

UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA

**A FAMÍLIA E O PROVIMENTO DE CUIDADOS À PESSOA EM SOFRIMENTO
PSÍQUICO NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19.**

Lídia de Jesus Souza
Magister Scientiae

**VIÇOSA - MINAS GERAIS
2024**

LÍDIA DE JESUS SOUZA

**A FAMÍLIA E O PROVIMENTO DE CUIDADOS À PESSOA EM SOFRIMENTO
PSÍQUICO NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19.**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

Orientadora: Daniella Borges Ribeiro

**VIÇOSA - MINAS GERAIS
2024**

**Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Universidade
Federal de Viçosa - Campus Viçosa**

T

S729f Souza, Lidia de Jesus, 1983-
2024 A família e o provimento de cuidado à pessoa em
sofrimento psíquico no contexto da pandemias de Covid-19 /
Lidia de Jesus Souza. – Viçosa, MG, 2024.
1 dissertação eletrônica (186 f.): il. (algumas color.).

Inclui anexos.

Inclui apêndice.

Orientador: Daniella Borges Ribeiro.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Viçosa,
Departamento de Serviço Social, 2024.

Referências bibliográficas: f. 142-176.

DOI: <https://doi.org/10.47328/ufvbbt.2024.734>

Modo de acesso: World Wide Web.

1. Instalações de saúde mental - Viçosa (MG). 2. Famílias -
Saúde mental - Aspectos econômicos. 3. Famílias - Saúde mental
- Aspectos sociais. 4. COVID-19, Pandemia de, 2020- -
Aspectos sociais. I. Ribeiro, Daniella Borges, 1983-.
II. Universidade Federal de Viçosa. Departamento de Serviço
Social. Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica.
III. Título.

CDD 22. ed. 362.21

LÍDIA DE JESUS SOUZA

**A FAMÍLIA E O PROVIMENTO DE CUIDADOS À PESSOA EM SOFRIMENTO
PSÍQUICO NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19.**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

APROVADA: 10 de setembro de 2024.

Assentimento:

Lídia de Jesus Souza
Autora

Daniella Borges Ribeiro
Orientadora

Essa dissertação foi assinada digitalmente pela autora em 21/11/2024 às 13:04:05 e pela orientadora em 21/11/2024 às 16:05:58. As assinaturas têm validade legal, conforme o disposto na Medida Provisória 2.200-2/2001 e na Resolução nº 37/2012 do CONARQ. Para conferir a autenticidade, acesse <https://siadoc.ufv.br/validar-documento>. No campo 'Código de registro', informe o código **4C31.FFW1.P3BI** e clique no botão 'Validar documento'.

Dedico este trabalho ao meu pai, José da Cruz, cuja força e sabedoria sempre foram minha inspiração. Ao meu marido e companheiro de todas as horas, Anderson, que me apoiou incondicionalmente em cada passo desta jornada. E à minha filha, Kauanny, que teve que suportar minha ausência em muitos momentos para que este trabalho pudesse ser realizado. A vocês, minha família, meu tudo!

AGRADECIMENTOS

Um trabalho de investigação é, essencialmente, fruto do empenho e esforço individual de quem se propõe a realizá-lo, mas é também um reflexo dos muitos contributos e apoios recebidos ao longo da jornada. Esta dissertação de mestrado só foi possível graças ao precioso suporte de várias pessoas.

Primeiramente, agradeço a Deus, fonte da minha vida, inspiração e sabedoria. Até aqui, o Senhor me sustentou! Obrigada por estar sempre comigo e pelo Teu imenso amor.

Agradeço aos meus pais, Sr. José da Cruz Souza e Sra. Carmen de Jesus Souza, que sempre priorizaram a minha educação. Sou grata por me oferecerem a oportunidade de estudar. Ao adentrar a Universidade, algumas pessoas me incentivaram a continuar meus estudos após a graduação, revelando-me a nobre função da pesquisa: produzir novos conhecimentos. Rita de Cássia Farias foi uma dessas inspirações, que nunca permitiu que eu desistisse. Obrigada.

Minha orientadora, Professora Doutora Daniella Borges Ribeiro, merece meu profundo agradecimento por toda a paciência, empenho e sabedoria com que me guiou neste trabalho. Dani, sou grata por me corrigir quando necessário, sempre com o cuidado de não me desmotivar. Obrigada, acima de tudo, pela amizade e pela competência. Deus coloca em nosso caminho as pessoas certas, e por isso, expresso aqui a minha eterna gratidão.

Um agradecimento especial ao meu esposo, Anderson. Sua presença incondicional ao meu lado, especialmente nos momentos mais desafiadores deste último ano, fez toda a diferença. Você sempre me fez acreditar que conseguiria chegar ao fim desta jornada difícil, porém gratificante. Este período nos revelou a verdadeira essência do nosso relacionamento: somos uma família! Sou grata por cada gesto carinhoso e cada sorriso. Obrigada, meu amor.

À minha filha, Kauanny, agradeço pelo carinho e amor incondicional que sempre me estimularam nos momentos difíceis.

Aos professores que participaram da minha banca de defesa, Dr. Cláudio Miranda Horst, Dr(a) Cristiane Silva Tomaz, Dr(a) Tamires Lopes Pereira, agradeço de coração pelas contribuições. Saibam que suas sugestões foram fundamentais para o aprimoramento e enriquecimento deste

trabalho.

Agradeço ainda à minha família e a todos os amigos que me apoiaram e acreditaram em mim. Sou grata a cada um de vocês!

Por fim, mas não menos importante, agradeço à Universidade Federal de Viçosa - UFV, e à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais – FAPEMIG, pela concessão da bolsa de mestrado. Sem esse apoio, esta dissertação não viria à luz.

A todos vocês a minha eterna gratidão!

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

Oh! Que me abençoes e me alargues as fronteiras, que seja comigo a tua mão e me preserves do mal, de modo que não me sobrevenha aflição!
(I Crônicas 4:10).

RESUMO

SOUZA, Lídia de Jesus, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, setembro de 2024.
A FAMÍLIA E O PROVIMENTO DE CUIDADOS À PESSOA EM SOFRIMENTO PSÍQUICO NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19.. Orientadora: Daniella Borges Ribeiro.

Este estudo objetiva analisar o cuidado exercido por familiares às pessoas em sofrimento mental assistidas pelo CAPS de Viçosa, MG, em contexto de intensificação do projeto ultraneoliberal e de eclosão da pandemia de Covid-19. Os objetivos específicos são: Identificar aspectos socioeconômicos dos familiares dos usuários do CAPS, buscando compreender suas implicações no cuidado; Compreender as dificuldades encontradas pelos familiares para garantir o cuidado no contexto de pandemia, identificando as estratégias utilizadas pelos familiares neste período; Identificar os dispositivos assistenciais acionados pelos familiares, para além do CAPS, para responder as demandas dos usuários no período da pandemia; Problematicar o impacto do projeto ultraneoliberal na possibilidade de garantir os serviços de saúde mental e como repercute nas respostas dos familiares no provimento do cuidado. Trata-se de uma pesquisa qualitativa e exploratória, do tipo estudo de caso, realizada na perspectiva do materialismo histórico-dialético. Utilizou-se como metodologia de coleta de dados entrevista semiestruturada, com 10 cuidadores. Os dados foram analisados utilizando a técnica de análise de conteúdo temática conforme Bardin (1977). Os resultados revelam que a maioria dos cuidadores é do sexo feminino (80%), e a minoria (20%) são homens. Dentre essas mulheres, 70% se identificam como pertencentes à raça negra, evidenciando a importância de considerar as singularidades da interseccionalidade, que reflete as complexas e desiguais relações sociais de gênero, classe e raça na sociedade brasileira. Conclui-se que, apesar dos avanços trazidos pela Reforma Psiquiátrica e pelos novos modelos de atenção, o aprofundamento da contrarreforma do Estado, em um cenário de restrição das políticas sociais universais e de destinação do fundo público para serviços manicomiais, com o consequente sucateamento dos serviços substitutivos, trouxe impactos significativos para o cuidado em saúde mental durante a pandemia. Esses impactos incluem a precarização do SUS, a desarticulação da RAPS, a fragmentação do trabalho, a cronificação de práticas manicomiais e a sobrecarga da família (familismo), que assumiu grande parte das funções que deveriam ser

responsabilidade do Estado.

Palavras-chave: cuidado. ; saúde mental. ; familismo. ; covid-19.; centro de atenção psicossocial.

ABSTRACT

SOUZA, Lídia de Jesus, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, September, 2024.
THE FAMILY AND THE PROVISION OF CARE TO PEOPLE IN PSYCHIC SUFFERING IN THE CONTEXT OF THE COVID-19 PANDEMIC.. Adviser: Daniella Borges Ribeiro.

This study aims to analyze the care provided by family members to people with mental illness assisted by the CAPS in Viçosa, MG, in the context of the intensification of the ultraneoliberal project and the outbreak of the Covid-19 pandemic. The specific objectives are: Identify socioeconomic aspects of the families of CAPS users, seeking to understand their implications for care; Understand the difficulties encountered by family members in ensuring care in the context of a pandemic, identifying the strategies used by family members during this period; Identify the assistance devices activated by family members, in addition to CAPS, to respond to users' demands during the pandemic period; Problematize the impact of the ultra-neoliberal project on the possibility of guaranteeing mental health services and how it affects family members' responses in providing care. This is a qualitative and exploratory case study, conducted from the perspective of historical-dialectical materialism. The data collection methodology used was a semi-structured interview with 10 caregivers. The data were analyzed using the thematic content analysis technique according to Bardin (1977). The results reveal that the majority of caregivers are female (80%), and the minority (20%) are male. Among these women, 70% identify as black, highlighting the importance of considering the singularities of intersectionality, which reflects the complex and unequal social relations of gender, class, and race in Brazilian society. It is concluded that, despite the advances brought about by the Psychiatric Reform and new care models, the deepening of the State's counter-reform, in a scenario of restrictions on universal social policies and the allocation of public funds to asylum services, with the consequent scrapping of substitute services, brought significant impacts to mental health care during the pandemic. These impacts include the precariousness of the SUS, the disarticulation of the RAPS, the fragmentation of work, the chronicity of asylum practices and the overload of the family (familism), which assumed a large part of the functions that should be the responsibility of the State.

Keywords: care. ; mental health. ; familism. ; covid-19. ; psychosocial care center.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 – Gastos do programa Saúde Mental em relação aos gastos do Ministério da Saúde com ações e serviços públicos de saúde	59
Gráfico 2 – Execução orçamentária da ação 0000 “Enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional Decorrente do Coronavírus”, valor total em R\$ milhões	65
Gráfico 3 – Taxa de desocupação: Brasil 2014 a 2021	89
Gráfico 4 – Evolução do rendimento médio domiciliar <i>per capita</i> no Brasil - 2014-2021.....	89
Gráfico 5 – Evolução da renda domiciliar <i>per capita</i> e coeficiente de Gini entre 2014 e 2021	90
Gráfico 6 – Especificação dos entrevistados na composição familiar.....	98
Gráfico 7 – Especificação dos entrevistados segundo a ocupação profissional	101
Gráfico 8 – Há quanto tempo conhece/frequenta o CAPS	104
Quadro 1 – Identificação e definição das ações de saúde mental.....	57

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Despesas da União com juros e encargos, amortização e refinanciamento da dívida pública e orçamento da Seguridade Social no período de 2016 a 2019 (valores em R\$ bilhões, a preço de janeiro de 2023, R\$ bilhões corrigidos pelo IPCA)	65
Tabela 2 – Perfil sociodemográfico e socioeconômico de familiares cuidadores de usuários do CAPS de Viçosa, MG	93
Tabela 3 – Tempo que o cuidador exerce o cuidado	105

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
AIH	Autorizações de Internações Hospitalares
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAMED	Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSI	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil
CAPSAD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CCQs	Círculos de Controle de Qualidade
CF	Constituição Federal
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CGMAD	Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
CNTSM	Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CRP	Conselho Regional de Psicologia
CSM	Coordenação de Saúde Mental
CT	Comunidade Terapêutica
DAPES	Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
DRU	Desvinculação de Receitas da União
EC	Emenda Constitucional
ECT	Eletroconvulsoterapia
ESF	Estratégia Saúde da Família
FHC	Fernando Henrique Cardoso
HD	Hospital Dia
ICMS	Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MDS	Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MG	Minas Gerais
MJ	Ministério da Justiça

MLA	Movimento da Luta Antimanicomial
MNLA	Movimento Nacional de Luta Antimanicomial
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MRPB	Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira
MS	Ministério da Saúde
MS/GM	Ministério da Saúde Gabinete do Ministro
MT	Ministério do Trabalho
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NRF	Novo Regime Fiscal
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PL	Projeto de Lei
PNAD	Política Nacional sobre Drogas
PNASH	Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
RP	Reforma Psiquiátrica
PRH	Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS
PSF	Programa Saúde da Família
PT	Partido dos Trabalhadores
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PSM	Programa de Saúde Mental
PVC	Programa de Volta para Casa
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RS	Reforma Sanitária
RT	Residência Terapêutica
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básicas de Saúde
UFV	Universidade Federal de Viçosa
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	16
CAPÍTULO 1 - A HISTORICIDADE E PROCESSUALIDADE DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL	27
1.1 A construção sócio-histórica da política de saúde mental no Brasil.....	28
1.2 A reforma psiquiátrica no contexto brasileiro: caminhos para a desinstitucionalização	34
1.3 Contrarreforma do Estado e suas inflexões na política de saúde mental no Brasil	43
1.4 A política de saúde mental nos governos de Lula e Dilma.....	48
1.5 A tendência regressiva da política de saúde mental na conjuntura ultraneoliberal	53
CAPÍTULO 2 – DESPROTEÇÃO SOCIAL E FAMILISMO NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL CONTEMPORÂNEO	67
2.1 Familismo e a formação econômico-social brasileira.....	67
2.2 Familismo e a desinstitucionalização em saúde mental.....	75
2.3 Os centros de atenção psicossocial e as estratégias de cuidado.....	80
CAPÍTULO 3 – O PROVIMENTO DO CUIDADO AO FAMILIAR EM SOFRIMENTO PSÍQUICO NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19	93
3.1 Características sociodemográficas e socioeconômicas dos familiares cuidadores	93
3.2 O provimento de cuidado dos familiares aos usuários do CAPS do município de Viçosa em contexto de intensificação do projeto ultraneoliberal e de pandemia da Covid-19	103
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	137
REFERÊNCIAS	142
APÊNDICE A – Questionário para perfil socioeconômico e sociodemográfico familiar	177
ANEXO A – Termo de consentimento livre e esclarecido	181
ANEXO B – Solicitação de autorização para pesquisa	185

INTRODUÇÃO

A saúde mental configura-se atualmente como um dos principais eixos de pesquisa na área da saúde, especialmente diante do aumento de sofrimentos psíquicos associados às medidas de distanciamento social adotadas para o enfrentamento da pandemia de COVID-19. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a pandemia desencadeou um aumento de 25% na prevalência de ansiedade e depressão globalmente, afetando especialmente mulheres e jovens (Organização Pan-Americana da Saúde, 2022).

Mesmo antes da pandemia, o Brasil já figurava como um dos países mais afetados pela ansiedade no mundo, apresentando a maior incidência de depressão na América Latina (World Health Organization, 2017). A alta prevalência de transtornos psíquicos, como ansiedade e depressão, entre brasileiros foi destacada por Lipp *et al.* (2020). Dados estatísticos de 2017 indicaram que, entre 2.592 adultos entrevistados, 29% apresentavam sintomas de ansiedade e 21% relataram depressão (Lipp *et al.*, 2020).

Durante a pandemia, o número de pessoas em sofrimento psíquico aumentou, ou condições pré-existentes foram agravadas, o que gerou uma maior demanda por assistência especializada em saúde mental. Um estudo realizado por Goularte *et al.* (2021) durante a primeira onda de transmissão da COVID-19 no Brasil revelou que 80% dos entrevistados apresentavam níveis elevados de ansiedade, enquanto cerca de 65% declararam sofrer de depressão (Goularte *et al.*, 2021). Li *et al.* (2020) confirmam que, em cenários de pandemia, é comum o aumento de experiências e emoções negativas, destacando a necessidade de cuidados psicológicos desde os estágios iniciais até o período pós-pandêmico (Li *et al.*, 2020).

Os desafios impostos pela pandemia afetaram países de todo o mundo, mas, no caso do Brasil, a combinação da crise sanitária com a crise política, social e econômica tornou mais evidentes os problemas estruturais de uma sociedade profundamente desigual (Mari *et al.*, 2021).

No âmbito dos serviços de saúde mental, para atender às exigências de distanciamento social impostas pela pandemia e evitar o contágio, as instituições foram forçadas a redefinir suas estratégias de atuação. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2021), aproximadamente 93% dos países relataram algum tipo de interrupção nos serviços de saúde mental. As reduções nos serviços de aconselhamento e psicoterapia foram de 67%; 65% nos serviços de redução de danos; 35% nas intervenções de emergência; e 30% no acesso a medicamentos para transtornos mentais. Mais de 80% dos países desenvolvidos implantaram a telemedicina e a teleterapia para substituir as consultas presenciais, estratégia adotada por

menos de 50% dos países emergentes ou em desenvolvimento (Silveira; Oliveira; Lessa, 2016).

Ainda que os países tenham adotado os recursos tecnológicos como ferramenta de ação, há uma grande diferença entre os países “desenvolvidos” e “subdesenvolvidos”¹. Sabe-se que nesses últimos a ausência de financiamento adicional para cobrir gastos com a saúde mental constitui-se uma barreira para que a demanda seja atendida (OMS, 2021).

Como parte dos serviços que compõem a rede de saúde mental, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) também tiveram suas atividades reduzidas durante a pandemia. Os CAPS, concebidos como pontos estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), têm como objetivo promover a participação familiar nas atividades terapêuticas e na reintegração social dos usuários, reconhecendo a família como um agente essencial no processo de recuperação e reinserção dos pacientes (Yasui, 2010).

Com isso, a rotina de muitos indivíduos foi profundamente alterada. Famílias que anteriormente contavam com o suporte desses equipamentos passaram a cuidar de seus membros com transtornos psíquicos exclusivamente em casa, incluindo aqueles com sintomas mais graves que, anteriormente, eram acompanhados em regime de permanência-dia.

O tratamento oferecido pelos CAPS é estruturado em três níveis: intensivo, semi-intensivo e não intensivo (Brasil, 2002). O atendimento intensivo é disponibilizado quando o usuário está em grave sofrimento psíquico², em situação de crise ou enfrentando intensas dificuldades no convívio social e familiar, necessitando de atenção contínua e diária.

É importante destacar que, durante muitos anos, pessoas com transtornos mentais, ou qualquer indivíduo que não se enquadrasse nos padrões considerados “normais,” eram confinados em hospitais psiquiátricos, ambientes superlotados e com condições precárias de higiene (Brito; Dimenstein, 2008).

A Reforma Psiquiátrica trouxe mudanças significativas no âmbito da saúde mental, incluindo o processo de desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos. Nessa época, foram gradativamente implantados serviços abertos, como os Centros de Atenção Psicossocial

¹ Os termos desenvolvidos e subdesenvolvidos foram retirados do texto de referência, não sendo objetivo nosso a problematização destes conceitos na introdução deste trabalho. A maioria dos estudiosos das relações internacionais se lançou em elaborar novas formas de classificação, tentando considerar com mais precisão as características específicas de cada país. Para o estudo sobre o assunto indicamos: Guimarães (1991), Ferreira (1997), Fernandes (1972), Mariátegui (2008) e Ouriques (1994).

² Neste estudo utilizaremos o termo sofrimento psíquico, seja ele enquadrado nas situações descritas como sofrimento mental ou nos casos de transtornos graves e persistentes.

(CAPS), os Hospitais-Dia (HDs) e as Residências Terapêuticas (RTs), que substituíram as instituições psiquiátricas por alternativas de cuidados não hospitalares. Esses serviços buscam promover a reintegração dos indivíduos em seus territórios, fortalecendo os vínculos familiares e sociais e proporcionando a construção de novos espaços de pertencimento para os familiares de pessoas com transtornos mentais (Brasil, 2005b).

Com essas transformações nos modelos de atenção em saúde mental, indivíduos que antes viviam isolados em hospitais psiquiátricos passaram a receber tratamento junto às suas famílias, destacando o papel central da família no cuidado de seus entes queridos (Santin; Klafke, 2011). Nesse contexto, a Política de Atenção Psicossocial, ao focar na ressocialização e inclusão social, estimulou a participação ativa da família no processo de cuidado dos pacientes em sofrimento psíquico (Cardoso; Galera, 2011).

Pereira (2008) aponta que a família sempre foi requisitada como um agente privado de proteção social. Com o avanço do ideário neoliberal, o caráter familista nas políticas sociais foi amplificado, de modo que praticamente todas as políticas preveem medidas de apoio familiar (Pereira, 2008).

A legislação brasileira também reforça a importância da família. A Constituição Federal de 1988 a define como a base da sociedade e estabelece que a família, junto à sociedade e ao Estado, compartilha a responsabilidade pelo cuidado e proteção de seus membros (Brasil, 1988a). A Lei nº 10.216/2001, por sua vez, em seu art. 3º, reafirma que o desenvolvimento de políticas de saúde mental, assim como a assistência e a promoção de ações voltadas para as pessoas com transtornos mentais e/ou sofrimento psíquico³, é responsabilidade do Estado, com a participação ativa da sociedade e da família (Brasil, 2001).

