


**A MEDICAÇÃO QUE APAZIGUA E A FAMÍLIA QUE CUIDA:
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS SOBRE USUÁRIOS COM
ESQUIZOFRENIA**

 <https://doi.org/10.56238/arev7n2-076>

Data de submissão: 07/01/2025

Data de publicação: 07/02/2025

Geane Correa da Silva

Graduada em Serviço Social; Mestra em Ciências da Saúde;
Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES)
E-mail: geanecorreaoliveira@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-6820-2066>
LATTES: <http://lattes.cnpq.br/5954408334089901>

Jucimere Fagundes Durães Rocha

Graduada em Enfermagem; Mestra em Ensino em Saúde;
Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES)
E-mail: jucimere.duaraes@funorte.edu.br
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0150-4932>
LATTES: <http://lattes.cnpq.br/2773614928978841>

Victória Silva Midlej Ribeiro

Graduada em Fisioterapia; Mestra em Ciências da Saúde;
Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES)
E-mail: vsmidlej.1@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7114-3859>
LATTES: <http://lattes.cnpq.br/1029331250827423>

Samantha Souza da Costa Pereira

Graduada em Enfermagem; Mestra em Saúde Coletiva;
Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES)
E-mail: samantha.uefs@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5978-520X>
LATTES: <http://lattes.cnpq.br/9664767700347303>

Mariana Viana Bento

Graduanda em Medicina;
Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES)
E-mail: mariviana11.mv@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-8617-8961>
LATTES: <http://lattes.cnpq.br/7243439134937876>

Bárbara Soares Fonseca

Graduada em Psicologia; Mestranda em Ciências da Saúde do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (PPCGS)
Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES)
E-mail: basoaresf@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-1195-1441>
LATTES: <http://lattes.cnpq.br/0704164610276831>

Jayne Duarte Martins

Graduada em Psicologia; Mestranda em Ciências da Saúde do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (PPCGS)
Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES)
E-mail: jayneduartemartins@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9325-9796>
LATTES: <http://lattes.cnpq.br/7008170154425675>

Cristina Andrade Sampaio

Graduada em Ciências Sociais; Doutora em Saúde Coletiva
Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES)
E-mail: cristina.sampaio@unimontes.br
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9067-4425>
LATTES: <http://lattes.cnpq.br/4349732641428502>

RESUMO

A Rede de Atenção Psicossocial é constituída por um agrupamento de serviços criados no âmbito do Sistema Único de Saúde com vistas à produção do cuidado em liberdade para pessoas que se encontram em sofrimento psíquico. Este estudo buscou compreender as representações sociais dos profissionais da Rede de Atenção Psicossocial sobre os usuários com esquizofrenia. Trata-se de uma pesquisa de campo, qualitativa desenvolvida no norte do estado de Minas Gerais, Brasil norteadas pelo arcabouço teórico-metodológico da Teoria das Representações Sociais do Psicólogo Social Serge Moscovici, a partir da abordagem estrutural de Jean-Claude Abric. Os resultados direcionaram para duas temáticas importantes no contexto da saúde mental: a medicação como aliada no cuidado ampliado e a família como centro de cuidado. Desse modo, das relações estabelecidas na produção do cuidado em saúde mental emerge a necessidade de políticas que favoreçam o fortalecimento de artifícios assistenciais, dentre eles o compartilhamento do cuidado entre profissionais e familiares.

Palavras-chave: Representação Social. Rede de Atenção Psicossocial. Medicação. Família. Esquizofrenia.

1 INTRODUÇÃO

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) se constitui em um agrupamento de serviços que foram criados no Sistema Único de Saúde (SUS) com vistas ao cuidado das pessoas em sofrimento psíquico (Brasil, 2011). A RAPS assiste a usuários com demandas psiquiátricas diversas. Neste contexto, são acolhidos pacientes que apresentam desde transtornos mentais leves até os mais graves. A RAPS oferta cuidado aos usuários com esquizofrenia, dentre outras psicopatologias, cuja prática é orientada por representações historicamente construídas, que dão sentidos às relações estabelecidas.

A esquizofrenia é um transtorno mental grave e sinônimo de estigma e preconceito, ao longo do tempo. Originada do termo grego *skhizô*, que significa separar, dividir, o referido transtorno traz a ideia de desagregação, de uma personalidade em ruptura com o mundo (Priberam, 2022). Pode ser caracterizada pela ausência de contato com a realidade (Tamminga, 2022). Trata-se de “uma doença mental grave e incapacitante que afeta sujeitos de todas as classes sociais e raças, em todas as partes do mundo” (Queirós *et al*, 2019). Os sujeitos com esquizofrenia e/ou outros transtornos mentais foram, no decurso da história, considerados como loucos.

Um breve olhar sobre a história da loucura nos permite observar uma diversidade de representações que a sociedade construiu a respeito dos referidos sujeitos. Ora associada à influência religiosa, ora ao complexo alienista-insano-mental (Barboza, 2019) em nome da ordem e da moral os sujeitos que se encontravam em sofrimento mental eram internados como vítimas de desordem e desorganização social.

No decorrer do tempo, e após muitas barbaridades cometidas, as condições de tratamento nas diversas instituições/manicômios foram sendo vistas e imputadas como desumanas. Tratavam-se de espaços precários onde a humanidade das pessoas era confiscada, espaços como o lugar de depósito dos “desajustados” (Arbex, 2013).

Neste âmbito, um estudo de grande relevância é realizado pela Psicóloga Social Denise Jodelet em uma instituição psiquiátrica na França, na década de 1980 que traz ponderações importantes a respeito da construção das representações sociais sobre a loucura. A referida pesquisa desvela um conjunto de crenças sobre as relações estabelecidas entre os atores daquele contexto e explicita um aspecto consternador: a convicção da doença mental como contagiosa. (Jodelet, 2015, p. 290).

A Reforma Psiquiátrica aliada ao movimento da luta antimanicomial, iniciadas a partir de denúncias de profissionais e familiares que estavam inconformados com a drástica e inóspita situação dos manicômios, proporcionaram a reestruturação da assistência psiquiátrica. Trata-se de uma crítica ao modelo hospitalocêntrico vigente anteriormente e de uma tentativa de superação

do modelo manicomial que regia a política de Saúde. Assim, a reforma psiquiátrica, provocada a partir da década de 1970 no Brasil, se constituiu na busca por melhores condições de tratamento aos sujeitos em sofrimento mental, objetivando um cuidado humanizado (Sousa; Costa, 2019).

