com transtorno mental. Nesse momento surgem as formas de enfrentamento. O trabalho não surge somente na conscientização da família, mas fortalece o vínculo familiar, a divisão das tarefas e o suporte como uma rede de apoio.

Pensando nos mecanismos de ajuda a essa rede familiar de cuidado ao sujeito, pode

citar o coping, de acordo com Panzini (Lawler e Younger, 2002, apud, 2007) espiritualidade e a religiões quando ornamentadas em um só objetivo, podem proporcionar aumento do senso de propósito e significado da vida, que estão interligados com a resiliência e resistência ao estresse relacionado às doenças e aos cuidados. Entrando como um suporte, onde a família se agarra a sua crença religiosa, como um mecanismo de enfrentamento a essa situação nova, dessa forma, o coping entra como uma rede de apoio, para além dos mecanismos públicos. Panzini e Bandeira (2007) apontam também o coping religioso-espiritual como uma forma de estratégias para manejar o estresse contínuo, facilitando o enfrentamento no cuidado com o outro e consigo.

Em seguida, deve ser abordado os meios de rede de apoio à família, os centros ofertados pelo SUS. O Programa de Saúde da Família (PSF) é compreendido pelo governo federal como uma ferramenta de atenção primária à saúde. O PSF foi incrementado no ano de 1994, vendo a eficácia do programa e com base na reforma sanitária, foi criado a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Pode ser incrementado nessa discussão, a Lei de Nº 10.216, de 6 de Abril de 2001, que assegura a proteção e o direito das pessoas portadoras de transtornos mentais, de acordo com o art 2º durante os atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis, ficaram consciente dos direitos que lhe são ofertados pela lei. Assim, afirma que a família, é assegurada, de receber também um suporte perante a esse cuidado. Cita o Art. 3º que 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 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.

Assim, incrementando (Chagas e Seclen, 2003), a ESF visa compor o modelo de atenção voltado para a integralidade e a qualidade da assistência e colaborar para o fortalecimento dos princípios e diretrizes do SUS. Um dos pontos centrais do trabalho da ESF seria “o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais da saúde e a população” (p.143), numa tentativa de romper com a perspectiva tecnicista em saúde e fortalecer o envolvimento dos atores sociais no processo saúde-doença-cuidado. (Apud, Ciampone e Peduzzi, 2000) Entrando com o acompanhamento, acolhimento e escuta desses sujeitos usuários, como um meio de compartilhar seus sentimentos, frustrações e dificuldades cotidianas.

Dentro desses mecanismos citados anteriormente, já sabemos que eles entram como suporte de orientação, conscientização e também como rede de apoio. Trabalhando no laço

familiar e suporte para saúde emocional do cuidador. Entram nesse momento, os acompanhamentos de grupos terapêuticos, que facilite a participação e a integração da família.

A vivência em grupo possibilita o senso de inclusão, valorização e identificação nas experiências coletivas dos problemas de saúde. Além disso, pode favorecer a escuta e, na medida em que se dispõe de vários olhares acerca de uma mesma problemática, a capacidade resolutiva mutuamente se reforça. (Dall'Agnol e Ciampone, 1999)

O CAPS pensando na família como ferramenta fundamental de cuidado desse processo, tem oferecido algumas formas de cuidado aos familiares, para que o estresse e cansaço tenha menos impacto na sua vivência. Embasado por (Schrank et al, 2008), configuram-se como atividades de atenção à família no CAPS, partindo do acolhimento, a visita domiciliar, o atendimento individual e em grupo aos familiares, buscando assim, desempenhar essa parceria e a interação entre os atores desse processo. Reconhecendo a importância da saúde mental dos cuidadores.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nas discussões apontadas durante o artigo, pode-se perceber que a família apesar de ser um fator de suma importância para desenvolvimento, melhoria e inserção na sociedade do indivíduo, e que na teoria existem ferramentas de auxílio para cuidado desta família, na prática não tem muito cuidado voltado a esse cuidador. Isso ocorre devido às demandas que o equipamento de políticas públicas recebe e a falta de verba para uma melhor qualidade, no qual a equipe multiprofissional trabalha com as ferramentas e materiais disponíveis. Na realidade acaba por ser poucos profissionais de cada área atuante, para muitos pacientes, onde, em algumas vezes, ocorre de ter mais de um membro da família acompanhado pelo equipamento. Atualmente, a atenção à saúde mental no Brasil, apesar de muito se falar sobre a importância do autocuidado, traz à tona a presença do sofrimento psíquico, não apenas para o usuário, mas também em toda a trajetória de vida dos cuidadores.