Entretanto, a partir da década de 1990, com a ascensão do projeto neoliberal, o Brasil experimentou um período de profundas transformações nas políticas sociais. Esse contexto é marcado por uma orientação privatista, seletista e focalizada, refletindo características

³ De acordo com Brito (2020), a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a União Europeia definem a saúde mental em três dimensões. A primeira, designada saúde mental positiva, refere-se a um estado de vida adequado e à presença de uma personalidade otimista. A segunda dimensão abrange os transtornos mentais e distúrbios psiquiátricos amplamente reconhecidos. Por fim, a terceira dimensão é representada pelo sofrimento psíquico, que é considerado equivalente ao sofrimento mental, psicológico ou emocional. Este último é caracterizado por uma sensação de mal-estar que não necessariamente indica a presença de uma doença, manifestando-se através de ansiedade e sintomas depressivos, frequentemente associados a situações de estresse intenso. Tais condições podem levar à incapacidade funcional ou à interrupção do funcionamento normal do indivíduo, além de ocasionar dificuldades existenciais (Brito, 2020). Para Caixeta (2011), o sofrimento psíquico é compreendido como um conjunto de condições psicológicas, provocadas por situações reais ou fictícias, que culminam em um estado de mal-estar. Esse mal-estar transcende o desconforto de natureza fisiológica, apresentando predominantemente sintomas de ordem emocional e relacional (Caixeta, 2011).

intrínsecas à formação social brasileira, a qual sempre apresentou uma forte dimensão familista.

Nesse cenário, o Estado passou a transferir para a família a responsabilidade pelo sucesso ou fracasso dos seus membros (Santos; Ayres, 2015). Para as famílias que assumem o cuidado do familiar em sofrimento psíquico, esse processo implica não apenas oferecer assistência a esses indivíduos, mas também lidar com o desafio de garantir sua própria sobrevivência. Tal perspectiva evidencia os desafios enfrentados por muitas famílias, que são chamadas a desempenhar papéis que, muitas vezes, estão além de suas capacidades, especialmente durante a crise da pandemia de COVID-19.

A escolha deste tema se justifica, inicialmente, pela minha trajetória pessoal com um familiar que passou a apresentar intenso sofrimento psíquico. Durante o curso de Serviço Social, aprofundi meus estudos sobre a rede de atenção psicossocial, investigando a realidade de pessoas com transtornos mentais e a importância do assistente social na construção de perspectivas de futuro para esses indivíduos. No ano de 2021, como estagiária no CAPS II, pude acompanhar de perto a rotina desse serviço, adquirindo uma experiência significativa. Percebi que, embora o trabalho desenvolvido siga o modelo de atenção psicossocial, com uma proposta de atenção humanizada, ele ainda é fortemente influenciado pelo viés psiquiátrico.

Esses fatores foram decisivos para a realização desta pesquisa. No CAPS II, acompanhei as atividades desenvolvidas pelos profissionais e usuários, o que ampliou meu conhecimento sobre o campo da saúde mental. Nas discussões durante as oficinas de supervisão acadêmica de estágio, manifestei grande interesse em explorar a história da saúde mental no Brasil, os avanços alcançados ao longo dos anos, e o papel central do Sistema Único de Saúde (SUS) na regulamentação das políticas e no redirecionamento das ações e serviços de saúde. Minha experiência no CAPS revelou as fragilidades do dispositivo e reforçou a necessidade de políticas sociais voltadas para as famílias dos pacientes em tratamento.

Outro aspecto relevante foi minha participação na I Conferência de Saúde Mental da cidade de Viçosa, em 2022, onde acompanhei discussões sobre o avanço do ideário ultraneoliberal nos serviços de saúde mental e seus impactos para os cuidadores familiares de pessoas em sofrimento psíquico durante a pandemia. Essa problemática, já evidenciada no estágio, tornou-se a questão central da minha pesquisa, definindo o objeto de investigação e análise.

Este estudo também se justifica pela sua relevância acadêmica, podendo contribuir para a ampliação da produção de conhecimento científico sobre saúde mental e sobre a invisibilidade das pessoas que cuidam de familiares em sofrimento psíquico nas políticas públicas de saúde. Ao envolver os CAPS no contexto da pandemia, o estudo tem potencial para inspirar o ensino, a pesquisa e a extensão nas áreas de saúde mental, promovendo uma integração mais efetiva entre a formação acadêmica e as demandas sociais. Além disso, é relevante para a comunidade de Viçosa, ao apontar as lacunas deixadas pelo Estado na oferta de políticas públicas capazes de garantir os direitos estabelecidos na Constituição Federal de 1988.

Apesar de o debate em torno da saúde mental na atualidade ser necessário, não encontramos nenhum estudo⁴ na literatura que exploram a temática de gênero e as lacunas sobre os efeitos da pandemia na vida dos cuidadores(as) familiares que cuidam de um ente em sofrimento psíquico no contexto de crise pandêmica. Além disso, a pesquisa torna-se ainda mais relevante à medida que a discussão se insere no atual contexto de disseminação da ideologia ultraneoliberal e da retração de direitos, o que impõe desafios significativos para a construção e efetivação dos direitos sociais conquistados. Diante desse cenário, o presente estudo tem como objeto de investigação o provimento de cuidado aos usuários do CAPS de Viçosa, MG, partindo da seguinte questão de pesquisa: como se deu o cuidado familiar direcionado às pessoas em sofrimento psíquico assistidas pelo CAPS de Viçosa, MG, no contexto do ultraneoliberalismo e da pandemia de Covid-19?

O objetivo geral da pesquisa foi analisar o cuidado exercido por familiares de pessoas em sofrimento mental assistidas pelo CAPS de Viçosa, MG, em um contexto marcado pela intensificação do projeto ultraneoliberal e pela eclosão da pandemia de Covid-19. Os objetivos específicos da pesquisa podem ser identificados da seguinte maneira: Identificar aspectos socioeconômicos dos familiares dos usuários do CAPS, buscando compreender suas implicações no cuidado prestado; Compreender as dificuldades enfrentadas pelos familiares para garantir o cuidado no contexto da pandemia, bem como identificar as estratégias adotadas por eles durante esse período; Identificar os dispositivos assistenciais acionados pelos familiares, além do CAPS, para responder às demandas dos usuários durante a pandemia; Problematicar o impacto do projeto ultraneoliberal na garantia dos serviços de saúde mental e como isso repercute nas respostas dos familiares no provimento do cuidado.

⁴ Utilizamos para tanto uma base de dados nacional (Portal de Periódicos CAPES) para a busca por teses e dissertações, além do uso do Google Acadêmico. Os termos de busca utilizados foram “cuidado, gênero, pandemia e CAPS”. Como resultado, não encontramos nenhuma tese ou dissertação que estavam de acordo com os critérios estabelecidos.

A pesquisa parte da hipótese de que o afastamento do Estado na consolidação da Política de Saúde Mental interfere negativamente na vida dos cuidadores e no provimento de cuidado às pessoas com transtornos mentais assistidas pelos serviços de saúde mental, uma situação que se agravou durante o período da pandemia de Covid-19. Verifica-se que durante os últimos anos, o ultraneoliberalismo⁵ que reflete em desfinanciamento da saúde e da proteção social pelo Estado demandam da família cada vez mais empobrecida, estratégia de proteção e cuidado com as pessoas com transtornos mentais.

Nesse cenário, os serviços de saúde mental enfrentam retração e desmonte, deixando de ser pautados por uma lógica de direito social e dever do Estado, para se tornarem mercantilizados e refilantropizados, perdendo seu caráter público e político. O avanço das ideias ultraneoliberais nas políticas de saúde mental pode acarretar a diminuição do financiamento da saúde e da proteção social pelo Estado, transferindo a responsabilidade do cuidado para as famílias, sobretudo para as mulheres. Diante desse contexto, é essencial problematizar o impacto do papel de cuidador nas famílias durante a pandemia, com o objetivo de identificar adequadamente as necessidades dessas famílias e desenvolver intervenções eficazes para melhorar a qualidade do atendimento nos serviços de saúde mental.

Essa pesquisa é de caráter exploratório, com abordagem qualitativa, que, segundo Minayo *et al.* (2012, p. 21), responde a questões específicas de uma realidade que não pode ser quantificada. Com base nas contribuições da autora, é importante destacar que o método qualitativo “visa compreender as representações e significados dos indivíduos através de suas ações, valores, crenças, entre outros.” Assim, a vivência dos indivíduos compõe seu agir, pensar e a interpretação de suas ações no contexto das relações que estabelecem na sociedade. Corroborando essa questão, Goldberg (1994) argumenta que, em uma pesquisa qualitativa, a preocupação não está centrada no tamanho da amostra, mas sim no conhecimento gerado a partir do estudo do grupo em questão.

Como tipo de pesquisa, este estudo consiste em um estudo de caso, que, segundo Yin (2005), é uma investigação empírica que analisa um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto na vida real, particularmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos. O estudo de caso é uma abordagem metodológica que permite ao

⁵ De acordo com Mészáros (2011, p. 41), o ultraneoliberalismo “é uma fase superior ao neoliberalismo, na qual se procura dar respostas frente à crise do capital mundial no ano de 2008”. Ainda, segundo Lima Sobrinho (2022, p. 122), o ultraneoliberalismo é a 3ª fase do neoliberalismo, que pauta no trinômio: “aprofundamento violento da exploração do trabalho, diga-se, da precarização e “captura” da subjetividade do/a trabalhador/a; expansão da apropriação do fundo público pelo capital financeiro; e privatização e expropriação de bens comuns e estatais que ainda existe”.

pesquisador explorar e compreender fenômenos complexos, considerando a interação de diversos fatores que influenciam o objeto de estudo (Yin, 2005).

Segundo Bogdan e Biklen (1994), o estudo de caso permite investigar a vida de uma organização ou grupo ao longo do tempo, proporcionando uma compreensão rica e detalhada dos aspectos sociais e comportamentais que influenciam o fenômeno em questão. Além disso, essa abordagem é útil em contextos onde as variáveis são complexas e interdependentes, permitindo que o pesquisador utilize múltiplas fontes de evidência para construir uma narrativa robusta e fundamentada, garantindo assim a validade e confiabilidade dos achados (Yin, 2005).

Para alcançar o objetivo desta pesquisa, o processo de coleta de dados foi subdividido em etapas, incluindo revisão bibliográfica, pesquisa documental e pesquisa de campo por meio de entrevistas semiestruturadas com pessoas que vivenciaram a problemática, a fim de aprofundar a compreensão do objeto de estudo (Gerhardt; Silveira, 2009).

De acordo com Zanella (2011), o levantamento de dados abrange tanto a pesquisa bibliográfica quanto a documental. Minayo *et al.* (2012) afirmam que a pesquisa bibliográfica alinha os interesses do pesquisador com os dos autores que abordam o tema de interesse. Em relação à pesquisa documental, destacaram-se dados que permitiram acompanhar as mudanças ocorridas e os desafios enfrentados pela Política Nacional de Saúde Mental no Brasil, regulamentada pela Lei 10.216 de abril de 2001, e pelos serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial, especificamente os CAPS.

Na revisão bibliográfica, foram investigados autores relevantes para as categorias centrais da pesquisa, como o provimento de cuidado em saúde mental, familismo e pandemia. Essa etapa foi realizada ao longo de toda a pesquisa, promovendo a integração dos fenômenos observados com o paradigma teórico base, além das categorias emergentes das análises. Foram aprofundadas discussões sobre o papel dos familiares cuidadores de pessoas em sofrimento psíquico, no contexto de avanço do ultraneoliberalismo e retrocessos nas políticas de saúde mental, o que representa uma ameaça aos avanços conquistados pela Reforma Psiquiátrica no contexto da pandemia de COVID-19.

Os dados foram coletados a partir de publicações em revistas científicas, livros especializados e bases de dados como a CAPES e o *Google Acadêmico*. O conteúdo dos trabalhos foi examinado sob uma ótica analítico-crítica, fundamentada no materialismo histórico-dialético.

Na etapa de levantamento documental, foram utilizadas fontes secundárias, como relatórios e estudos de instituições governamentais, bem como legislação e normativas

relacionadas à assistência em saúde mental, uma vez que essas fontes centralizam dados acessíveis e facilitam o processamento da informação.

Durante a construção deste estudo, foram adotados os pressupostos teóricos e metodológicos marxistas sob o viés do materialismo histórico-dialético desenvolvido por Marx (2008). Esse método considera que a interpretação da realidade deve ser compreendida em sua totalidade, não como um conjunto de partes funcionais, mas como um sistema dinâmico e contraditório de relações articuladas culturalmente.

Behring e Boschetti (2008) destacam que essa perspectiva compreende uma teoria que explica a realidade em sua concretude, sendo dialética por envolver a realidade como um todo em constante movimento, considerando seu caráter histórico e social. Essa abordagem permite entender a complexidade dos fenômenos sociais, transcendendo a visão superficial e considerando os aspectos imbricados na dinâmica social dentro do sistema capitalista.

Assim, este estudo prioriza as dimensões históricas dos processos sociais, reconhecendo que o modo de produção capitalista atua como elemento estruturante de diversas esferas da vida em sociedade. Como argumenta Gil (2008), o capitalismo configura-se como estrutura socioprodutiva que fundamenta as dimensões políticas, jurídicas e culturais da sociedade.

A pesquisa foi realizada no Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS Despertar), localizado em Viçosa, MG, uma unidade de cuidados da saúde mental que oferece assistência a adultos com transtornos mentais graves e persistentes, substituindo o modelo hospitalocêntrico. Além do CAPS Despertar, o município conta com outras duas unidades: o CAPSi e o CAPS-ad, que prestam atendimentos em diferentes regimes.

O estudo de campo incluiu entrevistas com 10 familiares cuidadores, selecionados com base em critérios de inclusão e exclusão, como participação no acompanhamento de permanência-dia do CAPS antes e durante a pandemia. As entrevistas foram conduzidas com base em um roteiro semiestruturado para captar as experiências dos cuidadores no provimento de cuidado durante esse período.

A função do entrevistador, nesse tipo de entrevista, é estimular os participantes a falarem livremente sobre os tópicos que compõem o roteiro. O entrevistador parte de questionamentos básicos, fundamentados em teorias e pressupostos que interessam à pesquisa e, a partir daí, amplia o campo de perguntas, à medida que novos pressupostos emergem das respostas dos entrevistados (Triviños, 2011). Segundo Pádua (1997, p. 65), a entrevista é um instrumento de coleta de dados que permite obter informações por meio das

falas dos sujeitos “como um meio de obter fatos relatados pelos participantes da pesquisa, que vivenciam a realidade em questão”.

Para Gil (2008), a entrevista é a técnica mais flexível, pois permite o esclarecimento de dúvidas e a obtenção de uma ampla gama de informações, além de possibilitar a leitura corporal do entrevistado, resultando em informações mais completas.

Antes da realização das entrevistas, foi necessário identificar e localizar as famílias dos usuários do CAPS, residentes no município de Viçosa. Essas informações estavam disponíveis no CAPS Despertar, localizado na mesma cidade. Por meio de uma carta de autorização para a pesquisa, solicitou-se à Coordenadora do CAPS os nomes e endereços dos usuários, além de destacar a relevância deste estudo para a construção da política de Saúde Mental do município (Anexo B).

Após a identificação dos sujeitos e o contato com aqueles que se enquadraram nos critérios de inclusão, foi feita a explicação dos objetivos da pesquisa, e eventuais dúvidas foram esclarecidas. Os participantes que aceitaram voluntariamente colaborar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), impresso em duas vias, uma ficando com o entrevistado e outra com a pesquisadora.

As entrevistas ocorreram entre março e maio de 2024, nas residências dos entrevistados, em horários pré-estabelecidos conforme a disponibilidade de cada participante, de forma individual, após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa (CEP/UFV).

Previamente, foi realizado um pré-teste (pesquisa-piloto) com um entrevistado para identificar e corrigir possíveis falhas ou complexidades nas questões, de modo a aprimorar a compreensão dos participantes. O entrevistado foi informado sobre o objetivo da entrevista e sobre a importância de sua cooperação. Todas as perguntas foram compreendidas corretamente, e não houve dificuldades durante o processo. Para garantir o anonimato e a privacidade, os nomes dos familiares foram substituídos por pseudônimos, numerados de entrevistado 1 a entrevistado 10.

A análise dos dados foi conduzida com base na análise de conteúdo (AC) de Bardin (1977), uma metodologia que integra aspectos quantitativos e qualitativos, permitindo uma análise mais aprofundada da comunicação. Bardin (1977) organiza o processo de análise em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação. A pré-análise consiste na familiarização com o conteúdo, enquanto a exploração do material envolve a codificação dos dados, transformando-os em unidades significativas.

A codificação, segundo Bardin (1977), envolve três escolhas: recorte (seleção das unidades), enumeração (definição das regras de contagem) e classificação/agregação (escolha das categorias). A partir dessa codificação, é necessário criar um sistema de categorias, que simplifica a representação dos dados brutos. Bardin também introduz o conceito de tema como uma unidade de significação que emerge naturalmente do texto analisado, permitindo segmentar o conteúdo em proposições significativas.

Para Minayo (2015), a análise de conteúdo busca revelar e compreender significados manifestos e latentes nos dados coletados. Entre as técnicas da análise de conteúdo, a análise temática ou categorial é a mais utilizada. Ela consiste em dividir os dados (transcrições das entrevistas) em categorias e reagrupá-los posteriormente, facilitando a identificação de núcleos de sentido nas unidades categorizadas.

As transcrições das entrevistas foram utilizadas como fonte de dados para a análise de conteúdo temática, composta pelas seguintes etapas: 1) pré-análise, com a transcrição das entrevistas e composição do corpus textual; 2) exploração do material, onde os dados foram codificados; e 3) tratamento dos resultados e interpretação, resultando no agrupamento das categorias (Bardin, 1977).

Esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa (CEP/UFV) conforme a Resolução 466/12/CNS, que regula os princípios éticos em pesquisas com seres humanos. Após a aprovação, o gestor do CAPS II foi contatado para apresentação do projeto, e a pesquisadora fez visitas à instituição para abordar os familiares e convidá-los a participar do estudo. Os participantes foram informados sobre todas as etapas da pesquisa e que sua participação era voluntária, podendo desistir a qualquer momento.

Os resultados da pesquisa serão apresentados em relatório para o CAPS de Viçosa, com o intuito de auxiliar na qualificação ou implementação de serviços de atendimento aos familiares dos pacientes. Também será realizada uma palestra no CAPS para divulgar os achados aos participantes. Além disso, os dados coletados serão transformados em artigos para publicação em revistas científicas.

Para facilitar a organização da pesquisa, a dissertação será estruturada em três capítulos, além da introdução e das considerações finais. O primeiro capítulo tratará da trajetória da política de saúde mental no Brasil, com foco nas legislações pertinentes e nas mudanças ocorridas após a Reforma Psiquiátrica e a criação do SUS, contrastando com o cenário atual de retrocessos e ameaças à saúde mental.

O segundo capítulo abordará o familismo na política de saúde mental brasileira, enfatizando o impacto do avanço do Estado ultraneoliberal e a sobrecarga imposta às famílias, especialmente durante a pandemia.

O terceiro capítulo apresentará os resultados das entrevistas e discussões a partir da análise temática de conteúdo de Bardin (1977), relacionando o impacto da pandemia, o cuidado em saúde mental e o familismo.

Finalmente, as considerações finais sumarizarão as conclusões do estudo, destacando suas contribuições, limitações e sugestões para futuras pesquisas na área. O estudo buscará compreender os desafios do cuidado familiar em meio à pandemia e à política de saúde mental no contexto ultraneoliberal.

CAPÍTULO 1 - A HISTORICIDADE E PROCESSUALIDADE DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Este capítulo apresenta uma retrospectiva histórica sobre a concepção de loucura e discorre acerca da trajetória dos manicômios no Brasil, desde o surgimento do primeiro hospício até o advento do movimento de Reforma Psiquiátrica no país. O texto evidencia o processo de formulação da política de saúde mental e a construção de serviços substitutivos, que surgiram a partir de novas concepções acerca da loucura e da saúde mental na contemporaneidade.

Em seguida, discute-se a contrarreforma do Estado, analisando seus principais impactos sobre a política de saúde mental. Essa contrarreforma pode ser compreendida como uma resposta das elites burguesas à crise do capital, caracterizada pela adoção de políticas sociais que visam à estabilidade econômica. No entanto, essas políticas também promovem a redução do fundo público destinado aos salários indiretos, como saúde e assistência social, transferindo essa responsabilidade para o mercado e impactando negativamente a classe trabalhadora (Boschetti, 2016).

Por fim, são abordados os desafios atuais impostos pelo ultraneoliberalismo, destacando-se no campo político as consequências que esse movimento traz para a saúde mental, como o enfraquecimento das políticas públicas e a privatização dos serviços essenciais: o “golpe”⁶ na democracia, a privatização das políticas sociais, a diminuição de direitos sociais e trabalhistas. Serão analisadas as atuais diretrizes normativas e os desafios enfrentados no contexto em que a implementação de medidas que reduzem o investimento em políticas públicas impacta diretamente na condução da Política Nacional de Saúde Mental. Tais medidas resultam em fenômenos como a remanicomialização, a inclusão das Comunidades Terapêuticas e a artificialização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Portanto, as reflexões serão fundamentadas nas legislações e normativas pertinentes ao campo da saúde mental, a fim de avaliar em que medida esses instrumentos legais têm contribuído para o avanço ou o retrocesso das políticas de saúde mental no Brasil, considerando-os como elementos centrais na conjuntura atual.

⁶ Alguns autores como Braz (2017), Miguel (2019), Boito Jr. (2016), Behring (2021), dentre outros, utilizam o termo golpe para se referirem ao impeachment sofrido por Dilma em 2016. Os autores supracitados defendem que tal ato foi uma ruptura da ordem constitucional, com o objetivo de interromper o processo democrático. Para Braz (2017), “tratou-se de uma operação claramente política voltada, exclusivamente, para suspender o mandato de Dilma Rousseff”, um golpe forjado por uma farsa parlamentar-judicial entrincheirados no Congresso Nacional e em diversos setores do Judiciário que contaram com a Polícia Federal e, sobretudo, com as armas ideológicas da mídia burguesa para que a classe dominante atingisse seus objetivos políticos (Braz, 2017, p. 88).