A proposta de desinstitucionalização da Reforma Psiquiátrica e a busca de mecanismos que garantissem a produção do cuidado em liberdade proporcionou o surgimento da chamada Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Instituída pela portaria MS/GM nº3.088, de 23 de dezembro de 2011, a RAPS tem por finalidade “a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS” (Brasil, 2011).

Dentre as contribuições que este trabalho traz, está a exposição da assistência em saúde mental ofertada no território, já que as representações sociais permitem acesso à forma de pensar de um determinado grupo ao refletir a realidade (Leal et al., 2010). Para além de refletirem a realidade, elas funcionam como uma entidade organizadora dessa realidade, regendo e definindo as relações estabelecidas. (Giacomozzi, Camargo, 2004).

Concorda-se com Leal et al, (2010) que as representações denotam mudança e transformação, uma vez que nossas ações são determinadas pela forma como concebemos o mundo e que tal fenômeno pode se constituir em promoção da saúde, haja vista que faculta a identificação das percepções dos entrevistados em suas narrativas, crenças e processos culturais. Assim, na área da saúde coletiva, a referida exposição pode instigar a necessidade de construção de novas práticas de cuidado que garantam o fortalecimento de arranjos que cooperem para a edificação da RAPS, dentre elas, capacitação continuada de seus agentes.

Logo, considerando a potencialidade da Teoria das Representações Sociais em possibilitar o desvelamento das percepções de grupos sobre diversos fenômenos, bem como de tratar os significados, crenças e valores atribuídos pelos sujeitos como ferramentas de apreensão do mundo e de orientação de práticas e atitudes cotidianas, realizou-se esta pesquisa com intuito de compreender as representações sociais dos profissionais da RAPS sobre os usuários com esquizofrenia.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de campo realizada na RAPS de quatro municípios da região Norte do estado de Minas Gerais/Brasil. Nos municípios percorridos, há dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), trinta e nove Estratégias de Saúde da Família (ESF), dois Centros de Especialidades e uma Equipe Multiprofissional em Saúde Mental contando em média 99

profissionais das categorias pesquisada. Destes foram entrevistados 50 profissionais de nível superior inseridos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES): psicólogos, enfermeiros e médicos com pelo menos 6 meses de atuação. Não foram incluídos profissionais que estavam afastados do trabalho por motivo de férias e outras licenças no momento da coleta de dados.

Estudo de abordagem qualitativa guiado teórico-metodologicamente pela Teoria das Representações Sociais por meio da Abordagem Estrutural da Teoria do Núcleo Central (Moscovici, 2007; Abric, 1998).

A coleta de dados aconteceu entre no período de março a julho de 2023 e compreendeu a aplicação de um questionário sóciodemográfico com 10 questões, utilização da Técnica de Evocação Livre de Palavras (TALP) e aplicação de uma questão aberta em profundidade. A TALP foi induzida a partir da expressão “paciente com esquizofrenia”. Os dados gerados pela TALP foram analisados por meio da abordagem estrutural com o auxílio do Software *Ensemble de Programmes Permettant l'Analyse des Evocations* (EVOC®) por meio do quadro de quatro casas de Pierre Vergés (2005). E aqueles gerados por intermédio da questão aberta foram analisados pela análise de conteúdo de Laurence Bardin (Bardin, 2016).

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES) com o número de parecer 5.836.113, com financiamento próprio. Todos os profissionais entrevistados aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias. As entrevistas foram identificadas com a vogal “E” (numerados de 1 a 50).

Imagens mentais, senso comum, crenças, palavras, ideias, sentidos, memória, cognição, linguagem e comunicação são expressões utilizadas por Moscovici para se referir às representações sociais, que são resultantes de uma continuidade de elaborações e mudanças que se realizam no decorrer do tempo e são o desfecho de uma sequência de gerações (Moscovici, 2007). Portanto, no âmbito da doença, as representações são também cristalizadas pela exitosa presença do discurso interpretativo, que é um elemento desencadeado pelas ameaças e modificações que o adoecimento provoca na vida individual e social dos sujeitos (Herzlich, 2005).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As variáveis sociodemográficas dos entrevistados (as) encontram-se descritas na Tabela 01.

Tabela 01 – Variáveis sociodemográficas dos Profissionais de Saúde Sobre Usuários com esquizofrenia. Norte de Minas Gerais, 2023.

| Variável | Categoria | Número | % |
|---|------------------------------|--------|----|
| Sexo | Feminino | 29 | 58 |
| | Masculino | 21 | 42 |
| Idade | 25 a 40 anos | 37 | 74 |
| | 41 a 69 anos | 13 | 26 |
| Renda* | 1 a 2 SM | 6 | 12 |
| | 2 a 5 SM | 19 | 38 |
| | 5 a 10 SM | 11 | 22 |
| | >10 SM | 14 | 28 |
| Escolaridade | Ensino Superior | 23 | 46 |
| | Especialização ou Residência | | |
| | Incompleta | 2 | 4 |
| | Especialização ou Residência | | |
| | Completa | 25 | 50 |
| Curso Específico em Saúde Mental | Sim | 18 | 36 |
| | Não | 32 | 64 |
| Tempo de Trabalho na RAPS | 06 meses a 5 anos | 27 | 54 |
| | 06 a 10 anos | 11 | 22 |
| | 11 a 15 anos | 06 | 12 |
| | 15 a 20 anos | 04 | 8 |
| | > 20 anos | 02 | 4 |
| Frequência que atende pacientes com esquizofrenia | Raramente | 07 | 14 |
| | Ocasionalmente | 11 | 22 |
| | Frequentemente | 24 | 48 |
| | Muito frequentemente | 08 | 16 |

Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

*No período de realização das entrevistas o valor do salário-mínimo variou entre R\$ 1.302,00 e 1.320,00.

O resultado da associação de palavras trazidas pelo EVOC encontra-se no quadro de quatro casas (figura 01). As evocações trazidas pelos 50 profissionais entrevistados somaram-se um total de 251 expressões, sendo: 113 palavras diferentes, considerando uma média de 5,2 palavras por participante. Foi registrado um *rang* de 2,90, e quanto à constituição das frequências: a mínima em 5, e a intermediária em 9.

Distribuídas nos quadrantes que indicam o núcleo central e o sistema periférico encontram-se 11 palavras evocadas: agitação, alucinação, cuidado, medicação, agressividade, atendimento especializado, família, dificuldade, incompreensão, isolamento e acolhimento.