Uma característica nata da atuação do psicólogo é a busca recorrente por melhorias na forma de abarcar às necessidades dos diferentes locais de atuação no qual está inserido, trabalhando com as ferramentas disponíveis para sua atuação. Dentro dessa atuação no CAPS, acaba não ocorrendo muitas atividades para o cuidador, tem mais atividades desenvolvidas

para o próprio sujeito adoecido.

Dentro do CAPS a inserção da família entra como uma dinâmica singular, onde essa ligação não deveria estar ligada somente ao cuidado do outro, mas ao cuidado com a própria família, para prevenção de futuros danos e adoecimento ocasionados pela sobrecarga do cuidado, ofertando o acolhimento e cuidado com os membros dessa relação, seja ele no trabalho, lazer, moradia e nos demais direitos que lhes são legais. Visto que, a família também é observada como parte da equipe multiprofissional, deveria ser cuidada e olhada não como funcionários, mas como indivíduos em sua subjetividade.

As formas para lidar com o estresse e cansaço, varia entre cada membro da família cuidadora. Na qual cada sujeito dentro da sua individualidade, busca formas, que na sua grande maioria não está ligada a uma rede de apoio ofertada pelo SUS, para enfrentar a batalha diária. As redes de apoio podem ser encontradas dentro de sua religião ou amigos do familiar/indivíduo. Dentro do mecanismo, podem ser ofertadas as oficinas de inserção a família, para além das visitas domiciliares e acolhimento. Trabalhando a criação de vínculo, o auto cuidado, a escuta e o acolhimento.

Vale também ressaltar, a importante a consciência e orientação dos direitos de recursos de medicação ao sujeito e de auxílio doença, para ajudar nas demais despesas. Pois não vale somente pensar na família e em oficinas de criação de vínculo, quando na sua realidade, não existe o mínimo para viver com qualidade e dignidade. O estresse, cansaço e desgaste, não são gerados somente pela sobrecarga ao cuidado, mas podem ser derivados de preocupações com casa, está ligado às dificuldades financeiras enfrentadas pela família, que abarca todas as necessidades básicas para viver com dignidade. Onde envolve a importância do profissional atuante no CAPS, o conhecimento de percurso vida também do cuidador.

7 REFERÊNCIAS

BASTOS, C. L.; KELLER, V. **Aprendendo a aprender : introdução à metodologia**

científica. Petrópolis: Vozes, 2011.

BUSTAMANTE, V.; ONOCKO-CAMPOS, R. Cuidado às famílias no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil: uma pesquisa-intervenção com trabalhadores. **Saúde em Debate**, v. 44, n. spe3, p. 156–169, out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde mental. 2013. Brasil.

_____. Presidência da República. Lei nº 10.216, de 6 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. Diário Oficial da União 2001; 9 abr.

_____. (2005). Ministério da Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e políticas de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPS. Brasília, novembro de 2005.

CAMARGO-BORGES, C.; CARDOSO, C. L.. A psicologia e a estratégia saúde da família: compondo saberes e fazeres. **Psicologia & Sociedade**, v. 17, n. 2, p. 26–32, maio 2005.

CAPONI, S. Biopolítica e medicalização dos anormais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 529–549, 2009.