1.1 A construção sócio-histórica da política de saúde mental no Brasil

No Brasil, como aponta Bravo (2000), a saúde não era intermediada pelo Estado até o século XX. Em função da ausência de médicos psiquiatras, a assistência aos “doentes mentais” era prestada por curandeiros, sacerdotes católicos e jesuítas (Pithon, Moreira; Miranda-Scippa, 2019). A assistência médica era pautada pela filantropia, caracterizada principalmente por práticas imediatistas, de cunho clientelista e assistencialista.

Nesse cenário, não existiam serviços específicos para atender à população em sofrimento mental. O tratamento desses indivíduos frequentemente incluía o aprisionamento, sendo confinados em prisões juntamente com marginais, vadios, assassinos e malfeitores de todo tipo (Coelho Filho, 1977).

As Santas Casas de Misericórdia foram as primeiras instituições no Brasil a oferecer tratamento às pessoas com transtornos mentais. Ligadas à Igreja Católica, essas instituições promoviam a assistência por meio da filantropia e da caridade (Rosa, 2008). Indivíduos com transtornos mentais que apresentavam comportamentos violentos eram excluídos da sociedade e recolhidos aos “porões das Santas Casas de Misericórdia”, onde permaneciam amarrados, vivendo em condições extremamente precárias de higiene e cuidado (Passos, 2009a, p. 104). Nessa perspectiva, loucos, mendigos e portadores de diversas outras doenças compartilhavam o mesmo espaço. Contudo, não havia uma conotação de medicalização, ou seja, esses indivíduos não recebiam qualquer tratamento médico adequado (Moreira, 2011a; Oliveira, 2019; Amarante, 2012).

Os ambientes eram superlotados, as condições sanitárias extremamente deficientes, além de serem caracterizados por maus-tratos e práticas segregacionistas que violavam os direitos humanos (Rosa, 2008). A medicalização da loucura era então compreendida como uma forma de tratamento terapêutico com o objetivo de “normalizar” e corrigir moralmente comportamentos considerados desviantes, funcionando como um instrumento de higienização social. Essas práticas prevaleceram até 1852, quando, com a chegada da Família Real ao Brasil, D. Pedro II assinou o decreto nº 82, em 18 de junho de 1841, autorizando a construção do primeiro hospital psiquiátrico no país (Amarante, 1998).

O Hospital Psiquiátrico Dom Pedro II foi um marco na institucionalização da assistência manicomial no Brasil, cujo tratamento oferecido aos pacientes estava

fundamentado nas concepções teóricas do médico francês Philippe Pinel.⁷ e seu discípulo Étienne Esquirol⁸, na conformação de um estabelecimento que fosse direcionado à cura das pessoas com transtornos mentais, considerando tais indivíduos como doentes que deviam ser tratados através de métodos terapêuticos passando a considerar o aspecto psicológico na determinação do diagnóstico da doença (Pacheco, 2003). Essas instituições orientavam-se em uma proposta higienista de cunho caritativo e religioso (Yasui, 2010).

O caráter medicalizado foi limitado pelo viés religioso e caritativo das instituições criadas neste período. Não havia ênfase no diagnóstico psiquiátrico. Quanto à admissão de alienados⁹, A administração dos hospitais psiquiátricos ficava a cargo do poder público. No entanto, as frequentes remessas irregulares de pacientes, encaminhados por intermédio da Polícia da Corte, das Santas Casas de Misericórdia de todo o império e das autoridades provinciais, geravam constantes reclamações da administração do Hospício à Provedoria da Santa Casa de Misericórdia. Devido ao número reduzido de médicos, estes não detinham poder hegemônico dentro das instituições e não exerciam influência sobre as questões administrativas (Gonçalves, 2013).

No contexto de industrialização e urbanização, os hospitais destinados a abrigar pessoas consideradas alienadas tinham como principal objetivo a remoção e exclusão dos chamados “loucos,” vistos como um risco para a segurança pública. Esses indivíduos eram tratados como resíduos sociais, representando uma ameaça à ordem e à estabilidade da sociedade (Passos, 2009a, p. 105).

Posteriormente, foram construídos outros hospitais psiquiátricos em diversas regiões, como Ceará, São Paulo, Pernambuco, Rio Grande do Sul, Pará e Bahia. Esses hospitais eram destinados, sobretudo, à população pobre, e tinham como função principal a exclusão social do “louco,” assegurando que ele não ficasse vagando pelas ruas (Fonte, 2012, p. 6). As famílias mais ricas e abastadas preferiam manter seus familiares com transtornos mentais em

⁷ Philippe Pinel (1745-1826) foi um médico francês, considerado por muitos o pai da psiquiatria. Notabilizou-se por ter considerado que os seres humanos que sofriam de distúrbios mentais eram doentes e, deviam ser tratados como tal e não de forma violenta (Postel; Quétel, 1994).

⁸ Jean-Étienne Dominique Esquirol (1772-1840) foi um psiquiatra francês. Ele era discípulo de Philippe Pinel, sucedendo seu mestre em 1811 como chefe do Hospital de Salpêtrière, em Paris. Entre vários outros notáveis trabalhos cunhou o termo alucinação e diferenciou demência (doença mental) de amência (deficiência mental). É com Esquirol que a idiotia deixa de ser considerada uma doença e passa a ser avaliada de acordo com o rendimento educacional (Marques, 2012; Pessotti, 1984).

⁹ Os primeiros hospitais psiquiátricos eram denominados “hospícios” e as pessoas com transtornos mentais eram considerados como “alienados” (Chaves, 2019).

suas próprias casas¹⁰, já que o “internamento não deveria ser imposto, pois, ainda que com limitações, acreditava-se que ela poderia reproduzir um hospício no interior de sua ampla residência” (Fonte, 2012, p. 2).

Com o advento do regime republicano em 1889, iniciou-se uma fase de redimensionamento das políticas de controle social, caracterizada por maior rigidez e abrangência, resultante da adoção e legitimação de novos parâmetros definidores de ordem, progresso, modernidade e civilização (Engel, 2001, p. 331).

Em 1890, o Hospital Pedro II desvinculou-se da Santa Casa de Misericórdia, tornando-se a primeira instituição de saúde pública no país, com a nova denominação de Hospício Nacional de Alienados (Rosa, 2008). O período republicano marcou uma ruptura significativa entre a psiquiatria empírica e a administração dos asilos, estabelecendo o controle das instituições por médicos, que passaram a atuar como representantes do Estado (Resende, 2007, p. 43). Nesse contexto, os médicos conquistaram autonomia e poder para realizar diagnósticos, internações, tratamentos e altas, assumindo a direção dessas instituições (Engel, 2001; Oda; Dalgalarondo, 2005). A respeito desse processo, Engel (2001) afirma que:

[...] por mais parciais e ambíguas que tenham sido as primeiras conquistas dos alienistas brasileiros, elas estiveram pautadas, desde o início, na ampliação do significado da moléstia mental que, ultrapassando em muito os limites da loucura associada ao delírio, procurava legitimar a reclusão de indivíduos que manifestassem os mais diversos comportamentos considerados moral e/ou socialmente perigosos, ao mesmo tempo em que viabilizava as perspectivas de ampliação de poder do alienista (Engel, 2001, p. 331).

Entretanto, apesar da ascensão dos médicos na administração dessas instituições, o controle sobre os hospícios ainda era sustentado pelo discurso moral de correção de comportamentos desviantes e pela legitimação da higienização social (Engel, 2001). Nesse período, além da criação de “criação de estruturas de poder disciplinares por meio de hospitais ou clínicas especializados” (Caponi, 2009, p. 96), outros mecanismos disciplinadores, como leis e decretos, foram instituídos com o intuito de orientar a classe médica no tratamento dos “loucos” (Figueirêdo, Delevati; Tavares, 2014).

Em 1890, também foi criada a Assistência Médico-Legal de Alienados, e, posteriormente, em 1903, instituiu-se a primeira Lei Federal de assistência aos alienados (Decreto nº 1.132, de 22 de dezembro de 1903), que estabeleceu a proteção jurídico-política

¹⁰ As casas de saúde particulares, surgidas na década de 1860, cumpriam a função de atender, principalmente, [...] alienados das famílias abastadas, que não desejavam ter seus familiares misturados a toda sorte de doentes mentais no Hospício Pedro II (Gonçalves, 2013, p.74).

aos indivíduos alienados. Essa lei determinava, entre outras medidas, que o hospício seria o único espaço adequado para abrigar os loucos, proibindo seu encarceramento em prisões públicas (Moreira, 2011b).

Em dezembro de 1923, a Câmara dos Deputados, por meio do Decreto nº 4.778, reconheceu a Liga Brasileira de Higiene Mental, fundada pelo psiquiatra Gustavo Riedel, como de utilidade pública, reforçando a importância do movimento de higiene mental no cenário nacional.

A Liga com sede no Rio de Janeiro tinha o intuito de promover e oferecer assistência adequada as pessoas com transtornos mentais por intermédio da inovação e melhorias no tratamento psiquiátrico (Costa, 2007). Entretanto, orientados pelos princípios da eugenia¹¹, da higiene mental e influenciados pelas ideias alemãs, francesas e norte-americanas os médicos orientavam-se na perspectiva de “normalizar” a população e inibir os indivíduos com algum transtorno mental (Seixas; Mota; Zilbreman, 2009).

Até esse momento, a assistência psiquiátrica no Brasil era predominantemente realizada por instituições hospitalares vinculadas a entidades religiosas, sob a influência de correntes eugenistas e sanitaristas, com um caráter filantrópico. O novo conceito de psiquiatria deveria trazer à tona um paradigma pautado nos direitos humanos, visando a um projeto de assistência moderno e eficaz aos “loucos.” Contudo, o processo de institucionalização dos alienados no Brasil foi historicamente marcado por programas e ações de higienização do espaço urbano (Oda; Dalgalarrodo, 2005).

A expansão da política social enquanto política de Estado no Brasil ocorreu na década de 1930, em um contexto de industrialização e intensa atuação dos movimentos sindicais (Behring; Boschetti, 2008). A política de saúde, regulamentada pelo Estado, era centrada em campanhas sanitárias e no atendimento previdenciário por meio dos médicos associados aos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), criados na mesma década para atender aos trabalhadores formais. Entretanto, aqueles sem emprego formal não eram contemplados. A saúde pública nesse período era focada em campanhas de combate a doenças, vacinação e exames diagnósticos, sem uma visão integral da saúde que contemplasse a prevenção e promoção da saúde como um direito (Behring; Boschetti, 2008).

Em 1934, foi promulgada a segunda Lei Federal de Assistência aos Alienados (Decreto nº 24.559), que definiu as instituições psiquiátricas como o único local de tratamento

¹¹ O higienismo fundamentava-se na eugenia, termo cunhado pelo fisiologista inglês Francis Galton (1822-1911). O termo faz menção a superioridade das raças e trata de fatores capazes de melhorar a qualidade racial e hereditária do ser humano (Faggion; Boarini, 2019).

para pessoas com transtornos mentais (Ramminger, 2002). Nos anos 1940, a saúde pública no Brasil foi fortemente influenciada por organismos internacionais, como a Fundação Rockefeller, que ideologicamente influenciaram a entrada de capital estrangeiro no país, além de fomentar a supervalorização do uso de exames e medicamentos. Isso propiciou a criação de um gigantesco complexo médico-industrial e o fortalecimento das empresas privadas, que obtinham lucros com a doença (Rocha, 2012; Bravo, 2000).

Entre as décadas de 1940 e 1950, as instituições de saúde mental no Brasil apresentavam condições deploráveis, com superlotação, precariedade sanitária, deficiência de pessoal e tratamentos automatizados e abusivos (Minas Gerais, 2006). Nesse contexto, o Decreto-Lei nº 8.550/1946 autorizou o Ministério da Saúde a intensificar a assistência psiquiátrica no país. No final dos anos 1950, os serviços médicos dos IAPs passaram a incluir assistência psiquiátrica, embora a credibilidade dessa especialidade fosse baixa, devido à ideia de incurabilidade dos pacientes e à caótica situação dos hospitais psiquiátricos (Silva, Barros; Oliveira, 2002; Medeiros, 1977).

O Decreto nº 49.974, de 21 de janeiro de 1961, regulamentou o Código Nacional de Saúde e introduziu um novo modelo assistencial para a saúde mental, determinando que a internação só poderia ser realizada em estabelecimentos especializados após um diagnóstico preciso (Brasil, 1961). Contudo, apesar de esperar-se uma expansão e melhoria dos serviços psiquiátricos, o Estado brasileiro direcionou esse projeto principalmente para o setor privado (Lima, 2018).

A ditadura militar, instaurada em 1964, interrompeu as discussões sobre novos modelos de assistência pública à saúde. Durante os governos militares, a saúde mental foi abordada sob uma perspectiva biomédica, vinculada ao setor privado, o que impediu o desenvolvimento de formas complementares de assistência psiquiátrica pública (Cabral; Darosci, 2019; Pereira, 2007; Bravo, 2000). De forma geral, o Regime Militar (1964-1985) caracterizou-se pela concentração irracional da riqueza e pela exclusão, sustentado por uma política autoritária e tecnocrática que restringia a participação política dos trabalhadores e promovia a privatização da saúde, aumentando a medicalização como forma de controle social (Pereira, 2007; Bravo, 2000).

Sob o governo de Humberto Castello Branco, o modelo de hospitalização privatista se consolidou na saúde, incluindo a saúde mental, com a privatização da internação psiquiátrica (Bertolli Filho, 2002). O número de hospitais psiquiátricos privados aumentou significativamente, e muitos leitos passaram a ser financiados pelo Estado, gerando lucro para

empresas do setor, enquanto a população empobrecida continuava desassistida (Prandoni; Padilha, 2004).

Em 1967, durante o governo de Costa e Silva, foi promulgado o Decreto nº 60.252, que criou a Campanha Nacional de Saúde Mental, com o objetivo de expandir hospitais psiquiátricos e ambulatorios de saúde mental. No entanto, a insuficiência de recursos humanos e financeiros evidenciou a discrepância entre o discurso normativo e a realidade prática (Paulin; Turato, 2004).

No governo Médici, a Psiquiatria Preventiva-Comunitária americana começou a influenciar a saúde mental no Brasil, promovendo a criação de alternativas ao modelo hospitalocêntrico e buscando reduzir o número de internações em hospitais psiquiátricos. Em 1970, o I Congresso Brasileiro de Psiquiatria enfatizou a criação de um organismo normativo nacional e a necessidade de serviços de assistência extra-hospitalar (Ribeiro, 2004). Em 1972, acordos entre a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e o Ministério da Saúde promoveram a formulação de uma política nacional de saúde mental (Ribeiro, 2004).

No entanto, apesar de propostas como a Portaria nº 32 de 1974, que priorizava o tratamento ambulatorial e a criação de unidades de saúde mental municipais, essas iniciativas encontraram resistência, principalmente por contradizerem os interesses do setor privado (Yasui, 2010). Entre 1974 e 1979, no governo de Ernesto Geisel, destacaram-se o Primeiro Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental (1977) e a criação do Plano Integrado de Saúde Mental (PISM, 1978), que visava à formação de médicos para atender à crescente demanda por serviços de saúde mental (Ribeiro, 2004).

Com o fim do “milagre econômico” e a intensificação da crise econômica, houve uma retração na assistência psiquiátrica, levando à terceirização dos serviços e ao abandono dos hospitais psiquiátricos públicos (Cunha, 2013). No final do governo de João Figueiredo, o último presidente do Regime Militar, começou-se a esboçar um processo de abertura política que buscava restaurar a democracia no Brasil, sendo decretada a Lei da Anistia, que reintegrava à vida política aqueles que haviam sido cassados pelo regime (Paiva; Teixeira, 2014).

A partir da década de 1970, o Brasil experimentou um forte contexto de mobilizações sociais e efervescência política, influenciado pelas experiências internacionais, como o movimento pela Reforma Psiquiátrica na Itália. Essas influências foram fundamentais para os

questionamentos sobre as práticas e a assistência prestada às pessoas com transtornos mentais, culminando no movimento pela Reforma Sanitária no Brasil.¹² (Fonte, 2012).

A organização dos movimentos de Reforma Sanitária passou a questionar a estrutura e as políticas de saúde no Brasil, defendendo mudanças nos “modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, a promoção da saúde coletiva, equidade na oferta de serviços e o protagonismo dos trabalhadores e usuários nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado” (Brasil, 2005b, p. 6). Foi nesse contexto que surgiram as primeiras mobilizações em prol da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), associadas ao Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM).

Embora a Reforma Psiquiátrica seja contemporânea à Reforma Sanitária, ela possui uma história própria, ligada ao movimento internacional que buscava a superação do sistema asilar e o combate à violência institucional. Esse movimento ampliou as discussões técnicas para uma perspectiva política e social, com o objetivo de promover mudanças no tratamento das pessoas com transtornos mentais (Brasil, 2005b; Yasui, 2010).

A Reforma Psiquiátrica brasileira foi impulsionada pela busca incessante de concretizar um projeto que extinguisse o modelo hospitalar tradicional e adotasse um novo paradigma no campo dos tratamentos em saúde mental. Essa nova abordagem se opunha à barbárie praticada nos manicômios (Lucena, 2020). A desinstitucionalização desempenha um papel central nesse processo, buscando substituir o modelo hospitalar fechado por serviços abertos e comunitários. O tema da desinstitucionalização será detalhado na próxima seção.

1.2 A reforma psiquiátrica no contexto brasileiro: caminhos para a desinstitucionalização

Na década de 1970, a mobilização social no Brasil foi intensa, com a eclosão de diversos movimentos sociais que buscavam consolidar os direitos sociais e ampliar as políticas públicas durante o processo de transição democrática, após 20 anos de ditadura

¹² A Reforma Sanitária brasileira surgiu no contexto da ditadura, como reflexo das lutas e mobilizações de trabalhadores da saúde e de movimentos populares, na busca não apenas de uma reforma no setor de saúde, mas de uma transformação social mais ampla, abrangendo a democratização da saúde, do poder público e da sociedade (Paim, 2009). De acordo com Pereira (2019), a Reforma incluía as seguintes propostas: a “universalização do acesso à saúde e sua concepção enquanto direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da construção de um Sistema Único de Saúde (SUS) [...]”; e a descentralização e participação por meio de novos mecanismos de gestão priorizando a saúde coletiva e a participação da sociedade civil na administração dos serviços de saúde (Pereira, 2019, p. 3). Sua destacada atuação na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, na Assembleia Constituinte e como representante da sociedade civil mostram, o alcance de sua importante contribuição no processo de reinstituição da democracia no Brasil, desempenhando um papel fundamental na confecção do capítulo acerca da saúde na Constituição de 1988 (Bravo, 2009).

militar. No setor da saúde, destacaram-se a reforma sanitária e o Movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileiro (MRPB). Um dos principais pilares do movimento de reforma sanitária era a luta por um sistema de saúde universal, onde o direito à saúde fosse garantido como dever do Estado. Dentro desse contexto, emergiu o MRPB, influenciado pela perspectiva basagliana, uma das experiências internacionais mais marcantes na transformação da lógica hospitalocêntrica, tanto em termos de estrutura física quanto da cultura que a legitimava (Vieira, 2009).

A perspectiva basagliana, originada na Itália em 1961, a partir das experiências de Franco Basaglia no Hospital Psiquiátrico Provincial de Gorizia (1961-1968), foi um movimento que transformou o hospital em uma comunidade terapêutica. Basaglia entendeu a urgência de extinguir os asilos para estabelecer novos serviços de base comunitária (Tomaz, 2009). No entanto, ele também reconheceu que o pilar para essa transformação deveria ser encontrado no interior da própria estrutura dos manicômios.

Assim, era necessário mobilizar os recursos materiais existentes e, sobretudo, as potencialidades dos usuários, técnicos, familiares e da comunidade em geral, a fim de estabelecer novos métodos de atendimento para pessoas com transtornos mentais. Nesse contexto, Rotelli, De Leonardis e Mauri explicam o processo de desinstitucionalização italiano, destacando a importância da transformação não apenas dos espaços físicos, mas também das práticas e relações dentro do sistema de saúde mental.

A desinstitucionalização começa pelo manicômio. Se o objeto ao invés da “doença” torna-se a existência-sofrimento dos pacientes e a sua relação com o corpo social. Então, desinstitucionalizar será o processo crítico-prático para a reorientação de todos os elementos constitutivos da instituição para este objeto bastante diferente do anterior (Rotelli; De Leonardis; Mauri, 2001, p. 19).

O conceito de desinstitucionalização, conforme proposto pela perspectiva basagliana, vai além da simples questão de evitar a exclusão e o isolamento gerados pela internação psiquiátrica, bem como da expansão dos serviços extra-hospitalares. Trata-se de um processo que envolve a assunção de responsabilidade pelas necessidades de reprodução social dos pacientes psiquiátricos e de suas famílias, oferecendo suporte integral.

O objetivo da reforma psiquiátrica italiana é garantir que o atendimento às pessoas com transtorno mental seja realizado de forma abrangente, considerando não apenas as necessidades clínicas e sintomatológicas, mas também as dimensões concretas da vida. Isso inclui a assistência às necessidades psicológicas, espirituais e sociais dos pacientes,

buscando integrar esses aspectos em uma abordagem mais ampla e humanizada (Basaglia, 1985). É o que se pode observar neste trecho escrito pelo autor:

Nossa ação só pode prosseguir no sentido de uma dimensão negativa que é, em si, destruição e ao mesmo tempo superação. Destruição e superação que vão além do sistema coercitivo-carcerário das instituições psiquiátricas e do sistema ideológico da psiquiatria enquanto ciência para entrar no terreno da violência e da exclusão do sistema sociopolítico, negando-se a se deixar instrumentalizar por aquilo que exatamente quer negar (Basaglia, 1985, p. 131).