Figura 01 - Quadro de quatro casas: classificação da frequência e ordem média de posição gerada pelo Rangfrado Software EVOC®). Representações Sociais dos Profissionais de Saúde Sobre Usuários com esquizofrenia. Norte de Minas Gerais, 2023.

| Elementos do núcleo central Frequência ≥ 9 e rang $< 2,90$ | | | Elementos da 1ª periferia Frequência ≥ 9 e rang $\geq 2,90$ | | |
|--|------|-------|---|------|-------|
| | Freq | Rang | | Freq | Rang |
| Agitação | 10 | 2,200 | Agressividade | 9 | 3,333 |
| Alucinação | 9 | 2,444 | Atendimento especializado | 9 | 3,556 |
| Cuidado | 9 | 2,444 | Família | 22 | 3,818 |
| Medicação | 11 | 2,545 | | | |
| Elementos de contraste Frequência $\geq 5 < 8$ e rang $< 2,90$ | | | Elementos da 2ª periferia Frequência $\geq 5 < 8$ e rang $\geq 2,90$ | | |
| | Freq | Rang | | Freq | Rang |
| Acolhimento | 6 | 1,833 | Dificuldade | 7 | 3,143 |
| | | | Incompreensão | 6 | 3,833 |
| | | | Isolamento | 5 | 3,000 |

Fonte: Elaborado pelos próprios autores, 2024

É imprescindível contextualizar o significado das representações situadas em cada quadrante. As expressões mostradas no primeiro quadrante (agitação, alucinação, cuidado, medicação) significam os presumíveis elementos do núcleo central, onde se concentra a estrutura das representações apresentadas pelos profissionais. De acordo com Abric (1998), nesse sistema encontram-se as informações que estão relacionadas às circunstâncias históricas, sociológicas e ideológicas, portanto se refere à uma memória coletiva mais consistente, estável, resistente à mudança. Isso pode ser verificado nas palavras “agitação e alucinação” onde os sinais e sintomas são imagens que ocupam o lugar do sujeito, sendo objetivação da representação constituída.

Dentre as palavras que aparecem no quadrante, a medicação é aquela com maior frequência parecendo enfatizar um cuidado medicamentoso como produto de uma conjuntura histórica que valorizava (ou ainda valoriza) o cuidado em saúde mental a partir de uma lógica biomédica.

Apesar disso, não se pode afirmar que há uma marginalização do cuidado integral aos sujeitos, pois a palavra “cuidado” que também aparece no núcleo central é citada nos discursos com o sentido de cuidado ampliado.

Os elementos periféricos estão distribuídos na primeira, segunda periferia e zona de contraste. Eles desvelam a renovação e conjuntura das representações sociais, eles dizem dos processos de comunicação contextuais. Para Abric (1998), este é um espaço de maior flexibilidade, que também é essencial para a compreensão e explicação dos fenômenos, caracterizado pela

integração das experiências e histórias individuais. Como se observa, na primeira periferia do nosso estudo, estão: agressividade, atendimento especializado e um destaque para a expressão “família”. Neste contexto, podemos pensar no redimensionamento do espaço ocupado pela instituição “família” no tratamento do sofrimento mental. Quanto à segunda periferia aparecem: dificuldade, incompreensão e isolamento, que são elementos que também caracterizam o cotidiano do cuidado.

A zona de contraste também traz elementos importantes, no entanto são os que aparecem com mais baixa frequência, que aqui é a palavra “acolhimento”. Considerando os princípios da Reforma Psiquiátrica, o sentido desta neste quadrante pode ser explicado pelo fato de que, embora o acolhimento exista no território, há a necessidade de ocupar um lugar essencial na produção desse cuidado.

Após comparação dos destaques trazidos pelo quadro de quatro casas com a análise do conteúdo chegou-se a duas principais categorias distribuídas da seguinte forma:

Quadro 01: Delineamento das Categorias e Subcategorias resultantes da análise de conteúdo.

| Categoria I | Categoria II |
|--|--|
| A medicação como aliada no cuidado ampliado | A Família como Centro de Cuidado |
| Subcategoria I: A medicação como forma de apaziguar o paciente com esquizofrenia. Subcategoria II: O Cuidado ampliado em saúde mental | Subcategoria I Família como pilar na estabilização do paciente com esquizofrenia; Subcategoria II: Esgotamento e adoecimento familiar no processo de cuidado. |

Fonte: Elaborado pelos próprios autores, 2024

3.1 A MEDICAÇÃO COMO FORMA DE “APAZIGUAR” O USUÁRIO COM ESQUIZOFRENIA

A medicação é elemento essencial no tratamento de usuários com esquizofrenia. Deste suporte não se pode prescindir, visto que, a ausência dos psicofármacos em doses adequadas no organismo desses usuários, é capaz de precipitar crises, além de potencializar características comuns aos quadros esquizofrênicos, como delírios, alucinações, além de comportamentos agressivos e violentos.

Em seu renomado estudo sobre representações sociais da loucura, Jodelet traz achados que caracterizam os medicamentos como aqueles que camuflam os sintomas e escoçam o risco da crise. Todavia, o processo de atenuação da crise proporcionada pelos medicamentos também produz outros

sentidos a ela. Eles são sinônimos de segurança, de calmante e expressam o caráter incurável da doença mental. (Jodelet, 2015, p.291).

Não obstante aos avanços da psiquiatria, que atua coexistindo com uma equipe multidisciplinar, ainda se observa, por parte de alguns profissionais, um superdimensionamento do valor do medicamento na assistência aos pacientes com esquizofrenia: “geralmente quando o paciente está em surto (é) a única forma que a gente tem de apaziguar”. (E1)

O medicamento é apresentado na entrevista E1, como a primeira escolha para tranquilizar o usuário em crise psiquiátrica aguda. Essa atitude pode apontar para um modelo de cuidado presente em redes ainda fragmentadas no que se refere à proposta de articulação intra e intersetorial propagada pelo Ministério da Saúde, nas últimas décadas. As redes assim caracterizadas denotam um modelo de cuidado biomédico, mecanicista, centradas no tratamento farmacológico, marginalizando por vezes o cuidado integral aos sujeitos e subestimando princípios básicos do modelo biopsicossocial ao preterir uma abordagem holística. (Papadimitriou, 2017).

Sob essa ótica, o medicamento como mecanismo apaziguador de crises em saúde mental é produto de uma série de significações que instrumentalizaram o saber profissional e geriram o ambiente operacional dos processos de cuidado, ao longo do tempo, como modo de incorporação social das representações (Jodelet, 2011).

Assim, a ênfase dada ao elemento medicamentoso pode ser explicada como resultante da ancoragem. Ancorar como sinônimo de classificar, de dar nome a algo, mas também como um processo proveniente de uma operação que não é somente intelectual, portanto, associada a uma atitude social (Moscovici, 2007).