CHAGAS, L.; Seclen, J. (2003). Discussão sobre o marco referencial e conceitual da Atenção Básica e Saúde da Família no Brasil. In: Organização Panamericana de Saúde –OPAS. **Projeto de desenvolvimento de Sistema e Serviços de Saúde**. Brasília

COLVERO, L. de A.; IDE, C.A.C; ROLIM, M.A. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. **Revista da Escola de Enfermagem USP São Paulo**, v. 38, n. 2, p. 197-205, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Resolução CFP nº 001/2013 de 05 de abril de 2013– Referências Técnicas para a Atuação de Psicólogas(os) no CAPS

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **8ª Conferência Nacional de Saúde**: quando o SUS ganhou forma. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticiascns/592-8-conferencia-nacional-de-saude-quando-o-sus-ganhou-forma.

DALL'AGNOL, C. M.; CIAMPONE, M. H. T. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na enfermagem. **Gaúcha Enferm**, v. 20, n. 1, p. 5, 1 jan. 1999.

ENGEL, M. G. **Os delírios da razão: médicos, loucos e hospícios (Rio de Janeiro, 1830-1930)**. [s.l.] SciELO - Editora FIOCRUZ, 2001.

FIGUEIRÊDO, M. L. de R.; DELEVATI, D. M.; TAVARES, M. G. ENTRE LOUCOS E MANICÔMIOS: HISTÓRIA DA LOUCURA E A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL. **Caderno de Graduação - Ciências Humanas e Sociais - UNIT - ALAGOAS**, [S. l.], v. 2, n. 2, p. 121–136, 2014. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/fitshumanas/article/view/1797>

FOUCAULT, M. (1979c). **O nascimento da Medicina Social**. In M. Foucault. *Microfísica*

do poder (R. Machado, Trad.). Rio de Janeiro: Graal.

_____. **La vida de los hombres infames : ensayos sobre desviación y dominación.** La Plata (Argentina): Altamira, 1996.

_____. **História da loucura na idade clássica.** São Paulo (Sp): Perspectiva, 2009.

GELINSKI, C. R. O. G.; MOSER, L. Mudanças nas famílias brasileiras e a proteção desenhada nas políticas sociais. *In*: MIOTO, R. C. T.; CAMPOS, M. S.; CARLOTO, C. M. (Org.). **Familismo, direito e cidadania: contradições da política social.** São Paulo: Cortez, 2015

GODOY, A. S. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Revista de Administração de Empresas**, v. 35, n. 3, p. 20–29, jun. 1995.

GOFFMAN, E. **ESTIGMA -NOTAS SOBRE A MANIPULAÇÃO DA IDENTIDADE DETERIORADA** Erving Goffman. [s.l: s.n.].

GOULART, M. S. B. **A construção da mudança nas instituições sociais:** a reforma psiquiátrica. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, v.1, n.1, São João Del-Rei, jun. 2006.

MACEDO. **Banalização de doenças mentais na internet dificulta diagnóstico e gera desinformação.** Disponível em: <<https://thiagomacedopsiquiatra.com/2021/03/18/banalizacao-de-doencas-mentais-na-internet-dificulta-diagnostico-e-gera-desinformacao/>>. Acesso em: 14 jun. 2023.

NASCIMENTO, L. A. DO .; LEÃO, A.. Estigma social e estigma internalizado: a voz das pessoas com transtorno mental e os enfrentamentos necessários. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 26, n. 1, p. 103–121, jan. 2019.

NISIIDE, A. C. B.; E SILVA, M. I. F. C. Atenção à família em um Centro de Atenção Psicossocial. **SER Social**, v. 22, n. 46, p. 99–119, 27 jan. 2020.

PANZINI, R. G. et al. Qualidade de vida e espiritualidade. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 34, n. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000700014>, p. 105–115, 2007.

_____. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 34, n. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000700016>, p. 126–135, 2007.

PARGAMENT, K. I.; KOENIG, H. G.; PEREZ, L. M. **The many methods of religious coping: development and initial validation of the RCOPE.** *Journal of Clinical Psychology*, v. 56, n. 4, p. 519-543, Apr. 2000.

PEREIRA , É. F. N.; RAMOS, M. Z.; SILVEIRA, E. M. C. Configurações familiares e implicações para o trabalho em saúde da criança em nível hospitalar. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 961–979, set. 2016.

PEREIRA, A de A. **A nova Constituição e o Direito de Família**, Rio de Janeiro: Renovar, 1991.