Nesse contexto, é importante destacar que a reforma psiquiátrica brasileira foi fortemente influenciada pelo movimento liderado pelo psiquiatra italiano Franco Basaglia (Goulart, 2007; Passos, 2009b). Essa influência ocorreu, em parte, pelas visitas que Basaglia fez ao Brasil nos anos de 1975, 1978 e 1979, durante as quais realizou seminários, conferências e visitas a diversos manicômios. Além disso, foram estabelecidas relações de cooperação entre os dois países, incluindo o voluntariado de profissionais brasileiros em serviços de saúde mental na Itália (Goulart, 2014).

De acordo com os estudos de Rotelli e Amarante (1992), o movimento da reforma psiquiátrica no Brasil se incorporou ao contexto mais amplo de luta pela redemocratização nacional, pela garantia de direitos e cidadania para todos os brasileiros, e pela valorização dos sujeitos com transtornos mentais.

Nesse período de abertura política, com a reorganização partidária e sindical, surgiu um cenário favorável à reivindicação por maior participação social e política. No setor da saúde, houve uma crescente mobilização através do Movimento pela Reforma Sanitária, que “consistiu na organização dos setores progressistas de profissionais da saúde pública, que colocaram em debate a relação entre a prática de saúde e a estrutura da sociedade” (Bravo, 2006, p. 32).

A Reforma Psiquiátrica brasileira, portanto, emergiu desse ambiente de mudanças, articulando-se com as demandas pela democratização do país e pela reestruturação do sistema de saúde, promovendo uma transformação radical no modo de atendimento às pessoas com transtornos mentais.

Um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública (Brasil, 2005b, p. 6).

No âmbito da saúde mental, verifica-se que o modelo tradicional de assistência, baseado na violência e segregação observadas nas instituições psiquiátricas, demonstrava sinais de esgotamento desde o final da década de 1970. Dessa forma, surgiram diversas reivindicações contra essas práticas (Tomaz, 2009).

Nessa conjuntura, emergiu o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), que reivindicava mudanças na assistência às pessoas com transtornos mentais. O movimento defendia uma política de saúde mental centrada no modelo sanitarista, com o objetivo de obter maior controle e humanização dos hospitais psiquiátricos, difundir serviços ambulatoriais e promover a reinserção social dentro dos manicômios públicos (Vasconcelos, 2010b).

O movimento contou com a participação de outros atores, incluindo a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e a Associação de Familiares de Pessoas em Sofrimento Mental (Brasil, 2005b). O MTSM tinha um caráter essencialmente popular, composto por familiares de pessoas em sofrimento mental, sociedade civil, trabalhadores da saúde mental, profissionais de saúde e a imprensa, que começaram a denunciar as precárias condições dos hospitais psiquiátricos no país (Oliveira; Alessi, 2005).

Segundo Amarante (2012), o movimento iniciou-se com reivindicações trabalhistas, sustentadas por um discurso humanitário, que evidenciava as péssimas condições de trabalho nas instituições, fraudes no uso de verbas públicas e casos de maus-tratos, negligência, uso de eletrochoque e a cronificação dos pacientes em hospitais psiquiátricos.

Vasconcelos (2010a) afirma que as reivindicações do MTSM por melhorias e humanização do atendimento psiquiátrico possibilitaram um tratamento mais digno e de melhor qualidade. No entanto, não alteraram significativamente o contexto de segregação, pois muitos pacientes ainda viviam excluídos da sociedade e confinados nos hospícios (Vasconcelos, 2010a).

Embora o MTSM não tenha sido inicialmente concebido como um movimento antimanicomial, no final da década de 1980, o movimento assumiu esse caráter (Amarante, 2012). Esse período foi marcado por críticas às noções de clínica e cidadania, ambas alicerçadas em uma concepção universalista do sujeito, o que abriu possibilidades de mudanças tanto na saúde pública quanto na saúde mental, culminando em eventos decisivos para a política de saúde mental no Brasil (Pereira, 2011).

Em 1979, destaca-se o I Encontro Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental. Esse evento foi significativo ao chamar a atenção para a luta pela transformação do sistema de saúde mental no Brasil, alinhando-se ao movimento mais amplo pela democratização do país.

A manipulação das instituições psiquiátricas como instrumentos de repressão pela ditadura militar foi veementemente condenada. Apesar de ser politicamente conservadora no campo da saúde mental, a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), que posteriormente se tornaria um importante opositor à reforma psiquiátrica no Brasil, aliou-se ao MTSM na luta contra o regime militar (Amarante, 2012).

A VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada entre 17 e 21 de março de 1986, contou com a participação de mais de 4 mil pessoas (Favieiro, 2007). O relatório final da conferência incorporou os princípios defendidos pelo movimento de reforma sanitária, como a garantia do direito à saúde como responsabilidade do Estado e a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS).

Bravo (2006) aponta que “[...] as questões de saúde iam além da análise setorial e referiam-se à sociedade como um todo, propondo não apenas um sistema unificado, mas também uma reforma da saúde” (Bravo, 2006, p. 96). Essa conferência foi fundamental para consolidar o movimento da Reforma Sanitária.

De acordo com Dias (2007), o caráter inovador do movimento da Reforma Sanitária residiu em sua proposta de ruptura com a estrutura histórica tradicional da política de saúde no Brasil, que era centralizadora, autoritária, privatista e hospitalocêntrica. A política de saúde, desde o início da República até o período de democratização, esteve no centro dos debates e da constituição das políticas sociais desenvolvidas pelo Estado brasileiro (Dias, 2007).

O conceito de saúde adotado pelo SUS e pela Reforma Psiquiátrica reflete uma abordagem interdisciplinar, combinando saberes da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Ciências Sociais. Essa abordagem visa não apenas à prevenção de doenças, mas também ao bem-estar e à qualidade de vida da população. No entanto, ao mesmo tempo em que o país avançava para uma compreensão mais ampla da relação entre saúde e doença, ressurgia com força a psiquiatria biológica, que procurava atribuir as doenças mentais a causas orgânicas (Aguiar, 2011).

No II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental (CNTSM), realizado em Bauru em 1987, o MTSM rediscutiu sua estratégia de luta. Críticas ao modelo manicomial e divergências entre o MTSM e grupos conservadores, como a ABP, começaram a emergir (Amarante, 2012).

Ainda em 1987, como desdobramento da VIII CNS, ocorreu a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), com a participação de 176 delegados eleitos em pré-conferências estaduais (Alves *et al.*, 2009). Os principais temas discutidos foram: Economia, Sociedade e

Estado: impactos sobre a saúde e doença mental; Reforma Sanitária e Reorganização da Assistência à Saúde Mental; Cidadania e Doença Mental: direitos, deveres e legislação do doente mental. Um dos desdobramentos dessa conferência foi o Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado nº 3.657/1989 (Brasil, 1987).

Segundo Yasui (2010), a conferência ocorreu em um ambiente de intensas polêmicas. Amarante (2012) ressalta que o MTSM, à época, refletia uma composição heterogênea de denúncias e reivindicações, oscilando entre um projeto de transformação psiquiátrica e uma organização corporativa, especialmente devido à ameaça à mercantilização da loucura estimulada pelo processo de privatização dos anos 1970 (Goulart, 2007).

A exclusão e segregação social perpetuadas pela reforma dos hospitais psiquiátricos levaram a críticas ao próprio movimento. Divergências internas se intensificaram: uma ala defendia a continuidade das lutas dentro do Estado, enquanto outra propunha a reaproximação com os movimentos populares e a opinião pública. Essa ala, influenciada pelas reformas psiquiátricas italianas, passou a defender a abolição dos hospitais psiquiátricos, superando o modelo manicomial (Vasconcelos, 2010a).

[...] essa mesma ala percebe as limitações dos objetivos táticos de luta e transformação do sistema de saúde mental centrados no modelo sanitarista, através do controle e na humanização de serviços ambulatoriais, propondo um avanço dos objetivos estratégicos do movimento, ao se inspirar mais diretamente no modelo proposto por Basaglia e pelo Movimento de Psiquiatria Democrática na Itália.

Dentre as principais críticas e limitações do modelo sanitarista em relação à reforma psiquiátrica italiana desenvolvida, Vasconcelos destaca:

A percepção do seu caráter excessivamente estrutural, na medida que centra as possibilidades de mudança apenas nas macroestruturas econômica, institucional e política do campo em foco, sem interferir no próprio processo interno de produção dos serviços, ou no ato de saúde propriamente dito; tecnicista/burocrática, como se os diferentes técnicos e instrumentos de planejamento, vigilância epidemiológica, sistema de referência e contra-referência, fossem suficientes para implementar e garantir a mudança; fordista, ou seja, visando uma produção em massa de serviços de forma padronizada, não flexível e não preocupada com as especificidades dos diversos grupos da clientela dos serviços e com a dimensão de singularidade humana do sofrimento psíquico (Vasconcelos, 2004, p. 80-81).

A ala do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) que defendia os princípios da reforma psiquiátrica italiana desenvolveu uma crítica contundente à burocratização do movimento. Segundo essa visão, havia uma tendência interna de restringir as lutas à atuação dentro do aparelho do Estado, em detrimento da democratização e da participação popular (Vasconcelos, 2010a).

Essa ala do movimento se opunha fortemente à privatização dos serviços de saúde mental e propunha a total estatização desses serviços (Pereira, 2004a). Reafirmava-se a importância do Estado em assumir sua responsabilidade na implementação de políticas e ações de saúde, alinhando-se aos ideais de cidadania, democratização e participação social. Assim, o papel do Estado seria fundamental para garantir que a saúde mental fosse tratada como um direito universal e não como um serviço sujeito às forças de mercado, assegurando o acesso igualitário e a proteção dos indivíduos em sofrimento mental.

É mister combater a postura ambígua do Estado no campo das políticas sociais e resgatar para a saúde sua concepção revolucionária, baseada na luta pela igualdade de direitos e no exercício real da participação popular, combatendo a psiquiatrização do social, a miséria social e institucional e eliminando o paternalismo e a alienação das ações governamentais e privadas no campo da saúde (Brasil, 1988b, p. 13).

A tendência “hospitalocêntrica” do modelo manicomial deveria ser revertida por meio de ações efetivas do poder público, complementadas pela participação ativa da sociedade, visando à implementação de estratégias de desospitalização que transcendam mudanças apenas no campo específico da saúde mental (Pereira, 2004b). Segundo Yasui (2010), o relatório final “costurou argumentos que estabeleceram as bases para as propostas e experiências práticas que, posteriormente, promoveriam outras lógicas contrárias ao modelo asilar” (Yasui, 2010, p. 43).

Em decorrência dos debates ocorridos na I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) e do amplo processo de reflexão interna do próprio Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), realizou-se, em 1987, na cidade de Bauru, SP, o II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental (CNTSM). Entre os eixos de discussão do congresso, destacava-se uma nova estratégia a ser desenvolvida pelo movimento (Yasui, 2010).

Durante essa conferência, foi instituído o dia 18 de maio como o Dia Nacional de Luta Antimanicomial, com o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Esse lema ressaltava a necessidade de que os tratamentos psiquiátricos fossem direcionados prioritariamente para a inclusão social dos indivíduos, bem como a incorporação das propostas reformistas nas políticas de saúde mental (Brasil, 2005b).

Com a aprovação do manifesto em plenária, o movimento assumiu oficialmente seu caráter antimanicomial (Amarante, 2012), marcando o surgimento do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MLA) (Vasconcelos, 2010a). Destaca-se o seguinte trecho, o qual aborda os valores defendidos pelo Movimento:

O compromisso estabelecido pela luta antimanicomial impõe uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada. O Manicômio é a expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão deste tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de menores, nos cárceres, a discriminação contra os negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos, à saúde, justiça e melhores condições de vida (Conselho Regional de Psicologia, 1997, p. 93).

A tendência “hospitalocêntrica” do modelo manicomial deveria ser revertida por meio de ações efetivas do poder público, somadas à participação ativa da sociedade, com o objetivo de implementar estratégias de desospitalização que transcendam o campo específico da saúde mental (Pereira, 2004b). Para Yasui (2010), o relatório final “costurou argumentos que estabeleceram as bases para as propostas e experiências práticas que viriam a exercitar outras lógicas contrárias ao modelo asilar” (Yasui, 2010, p. 43).

Como resultado dos debates da I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) e do processo de reflexão interna do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), realizou-se, em 1987, em Bauru, SP, o II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental (CNTSM). Um dos principais eixos de discussão nesse congresso apontava para uma nova estratégia a ser desenvolvida pelo movimento (Yasui, 2010).

Durante essa conferência, o dia 18 de maio foi instituído como o Dia Nacional de Luta Antimanicomial, com o lema “Por uma sociedade sem manicômios.” Esse lema reforçava a necessidade de que os tratamentos psiquiátricos fossem direcionados prioritariamente para a inclusão social dos indivíduos e para a incorporação das propostas reformistas nas políticas de saúde mental (Brasil, 2005b).

Com o manifesto aprovado na plenária, o movimento assumiu oficialmente seu caráter antimanicomial (Amarante, 2012), marcando o surgimento do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MLA) (Vasconcelos, 2010a).

Para Yasui (2010), o Movimento da Luta Antimanicomial (MLA) apresentava “a face mais politicamente ativa da Reforma Psiquiátrica” (Yasui, 2010, p. 46). O MLA buscava se manter como um movimento ativo, sem se tornar uma instituição formal: “não há uma sede, fichas de inscrição ou rituais de filiação. Existe como uma utopia ativa, cheia de desejos e ideais de transformação, e como materialidade na prática cotidiana de profissionais, familiares, usuários e tantos outros que se identificam com seu ideário” (Yasui, 2010, p. 46).

Durante esse período, surgiram diversos núcleos de luta antimanicomial, que se uniram ao MLA, substituindo o MTSM. Desde então, o MLA passou a ocupar espaços consultivos e decisórios nos governos federal, estadual e municipal.

Nesse sentido, o eixo do projeto da Reforma Psiquiátrica não se limitava a melhorar o tratamento dos indivíduos com transtornos mentais ou a melhorar a infraestrutura hospitalar. O objetivo era construir um novo espaço social para a loucura, questionando e transformando as práticas tradicionais da psiquiatria e outras instituições sociais, desafiando pressupostos psiquiátricos que defendiam o isolamento e controle extremo dos pacientes (Pereira, 2008; Amarante, 2003, 2015).

Dessa forma, a Reforma Psiquiátrica propôs alterações nas esferas sociais, políticas, econômicas e ideológicas, através de um novo modelo de atenção e gestão das práticas de saúde. Esse modelo defendia a saúde coletiva, a humanização do tratamento dos pacientes com transtornos mentais, a equidade na oferta de serviços e o poder de decisão dos trabalhadores de saúde, em oposição às péssimas condições de trabalho nas instituições asilares (Zambenedetti; Silva, 2008; Oliveira; Alessi, 2005).

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, a política de saúde passou a ser regulamentada pelas Leis 8.080/90 (Brasil, 1990a) e 8.142/90 (Brasil, 1990b). A primeira incorporou os princípios de equidade, universalidade e integralidade, propostos pelo movimento de Reforma Sanitária, e estabeleceu em seu artigo 6º a saúde como um direito social e dever do Estado, inserido na Seguridade Social e custeado por recursos da União, estados e municípios (Brasil, 1990a). A segunda lei estabeleceu a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e regulamentou as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (Brasil, 1990b). Juntas, essas leis estabeleceram os padrões funcionais do SUS.

Com a criação do SUS, a saúde mental passou a fazer parte integrante do sistema, trazendo uma nova perspectiva de atendimento, com a participação da família, dos usuários e da sociedade (Ribeiro; Rosa, 2020). Além disso, representou um avanço no processo de formulação e implementação de políticas de saúde, inclusive a mental, sob a perspectiva de emancipação dos indivíduos (Mello, Mello; Kohn, 2007; Lobato, 2000).

Esse processo favoreceu a construção de novos espaços sociais para pessoas em sofrimento psíquico e seus familiares. No final dos anos 1980, o Brasil vivenciou um período de experiências territoriais em saúde mental, que se desenvolveram sem normativas técnicas ou financiamento federal. Um exemplo notável foi a rede psicossocial de Santos, SP, iniciada em 1987 com a inauguração do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de São Paulo, e a intervenção, em 1989, da Secretaria Municipal de Saúde de Santos em um hospital psiquiátrico privado, a Casa de Saúde Anchieta, que abrigava mais de 500 pacientes e foi alvo de denúncias de maus-tratos e mortes (Brasil, 2005b).

Durante esse período, o Ministério da Saúde começou a emitir portarias para normatizar as ações ambulatoriais e regular financeiramente os hospitais psiquiátricos (Lucena, 2020). Essas intervenções revelaram a viabilidade de construir uma rede de cuidados substitutiva ao hospital psiquiátrico (Yasui, 2010).

Em Santos, foram criados Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), cooperativas, residências para egressos de hospitais e associações. A experiência de Santos tornou-se um exemplo paradigmático na reformulação do cuidado em psiquiatria no Brasil (Brasil, 2005b).

Na década de 1990, com o avanço da legislação e as diretrizes do Ministério da Saúde, houve uma expansão significativa dos serviços de saúde mental territoriais, como os CAPS e os NAPS, acompanhados pelo desenvolvimento de tecnologias de cuidado voltadas para as necessidades da população em sofrimento psíquico (Lucena, 2020).

Essas experiências, somadas às articulações no âmbito legislativo e acadêmico, foram cruciais para delinear a reforma psiquiátrica brasileira como uma política pública. Segundo Bahia (2005), o redirecionamento dos recursos financeiros para estados e municípios, aliado à participação popular na saúde, facilitou o cumprimento do mandato de universalização e contribuiu para a reorientação da política de saúde mental (Bahia, 2005).

1.3 Contrarreforma do Estado e suas inflexões na política de saúde mental no Brasil

O Brasil da década de 1980, impulsionado pelas manifestações populares, facilitou a aprovação da Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988a). Essa legislação, conhecida como “Constituição Cidadã”, ampliou significativamente as funções do Estado no âmbito das políticas públicas por meio de um sistema descentralizado e participativo. Esse avanço não apenas superou a Constituição de 1967, que ela substituiu, mas também representou um progresso em comparação com as constituições brasileiras anteriores (Marques; Louault, 2018).

Nesse sentido, pode-se afirmar que essa Constituição representa um marco histórico para o Brasil, simbolizando uma série de conquistas, incluindo os direitos políticos, civis e sociais. Além disso, viabilizou a implementação de um conjunto de ações nas áreas de Saúde, Previdência e Assistência Social, pautadas no princípio fundamental da dignidade da pessoa humana (Couto, 2010).

Contudo, o desenvolvimento dos projetos de reforma sanitária e psiquiátrica confrontou-se com a ascensão do neoliberalismo. No cenário global, o binômio fordismo-keynesianismo, que havia orientado o capitalismo durante os anos de bem-estar social na

Europa, começava a dar sinais de esgotamento, assim como o crescimento econômico observado no pós-guerra. A crise do Estado de Bem-Estar Social, símbolo dos “anos dourados” nos países capitalistas centrais, se intensificava. Essa crise, complexa em suas raízes, pode ser analisada a partir de diferentes perspectivas, incluindo a crítica à razão moderna, o fracasso da social-democracia e do socialismo real, além das mudanças bruscas nos processos de trabalho (Behring; Boschetti, 2008).

Nesse contexto de crise, teóricos do neoliberalismo, que buscavam demonstrar a inviabilidade da intervenção estatal na economia e a falência do socialismo real, implementaram estratégias de ajuste estrutural em diversas partes do mundo (Evangelista, 2007). Esse projeto defendia um Estado mínimo no campo social e máximo no apoio ao capital, comprometendo as conquistas sociais e trabalhistas. No entanto, esse discurso mascarava a real necessidade do capital de acumular mais riqueza por meio da intensificação da exploração da classe trabalhadora (Paulo Netto; Braz, 2006). Com o advento da crise, mecanismos de reestruturação foram introduzidos pela burguesia monopolista, esvaziando as conquistas sociais alcançadas no segundo pós-guerra e instituindo a terceira fase do estágio monopolista no capitalismo contemporâneo (Paulo Netto; Braz, 2006).

A reestruturação produtiva foi marcada pela adoção do modelo de gerenciamento do trabalho baseado no toyotismo. Após a Segunda Guerra Mundial, a baixa demanda no Japão levou a Toyota a desenvolver um novo conceito de produção para aumentar a eficiência operacional em um ambiente de competitividade crescente. Esse sistema, denominado Sistema Toyota de Produção, nasceu da necessidade do Japão de “produzir pequenas quantidades de diversos modelos de produtos” (Pinto, 2007, p. 56).

O toyotismo, também conhecido como ohnismo, surge como a via de expansão e consolidação do capitalismo monopolista industrial (Antunes, 2002, p. 31). O autor elenca algumas características e consequências do toyotismo: 1) produção vinculada à demanda, visando atender às exigências individualizadas do mercado; 2) trabalho em equipe, com diversidade de funções; 3) flexibilidade na produção, permitindo ao trabalhador operar várias máquinas; 4) princípio do just in time, para otimizar o tempo de produção; 5) sistema de kanban, utilizado para controlar a reposição de peças; 6) estrutura organizacional horizontalizada, em contraste com o modelo verticalizado do fordismo; 7) organização dos Círculos de Controle de Qualidade (CCQs), grupos de trabalhadores que discutem a performance para melhorar a produtividade; 8) emprego vitalício para uma parcela dos trabalhadores, excluindo as mulheres, e ganhos relacionados ao aumento da produtividade (Antunes, 2002, p. 31).

Segundo Abramides (2019), a reestruturação produtiva por meio do toyotismo proporciona ao capital maior exploração e controle da força de trabalho, garantindo maiores ganhos de produtividade ao eliminar desperdícios de tempo ocioso. O processo de acumulação flexível baseia-se no aumento da produtividade, eficiência e qualidade, apoiado em inovações tecnológicas como robótica, automação e microeletrônica (Abramides, 2019).