De acordo com Lima e Guimarães (2019), os aspectos trazidos expressam o cenário de uma Rede que ainda está a desenhar-se e consolidar-se por meio de metáforas sobre a RAPS, como um território onde se alinham, se bordam e se religam os fios. Neste sentido, o território é um lugar onde se estabelece um emaranhamento de fios: sejam eles de subjetividades, de consistências, de memórias, ou mesmo de condições estruturais para o cuidado. O fato é que o emaranhado de todos eles engendra um desenho do cuidado ofertado, que, muitas vezes, não é o desenho desejado, mas é produto de arranjos que se fazem, se desfazem e que ilustram os "nós" que interconectam a Rede, os quais são essenciais para a sua implementação.

A presença centralizada do elemento medicamentoso pode representar traços de um cuidado fragmentado, ainda atravessado por resquícios tradicionais do tratamento. Ou como “ilhas de resistência” conforme apontam as autoras mencionadas. Já a identificação com terapias não medicamentosas, a abordagem social e melhor atendimento dos usuários e familiares denotam a

busca por dimensões ampliadas do cuidado, de enunciações inauguradas pela Reforma Psiquiátrica, de um “bordado” que se encontra em construção, ainda que alinhavados. Processualidades que mostram a transformação do não-familiar ao familiar, do universo reificado em consensual a assimilação do incomum (Moscovici 2007).

Diante da complexidade do cuidado em saúde mental, faz-se necessário para além do “apaziguar”, a continuidade do fortalecimento desse olhar ampliado na construção do cuidado voltado para práticas integradoras, que superem a fragmentação da rede, que reestruturem a organização de ações compartilhadas e que considerem os sujeitos em suas subjetividades, recuperando suas histórias e ressignificando suas realidades.

3.2 O CUIDADO AMPLIADO EM SAÚDE MENTAL

A estabilização do usuário com esquizofrenia, assim como de todos os sujeitos em sofrimento mental é o objetivo precípua do tratamento que lhes é ofertado. Entretanto, é importante dizer que a condição estável é alcançada não apenas com a terapia medicamentosa, mas, também, lançando-se mão de outros artifícios, já comprovadamente efetivos, a exemplo da psicoterapia, da prática da atividade física em grupo, do uso de expressões artísticas, da adoção de alimentação adequada e de hábitos saudáveis de vida, com vistas a não apenas alcançar, mas a manter a tão desejada estabilização.

(...)o paciente com esquizofrenia exige uma atenção diferenciada, que todo o sofrimento mental, e, qualquer que seja o diagnóstico, ele exige uma atenção mais da equipe, responsável [por] cuidar desse paciente, mas a esquizofrenia, eu vejo ela assim como algo, [que] exige um cuidado diferenciado, um melhor atendimento da pessoa, da família. (...) então, o acompanhamento, com medicação, terapias não medicamentosas é extremamente importante e abordagem social também, dessas famílias. (E27).

Esta fala retrata um cenário em que, mesmo estando presente o elemento medicamentoso, há outros componentes importantes envolvidos na relação de cuidado dos profissionais para com os usuários, como: uma atenção diferenciada, melhor atendimento dos sujeitos e da família, acompanhamento com terapias não medicamentosas e abordagem social do grupo familiar.

Outros aspectos associados ao cuidado integram as falas dos entrevistados: o acolhimento, a psicoterapia, a alimentação, a necessidade de compreensão, o apoio familiar e uma qualidade de vida, condizente com “proporcionar o bem-estar para o paciente, uma qualidade de vida melhor, nem tanto para o paciente, mas também para família, porque através do nosso cuidado, através da nossa atenção, como profissional de saúde, a gente, proporciona esse bem-estar para ele”. (E38).

A evidência apontada acima destaca que os cuidados não-medicamentosos ocupam um lugar importante no tratamento dos usuários, em consonância com estudos que mostram a eficácia da psicoterapia e outras intervenções não farmacológicas. (Russel, 2012; Nimmons, 2024).

Essa presença de componentes envolvidos na relação de cuidado para além da medicação, aponta para o que Moscovici (2007) traz como o não-familiar, ou seja, a presença de algo real que outrora estava ausente, a marca do universo reificado, que se apresenta como o estranho, o novo.

A definição de saúde nas últimas décadas está associada à superação de abordagens tradicionais de se pensar e fazer saúde, que preconizava o caráter objetivo em detrimento do subjetivo. A partir da Reforma Sanitária novas significações são estimuladas nessa concepção, dentre elas, a instauração de uma proposta, de uma articulação interdisciplinar, de um olhar compartilhado por parte das disciplinas da saúde, como também da Psicologia Social para as questões relacionadas à promoção da saúde, ocasionando uma proposta de rompimento da concepção fragmentada entre sujeito e objeto, de cunho positivista. Trata-se de uma definição mais ampla que aponta para o envolvimento de profissionais e sujeitos que reflitam essas práticas de renovação do conceito doravante o pressuposto da saúde como “bem comum” (Oliveira, 2000).

A saúde como “bem comum” está inserida no contexto que considera que a relação saúde-doença vem acompanhada do entendimento de saúde como resultante das condições concretas vivenciadas pelos sujeitos, portanto definida no contexto histórico de uma sociedade (Amarante, 1998).

É sob essa ótica que emerge o cuidado ampliado em saúde mental, como um mecanismo de supressão da aparelhagem manicomial combatida pela reforma psiquiátrica, que não se restringe puramente ao hospital psiquiátrico, mas na associação de diversos fatores, como gestos, olhares e atitudes que são responsáveis pela propagação da intolerância e diferenças substanciadas no cotidiano das relações sociais (Giovanella; Amarante, 1994).

O cuidado ampliado neste sentido está articulado a clínica ampliada, pela qual a assistência ofertada aos sujeitos supera a percepção individual e egocêntrica dos profissionais, como uma forma de desfazer a ideia de que a razão encontra-se puramente neles suprimindo o saber e o desejo de seus agentes (Arruda, 2018).

A ampliação proposta na clínica está relacionada com a valorização dos sujeitos para além da doença. Diferente da medicina tradicional que cultuava o tratamento de doenças, a nova clínica está direcionada aos sujeitos, os concebendo para além dos sintomas e diagnósticos, já que os problemas de saúde estão correlacionados com distintos fatores (Campos; Amaral, 2007), em conformidade com o destaque apresentado pela entrevista E18: “lembrar que não é só a

medicação agir! Tem suas emoções, a família do paciente também. Então é um cuidado integral mesmo, que eu acho que é o principal”.

Em outra entrevista: “acompanhamento mesmo, desse processo saúde e doença, para que ele consiga viver melhor” (E27).