_____. et al. Estigma dirigido a pessoas com transtornos mentais: uma proposta para a

formação médica do século XXI. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 25, n. <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2022v25n2p383.7>, p. 383–406, 15 ago. 2022.

PITTA, A M F. **Centros de atenção psicossocial: espaços de reabilitação ?** *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 43, n. 12, p. 647-54, 1994. Acesso em: 14 jun. 2023.

PRADO, Danda. O que é família?. 1. ed. Brasília: brasiliense, 1991. P. 7-74. RIBEIRO, Sérgio Luiz. A Criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo. *PSICOLOGIA CIÊNCIA E PROFISSÃO*, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 92-99, out./2004

RAMMINGER, T. A Saúde mental Do trabalhador Em Saúde mental: Um Estudo Com Trabalhadores De Um Hospital Psiquiátrico. **Bol. da Saúde**, v. 16, n. 1, 1 jan. 2002.

ROSA, A. F.; SZANIAWSKI, E. O HOLOCAUSTO BRASILEIRO E A RESPONSABILIDADE DO ESTADO EM RELAÇÃO AO DIREITO À SAÚDE E A PRESTAÇÃO DE REMÉDIOS AOS DOENTES PSIQUIÁTRICOS. **Nomos: Revista do Programa de Pós-Graduação em Direito da UFC**, v. 38, n. 2, 30 dez. 2018.

ROSS, Elisabeth Klubler. **Sobre a morte e o morrer**; 8ª Ed., Martins Fontes. São Paulo, 1998.

ROUDINESCO, E. et al. **Dicionário de psicanálise**. Rio De Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

SALLES, M. M.; BARROS, S. Relações do cotidiano: a pessoa com transtorno mental e sua rede de suporte social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 561–579, 2011.

SAMPAIO, Mariá Lanzotti e BISPO, José Patrício. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. v. 37, n. 3 [Acessado 10 Julho 2023] , e00042620. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00042620>>

SANDER, J. A caixa de ferramentas de Michel Foucault, a reforma psiquiátrica e os desafios contemporâneos. **Psicologia & Sociedade**, v. 22, n. 2, p. 382–387, 18 jul. 2010.

SCHRANK, G.; OLSCHOWSKY, A. O centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, n. 1, p. 127–134, mar. 2008.

SILVA, A. P. D. et al. O cuidado à pessoa em sofrimento mental: sob a ótica dos familiares. *Revista Nursing*, João Pessoa, v. 24, p. 6276-6280, jul./2021. Disponível em:file:///C:/Users/Beatriz%20Catonho/Downloads/Revista+Nursing_281+ONLINE+-+ARTIGO+2.pdf. Acesso em: 26 abr. 2023.

SOUZA, L. R. DE et al. Sobrecarga no cuidado, estresse e impacto na qualidade de vida de cuidadores domiciliares assistidos na atenção básica. **Cad. Saúde Colet**, v. 23, n. 2, 2015.

TILIO, R. (2007). “**A querela dos direitos**” &58; loucos, doentes mentais e portadores de transtornos e sofrimentos mentais. *Paidéia*, 17(37), 195-206.

TREICHEL, C. A. dos S., JARDIM, V. M. da R., TOMASI, E., KANTORSKI, L. P.,

OLIVEIRA, M. M. de ., & COIMBRA, V. C. C.. (2020). **Transtornos psiquiátricos menores em familiares cuidadores de usuários de Centros de Atenção Psicossocial: prevalência e fatores associados.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(2), 461–472.

VENDRUSCULO, L. B. **A DESCOBERTA DA DEFICIÊNCIA DO FILHO: O LUTO E A ELABORAÇÃO DOS PAIS.** [s.l: s.n.].

VERA, I. et al. Necessidade de cuidador entre pessoas que vivem com transtorno mental: estudo ecológico. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 36, p. 2752, 8 maio 2023.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: políticas, sistemas e serviços. *In*: Ligia Giovanella; Escorel, Sarah; Lobato, Lenaura de Vasconcelos Costa (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. p.795-817. 2008.