Essa estratégia, no entanto, não promove a criação de novos empregos. Ao contrário, reforça a intensificação e desumanização do trabalho, combinando as formas relativa e absoluta de extração da mais-valia (Antunes, 2002, p. 56). A introdução de novas tecnologias produtivas e a consequente redução do uso da força de trabalho humana contribuem para o aumento do desemprego estrutural e o empobrecimento da classe trabalhadora, enfraquecendo, também, os movimentos e lutas sindicais (Vieira, 2009).

Alguns dos fundamentos da reestruturação produtiva incluem o neoliberalismo, uma proposta que visa aumentar o lucro dos empresários ao reduzir o papel do Estado e privilegiar a presença do mercado nas relações econômicas. O neoliberalismo foi promovido como modelo a ser seguido por países em desenvolvimento (Ferreira, 2010). A onda neoliberal teve como marco, em 1989, a proposição de medidas no chamado Consenso de Washington¹³, arquitetado pelo Fundo Monetário Internacional (FMI), Banco Mundial e outras instituições (Silva, 2021).

Segundo Bresser-Pereira (1991), as três principais recomendações do Consenso de Washington incluíram: a abertura econômica e comercial, a adoção da economia de mercado e o controle fiscal macroeconômico. Entre as disciplinas fundamentais apontadas pelo autor estavam a disciplina fiscal, a reforma fiscal e tributária, as privatizações de empresas estatais, a redução da intervenção do Estado e a desregulamentação de leis trabalhistas e de programas de controle econômico (Bresser-Pereira, 1991).

A doutrina neoliberal, conforme defendida, advoga pela minimização da intervenção estatal na economia, visando fomentar a liberdade dos agentes econômicos e promover a abertura dos mercados. Essa ideologia sustenta que a intervenção mínima do Estado é essencial para maximizar a liberdade individual e permitir o pleno funcionamento dos mecanismos de mercado (Ferreira, 2010).

No Brasil, o marco explícito do advento do neoliberalismo ocorreu na década de 1990, durante o governo de Fernando Collor de Mello. Seu governo (1990-1992), marcado por

¹³ O Consenso de Washington foi um encontro realizado em Washington, capital dos EUA, na qual participaram representantes de países da América Latina, principalmente economistas neoliberais. O objetivo do encontro foi apresentar medidas de ajuste para superar a crise do Estado (Salvador, 2010).

corrupção e impeachment, implantou os Planos Collor I e II, que visavam controlar a alta inflação. Entre as medidas desses planos estava o confisco de poupanças, mas eles se mostraram ineficazes frente à crise e à inflação, resultando em profunda recessão econômica e aumento das taxas de suicídio (Lovisi *et al.*, 2009; Maciel, 2017).

Ao promover o enxugamento do Estado, Collor abriu caminho para reformas orientadas ao mercado, em um contexto de forte recessão econômica, gerando descontentamento tanto na população quanto em parte da burguesia, o que culminou no processo de deslegitimação de seu governo e perda de poder político (Maciel, 2017).

No Brasil, entre as políticas públicas legitimadas pela Constituição Federal de 1988, a saúde se destacou como um campo propício de disputa pela lucratividade do capital privado. Desde sua criação como política pública universal, a saúde foi alvo de tentativas de desmonte e privatização, com o intuito de entregá-la às mãos do capital (Silva, 2021).

A promulgação das Leis Orgânicas da Saúde (nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990), durante o governo Collor, leis que tinham uma natureza abrangente e progressista, só foi possível porque o Congresso Nacional possuía a mesma composição da Assembleia Nacional Constituinte, o que facilitou a aprovação dessa legislação fundamental para o sistema de saúde (Rodriguez Neto, 2003).

Com a eleição de Fernando Henrique Cardoso (FHC) (1995-2003), houve uma intensificação das reformas neoliberais. Maciel (2017) destaca que os planos econômicos de Collor prepararam o terreno para as políticas de FHC, que visavam redimensionar o papel do Estado por meio de sua refuncionalização, alinhando-se às recomendações de organismos internacionais (Maciel, 2017).

Tal “reforma”, cunhada por Behring (2008) de “contrarreforma”¹⁴, teve como documento orientador o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (Behring, 2008). Elaborado pelo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (Mare) na gestão do ministro de FHC, Luiz Carlos Bresser Pereira e aprovado, em setembro de 1995, pela Câmara Federal (Lima, 2007). O centro dessa contrarreforma era o ajuste fiscal (Silva; Teixeira, 2019).

O plano defendido durante o governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC) visava à redução de investimentos na área social e à retração de direitos, favorecendo as empresas privadas e o

¹⁴ Para Behring (2008), a expressão “reforma do Estado” carrega um sentido ideológico, sendo na prática uma “contrarreforma” do Estado. Isso ocorre porque o discurso sobre a “reforma” se baseia predominantemente em aspectos fiscais, enquanto a preocupação aparente com a proteção social serve apenas para tornar a reforma mais socialmente aceitável. Na realidade, trata-se de uma escolha político-econômica regressiva, que compromete os avanços na garantia do sistema de proteção social (Behring, 2008).

capital por meio de uma nova forma de reestruturação capitalista. Segundo a análise de Coutinho (2008), essa contrarreforma privilegiava o mercado na disputa pelos recursos do fundo público, com a redução de investimentos sociais e a retração dos direitos sociais (Coutinho, 2008). Em oposição ao Estado como executor de políticas sociais, a ideologia neoliberal impunha ajustes econômicos e a retração das políticas públicas de proteção social, atendendo aos interesses do capital em detrimento dos direitos da classe trabalhadora (Moreira, 2017).

Com a contrarreforma, FHC privatizou várias empresas estatais e transferiu direitos, como saúde e educação, para o campo dos serviços não essenciais do Estado (Ribeiro; Ferraz, 2017, p. 502). Chauí (2001) explica que o Estado neoliberal, ao transformar setores estatais em não estatais, exclui as exigências democráticas dos cidadãos e aceita apenas as demandas feitas pelo capital, eliminando conquistas econômicas, sociais e políticas obtidas por meio de lutas populares no âmbito da luta de classes (Chauí, 2001, p. 177). A autora acrescenta que, sob o modelo neoliberal, o Estado passa a tratar direitos como saúde, educação e cultura como meros serviços, que podem ser terceirizados ou privatizados, deixando de considerá-los direitos fundamentais dos cidadãos (Chauí, 2001, p. 177).

Esse processo exemplifica-se pela apropriação do fundo público, recursos arrecadados pelo Estado por meio de impostos e taxas e da mais-valia socialmente produzida, que deveriam ser destinados à gestão de políticas públicas e investimentos sociais, como educação, transporte, habitação e saúde socializada (Chauí, 2001). No entanto, o Estado redireciona esses recursos para financiar o capital, especialmente por meio de escoamento para instituições privadas e pagamento de dívidas (Behring, 2010).

Como consequência desse processo, houve um agravamento das expressões da questão social, com o aumento das demandas por educação, saúde e moradia. Dado que o Estado neoliberal não oferece respostas adequadas a essas demandas, as políticas públicas passaram a ser marcadas por características clientelistas e assistencialistas. Nesse contexto, observou-se o trinômio do neoliberalismo: privatização, focalização e descentralização (Draibe, 1993a).

Algumas ações que comprovam o impacto das políticas de FHC sobre a saúde pública incluem a expansão limitada do Programa de Saúde da Família (PSF) e a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em 2000, ações que contribuíram para a acumulação de capital no setor de saúde ao promover a proliferação de planos de saúde e serviços privados (Silva, 2019). Além disso, o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) sofreu cortes significativos devido à exclusão da contribuição previdenciária da base de cálculo, o que reduziu os recursos destinados ao sistema (Lima, 2010).

A Declaração de Caracas (1990) e a II Conferência Nacional de Saúde Mental (1992) estabeleceram as primeiras normas federais para a implantação de serviços substitutivos de atenção diária, baseados nas experiências dos primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). No entanto, a implementação desses serviços enfrentou dificuldades devido à falta de normatizações e de financiamento específico até a promulgação da Lei nº 10.216/2001 (Silva, 2021). A partir dessa lei, várias medidas foram implementadas para promover mudanças no campo da saúde mental, incluindo a regulamentação dos CAPS por meio da Portaria nº 336/2002 do Ministério da Saúde (Brasil, 2002).

Essa portaria definiu os diferentes tipos de CAPS, ajustando-os ao porte e à complexidade de cada município e estabelecendo suas atribuições. Os CAPS foram concebidos como serviços abertos e comunitários, com o objetivo de oferecer atendimento a pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Apesar dos avanços com a implantação do SUS e a aprovação de sua Lei Orgânica em 1990, o governo FHC promoveu um boicote à sua operacionalização por meio de emendas constitucionais que dificultaram a participação da sociedade e a transferência de recursos para os entes subnacionais (Pasche *et al.*, 2006; Cordeiro, 2001). Ao adotar integralmente o receituário neoliberal, FHC promoveu modelos de gestão privatizantes que resultaram na deterioração dos princípios constitucionais da saúde pública, distanciando o SUS de sua concepção original (Silva, 2019).

Segundo Bravo (2000), a saúde pública brasileira passou a ser marcada pela ênfase na focalização, com atendimento direcionado aos segmentos mais pobres da população. A precarização, terceirização, desfinanciamento e ausência de vontade política têm comprometido a viabilização da Seguridade Social, composta por saúde, previdência e assistência social (Bravo, 2000). Como resultado, o sistema de proteção social foi fragilizado, tornando-se incapaz de garantir plenamente os direitos da população.

Com a mudança de governo em 2003 e a eleição de Luís Inácio Lula da Silva, do Partido dos Trabalhadores (PT), surgiram novas expectativas em relação às políticas sociais, incluindo a saúde mental.

1.4 A política de saúde mental nos governos de Lula e Dilma

A eleição de Luís Inácio Lula da Silva para a presidência do Brasil (2003-2010) marcou o início da construção de um modelo de desenvolvimento que buscava articular uma

parceria entre o Estado e o mercado, com o objetivo de regular a disciplina fiscal e monetária, promovendo um crescimento econômico acelerado e sustentável. Nesse contexto, a legitimidade social e política desse novo projeto burguês manifestou-se também na implementação de políticas públicas que atendiam de forma satisfatória às demandas da população, incluindo a área de saúde mental, por meio da eficiência de seus equipamentos sociais (Oliveira, 2022, p. 60).

O conceito de neodesenvolvimentismo, conforme descrito por Alves (2016), representa uma nova dimensão de desenvolvimento nas periferias do sistema capitalista mundial, caracterizado por uma atuação estatal ampla, com o objetivo de fortalecer o mercado interno e reduzir a pobreza por meio de políticas distributivas. O governo Lula foi estruturado a partir de uma frente política abrangente, fundamentada nesse conceito de neodesenvolvimentismo, o qual, segundo Boito Jr. (2018), possui as seguintes características: a) liderança da grande burguesia interna; b) inclusão de classes trabalhadoras excluídas do bloco no poder, como a baixa classe média e o operariado; c) uma relação populista com as massas marginais; d) uso dessa frente como principal recurso político para a ascensão da burguesia; e e) enfrentamento do campo neoliberal ortodoxo, representado pelo grande capital internacional e setores da alta classe média.

Nesse cenário, era necessário regular os conflitos de classe, promovendo o apassivamento dos trabalhadores, movimentos populares e sindicatos, além de garantir um período de melhorias concretas e de expansão econômica. Embora essas melhorias aparentassem um compromisso com as questões sociais e com a população mais pobre, os lucros da burguesia continuaram a ser predominantes (Boito Jr., 2018). Assim, promovia-se um “equilíbrio de forças entre o capital e o trabalho, ajustando-se ao capital mundializado, com a adesão passiva das massas” (Carvalho; Guerra, 2015, p. 52).

Portanto, o governo Lula não rompeu com a política neoliberal. Apesar de sua ascensão ter sido respaldada por propostas populares, diversas medidas impopulares foram adotadas para recuperar a economia (Oliveira, 2022). Para restaurar a confiança dos investidores, Lula nomeou uma equipe econômica ortodoxa, elevou as taxas de juros e implementou cortes no investimento público, buscando um superávit primário superior ao recomendado pelo FMI (Anderson, 2011).

Carvalho e Guerra (2015) descrevem o governo Lula como promotor de um modelo rentista-extrativista de acumulação na América Latina, associado a políticas de enfrentamento à pobreza (Carvalho; Guerra, 2015, p. 52). Embora o governo utilizasse o fundo público para beneficiar interesses do capital, também desenvolveu programas sociais de grande impacto,

como o Bolsa Família e o Minha Casa, Minha Vida, que inseriram setores empobrecidos no consumo (Carvalho; Guerra, 2015). Esse arranjo garantiu crescimento econômico com distribuição de renda, caracterizando a gestão dos governos petistas.

Segundo Oliveira (2022), o programa neodesenvolvimentista estava vinculado ao desenvolvimento econômico capitalista, mas com diferenciais nas políticas sociais, como a redistribuição de renda, aumento real de salários e políticas compensatórias. Novelli (2014) descreve esse período como de “políticas inspiradas no social-desenvolvimentismo,” priorizando investimentos no Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) e ampliando o papel do BNDES no financiamento da economia brasileira (Novelli, 2014, p. 9).

No campo da saúde, esse período foi marcado pela ampliação dos serviços e pela garantia de renda mínima para a população vulnerável. Programas como o Brasil Sorridente, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), e o programa Farmácia Popular foram criados, além da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CAMED) e a expansão das equipes de atenção básica por meio do Programa Saúde da Família (PSF) (Oliveira, 2022).

Outro marco foi a Portaria nº 399, de 2006, que estabeleceu o Pacto pela Saúde, consolidando o SUS e aprovando diretrizes operacionais. Esse pacto promoveu uma abordagem integrada e coordenada, com iniciativas voltadas para a saúde de populações específicas, como negros, quilombolas, indígenas e assentados (Oliveira, 2022).

A área de saúde mental avançou consideravelmente em direção à desinstitucionalização, por meio de ações que garantiram a redução gradual de leitos psiquiátricos e a expansão dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (Hernandes; Fernandes, 2020). Um marco significativo foi a Lei nº 10.708, que instituiu o auxílio-reabilitação psicossocial como parte do programa “De Volta Para Casa” (Brasil, 2003b).

Em 2004, a Portaria nº 52 estabeleceu o Programa de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS, acelerando a Reforma Psiquiátrica e promovendo a desospitalização (Brasil, 2004a). No ano seguinte, as Portarias nº 245 e 246 incentivaram a criação de CAPS e Serviços Residenciais Terapêuticos (Brasil, 2005a), enquanto a Lei nº 11.343 criou o Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas (SISNAD), com foco na prevenção e reinserção social (Brasil, 2006a).

O segundo mandato de Lula, em 2008, viu a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs), que incorporaram profissionais de saúde mental nas equipes de atenção básica (Brasil, 2011c), reforçando a rede de cuidados substitutivos ao hospital psiquiátrico. Durante esse período, o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e

Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD) foi instituído, priorizando crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade (Brasil, 2009).

Apesar das inovações, o subfinanciamento e a pressão do setor privado sobre o SUS permaneceram desafios persistentes (Meniccuti, 2011). Embora o governo tenha implementado importantes melhorias na saúde, o modelo neoliberal continuou a direcionar recursos orçamentários para o pagamento da dívida pública, comprometendo avanços estruturais (Marques; Mendes, 2007).

A saúde mental continuou a evoluir, mas muitos municípios começaram a terceirizar a gestão dos CAPS, o que levou à precarização dos serviços e à transferência de recursos públicos para o setor privado (Mexko; Benelli, 2022). Na esfera política houve uma coalizão partidária, com a presença significativa do PMDB, que favoreceu forças ultraconservadoras¹⁵ e culminou em seu impeachment em 2016 (Silva, 2021).

A Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, assinada pelo então Ministro da Saúde Alexandre Padilha, instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) durante o governo de Dilma Rousseff (Brasil, 2011b). Segundo Amarante e Nunes (2018), a RAPS trouxe uma nova dimensão às ações em saúde mental no Sistema Único de Saúde (SUS), promovendo a ampliação do acesso à atenção psicossocial em diversos níveis de complexidade. A rede facilitou o atendimento a pessoas em sofrimento psíquico e com necessidades relacionadas ao uso de crack, álcool e outras drogas, assim como suas famílias.

A RAPS é composta por diversos serviços e equipamentos, incluindo centros de atenção psicossocial (CAPS), ambulatórios especializados, hospitais-dia, equipes de atenção básica, consultórios de rua, centros de convivência, núcleos de apoio à saúde da família (NASF), salas de estabilização, unidades de pronto atendimento (UPA), emergências hospitalares, unidades de acolhimento (UA), serviços de atenção em regime residencial, serviços residenciais terapêuticos (SRT), leitos psiquiátricos em hospitais gerais e serviços hospitalares de referência, além de estratégias de reabilitação psicossocial (Brasil, 2011b).

Entretanto, em 2012 foi aprovada a Portaria nº 131/2012, que destinava recursos do Ministério da Saúde para comunidades terapêuticas voltadas para pessoas com sofrimento psíquico decorrente do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da RAPS (Brasil, 2012). Essa portaria permitiu que as Comunidades Terapêuticas (CTs) passassem a disputar

¹⁵ O termo "ultraconservador" não se refere a um conservadorismo tradicional, mas sim a um autoritarismo violento que promove: nacionalismo xenófobo, ódio à esquerda, ao feminismo e aos homossexuais, intolerância religiosa ou étnica (racismo) contra o "outro" e violência policial e militar como solução para problemas sociais e criminalidade (Lowy, 2018).

recursos do Fundo Nacional de Saúde, assegurados pela Ação Orçamentária 20BO, voltada ao financiamento de novos pontos de atenção na rede psicossocial (Oliveira; Garcia, 2023). O custeio foi estabelecido no valor de R\$ 15.000,00 mensais para cada módulo de 15 vagas de atenção em regime residencial (Oliveira, 2021).

As CTs distanciam-se dos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), ao isolarem os indivíduos do convívio social, de forma semelhante ao que ocorria nos manicômios, e ao basearem seu tratamento na abstinência, em oposição à política de redução de danos. Além disso, muitas dessas comunidades desrespeitam a laicidade ao incorporarem práticas religiosas em suas abordagens (Mexko; Benelli, 2022).

A partir de 2013, observou-se um processo de retração do orçamento destinado à Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), que passou de 2,1% para 1,6%, comprometendo a eficácia da RPB e afetando tanto a expansão da rede de serviços quanto a manutenção dos estabelecimentos existentes (Mexko; Benelli, 2022).

Durante o segundo governo de Dilma Rousseff (2015-2016), a mudança na correlação de forças políticas no governo federal favoreceu os interesses dos grupos aliados ao modelo manicomial, que passaram a ter maior influência na política oficial do Ministério da Saúde. A nomeação de Marcelo Castro como Ministro da Saúde e, posteriormente, a de Valencius Wurch Duarte Filho, ex-diretor técnico do manicômio Casa de Saúde Dr. Eiras (RJ) e defensor do modelo manicomial, para a Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (CGMAD), foram fatores decisivos que sinalizaram retrocessos significativos (Mexko; Benelli, 2022).

Essas nomeações provocaram manifestações em todo o país, com o apoio de diversos setores da sociedade, incluindo artistas, professores e políticos. No entanto, a resistência não foi suficiente para impedir a mudança na gestão da saúde mental, evidenciando um movimento de restauração de concessões feitas desde a criação da lei e das portarias que haviam institucionalizado aspectos fundamentais da RPB (Mexko; Benelli, 2022).

Nos últimos sete anos (2016-2022), observou-se o enfraquecimento da esquerda política, especialmente do Partido dos Trabalhadores (PT), uma das principais forças na luta pela redemocratização do Brasil (Oliveira; Garcia, 2023). Durante seus 13 anos no poder (2003-2016), o PT conseguiu reduzir a desigualdade de renda por meio de políticas sociais, embora sem romper com a estrutura de exploração capitalista que perpetua a desigualdade (Gonçalves, 2012; Vasconcelos, 2016).

A crise global de 2008-2009 interrompeu a tendência de redução da desigualdade no Brasil, e o contexto de crise política, econômica e ética que se instaurou a partir de 2015 abriu

caminho para a ascensão de forças ultraconservadoras e autoritárias. Essas forças impulsionaram o processo de impeachment da presidente Dilma Rousseff e criaram espaço para a implementação de uma agenda neoliberal mais agressiva no Brasil, o que se pode denominar de ultraneoliberalismo.

1.5 A tendência regressiva da política de saúde mental na conjuntura ultraneoliberal

Em 2016, após o “Golpe” parlamentar que resultou no impeachment da Presidenta Dilma Rousseff, Michel Temer (2016-2018) assumiu a presidência da República. Durante seu governo, houve uma intensificação da política de austeridade fiscal, marcada por ações como a Emenda Constitucional nº 95/2016, que congelou, por 20 anos, os gastos públicos destinados à Saúde, Educação e Assistência Social, além da aprovação das contrarreformas trabalhista e previdenciária (Souza; Soares, 2019).

Bravo, Pelaez e Menezes (2020) destacam a gravidade da medida brasileira de congelamento de gastos com saúde por duas décadas, sublinhando os enormes prejuízos causados ao setor. As autoras enfatizam que, “quanto mais a economia brasileira crescer, maior será a perda de recursos para a saúde” (Bravo; Pelaez; Menezes, 2020, p. 196). Além disso, expressam preocupação com os retrocessos na política de saúde mental, cujas propostas ameaçam as conquistas alcançadas pela Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Outro retrocesso promovido pelo governo Temer foi a articulação com o setor empresarial de saúde, integrando os setores público e privado para formar uma rede de cuidados contínuos, ampliando a participação da iniciativa privada na gestão dos serviços. Esse processo começou em 2014, com a participação da Associação Nacional de Hospitais Privados e da Federação das Indústrias do Estado de São Paulo (Fiesp) (Bravo; Pelaez; Menezes, 2020).