A busca de um cuidado ampliado é evidenciada também na entrevista E16 que pontua a precisão de um plano de cuidado no serviço, caracterizado pelo acolhimento, apoio, orientações e trabalho em equipe.

é uma equipe multidisciplinar (...) esse trabalho em equipe, tratar da melhor forma esse paciente começa pelo acolhimento! Vou fazer a escuta dele, vou ouvir o quê que ele tem, nesse acolhimento ele relata o que ele veio buscar (...) traçando pra ele um plano de cuidado.

Cabe considerar que, como um elemento localizado no núcleo central e resultante da memória coletiva consensualmente estabelecida, o “cuidado” em saúde mental no território está presente nos discursos dos profissionais como sinônimo de inclusão, promoção do convívio social, plano de cuidados, acolhimento, qualidade de vida, e de uma atenção diferenciada, portanto de um cuidado ampliado.

Tal proposição desvela um resquício do cuidado ofertado no território em questão, já que conforme Jodelet (2011), as representações sociais, constituídas a partir da interpretação dos sujeitos com o mundo em que habitam, são instrumentos de organização de suas condutas.

3.3 FAMÍLIA COMO PILAR NA ESTABILIZAÇÃO DO USUÁRIO COM ESQUIZOFRENIA NA RAPS

No quadro de quatro casas, a família aparece na primeira periferia. Dos 50 profissionais entrevistados, 37 se referiram à família em suas falas. Somam-se um total de 102 referências feitas a questões relacionadas à família na produção do cuidado em saúde mental.

A participação da família no cuidado é trazida pelos profissionais de forma dinâmica. Ora é a família que presta assistência, ora é a família que precisa de assistência, ou seja, ora é a família que é vista como pilar na estabilização do membro adoecido, ora é família que está sobrecarregada. Neste contexto, propõe-se discorrer sobre o lugar da família na produção do cuidado em saúde mental, a família como extensão da rede de apoio.

A entrevista 8, traz que a família precisa estar junto a esse usuário e aponta que ela se constitui no pilar para o tratamento: “A família, ela tem que tá muito junto ao tratamento para que esse paciente mantenha estabilizado, então acho que, a família é o pilar, junto desse paciente

psiquiátrico” (E8). Ou a família como sustento, como refere a entrevista 17: “o tratamento adequado, ele permite que o sujeito dê conta de muitas coisas, até mais, tem algumas famílias que para o sujeito em sofrimento, o sustento é a família”.

Para Rosa (2003), as contribuições do italiano Franco Basaglia no campo da psiquiatria enfatizaram o protagonismo da família como parceira na estruturação do cuidado em saúde mental, como assinalado pelas entrevistas 19 e 21: “o paciente, ele tem que ser tratado junto à família, por mais que ele apresente um sofrimento, ele precisa, junto com a família, lida com esse sofrimento dele, ele tem que tá dentro de casa, a família tem que lidar com essa situação também” (E19). “Porque é dentro do ambiente familiar é que eu acho que o paciente consegue desenvolver melhor” (E21).

Rosa traz que frequentemente as informações encontradas nos prontuários dos serviços de saúde mental são, na sua maioria, sobre os usuários, ficando a desejar referências do contexto familiar (Rosa, 2017). Melman (2008) também afirma que o reconhecimento dos familiares como um importante instrumento terapêutico, raramente é estimulado nos serviços de saúde. Contudo, há indicações de que essa realidade vem sendo modificada. Esse autor informa sobre o acervo de evidências que trazem os benefícios das intervenções familiares na promoção de melhora do usuário, minimizando as recaídas e o número de internações psiquiátricas.

Tal modificação pode ser observada em estudos que trazem a participação da família de forma múltipla na recuperação de pacientes em situação de doença mental (Waller *et al.*, 2019) e daqueles que procuraram conhecer estratégias que favoreçam o envolvimento da família no tratamento ofertado nos serviços de saúde mental (Tham; Solomon, 2024). Desse modo, a inserção da família nas propostas de cuidado em saúde mental vem sendo valorizada.

A importância da família no tratamento também aparece, nesta pesquisa, como necessidade de apoio para o usuário, conforme as entrevistas 14 e 40.

[...] porque, normalmente, são pacientes que precisam de um apoio da, grande, da família, tanto pra procurar um profissional qualificado, quanto para ajuda nos movimentos. (E14).

Precisa de tratamento, precisa de controle, precisa de um apoio emocional, precisa de uma estrutura familiar, de uma base. (E40).

Como se percebe, ora a família é citada como pilar no tratamento dos usuários, ora como fonte de apoio. Ainda assim, cabe lembrar o caráter contrário a essa perspectiva que a sociedade tinha em relação a ela. A causa do adoecimento mental estava relacionada a fatores familiares, isso justificava a segregação do usuário. Há uma mudança significativa nessa relação de causa

dos transtornos para se constituir em centro de cuidado, pilar e fonte de apoio (Moreno, 2005). Estudo chinês aponta o apoio familiar como uma extensão necessária do cuidado individualizado, como mecanismo de prevenir a ideação suicida em idosos que moram em instituições permanentes (Mião, 2024).

Esse deslocamento do lugar ocupado pela família, ao longo do tempo, somado às complexidades que atravessam o cuidado em saúde mental, faz emergir a possibilidade de ressignificação desse lugar (Cavalcante; Carvalho, 2022).

Essa ressignificação parece expressar o caráter transformador e dinâmico das representações sociais. Como mecanismos resultantes de uma constante construção as representações comunicam entre si, se combinando, se separando e sendo substituídas por outras (Moscovici, 2007; Guareschi, 2013).

Considerando que a modificação das representações está atrelada a novos acontecimentos no grupo, essa transformação se dá gradualmente, enquanto algumas representações são inseridas, outras desaparecem. O aparecimento consecutivo delas nas práticas do grupo depende do grau de consonância ou de contradição com as representações antigas (Guimelli, 2003).

Portanto, a emergência da família como pilar no tratamento em saúde mental se constitui no desvelamento de um componente significativo, que se mostra presente nas práticas do cuidado no território em questão. Ela traz a reafirmação de princípios que são caros à Reforma Psiquiátrica, como a proposta do cuidado em liberdade e a busca de dignidade nessas relações. Por outro lado, o protagonismo da família nesse processo expõe as fragilidades envolvidas, como se observa a seguir.