Essas medidas redirecionam o orçamento da saúde para o mercado, retirando recursos que seriam destinados ao fortalecimento do SUS, responsável por melhorar a estrutura e qualidade dos serviços de saúde (Bravo; Pelaez; Menezes, 2020, p. 198). Trata-se de mais uma estratégia que favorece o capital na disputa pelo fundo público, esvaziando o financiamento das políticas sociais (Bravo; Pelaez; Menezes, 2020; Behring, 2010).

Iniciou-se, então, um período de desfinanciamento do sistema público de saúde, agravado nos anos subsequentes. Para entender melhor esse cenário, é preciso remeter à Portaria nº 2.043/2015, que nomeou Valencius Wurch Duarte Filho para a Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (CSM) do Departamento de Atenção Especializada e

Temática da Secretaria de Atenção à Saúde, antes mesmo da deposição de Dilma Rousseff (Brasil, 2015).

Em 2016, a reconfiguração da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) marcou o início de uma contrarreforma na área com a publicação da Portaria nº 1.482, de 25 de outubro, do Ministério da Saúde, que permitiu o cadastro de entidades de promoção à saúde e comunidades terapêuticas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Essa mudança qualificou essas instituições para receber verbas do Sistema Único de Saúde (SUS), integrando-as à rede de assistência para pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas (Brasil, 2016).

Entretanto, é importante observar que essas instituições, em grande parte, ignoram a Política de Redução de Danos, o que vai de encontro aos princípios dos direitos humanos. Muitas dessas entidades se baseiam em práticas religiosas e promovem o isolamento social em ambientes fechados, onde indivíduos em sofrimento psíquico são tutelados (Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020).

Dessa forma, o modelo hospitalar psiquiátrico está sendo reconstruído em contradição aos princípios da Reforma Psiquiátrica, com o poder público atuando como facilitador dessa mudança. A recente legislação tem pavimentado o caminho para a reestruturação de um sistema que, ao invés de promover a desinstitucionalização e inclusão social, reforça práticas que marginalizam indivíduos em sofrimento psíquico (Oliveira, 2022).

A Resolução nº 32 de 2017 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) redefiniu as diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da Política Nacional sobre Drogas (PNAD), aprovada pelo Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002 (Brasil, 2017a). Essa resolução reformulou o desenho, o financiamento, a metodologia de avaliação dos serviços e a própria orientação clínica da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020).

A resolução reintroduziu o hospital psiquiátrico como parte da rede de cuidados e aumentou seu financiamento. O artigo 9º reajustou “o valor das diárias para internação em hospitais especializados” e fortaleceu “a parceria intersetorial entre o Ministério da Saúde, Ministério da Justiça, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, e Ministério do Trabalho, no que diz respeito às Comunidades Terapêuticas” (Brasil, 2017a, art. 110).

Além disso, a Portaria GM nº 3.588, de dezembro de 2017, instituiu os CAPS AD IV (Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas IV), expandiu o tamanho das Residências Terapêuticas e das enfermarias de saúde mental em hospitais gerais, além de aumentar os recursos para hospitais psiquiátricos (Brasil, 2017b).

O CAPS AD IV difere da lógica de cuidado dos demais CAPS ao se propor a prestar “assistência a urgências e emergências”, em vez de se concentrar na atenção à crise baseada no vínculo terapêutico, como antes era o caso (Brasil, 2007a). Estruturalmente, apresenta características de um pequeno hospital psiquiátrico, pois conta com “enfermarias” (e não “acolhimento noturno”, como nos CAPS III) (Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020).

O CAPS AD IV deve operar 24 horas por dia, incluindo feriados e fins de semana, em regiões conhecidas como “cracolândias”, o que pode tanto servir de porta de entrada para as comunidades terapêuticas quanto reforçar a estigmatização dos territórios e populações que lá residem, desconsiderando aspectos como moradia, trabalho, lazer e vínculos familiares (Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020; Conselho Federal de Psicologia, 2022).

Essas mudanças criaram um novo paradigma para a RAPS, fundamentado em uma lógica manicomial e desrespeitando os princípios da Reforma Psiquiátrica e as legislações de proteção aos indivíduos em sofrimento psíquico (Oliveira, 2022). Assim, como destacam Guimarães e Rosa, tais medidas representam um retorno ao modelo de institucionalização que a Reforma Psiquiátrica visava superar.

[...] as disputas por modelos e recursos públicos, entre uma perspectiva de reforço à lógica universal do SUS, pautada no direito, e outra privatizante, que ganha força e busca redirecionar os recursos do SUS, remercantilizando os serviços e a atenção em saúde, focalizando-a para determinados segmentos, transferindo os recursos financeiros dos equipamentos do Estado para serviços vinculados à lógica de mercado e às entidades não governamentais, com uma tendência de transformar a saúde em mercadoria (Guimarães; Rosa, 2019, p. 132).

Dessa forma, observa-se a emergência de uma nova estrutura e a incorporação de componentes à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que reintroduzem antigas práticas, reconfigurando os espaços asilares e permitindo que estes retornem ao protagonismo. Essa mudança afeta diretamente os avanços da Reforma Psiquiátrica, cujo objetivo era promover a desinstitucionalização e a inclusão social de pessoas com transtornos mentais. A estratégia anterior, que consistia no fechamento de leitos hospitalares e na não atualização das Autorizações de Internações Hospitalares (AIH) como forma de estimular a construção e ampliação da RAPS, foi revertida, sinalizando uma reorientação na Política Nacional de Saúde Mental (Oliveira, 2022).

Com a ascensão de Bolsonaro à presidência, observa-se o aprofundamento dos princípios neoliberais, agora sob o rótulo de “novo neoliberalismo” ou “ultraneoliberalismo”, caracterizado principalmente pelo desfinanciamento das políticas sociais (Cislaghi, 2020). Essa orientação é evidente no seguinte trecho:

Sob a direção ultraneoliberal, o bolsonarismo se apresenta através de uma ideologia reacionária, conservadora e protofacistas transvestida em ajustes e medidas de austeridade, ou de austericídio, através das contrarreformas do Estado, com destaques para a apropriação do fundo público e a mercantilização de políticas, bens e serviços [...] (Mota, 2019, p. 137).

O ultraneoliberalismo se caracteriza pela redução drástica da agenda social e pela extinção de direitos da classe trabalhadora, funcionando como um mecanismo necessário para garantir a sobrevivência do capitalismo. Nesse contexto, há um retrocesso na defesa de direitos e no fortalecimento das políticas públicas, como reação ao crescente processo de mercantilização dos diversos aspectos da vida (Mota, 2019).

Durante o governo Bolsonaro, essa perspectiva se intensificou, com um aumento significativo da apologia à privatização e ao desmonte dos direitos sociais, por meio do desfinanciamento das políticas públicas, da extinção de programas sociais, e do maior incentivo ao setor privado (Mota, 2019). Essa postura contrasta com os avanços alcançados em governos anteriores, especialmente no que diz respeito à garantia e à promoção de direitos sociais.

De acordo com Oliveira e Garcia (2023), desde 2016, houve uma redução significativa nos valores destinados à execução das ações voltadas à saúde mental, o que não apenas dificultou a habilitação de novos serviços, mas também comprometeu a continuidade e a qualidade dos serviços já existentes. A análise do estudo das autoras possibilita uma visão detalhada sobre as flutuações orçamentárias no setor de saúde mental entre os anos de 2010 e 2022, oferecendo um panorama claro das consequências desse desfinanciamento.

Quadro 1 – Identificação e definição das ações de saúde mental

Ações e planos orçamentários em saúde mental	Ano de implementação
Ação 20B0 – atenção especializada em saúde mental: previsto para implantação de novos pontos de atenção. Plano orçamentário – PO 000F – Rede de Atenção Psicossocial (RAPS/CAPS): previsto para custeio de CAPS e SRTs.	Antes de 2010
Ação 20A1 – auxílio reabilitação psicossocial de egressos de longas internações psiquiátricas no SUS (Programa de Volta para Casa).	Antes de 2010
Ação 6233 – implantação e implementação de políticas de atenção à saúde mental: previsto para os eventos e convênios da área.	Antes de 2010
Ação 8585 – atenção à saúde da população para procedimentos em média e alta complexidade. Plano orçamentário: PO 0002 – crack é possível vencer: previsto para custeio de CAPS AD III, Unidade de Acolhimento e Leitos em H.G.	2010
Ação 20AD – piso de atenção básica variável – saúde da família: previsto para implantação de consultório na rua.	2010
Ação 20YI – implantação de políticas de atenção à saúde. Plano orçamentário: PO 000J – implantação de políticas para RAPS/CRACK.	2019
Ação 8535 – estruturação de unidades de atenção e especialização de saúde. Plano orçamentário: PO 000B – estruturação da rede de atenção psicossocial.	2019
Ação 21CD – implantação de políticas de atenção estratégica de saúde. Plano orçamentário: PO 0003 – implantação de políticas para a RAPS/CRACK.	2021

Fonte: Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento (2024). Elaboração própria adaptado da metodologia empregada em Oliveira e Garcia (2023).

Como apontado pelas autoras, antes de 2010, o orçamento do Ministério da Saúde contemplava três principais ações orçamentárias voltadas para a saúde mental: a ação 6233, destinada à Implantação e Implementação de Políticas de Atenção à Saúde Mental; a ação 20B0, voltada para a Atenção Especializada em Saúde Mental; e a ação 20AI, que previa o pagamento do Auxílio Reabilitação Psicossocial de egressos de longas internações psiquiátricas (Oliveira; Garcia, 2023).

A partir de 2010, com a introdução do Plano “Crack é Possível Vencer”, novas ações orçamentárias, como a 8585 e a 20AD, foram adicionadas, ampliando o escopo e a cobertura das políticas voltadas ao tratamento de transtornos mentais e uso de substâncias psicoativas (Oliveira; Garcia, 2023). Conforme destacado pelas autoras, entre 2013 e 2017, o financiamento da saúde mental se manteve relativamente robusto, com ênfase na ação 8585, que recebeu o maior volume de recursos. Contudo, a partir de 2017, os recursos passaram a sofrer cortes significativos (Oliveira; Garcia, 2023).

Em 2019, a ação 20YI foi incluída no Plano Orçamentário 000J, designada à implantação de políticas para a RAPS CRACK, substituindo a ação 20BO. Também foi incluída a ação 8535, destinada à Estruturação da Rede de Atenção Psicossocial

(RAPS/CRACK), no Plano Orçamentário 000B, em substituição à ação 8585. Em 2021, a ação 21CD foi incorporada, designada à implantação de políticas de Atenção Estratégica de Saúde, no Plano Orçamentário 0003, destinada à implantação de políticas para a RAPS/CRACK (Oliveira; Garcia, 2023).

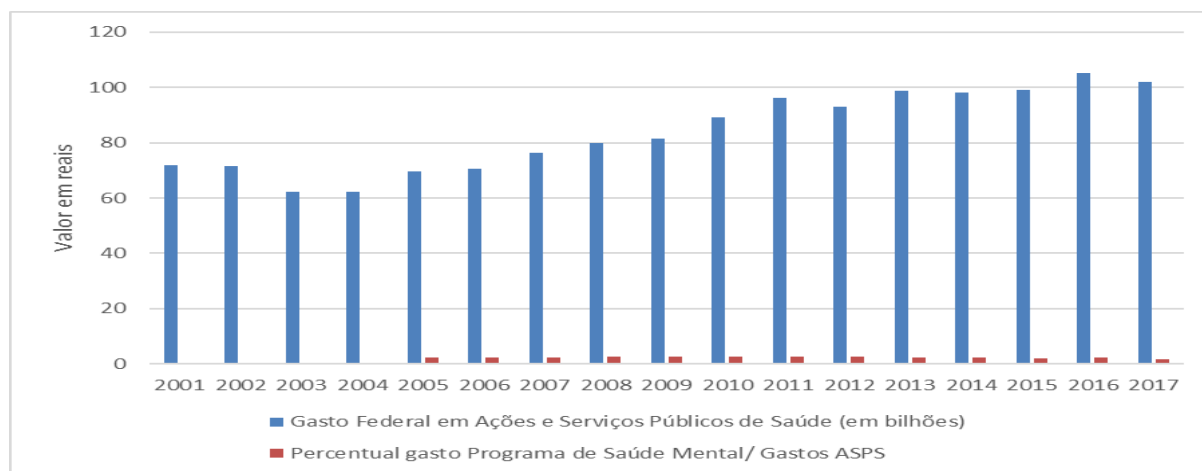
A extinção e/ou redução de várias ações orçamentárias, como as ações 20B0 e 8535, evidenciou uma redução acentuada no financiamento para a estruturação e funcionamento das unidades de saúde mental. Esse cenário foi agravado durante o governo Bolsonaro, que manteve a tendência de cortes e restrições, resultando no quase desaparecimento de recursos para áreas essenciais da saúde mental, com exceção da ação 20AI, que continuou a receber verbas, embora de maneira reduzida (Oliveira; Garcia, 2023).

Entre 2018 e 2022, durante os governos Temer/Bolsonaro, as medidas de ajuste fiscal impuseram severas restrições orçamentárias que impactaram negativamente a saúde mental, com a execução orçamentária para essa área atingindo níveis historicamente baixos. Esses cortes impactaram diretamente a capacidade do sistema de saúde de oferecer serviços adequados, comprometendo a qualidade do atendimento e a cobertura dos usuários dos serviços de saúde mental (Oliveira; Garcia, 2023).

No que se refere aos gastos com a política de saúde mental, Oliveira (2017) destaca uma mudança significativa no contexto orçamentário a partir de 2010. A autora argumenta que o aumento do consumo de crack, intensificado pela visibilidade midiática a partir de 2008, permitiu um melhor monitoramento dos recursos destinados ao programa de saúde mental e suas aplicações nos serviços públicos de saúde, refletindo uma ampliação e maior foco nas políticas voltadas ao tratamento de transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas.

Oliveira (2017) aponta uma tendência de crescimento nos recursos destinados à saúde mental entre 2007 e 2010, com a proporção do orçamento da saúde destinada a essa área atingindo 2,7% no período. Contudo, a partir de 2010, essa tendência começou a declinar, com uma redução significativa em 2014, uma breve recuperação em 2015 e uma nova queda em 2016, quando a alocação para a saúde mental caiu para 1,6%. Essa flutuação nos investimentos reflete um quadro de instabilidade e insuficiência no financiamento, ampliado principalmente com a Emenda Constitucional 95 (EC/95), que estabeleceu um teto para os gastos públicos, desencadeando um processo de desfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS) (Carnut; Mendes, 2020), conforme demonstrado no Gráfico 1.

Gráfico 1 – Gastos do programa Saúde Mental em relação aos gastos do Ministério da Saúde com ações e serviços públicos de saúde



Fonte: Subsecretaria de Planejamento e Orçamento/SPO/MS, DATASUS, Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS (valor em bilhões de reais). Elaboração própria adaptado de Oliveira (2017).

A análise do orçamento destinado à saúde mental ao longo dos últimos governos revela uma mudança significativa nas prioridades orçamentárias, acentuada por medidas fiscais restritivas e pela falta de investimentos, comprometendo a capacidade do sistema de saúde de atender adequadamente a população dependente desses serviços. Esse cenário evidencia uma intensificação da disputa pelos recursos do fundo público, com uma polarização crescente entre os diferentes projetos em disputa. Observa-se uma ampliação das forças conservadoras e privatistas na agenda política do governo federal, as quais passaram a disputar o financiamento destinado à política de saúde mental, redirecionando recursos para modelos de atendimento com características asilares (Santos; Pereira, 2022). Esse redirecionamento teve início com a publicação da Nota Técnica nº 11/2019 do Ministério da Saúde, que alterou a política de saúde mental ao acrescentar à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) as Unidades de Referência Especializada em Hospital Geral, os Hospitais Psiquiátricos e o Hospital-Dia (Brasil, 2019c). Essa mudança incluiu o reajuste dos valores das Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs), permitindo que os recursos, anteriormente destinados ao fechamento de unidades hospitalares, fossem redirecionados para a rede hospitalar, ao invés de serem aplicados na rede substitutiva, como era feito até 2016 (Oliveira, 2022).

As motivações e convicções presentes na proposta de modificação da Política Nacional de Saúde Mental no Brasil refletem o avanço do conservadorismo. Nesse sentido, foi instituída uma “nova legislação”, conhecida como a “Nova Política de Saúde Mental”,

que, embora sustente um discurso de fortalecimento da RAPS, na prática, reorienta o sistema de forma contrária aos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira (Oliveira, 2022, p. 124).

O Conselho Federal de Psicologia critica a Nota Técnica nº 11/2019, destacando que: a) ratifica a manutenção dos antigos Hospitais Psiquiátricos/Manicômios e reafirma seu financiamento, contrariando a proposição da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB); b) favorece o retorno dos ambulatorios especializados, que historicamente aumentam a medicalização da vida e do sofrimento; c) incentiva o uso da eletroconvulsoterapia, em detrimento de abordagens mais humanizadas; e d) fortalece o modelo das Comunidades Terapêuticas (CTs), negligenciando denúncias de violações de direitos humanos em suas práticas (Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020).

Dada a ausência de previsão para o aumento do orçamento, o Ministério da Saúde pode ser obrigado a realocar recursos de serviços territoriais, como os destinados aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e à Atenção Básica, para financiar hospitais psiquiátricos e Comunidades Terapêuticas. O discurso que embasa essas decisões é o de ineficiência da RAPS, sem, contudo, reconhecer que as dificuldades enfrentadas pelos serviços substitutivos resultam da falta de investimentos e das recentes portarias que desvirtuam os princípios da Reforma Psiquiátrica (Mexko; Benelli, 2022).

Farias (2019) argumenta que o governo tem demonstrado interesse em transferir recursos públicos para empresários do setor psiquiátrico e entidades filantrópicas do terceiro setor, beneficiando a burguesia e outros segmentos conservadores (Farias, 2019). Consequentemente, essa mudança comprometeu a estratégia que visava à criação de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, como os CAPS e os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), favorecendo o retorno ao modelo hospitalocêntrico e contrariando os princípios da Reforma Psiquiátrica (Amarante, 2012). De acordo com Lucena (2020), a modificação da política de saúde mental e drogas sinaliza uma tendência à constituição de novas formas de institucionalização psiquiátrica, com o financiamento público sendo direcionado para a aquisição de equipamentos de eletroconvulsoterapia (ECT) e o aumento do financiamento de internações (Lucena, 2020).

Em 2020, a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) emitiu uma declaração questionando o modelo de saúde mental implementado desde 2001. Durante uma apresentação ao Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o Ministério da Saúde apresentou uma proposta de revogação das portarias que fundamentavam a política nacional de saúde mental. Essa proposta foi contestada pelos defensores da luta antimanicomial, que incluem usuários, familiares e trabalhadores da saúde mental (Chiabotto;

Nunes; Aguiar, 2022). Embora a Nota Técnica tenha sido retirada em resposta à pressão social, as mudanças legais e os argumentos que a sustentam permanecem. As portarias emitidas a partir de 2017, que orientam a política de saúde mental, não foram revogadas, mantendo o curso que contraria os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira (Oliveira; Garcia, 2023).

Nessa linha, o Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019, intensificou medidas contrárias à descriminalização das drogas, eliminando a lógica de redução de danos e priorizando a abstinência, além de fomentar os tratamentos em Comunidades Terapêuticas (Brasil, 2019a). O decreto também extinguiu conselhos de participação e controle social, incluindo o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), órgão central do Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas (Brasil, 2006a). Em 5 de junho de 2019, o governo federal promulgou a Lei nº 13.840/2019, que introduziu alterações significativas na Lei nº 11.343/2006, estabelecendo diretrizes para internações voluntárias e involuntárias de dependentes de substâncias psicoativas (Brasil, 2019b).

O tratamento do usuário ou dependente de drogas deverá ser ordenado em uma rede de atenção à saúde, com prioridade para as modalidades de tratamento ambulatorial, incluindo excepcionalmente formas de internação em unidades de saúde e hospitais gerais nos termos de normas dispostas pela União e articuladas com os serviços de assistência social e em etapas que permitam: I - articular a atenção com ações preventivas que atinjam toda a população pela Lei nº 13.840, de 2019); II - orientar-se por protocolos técnicos predefinidos, baseados em evidências científicas, oferecendo atendimento individualizado ao usuário ou dependente de drogas com abordagem preventiva e, sempre que indicado, ambulatorial; III - preparar para a reinserção social e econômica, respeitando as habilidades e projetos individuais por meio de programas que articulem educação, capacitação para o trabalho, esporte, cultura e acompanhamento individualizado; e IV - acompanhar os resultados pelo SUS, Suas e Sisnad, de forma articulada. (...) (Brasil, 2019b).

Apesar de a lei mencionar a prioridade para o tratamento ambulatorial, ela não especifica como o governo planeja fortalecer essa abordagem. Na realidade, a legislação aborda apenas as modalidades de internação e a inclusão em comunidades terapêuticas, nas quais o tratamento deve seguir a perspectiva da abstinência, ignorando o conhecimento acumulado pelo Ministério da Saúde sobre a estratégia de redução de danos (Moreira, 2019). Tais perspectivas indicam a vinculação da política de financiamento às novas diretrizes, das quais destacamos algumas:

- 5.2.5 Estimular e apoiar, inclusive financeiramente, o trabalho de comunidades terapêuticas, de adesão e permanência voluntárias pelo acolhido, de caráter residencial e transitório, inclusive entidades que as congreguem ou as representem.
- 5.2.6. Estimular e apoiar, inclusive financeiramente, o aprimoramento, o

desenvolvimento e a estruturação física e funcional das Comunidades Terapêuticas e de outras entidades de tratamento, acolhimento, recuperação, apoio e mútua ajuda, reinserção social, de prevenção e de capacitação continuada. 5.2.7. Estimular o trabalho de instituições residenciais de apoio provisório, criadas como etapa intermediária na recuperação, dedicadas à reinserção social e ocupacional após período de intervenção terapêutica aguda. 5.2.8. Propor, por meio de dispositivos legais, incluídos incentivos fiscais, o estabelecimento de parcerias e de convênios que envolvam os governos federal, estaduais, municipais e distrital e que possibilitem a atuação de instituições e organizações públicas, não-governamentais ou privadas sem fins lucrativos, que contribuam no tratamento, no acolhimento, na recuperação, no apoio e na mútua ajuda, na reinserção social, na prevenção e na capacitação continuada (Brasil, 2019b).