3.4 ESGOTAMENTO E ADOECIMENTO FAMILIAR NO PROCESSO DE CUIDADO

Os desafios que atravessam a produção do cuidado em saúde mental para os familiares acarretam, um cansaço, um esgotamento e consequentemente um adoecimento do familiar. As entrevistas de números 3 e 44 dizem:

Quando eu penso em saúde mental, eu não penso saúde mental do paciente, eu penso saúde mental do conjunto da família, porque é um paciente que ele não tem cura, ele tem estabilização do quadro, ele tem que ter aceitação da família que ele tem aquela doença, porque ela é uma doença, é de polaridade, tem época que ele está estável, tem época que ele não está estável, isso leva um esgotamento familiar muito grande, e se ele não tiver apoio familiar não basta o medicamento. (E3)

Situação difícil, uma situação de que uma doença, que eu acho que adoece a família inteira! E muitas pessoas não estão preparados. (E44)

Neste sentido, as relações que se estabelecem entre o transtorno mental e o cuidado familiar expressam as múltiplas determinações produzidas durante esse processo.

Leopoldo e Rosa (2020) se referem ao fato de que há uma responsabilização grande deste cuidado às famílias, o que pode repercutir na sobrecarga apontada pelas entrevistas realizadas. Shohel *et al* (2022), em estudo asiático (Bangladesh), menciona a depressão e ansiedade como doenças que são observadas em familiares que possuem membro com transtorno mental. E acrescenta um fator que acarreta um sobrepeso para essas famílias que é a depreciação da sociedade em relação a doença mental, o que pode atrasar a busca pelo tratamento.

Pegoraro e Caldana (2023) sistematizam a sobrecarga em quatro tipos: de ordem prática, de ordem financeira, de ordem emocional e a sobrecarga em momento de crise do usuário. Esta primeira está relacionada ao cuidado direto do cuidador para com o familiar adoecido (direcionamento das atividades de higiene e da medicação, acompanhamento aos serviços de saúde e vigilância). A segunda afeta principalmente as famílias mais vulneráveis financeiramente, por um lado está o aumento de gastos com o familiar doente e por outro lado está a dificuldade em frequentar o mercado de trabalho, uma vez que precisa ofertar um cuidado em tempo integral. Já a sobrecarga emocional implica no estado de tensão causado pela situação de vida. E a sobrecarga após a crise expressa um certo esquecimento dos profissionais em relação ao núcleo familiar, muitas vezes a atenção se concentra somente no momento da crise.

Aliado a essa condição, Rosa (2017) apresenta a importância de espaços nos serviços de saúde para que os familiares falem de suas necessidades, no intuito de que a ação dos profissionais de saúde repercuta no protagonismo deles (os cuidadores). Espaços esses, ainda escassos, uma vez que há uma carência de apoio emocional e cognitivo por parte dos profissionais de saúde mental para com familiares de pessoas em tratamento, conforme estudo norueguês. (Aass *et al.*, 2021).

Nesta direção, Moen *et al.* (2021) revelam a relevância de buscar a visão dos referidos profissionais sobre as relações familiares no processo de cuidado em saúde mental, uma vez que se identifica uma lacuna na literatura sobre essa temática.

Ademais, Pereira (2010) ressalta a importância da intervenção dos profissionais de saúde mental na relação com esses familiares e da oferta de um apoio frente às dificuldades enfrentadas. Concomitantemente, Leopoldo e Rosa (2020) defendem, dentre outros, uma rede de serviços públicos intersetoriais como instrumento de compartilhamento desse cuidado e de prevenção à sobrecarga familiar.

então, esse é um trabalho coletivo, tem que ser feito! É uma pessoa que exige muito cuidado, é da família e da equipe de saúde (...) então tem que ter uma base tanto da Unidade de Saúde, aquele suporte da família para poder fazer o paciente se encaixar dentro da sociedade em que ele convive. (E23)

A entrevista 19 transcende a necessidade do cuidado coletivo ao dizer que o serviço substitutivo existe para ensinar e ajudar a família no tratamento do usuário. Ao se referir à família, ela conta “é ali que eu acho que tem que tratar, é para isso que a gente tem o serviço substitutivo, para ensinar a família a lidar com aquela situação e ajudar a tratar o paciente”.

Neste contexto, ao escrever sobre a família e o cuidado em saúde mental, Santin e Klafke (2023) trazem sobre a necessidade de construção de uma rede que promova um cuidado compartilhado e mitigue a sobrecarga familiar. Para eles, os encargos com a pessoa que possui transtorno mental se concentram em um ou dois familiares.

Esse cuidado compartilhado pode ser evidenciado por uma valiosa ferramenta citada por Moen *et al.* (2021) denominada Conversa de Apoio Centrada na Família como extensão do cuidado ofertado ao paciente pelos profissionais de saúde mental, cuja relação pode beneficiar ambos: profissionais e famílias. Por um lado, facilita o envolvimento das famílias e por outro, favorece a reconstrução de crenças relacionadas ao processo saúde e doença e união de forças em busca de recursos necessários a implementação de melhorias nos serviços.

Inserido neste apoio ofertado à família e associado ao cuidado compartilhado está, assim, a necessidade de acolhimento dos familiares. A entrevista 15 expressa sua atenção dada ao sofrimento dos familiares, que se encontram cansados e adoecidos. “Então eu acolho mais a família, o sofrimento da família mesmo. Famílias que relatam estar cansadas, então eu atendo mais familiares adoecidos”.

Os profissionais reconhecem que o sofrimento da família marcado pelo cansaço e pelo adoecimento requer um acolhimento e cuidado. De acordo com Jorge *et al.* (2011), o acolhimento é um dispositivo que reestrutura as relações estabelecidas entre profissionais da saúde mental, usuários dos serviços e familiares através do diálogo, do respeito, da escuta e do vínculo. O atendimento e acolhimento precisa ser realizado de forma individualizada e que a rede de cuidados precisa se estender ao grupo familiar por meio do conhecimento da realidade familiar considerando suas histórias cotidianas (Mohr; Lavall, 2023; Ribeiro; Rosa, 2020).

A entrevista 2 enfatiza: “Eu tenho que acolher ele para ele se sentir seguro, pra ele se sentir confiante naquele profissional e acolher não só ele, mas a família!”

O acolhimento evidencia o caráter recíproco das representações, constituído a partir das estruturas sociais, mas também produzidas pelos sujeitos que as ensinam (Moscovici, 2007).

Percebe-se que a família como centro de cuidado ao usuário com esquizofrenia, trazida pelos profissionais, representa a valorização desta participação processo de desinstitucionalização proposta pela Reforma Psiquiátrica e necessariamente, de uma participação que ainda está sendo constituída.