Nas recentes alterações jurídicas e legislativas, nota-se a ausência de menção à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Essa omissão sugere uma reavaliação da relação entre os setores público e privado. É evidente que as mudanças introduzidas pela “Nova Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas” refletem, de forma implícita, um esforço para fortalecer entidades privadas por meio de financiamento público (Moreira, 2019).

A Lei nº 10.216/2001 destaca que o tratamento de pessoas com transtornos psiquiátricos ou que fazem uso de álcool e outras drogas deve ocorrer prioritariamente na rede de serviços substitutivos, ou seja, em serviços comunitários (Moreira, 2019).

Nesse contexto, a RAPS atua como um instrumento essencial para a consolidação da Reforma Psiquiátrica, conforme as considerações de Silva:

Tem sido perpassada por muitas limitações e contradições ao propor, por exemplo, a coexistência do hospital e a participação do setor privado e filantrópico por meio das Comunidades Terapêuticas como integrante de uma Rede que tem como diretriz a Reforma Psiquiátrica. Além dessas, muitas outras contradições são encontradas na operacionalização dos serviços que a compõe, visto que essa política tem funcionado de forma cada vez mais instrumental e burocrática, ampliando direitos ao mesmo tempo que, contraditoriamente, os nega (Silva, 2019, p. 95).

Logo, é possível afirmar que, apesar dos avanços históricos proporcionados pela Reforma Sanitária e pela Reforma Psiquiátrica no Brasil, que resultaram em mudanças significativas no modelo de atenção à saúde e à saúde mental, ainda existe uma grande disparidade entre as propostas dessas reformas e sua efetiva implementação. Isso se deve ao contexto de contrarreforma do Estado, iniciado na década de 1990, e à influência atual da lógica ultraneoliberal nas políticas sociais, centrada nos interesses do capital (Silva, 2019).

Nesse sentido, a política de saúde mental tem sido submetida a um processo de sucateamento, especialmente no que tange à rede psicossocial, revelando os riscos de retrocessos decorrentes da crescente disputa pelos recursos do fundo público por parte do

setor privado, com a consequente privatização e mercantilização do setor da saúde (Silva, 2019).

A não priorização das políticas sociais no orçamento público torna-se ainda mais crítica no contexto da pandemia do coronavírus (Salvador, 2020b). Nesse cenário, pode-se observar que, além dos efeitos do afrouxamento dos mecanismos de proteção estatal na sociedade, a pandemia acentuou as contradições do capitalismo, evidenciando o papel do Estado como defensor do lucro, enquanto socializa os custos da crise com os trabalhadores (Mauriel *et al.*, 2020).

Salvador (2020b) destaca que a crise sanitária, agravada pela recessão econômica em um contexto de hegemonia do neoliberalismo e do capitalismo financeirizado, resultou em um aumento alarmante do desemprego e da desigualdade social em escala global. O autor argumenta que, no Brasil, os efeitos da COVID-19 foram amplamente ignorados pelo governo, e as medidas de ajuste fiscal permanente, como a Emenda Constitucional (EC) 95, que impõe um teto de gastos por 20 anos, agravaram ainda mais a situação, prejudicando especialmente as políticas sociais (Salvador, 2020b).

Embora o Congresso Nacional tenha aprovado, em maio de 2020, a EC 106¹⁶, que institui um Regime Extraordinário Fiscal, Financeiro e de Contratações para enfrentar a calamidade pública decorrente da pandemia, os recursos orçamentários têm sido insuficientes para lidar com a crise sanitária, social e econômica que o país enfrenta (Salvador, 2020b).

A disputa por recursos orçamentários e a hegemonia de sua direção, desde 1993, têm sido marcadas por uma política fiscal de ajuste permanente. Após o golpe de 2016, que resultou na destituição da presidenta Dilma Rousseff e na ascensão de Michel Temer ao poder, a política de austeridade foi intensificada, caracterizando um retorno à ortodoxia neoliberal (Salvador, 2020b). Essa ofensiva do capital manifestou-se em cortes nos direitos sociais, especialmente no financiamento das políticas públicas, como evidenciado pelo Novo Regime Fiscal (NRF), que inviabiliza a vinculação de recursos para as políticas sociais, conforme estabelecido na Constituição Federal de 1988 (Salvador, 2020b).

¹⁶ A Emenda Constitucional nº 106, de 7 de março de 2020, estabelece um regime administrativo extraordinário, prevendo medidas excepcionais com vigência temporária. O art. 11 da EC-106 prevê que a mesma ficará automaticamente revogada na data do encerramento do estado de calamidade pública reconhecido pelo Congresso Nacional. Essas medidas abrangem tanto aspectos financeiros e fiscais quanto processos de contratação, em resposta à pandemia. Destaca-se alguns pontos do Regime Extraordinário Fiscal instituído pela EC106 /2020: permissão de Processos simplificados de contratação (art. 2º da EC); Criação de critérios objetivos para distribuição de equipamentos e insumos de saúde; prévia dotação orçamentária e autorização específica na Lei de Dotação Orçamentária (LDO); a instituição da dispensa das limitações legais ao aumento de despesa e renúncia de receitas; e permissão para que empresas com débitos na previdência contratem com o poder público ou recebam benefícios e incentivos (Brasil, 2020a).

Dweck, Silveira e Rossi (2018) afirmam que o NRF, aprovado pela EC 95, congela as chamadas despesas primárias do governo, exceto aquelas relacionadas ao pagamento de juros da dívida, por um período de 20 anos, limitando-se apenas à correção pela inflação. Essa regra implica que “os gastos públicos não vão acompanhar o crescimento da renda e nem da população, em um país cujo gasto *per capita* ainda é muito baixo” (Dweck, Silveira, Rossi, 2018, p. 48). Os gastos com saúde, que são essenciais em meio à crise agravada pelo coronavírus, mostram como o Brasil estava despreparado para enfrentar a pandemia. Desde a entrada em vigor da EC 95, os investimentos na função saúde, dentro do orçamento da seguridade social, estão praticamente congelados (Salvador, 2020b).

De acordo com Vieira e Benevides (2016), o congelamento dos gastos federais com saúde, estabelecido pela EC 95, agravará as dificuldades de financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), pois estados e municípios não terão condições de compensar a perda de recursos que deixarão de ser fornecidos pela União. Segundo Fagnani, a austeridade fiscal, marcada pela asfixia financeira da EC 95/2016 e pela Desvinculação de Receitas da União (DRU), está conduzindo à destruição do marco civilizatório brasileiro, onde a seguridade social é vista como “o mais importante mecanismo de proteção social do País e um poderoso instrumento de desenvolvimento” (Fagnani, 2018, p. 59). Além disso, o desmonte do financiamento da seguridade social, por meio da DRU e das renúncias tributárias, tem sido utilizado para atender aos interesses do capital, retirando recursos que deveriam ser destinados à saúde, previdência e assistência social (Salvador, 2017).

Um dos elementos centrais no conflito distributivo do fundo público diz respeito à captura de recursos para o pagamento de juros e amortização da dívida pública, intimamente ligado à financeirização da riqueza e às mudanças na proteção social no capitalismo contemporâneo. Com a financeirização, os mercados financeiros competem cada vez mais pelos recursos do fundo público, pressionando por um aumento das despesas financeiras do orçamento estatal, que inclui a remuneração dos títulos públicos emitidos pelas autoridades monetárias e negociados no mercado financeiro (Salvador, 2017).

Entre 2016 e 2019, as despesas com juros e encargos da dívida pública cresceram 8,5 vezes mais do que o orçamento fiscal e da seguridade social, que apresentou um crescimento real de apenas 2,6% acima do IPCA. Em 2016, o pagamento de juros e encargos da dívida foi de R\$ 242,61 bilhões, aumentando para R\$ 287,57 bilhões em 2019, resultando em um crescimento real de 22,57%, conforme mostra a Tabela 1. De acordo com Salvador (2020b), esses pagamentos consomem aproximadamente um quarto do orçamento público (Salvador, 2020b).

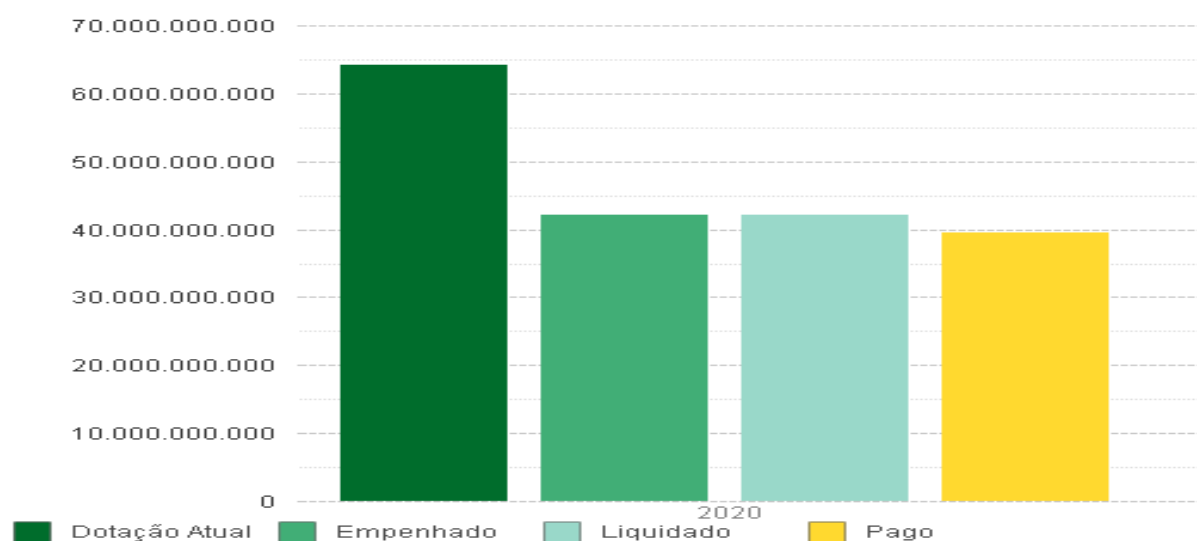
Ano	Juros (encargos)	Amortização	Refinanciamento	Total (dívida pública)	Orçamento da Seguridade Social
2016	242.618.233.228	322.766.028.168	777.747.199.840	1.344.211.461.236	719.174.000.000
2017	233.531.120.411	363.353.204.903	536.934.919.911	1.133.819.245.225	780.427.000.000
2018	309.861.591.333	372.846.198.014	499.328.473.297	1.182.036.262.644	820.286.000.000
2019	287.578.866.409	294.786.407.197	509.777.627.217	1.109.392.900.823	830.965.000.000
Total	1.739.589.811.381	1.353.751.738.282	2.323.788.220.265	4.769.469.869.928	3.150.852.000.000

Fonte: Orçamento Federal 2023. Elaboração própria.

O efeito perverso da EC 95 será a destruição dos pilares do Estado social no Brasil, conforme delineado na Constituição Federal de 1988, que, ainda que de forma limitada, assegurou recursos para o financiamento das políticas sociais. A CF de 1988 estabeleceu gastos mínimos obrigatórios com saúde e educação pelos entes federativos, além de vincular recursos às políticas de seguridade social, seguro-desemprego e aos fundos de participação dos estados e dos municípios (Salvador, 2020a).

Salvador (2020a), ao tratar das intervenções do governo durante a pandemia, observa que, embora o Congresso Nacional tenha aprovado um “orçamento de guerra”, este se mostrou insuficiente para enfrentar os desafios e os efeitos do agravamento das desigualdades sociais, do desemprego e da fome que assolam o país. As ações orçamentárias executadas foram aquém do necessário, especialmente no que tange à política de saúde pública (Salvador, 2020a), conforme destacado no Gráfico 2.

Gráfico 2 – Execução orçamentária da ação 0000 “Enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional Decorrente do Coronavírus”, valor total em R\$ milhões



Fonte: Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento (2024). Elaboração própria.

As políticas de saúde mental também foram severamente impactadas, com muitos serviços interrompendo suas atividades. Ao retomarem, o acesso a consultas e medicamentos foi limitado, agravando a condição de inúmeros indivíduos que dependem de cuidados diários em saúde mental. A gestão pública enfrentou um dilema, onde a necessidade de atender às emergências de saúde foi ofuscada pela crescente privatização e pela lógica de mercado.

Assim, a crise desencadeada pela pandemia expôs as fragilidades do sistema de proteção social brasileiro, que já se encontrava sob pressão devido às políticas de austeridade e ao desmonte das estruturas de financiamento (Salvador, 2020a). Nesse contexto, é crucial compreender que a crise do capitalismo não teve início com a pandemia da COVID-19, mas foi intensificada nesse período, sob um governo fundamentado em uma ideologia macroeconômica ultraneoliberal, negacionista, e ainda mais inclinado ao desmonte e sucateamento dos serviços públicos, priorizando a focalização e seletividade das políticas sociais.

CAPÍTULO 2 – DESPROTEÇÃO SOCIAL E FAMILISMO NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL CONTEMPORÂNEO

Nesta seção, será inicialmente abordada a contraditória relação entre a política social no capitalismo dependente e a centralidade das famílias na provisão da proteção social. Esse modelo tem sido adotado pela ideologia ultraneoliberal, que defende a redução do papel do Estado na oferta de bem-estar social. Nesse contexto, surgem as políticas sociais de caráter “familista”, que consideram apenas dois canais naturais para a satisfação das necessidades dos cidadãos: o mercado (via trabalho) e a família. Dessa forma, a intervenção do Estado ocorre apenas quando a família e o mercado falham nessa provisão (Mioto, 2011).

Em seguida, busca-se refletir sobre a reforma psiquiátrica, que posiciona a família como parceira dos dispositivos territoriais e um ator político fundamental para a concretização das diretrizes da política de saúde mental (Rosa, 2005). A partir dos anos 2000, o Estado não assumiu de forma comprometida os princípios democráticos na implementação de políticas sociais universais. Para superar a hegemonia do modelo manicomial na atenção à saúde mental, a reforma psiquiátrica enfatiza a participação da família como responsável por prover o cuidado ao ente em sofrimento psíquico.

Posteriormente, serão analisadas as características dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como uma estratégia substitutiva aos hospitais psiquiátricos no processo de desinstitucionalização. Também serão examinadas as funções dos CAPS no apoio às famílias, com destaque para o impacto do desmonte da saúde pública e as transformações que afetam diretamente o funcionamento dos serviços de saúde mental e a assistência aos indivíduos em sofrimento psíquico durante a pandemia de COVID-19, entre os anos de 2020 e 2021.

2.1 Familismo e a formação econômico-social brasileira

Em meio ao processo de construção de políticas sociais, a família tem assumido um papel central na provisão da proteção social aos seus membros, muitas vezes sendo a única responsável pelo cuidado no cotidiano do espaço doméstico, consequência do retraimento do Estado no contexto neoliberal e, de maneira ainda mais severa, em sua versão ultraneoliberal (Losacco, 2015, p. 64). Historicamente, a família tem sido o principal lócus de cuidado e socialização, como destaca Losacco (2015), ao descrevê-la como uma instância “predominantemente responsável pela sobrevivência de seus componentes; lugar de

pertencimento, de questionamentos; instituição responsável pela socialização, pela introjeção de valores e pela formação de identidade [...]” (Losacco, 2015, p. 64).

Contudo, os primeiros grupos sociais que existiram não constituíram a família conforme os padrões organizacionais que conhecemos atualmente. Na Idade Média, “a família era uma entidade moral que existia como realidade vivida, mas não como valor e sentimento como temos hoje” (Ariès, 2017, p. 191). Segundo Engels (1984), a história foi marcada por três etapas de desenvolvimento para a formação da família: o estágio selvagem, da barbárie e da civilização (Engels, 1984).

O estágio selvagem correspondia à estruturação por grupos, onde cada homem pertencia a todas as mulheres e cada mulher a todos os homens, sem critérios para a formação de relações sexuais (Engels, 1984), independentemente de serem passageiras ou duradouras, monogâmicas ou poligâmicas (Maluf, 2010). Federici (2019) destaca que, na sociedade primitiva, as comunidades eram organizadas com base em vínculos recíprocos de solidariedade. A economia baseava-se na agricultura familiar, no artesanato (onde toda a família trabalhava) e nas trocas. As mulheres viviam de forma coletiva: plantavam, colhiam e cozinhavam juntas. Essa organização coletiva as fortalecia politicamente, e elas compartilhavam o poder com os homens (Federici, 2019).

Saffioti (2015), apoiando-se nas pesquisas de Lerner, aponta que, nas sociedades de caçadoras-coletoras, as mulheres eram responsáveis pela coleta, enquanto os homens se dedicavam à caça. Essa divisão do trabalho não era determinada pela força física masculina, mas por razões objetivas e biológicas relacionadas às mulheres. Enquanto coletavam, as mulheres carregavam seus bebês e os amamentavam, fatores determinantes para a divisão sexual do trabalho nas sociedades de caça e coleta (Saffioti, 2015).

A produção e a reprodução social não eram vistas como atividades hierarquicamente diferenciadas; ao contrário, eram tarefas desenvolvidas e compartilhadas por sujeitos ligados por laços de parentesco, sem uma separação entre o público e o privado (Losacco, 2015; Montenegro, 2021). Na fase da barbárie, o casamento entre pares começou a ser praticado, surgindo assim a família sindiásmica. A exclusão progressiva, primeiro dos parentes próximos e depois dos parentes distantes, impossibilitou a prática de matrimônios em grupos (Engels, 1984).

Com a família sindiásmica estruturada e a proibição do matrimônio em grupo, desenvolveu-se a família monogâmica, patriarcal. Nessa sociedade, surgiu a noção incontestável de paternidade. O homem passou a desempenhar o papel de patriarca, sendo o único a deter o poder dentro da relação conjugal, cujos principais objetivos eram a procriação

e a preservação da riqueza por meio da herança. De acordo com Nunes (2023), o poder do homem estendia-se sobre os escravos, a família e os meios de produção, é denominado de patriarcado¹⁷ ou relação social de gênero. A mulher fica excluída da vida pública e é destinada aos serviços domésticos e a criação dos filhos, sendo essa atividade não mais considerada como um dos meios de produção de riqueza (Nunes, 2023).

Após o surgimento da propriedade privada, novas formas de relações sociais foram estabelecidas, como, por exemplo, a monogamia e os papéis específicos destinados a homens e mulheres na família contemporânea (Tomaz, 2022). Nesse contexto, como destaca Montenegro (2021), houve uma separação entre o trabalho produtivo e o reprodutivo, reforçando estereótipos de gênero. Essa divisão impôs às mulheres a responsabilidade pelo trabalho doméstico não remunerado, enquanto os homens assumiram o papel de provedores.

Neste período, houve um grande avanço das forças produtivas, e a divisão da sociedade de classes. Os fatos históricos passam a ser determinados pelos homens¹⁸, como resultado da exclusão das mulheres da participação da vida coletiva, sendo classificada como a primeira divisão do trabalho (Engels, 1984).

Após o surgimento da propriedade privada, novas formas de relações sociais foram estabelecidas, como a monogamia e os papéis específicos atribuídos a homens e mulheres na família contemporânea (Tomaz, 2022). Como aponta Montenegro (2021), o trabalho produtivo foi separado do reprodutivo, reforçando estereótipos de gênero que impõem às mulheres a responsabilidade pelo trabalho doméstico não remunerado, enquanto os homens assumem o papel de provedores.

¹⁷ Alguns teóricos argumentam que o patriarcado é uma característica das sociedades pré-burocráticas e não se manifesta nas sociedades capitalistas. No entanto, as teorias feministas demonstram que a ordem patriarcal se adapta à sociedade capitalista, assumindo uma nova configuração vinculada à opressão econômica das mulheres (Pateman, 2020; Saffioti, 2015). O patriarcado tem sido discutido no campo das ciências sociais há décadas, com destaque para estudos feministas que teorizam sobre sua relevância na contemporaneidade e a condição das mulheres nas sociedades capitalistas (Azevedo, 2016). Apesar disso, segundo Azevedo (2016), não há consenso sobre o conceito de patriarcado. De acordo com Aguiar (2015), filósofos como Rousseau (2003) e Locke (1998) abordam o patriarcado como uma forma de organização social onde o chefe de família exerce poder sobre seus membros, estendendo-se também a regimes políticos como a monarquia (Aguiar, 2015). No campo feminista, Pateman (2020) destaca que, a partir do final dos anos 1960, o conceito voltou ao debate popular e acadêmico, embora com múltiplas interpretações. Conforme aponta Azevedo (2016) algumas teóricas preferiram utilizar termos como falocracia, androcentrismo e relações sociais de gênero. A partir dos anos 1980, sobretudo na Europa e no Brasil, o patriarcado perdeu força como categoria de análise, sendo mais utilizado o termo relações sociais de gênero (Azevedo, 2016). Saffioti (2015) defende o uso dos conceitos de patriarcado e gênero, argumentando que enquanto "gênero" pode se referir a relações mais amplas, "patriarcado" aponta especificamente para a dominação material e simbólica dos homens sobre as mulheres (Saffioti, 2015). Pateman (2020) critica o abandono do conceito de patriarcado em favor de "gênero", considerando-o uma perda importante para a análise feminista, já que o patriarcado se refere diretamente à sujeição das mulheres e à concessão de direitos políticos a todos os homens apenas por serem do sexo masculino (Pateman, 2020).

¹⁸ De acordo com Federici (2019), embora os homens passassem a comandar os processos, as mulheres nunca deixaram de construir e fazer história ao longo do tempo.