4 CONCLUSÃO

Considerando a complexidade da produção do cuidado na Rede de Atenção Psicossocial, bem como as transformações provocadas pela Reforma Psiquiátrica na política de saúde mental brasileira, reconhece-se que embora o cuidado medicamentoso seja enfatizado pelos profissionais como forma de apaziguar e estabilizar o usuário com esquizofrenia, outros recursos essenciais expressam a busca de estratégias que sinalizam a construção de um cuidado integral. Dentre esses recursos encontra-se a valorização da família como extensão da rede de apoio.

Em virtude desse redimensionamento do espaço ocupado pela família, outras circunstâncias se desdobram, tal como o esgotamento e adoecimento familiar provocados pela sobrecarga cotidiana. Entretanto, entende-se que junto à inserção da família, apesar de que marcada por encontros e desencontros, novos dispositivos estão sendo considerados nesse processo, como a proposta de acolhimento desta por parte dos profissionais.

O processo de compreender as representações sociais dos profissionais da RAPS sobre os usuários com esquizofrenia despertou a necessidade de retomada da temática a partir do olhar da família, como forma de apreender os impactos desse redimensionamento do lugar ocupado por ela nessa nova conjuntura. Temática que pode se constituir em uma proposta para futuros trabalhos.

Ressalta-se que, as representações sociais dos profissionais da RAPS, que se constituem em significados que orientam a prática do cuidado no território em questão sobre os usuários com esquizofrenia, revelam que o compartilhamento do cuidado entre profissionais e familiares deve ser concebido a partir de uma presença ativa do estado em sua estruturação, por meio da implementação de políticas públicas que favoreçam o fortalecimento dos artifícios assistenciais, dentre eles: a capacitação continuada de seus agentes.

A limitação desse trabalho está no fato de que as RAPS, onde a pesquisa foi realizada, estão todas localizadas em municípios de pequeno porte, exceto uma que se encontra em um município de médio porte, trazendo um recorte da realidade norte mineira.

GCS coletou os dados de campo, realizou análise, interpretação e versão final do manuscrito. JFDR realizou análise e contribuiu na versão final. SSC colaborou na interpretação dos dados. CAS orientou a pesquisa, contribuiu na análise e versão final do manuscrito.

REFERÊNCIAS

- AASS, L. K; MOEN, Ø. L; SKUNDBERG-KLETTHAGEN, H; LUNDQUIST, L.-O; SCHRÖDER, A. Family support and quality of community mental health care: Perspectives from families living with mental illness. *Journal of Clinical Nursing*, v. 31, p. 935–948, 2022. Doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.15948>
- ABRIC, J. A Abordagem Estrutural das Representações Sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (orgs). *Estudos Interdisciplinares de Representação Social*. Goiânia: Ab editora, 1998
- AMARANTE, P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Fiocruz, 2ª Ed, 1998.
- ARBEX, Daniela. *Holocausto Brasileiro*. 1. ed, são paulo: geração editorial, 2013
- ARRUDA, M. M. Clínica Ampliada. Relato de Experiências. *Rede Humaniza SUS*. 2018. Disponível em: <https://redehumanizaus.net/clinica-ampliada>. Acesso. nov. 2023.
- BARBOZA, C.A trajetória da loucura, revisando o passado das pessoas excluídas por uma sociedade. 2019. Disponível em: <https://redehumanizaus.net/a-trajetoria-da-loucura-revisando-o-passado-das-pessoas-excluidas-por-uma-sociedade>Acesso em 10 de outubro de 2022.
- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Ed70, 2016.
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Brasília, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html Acesso em setembro de 2023.
- CAMPOS, G.W. AMARAL, M.A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção com referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciênc. Saúde Colet. (Impr.)* ; v. 12, n. 4, p. 849-859, jul.-ago. 2007. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/cs/c/v12n4/04.pdf Acesso em nov. 2023.
- CAVALCANTE, R. CARVALHO, C.O. Participação da Família na Saúde Mental Brasileira: Acessórios da Atenção Psicossocial e Sujeitos desta Política. In: ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. VILARINHO, Lúcia da Silva. *Família na Desinstitucionalização em Saúde Mental*.(Orgs). Teresina. EDYFP1, p. 47-70, 2020 Disponível em: https://www.ufpi.br/arquivos_download/arquivos/edufpi/Ebook_FAMI%CC%81LIA_NA_DESINSTITUCIONALIZAC%CC%A7A%CC%83O_EM_SAU%CC%81DE_MENTAL_EDUFPI_2021.pdf Acesso em outubro de 2023.
- GIACOMOZZI, A. I. C; BRIGIDO, V. Eu confio no meu marido: estudo da representação social de mulheres com parceiro fixo sobre prevenção da AIDS. *Psicologia: Teoria e Prática*, v. 6, n. 1, p. 31-44. 2004. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-36872004000100003&script=sci_abstract Acesso em janeiro de 2024.
- GIOVANELLA, L; AMARANTE, P. O enfoque estratégico do planejamento em saúde e saúde mental. In: AMARANTE, Paulo. *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Ed. Fiocruz, 1994.

GUARESCHI, P. A. “Sem dinheiro não há salvação”: ancorando e bem e o mal entre neopentecostais In: GUARESCHI, Pedrinho; JOVCHELOVITCH, Sandra. *Textos em Representações Sociais*. 14. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2013.

GUIMELLI, C. Transformação das Representações Sociais, novas práticas e esquemas cognitivos de base. In: CAMPOS, Pedro Humberto Faria; LOUREIRO, Marcos Corrêa da Silva (orgs.). Goiânia: ed. da UCG; p. 59-80, 2003

HERZLICH, C. A Problemática da Representação Social e sua Utilidade no Campo da Doença. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, p. 57-70, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/7TFzrZpKfvhHsGTg3553D8v/?lang=pt> Acesso em Janeiro de 2025.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D. (Org). *As representações sociais*. Rio de Janeiro: UERJ; 2001. p. 17-44.

JORGE, M.S.B.J. PINTO, D. M.QUINDERÉ, P.H.D. ALVES, A.G. SOUZA, F.S.P. CAVALCANTE, C. M Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/CMNBywFRDpPgjhFHBzxTqWH/#> Acesso em outubro de 2023.

LEAL, V. C. L. V; CATRIB, A. M. F; AMORIM, R. F; MONTAGNER, M. A. O corpo, a cirurgia estética e a Saúde Coletiva: um estudo de caso. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 1, p.77-86, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/pmHXpjLRpSYDd6gXKY3hgGd/> Acesso em janeiro de 2025.

LEOPOLDO, A. P; ROSA, L.C.S. Direitos dos Familiares Cuidadores de Pessoas com Transtornos Mentais: Direitos Incontáveis? In: ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. VILARINHO, Lúcia da Silva (Orgs.) *Família na Desinstitucionalização em Saúde Mental*. Teresina. EDYFP1, p. 105-124, 2020; Disponível em: https://www.ufpi.br/arquivos_download/arquivos/edufpi/Ebook_FAMI%CC%81LIA_NA_DESINSTITUCIONALIZAC%CC%A7A%CC%83O_EM_SAU%CC%81DE_MENTAL_EDU_FPI_2021.pdf Acesso em novembro de 2023

LIMA, D.K.R.R; GUIMARÃES, J. Articulação da Rede de Atenção Psicossocial e Continuidade do Cuidado em Território: problematizando possíveis relações. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, 2019. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=400861500010>>. Acesso em: 12 nov. 2023.

MELMAN, J. *Família e Doença Mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares*. 3.ed. Escrituras. Coleção Ensaios Transversais. São Paulo, 2008.

MOEN, Ø. L; AASS, L. K; SCHRÖDER, A; SKUNDBERG-KLETTHAGEN, H. Young adults suffering from mental illness: Evaluation of the family-centred support conversation intervention from the perspective of mental healthcare professionals. *J Clin Nurs*. v. 30, n. 19-20, p.2886-2896, Oct. 2021 doi: 10.1111/jocn.15795. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.15795> Acesso em Janeiro de 2025.

MOHR, K. LAVALL, E. Inserção e cuidado à família no Centro de Atenção Psicossocial, 2023. Disponível em: <https://revistasauodecoletiva.com.br/index.php/sauodecoletiva/article/view/1923> Acesso em outubro de 2023.

MORENO, V. A família do portador de sofrimento psíquico: olhares, trajetórias percorridas e possibilidade. In: SOUZA, Maria da Conceição B.de Mello. COSTA, Maria Cristina Silva (Orgs.) *Saúde Mental numa Sociedade em Mudança*. Ribeirão Preto: Legis Summa, FIERP, p. 51- 63, 2005

MOSCOVICI, S. *Representações Sociais: Investigações em psicologia social*. Editado em Inglês por Gerard Duveen: traduzido do Inglês por Guareschi, Pedrinho A.5.ed. Petrópolis, RJ, Vozes, 2007.

NIMMONS, D. *et al.* Clinical effectiveness of pharmacological and non-pharmacological treatments for the management of anxiety in community dwelling people living with dementia: A systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev.* n. 157, p. 105507, Feb. 2024 doi: 10.1016/j.neubiorev.2023.105507.

OLIVEIRA, D.C de. A Subjetividade Como Partícipe do Cotidiano em Saúde. *Revista de Ciências Humanas*, Florianópolis: EFUFSC, Ed. Especial temática, p.47-65, 2000. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/revistacf/article/download/24123/21518/0>>. Acesso em: 17 nov. 2023.

PAPADIMITRIOU, G. N. The "Biopsychosocial Model": 40 years of application in Psychiatry. *Psychiatriki, Quarterly Journal Of the Hellenic Psychiatric Association*, v. 28, p. 109-110, 2017 Disponível em:<https://www.psychiatriki-journal.gr/documents/psychiatry/28.2-EM-2017-109.pdf> Acesso em Janeiro de 2025.

PEREIRA, I.C.G. Do ajustamento à invenção da cidadania: serviço social, saúde mental e intervenção na família no Brasil. In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão (Org). *Saúde Mental e Serviço Social: O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade*. 5.ed. São Paulo: Cortez, p. 217 – 262, 2010

PRIBERAM. *Dicionário Online de Língua Portuguesa*. 2022. Disponível em: <https://dicionario.priberam.org/online>.

QUEIRÓS, T.P. et al. Esquizofrenia: o que o médico não psiquiatra precisa de saber. *Acta Medica Portuguesa*, v. 32, n. 1, p. 70-77, 2019.

RIBEIRO, A.L.A.; ROSA, L. C.S. Os desafios e as potencialidades na participação da família no CAPS. In: *Família na Desinstitucionalização em Saúde Mental*. Org. ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. VILARINHO, Lúcia da Silva. Teresina. EDYFP1, p. 105-124, 2020. Disponível em: https://www.ufpi.br/arquivos_download/arquivos/edufpi/Ebook_FAMI%CC%81LIA_NA_DESINSTI TUCIONALIZAC%CC%A7A%CC%83O_EM_SAU%CC%81DE_MENTAL_EDUFPI _2021.pdf Acesso em novembro de 2023.

ROSA, L.C.S. *Transtorno mental e o cuidado na família*. São Paulo: Cortez, 2003.

ROSA, L.CS. Ganhos da ação em rede a partir das associações de familiares na saúde mental. DUARTE, Marco José de Oliveira. PASSOS, Rachel Gouveia. GOMES, Tathiana Meyre da Silva (Orgs.). *Serviço Social, Saúde Mental e Drogas*. 2017.

SANTIN, G. KLAFKE, T.E. A família e o cuidado em saúde mental, 2011 Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/barbaroi/n34/n34a09.pdf> Acesso em novembro de 2023.

SHOHEL, T. A. *et al.* He was a brilliant student but went crazy like his grandfather: an exploratory investigation into social perception and stigma against individuals living with mental health problems in Bangladesh. *BMC Psychiatry*, v. 22, n. 70, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/512888-022-04359-3> Acesso em janeiro de 2025.

SOUSA, K.L.P.; COSTA, A.F.C. *Análise histórica da reforma psiquiátrica e os seus desdobramentos como forma de tratamento atual*. 2019. Disponível em: <https://psicologado.com.br/psicopatologia/psiquiatria/analise-historica-da-reformapsiquiatica-e-os-seus-desdobramentos-como-forma-de-tratamento-atual> Acesso em: 11 set. 2020.

TAMMINGA, C. *Manual MSD. Versão para profissionais de saúde*. 2022. Disponível in: <https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/transtornos-psiqui%C3%A1tricos/esquizofrenia-e-transtornos-relacionados/esquizofrenia> Acesso em 10 de outubro de 2022.

THAM, S. S; SOLOMON, P. Family Involvement in Routine Services for Individuals With Severe Mental Illness: Scoping Review of Barriers and Strategies. *Psychiatr Serv*, v. 75. N. 10, p. 1009-1030, Oct. 2024. doi: 10.1176/appi.ps.20230452.

WALLER, S; REUPERT, A; WARD, B; MCCORMICK, F; KIDD, S. Family-focused recovery: Perspectives from individuals with a mental illness. *Int J Ment Health Nurs*, v. 28, n. 1, p. 247-55, Feb. 2019. doi: 10.1111/inm.12528.