Lessa (2012) explica que, diante da necessidade de controle da propriedade privada pela família, o Estado estabeleceu o casamento monogâmico como a forma dominante de organização familiar. Segundo o autor, “o Estado organiza a sociedade e, pelo casamento monogâmico, organiza a família” (Lessa, 2012, p. 44). Ou seja, o Estado utiliza o casamento monogâmico como um instrumento de controle social, tanto para garantir a estabilidade social e política quanto para controlar a sexualidade feminina.

A família se constituiu em função do pensamento burguês, com o poder centrado na figura paterna. A ideia de que esse modelo de família apresenta um caráter divino, seja por uma perspectiva religiosa ou por uma visão positivista/funcionalista, reforça a tendência à naturalização e eternização dessa instituição (Horst, 2018). No que diz respeito à naturalização e à negação da particularidade da família no capitalismo, ambas resultam na reprodução da ideia da família como a principal instituição para a formação dos indivíduos na sociedade (Tomaz, 2022). Segundo a autora, embora essa hipótese seja verdadeira, tal concepção não deve ser reproduzida sem uma crítica aos valores éticos e morais transmitidos ao longo do tempo no meio familiar. Trata-se de responsabilizar a família por atender a qualquer situação, sem questionar o viés ideológico que a atravessa.

Essa dinâmica, enraizada nas bases da sociedade burguesa, mostra que a família patriarcal sempre foi estratégica para os grupos dominantes no capitalismo. O modelo de família tradicional, composto por pai, mãe e filhos, é ideal para cumprir as funções exigidas pelo sistema econômico, incluindo a produção de mão de obra e a reprodução dos membros da família (Mito, 2020). Para Mészáros (2002), a família nuclear patriarcal burguesa, predominante no ideário da sociedade de classes, visa perpetuar e internalizar o sistema de valores burgueses, “que não permite contestar a autoridade do capital, que determina o que pode ser considerado um rumo aceitável de ação dos indivíduos que querem ser aceitos como normais, em vez de desqualificados por 'comportamento não conformista'” (Mészáros, 2002, p. 271).

Uma das estratégias do Estado, como comitê da burguesia, é culpabilizar as famílias pela situação de pobreza, mascarando os efeitos do avanço do capital. Ou seja, se você não conseguiu vencer, é porque não tem capacitação ou não se esforçou o suficiente, sem considerar as expressões da questão social que afetam os indivíduos. Para o Estado, o modelo nuclear patriarcal é o único aceito, caracterizando as outras formas de família como desajustadas. No entanto, tudo isso faz parte da lógica neoliberal, que prioriza os interesses do capital, desviando a atenção do papel que caberia ao Estado desempenhar (Tomaz, 2022).

A família monogâmica e o patriarcado, como expressão dessa sociabilidade, juntamente com outras instituições, como a igreja e o Estado, formam “um complexo estratégico na construção, inculcação e reprodução de valores morais conservadores, como meio de manter a ordem e garantir sua perpetuação” (Tomaz, 2022, p. 50).

No contexto brasileiro, a colonização foi marcada pela predominância de famílias rurais ou semirurais como os principais agentes empreendedores (Freyre, 1986). Essa característica foi fundamental para a estruturação da sociedade colonial, uma vez que a família reunia diversas funções econômicas, sociais e políticas, configurando o que Freyre (1986) chamou de “familialismo político.” A colonização se deu por meio do esforço particular dessas famílias rurais (Freyre, 1986), sendo um empreendimento privado (Prado Jr., 2000). Isso ocorreu devido à incapacidade da Coroa Portuguesa de arcar com os custos da colonização, resultando na “delegação de poder aos proprietários privados” (Oliveira, 2003). Freyre (1986) destaca que essa colonização particular, mais do que a ação oficial, promoveu a agricultura latifundiária, a escravidão e a miscigenação, estabelecendo as bases para a fundação e desenvolvimento da colônia nos trópicos.

Nesse contexto, a exploração da terra e das mulheres, frequentemente de forma violenta, foi um elemento estruturante da colonização. Freyre (1986) destaca dois pontos fundamentais: o aproveitamento da mão de obra nativa, especialmente das mulheres, e a exploração da terra. As características da colonização, como o abuso sexual das mulheres, a exploração ilimitada da terra e do trabalho escravo, a concentração de riqueza e poder, e o empreendimento colonial baseado na iniciativa privada, deram origem a instituições políticas e públicas subordinadas ao poder particular e patrimonial dos senhores de terras e seus clãs (Oliveira, 2003; Freyre, 1986; Holanda, 2017). Esse contexto propiciou o surgimento do patriarcalismo¹⁹, do personalismo²⁰ e do patrimonialismo²¹ como formas de dominação e organização social no Brasil.

¹⁹ O patriarcalismo refere-se ao poder político exercido pelo patriarca, cuja figura é central na organização social e política, especialmente no contexto brasileiro, onde o clã patriarcal, originado do regime de produção colonial, domina e concentra a maior parte das riquezas, agrupando a população, tanto livre quanto escrava, em torno de sua autoridade (Holanda, 2017; Prado Jr., 2000).

²⁰ O personalismo, segundo Nunes (1997), diz respeito aos laços pessoais, nas quais as hierarquias não são estabelecidas com base na justiça, mas sim em vínculos afetivos e sociais em que as combinações hierárquicas não são feitas sustentadas na justiça.

²¹ O conceito de patrimonialismo, conforme delineado por Weber (1982) e aprofundado por estudiosos posteriores (Holanda, 2017; Prado Jr., 2000; Faoro, 2001), refere-se a uma forma de dominação baseada na fusão entre o poder pessoal de autoridade e as esferas públicas e privadas. Essa dominação é marcada por práticas personalistas e encontra sua expressão mais arquetípica no patriarcalismo (Campante, 2003), onde a estrutura política emerge a partir de relações domésticas. Nesse contexto, o poder do governante é legitimado não apenas por normas formais, mas também por laços familiares e pessoais, o que contribui para um exercício de poder que é, ao mesmo tempo, arbitrário e sustentado pela tradição. Tais práticas resultam em

Holanda (2017) utilizou o conceito de patrimonialismo para descrever a política brasileira. O clã patriarcal, no qual os vínculos biológicos e afetivos predominam sobre outros, tornou-se o modelo para as relações entre governantes e governados, monarcas e súditos. Prado Jr. (2000) contribui com essa análise, destacando que o clã patriarcal, originado no regime de produção colonial, absorvia a maior parte das riquezas e era o centro em torno do qual se agrupava a população, escrava ou livre.

A transição da sociedade colonial para um Estado Nacional não significou uma ruptura com as práticas patrimonialistas. Pelo contrário, reforçou a interdependência entre a aristocracia agrária e o novo Estado. Com a consolidação da Revolução Burguesa no Brasil, no contexto de um capitalismo dependente e periférico, a oligarquia rural não perdeu seu poder. Ao contrário, adaptou-se ao novo cenário capitalista, por meio do que Fernandes (1987) descreveu como “modernização conservadora”. Essas oligarquias mantiveram acordos entre as elites, perpetuando o caráter autocrático da dominação (Fernandes, 1987).

O Estado Nacional, segundo o autor, foi construído vinculado a essas estruturas de poder, sem se desvincular da influência das grandes famílias coloniais. Desde sua consolidação, o Estado já se configura sob a vigência das relações capitalistas, atuando como um instrumento de defesa dos interesses privados, tanto nacionais quanto estrangeiros (Holanda, 2017).

Ribeiro (2006) já chamava a atenção para o que denominou “industrialização recolonizadora”. A autora destaca que o processo de industrialização no Brasil, promovido por capitais internacionais em associação com capitais nacionais, atuou como um fator de atraso, pois o excedente econômico produzido internamente era remetido para fora do país. Nesse processo, a burguesia nacional orgânica deu lugar a um empresariado gerencial, cujo principal objetivo era gerar lucro para o capital estrangeiro (Ribeiro, 2006).

A inserção periférica da América Latina no processo de acumulação capitalista mundial, conforme discutido por Paiva, Rocha e Carraro (2010), determinou uma divisão internacional do trabalho que condicionou o desenvolvimento da região de maneira dependente. Marini (2011) esclarece que essa condição de dependência resultou em relações comerciais desfavoráveis e em um intercâmbio desigual, que perpetuou a subordinação das economias latino-americanas aos interesses dos países centrais, baseada na exploração do trabalhador (Marini, 2011).

fenômenos como nepotismo e clientelismo, onde a distribuição de recursos é guiada por relações pessoais em detrimento de critérios pessoais e universais (O'Donnell, 1996).

A superexploração do trabalho é central para entender a dinâmica de acumulação capitalista na América Latina. Marini (2012) argumenta que a transição da mais-valia absoluta para a mais-valia relativa nas economias centrais teve um efeito reverso nas economias periféricas, onde a produção se baseou em uma intensificação da exploração do trabalhador. Esse processo foi facilitado pela desvalorização dos bens-salário e pela redução dos custos de reprodução da força de trabalho, perpetuando uma economia dependente e subdesenvolvida (Marques, 2018).

Marques (2018), ancorado em Marx (2011), explica esse processo: quando o comércio exterior reduz o custo dos elementos do capital constante ou dos meios de subsistência essenciais em que o capital variável é investido, há um incremento da taxa de lucro, com a elevação da taxa de mais-valia e a diminuição do valor do capital constante.

Nessa lógica, a dependência latino-americana atua como um fator de compensação para a taxa de lucro dos países centrais, pois, ao exportar produtos abaixo do valor real, esse continente intensifica a produtividade da grande indústria, fortalecendo as contradições inerentes ao processo de acumulação de capital (Marques, 2018).

Marini (2011) destaca que a dinâmica dessa reprodução de relações econômicas reflete uma estrutura de dominação que assegura a continuidade da acumulação de capital nas economias centrais, enquanto as economias periféricas permanecem numa posição de subdesenvolvimento.

Sob essa ótica, o subdesenvolvimento das economias latino-americanas, paralelo à debilidade econômica, estabelece uma rigidez nas relações entre classes, com uma acentuada desvantagem para os trabalhadores, que enfrentam uma “forte depressão relativa na remuneração do trabalho” (Fernandes, 2009, p. 66).

Com isso, a dependência econômica se torna um mecanismo que, longe de ser questionado, é reforçado pela burguesia, que opta por intensificar a exploração dos trabalhadores em vez de romper com a lógica da troca desigual. Assim, a compensação da perda de mais-valia se dá por meio de uma superexploração do trabalhador, desonerando a burguesia dos custos associados ao subdesenvolvimento e mantendo a estrutura de desigualdade (Marques, 2018).

Esse fenômeno nos impõe a necessidade de refletir sobre o fato de que, em países como o Brasil, a Revolução Burguesa ocorreu às custas das classes subalternas. Nesse contexto, a limitada autonomia conquistada foi subjugada em prol dos setores privilegiados, resultando no que Fernandes (1987) conceitua como “capitalismo difícil”, onde a limitada autonomia obtida foi reprimida em benefício dos setores privilegiados.

Sobre a história econômica do Brasil, Marques (2018) expõe que, ao contrário do ocorrido nos países centrais, o processo de modernização não resultou na formação de uma economia autônoma e autossustentada, mas sim em uma economia subjugada aos interesses do capital internacional (Marques, 2018). Isto posto, Teixeira (2015, p. 217-218) aponta que:

[...] a noção de parceria não é uma novidade: mesmo em fase de maior intervenção do Estado, a família sempre permaneceu como parceira, e em muitos países, com mercados pouco estruturados e inclusivos e de sistemas de proteção social subdesenvolvidos, ela se constituiu na principal fonte de proteção social. A novidade na conformação atual dos sistemas de proteção social é a legitimação e legalização da responsabilidade familiar. O que já ocorria na esfera informal, movida pelos laços afetivos de solidariedade e cooperação viraram obrigações formais, passíveis de ser reclamada judicialmente, com punição às famílias. Mas quem pune o poder público por não garantir condições dignas e às vezes mínimas de vida capazes de evitar as rupturas familiares, as violações de direitos e as violências?.

É importante destacar que, segundo Santos (2014), a diferença no circuito familista é que as provisões nunca são atendidas exclusivamente pela ação isolada das famílias. Em vez disso, elas são supridas por um encadeamento de possibilidades em que a família está presente em todas as fases, com diferentes intensidades nas sobreposições de papéis com o Estado.

A política social contemporânea resulta da relação complexa entre a política pública e a atuação parcial ou integral das famílias na garantia da proteção social, sendo que, a partir de 2016, essa dinâmica se fortaleceu e se atualizou (Santos, 2014). A crise política e econômica que assolou o país, marcada pela redução explícita de recursos públicos para as políticas sociais a partir de 2016, evidenciou a fragilidade das instituições democráticas e a persistência de uma cultura política autoritária e conservadora. O impeachment da presidente Dilma Rousseff e a ascensão de Michel Temer, seguido por Bolsonaro, representaram um retrocesso em relação aos avanços sociais conquistados nos anos anteriores. Nesse contexto, observou-se um realinhamento do Brasil em direção aos interesses do capital internacional e da direita oligárquica, caracterizado por uma postura ultraneoliberal, reacionária e neoconservadora, atrelada à degradação dos direitos sociais e à intensificação da precarização das relações de trabalho (Barros, 2019). Paulo Netto (2011) argumenta que, sob a urgência do capitalismo em maximizar lucros, a responsabilidade pela proteção social foi transferida para os indivíduos e suas redes primárias de proteção, como a família. Essa transferência não apenas fragiliza a rede de serviços públicos de proteção social, mas também reforça a ideia de que o cuidado deve ser uma responsabilidade familiar, em vez de um direito garantido pelo Estado.

Esse cenário gera uma reconversão da lógica de “direitos”, substituindo-os por políticas compensatórias fragmentadas, focalizadas e refilantropizadas. Tal postura permite

que o poder público atenda aos interesses do capital monopolista e financeiro, enquanto, com os recursos remanescentes, se concentra em ações pontuais que visam mitigar os efeitos mais severos da miséria absoluta (Iamamoto, 2014).

Contudo, essa assistência é frequentemente condicionada à capacidade de contribuir de alguma forma para o processo de valorização ou reprodução do capital fictício (Iasi, 2019). Nesse contexto, a família volta a ser exclusivamente responsável por seus membros, cabendo ao Estado intervir apenas quando as capacidades familiares e as iniciativas da sociedade falham (Montenegro, 2021).

Embora avançada em termos de princípios e cobertura, a Política Nacional de Saúde Mental não conseguiu se desvencilhar dos traços de familismo em suas ações, principalmente devido às forças legais que compartilham ou transferem para as famílias a responsabilidade pela provisão material e social dos indivíduos. Isso continua representando um desafio para a ampliação da proteção social brasileira na perspectiva dos direitos de cidadania, conforme será discutido a seguir.

2.2 Familismo e a desinstitucionalização em saúde mental

A inclusão das famílias no cuidado, proteção e segurança das pessoas em sofrimento psíquico ocorre a partir da Lei nº 10.216/2001, da Reforma Psiquiátrica. Essa legislação marca o início da concepção da família como parte integrante da política de saúde mental, atribuindo-lhe o papel de protagonista no tratamento dos usuários (Nunes, 2023).

O artigo 2º da referida lei define que a pessoa com transtorno mental deve “ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar a sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade” (Brasil, 2001, p. 15). Já no artigo 3º, é assegurado que: “é responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações e serviços de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da comunidade e da família” (Brasil, 2001, p. 15-16).

Com base nessa prerrogativa, a legislação em questão apresenta uma proposta desfamiliarista, que vai além da dimensão liberal, individual e subjetiva das intervenções familiares, reconhecendo que as necessidades geradas pela sociedade de classes devem ser atendidas pelo poder público por meio das políticas sociais (Teixeira, 2015).

A Portaria MS/GM nº 251/02 estabelece que, na construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), é fundamental a participação do núcleo familiar, reconhecendo a família

como provedora de cuidados e integrando-a nas ações dos serviços de saúde mental. Isso requer uma preparação da equipe multiprofissional para lidar com essa instituição, rompendo com a lógica psiquiátrica tradicional, na qual a família era apenas uma informante, um recurso esporádico ou uma visita (Rosa, 2005).

Dessa forma, cria-se uma rede territorial de atenção à saúde mental, com financiamento essencialmente público e pactuações entre as três esferas de governo, visando à desinstitucionalização da pessoa com transtorno mental e sua reintegração ao conjunto das experiências sociais (Amarante, 2008). Segundo Santos e Silveira (2001), o território em saúde deve ser visto como uma entidade dinâmica e viva, repleta de relações sociais que influenciam reciprocamente o ambiente, os indivíduos e a sociedade. Essa perspectiva busca garantir que o território não se limite a instâncias sanitárias, mas que inclua outras instituições capazes de acolher pessoas em sofrimento (Barros, 2019).

A Portaria MS/GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelece diretrizes em seu artigo 2º, que incluem: respeito aos direitos humanos, promoção da equidade, combate a estigmas e preconceitos, garantia de acesso e qualidade dos serviços, atenção humanizada, diversificação das estratégias de cuidado, desenvolvimento de atividades no território, implementação da estratégia de redução de danos, ênfase em serviços de base territorial e comunitária, organização de uma rede de atenção regionalizada, promoção de educação permanente e desenvolvimento de uma lógica de cuidado centrada no Projeto Terapêutico Singular (PTS) (Brasil, 2011a).

Com essas legislações, surge a perspectiva de desinstitucionalização, que representa uma prática de desconstrução da lógica manicomial e um campo para uma nova práxis na saúde mental. Essa mudança exige novas demandas e possibilidades nas relações entre sociedade e loucura. Nesse sentido, a família é convocada como parceira dos dispositivos territoriais, assumindo um papel político importante para concretizar as diretrizes da política de saúde mental (Rosa, 2005).

Santos acentua que o trabalho dos serviços de saúde mental pressupõe a participação ativa das famílias para garantir um atendimento integral ao sujeito. O apoio cotidiano do núcleo familiar ao usuário, o acompanhamento e supervisão que favoreçam o cumprimento dos requisitos do atendimento, bem como o fortalecimento das relações afetivas entre usuário e família, são essenciais para o restabelecimento das condições de saúde daqueles que enfrentam sofrimento psíquico (Santos, 2014).

Historicamente, a abordagem em saúde mental passou de um modelo que isolava os pacientes em manicômios para um que integra a família nas possibilidades de acompanhamento e cuidado da saúde mental dos indivíduos. Essa mudança é um reflexo da reforma psiquiátrica, que enfatiza a desinstitucionalização e reconhece a família como um locus importante para a reintegração social dos indivíduos (Santos, 2014).

A Lei nº 10.216, por exemplo, destaca que o paciente com dependência institucional deve ser objeto de políticas específicas de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, evidenciando a responsabilidade do Estado em proporcionar suporte adequado (Brasil, 2001).

Entretanto, a relação entre paciente e família não é simples e pode enfrentar desafios significativos. Um dos principais desafios ocorre quando os laços familiares estão fragilizados ou inexistem, o que é comum entre pessoas que saem de manicômios, especialmente aquelas que passaram longos períodos em tratamento psiquiátrico (Santos, 2014).

Nesse contexto, o autor complementa que a ausência de uma rede de serviços substitutivos e de apoio público, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e residências terapêuticas, agrava a situação, deixando as famílias sobrecarregadas com a responsabilidade de oferecer não apenas o convívio socioafetivo, mas também a assistência integral que deveria ser provida pelas políticas públicas (Santos, 2014).

O processo de desinstitucionalização requer políticas robustas que garantam assistência, especialmente aos pacientes que estiveram internados por longos períodos. A execução dessas políticas, incluindo o Programa De Volta para Casa, que visa à reintegração social de pacientes em tratamento psiquiátrico, tem enfrentado dificuldades e limitações (Brasil, 2003b; Santos, 2014).

A desinstitucionalização da saúde mental, ainda segundo Santos, embora tenha sido um passo significativo, resultou na transferência da responsabilidade pela atenção e assistência aos usuários para os núcleos familiares. Contudo, o papel que a família deveria assumir com a reforma psiquiátrica não é o de se responsabilizar prioritariamente pela assistência integral dos indivíduos. A ausência ou insuficiência de equipamentos públicos e serviços adequados leva a uma transferência de responsabilidades para as famílias, caracterizando, segundo o autor, um “familismo de transferência” (Santos, 2014, p. 194).

Embora a família seja um espaço para o desenvolvimento e proteção das pessoas, não deve ser um local que reproduza desigualdades de representação e atribuições. Existe uma falsa dicotomia que vê a família como um ente privado, onde o direito à privacidade pode obscurecer os interesses coletivos (Santos, 2014). Nussbaum (2000) argumenta que, embora os indivíduos tenham direito à privacidade, isso não deve impedir questionamentos sobre

como a lei e a política pública moldam essa instituição e como poderiam fazê-lo de forma mais eficaz.

Na perspectiva dos direitos individuais e humanos, as famílias devem funcionar de maneira que cada indivíduo seja tratado como um fim em si mesmo, e não como um meio para outros membros da família (Nussbaum, 2000). Este conceito permite que a pessoa, considerada separadamente, se torne a unidade básica para a distribuição política, exigindo que as leis e políticas públicas sejam moldadas para refletir essa visão (Santos, 2014).

Assim, a desinstitucionalização deve ser vista como um desafio que requer um suporte robusto do Estado para que as famílias não sejam sobrecarregadas com responsabilidades que deveriam ser compartilhadas, sendo o exercício da cidadania de responsabilidade estatal (Santos, 2014).

Com o golpe parlamentar de 2016, observa-se uma retomada ainda maior do protagonismo da família na provisão de bem-estar social (Moraes *et al.*, 2020). A convocação da família a assumir compulsoriamente os custos da proteção social se alinha com a política de austeridade, que está fundada na redução dos gastos públicos e do papel do Estado em suas funções de indutor do crescimento econômico (Vieira *et al.*, 2018).

Nesse contexto, a valorização da família pela Política Nacional de Saúde Mental apresenta uma contradição, pois, ao mesmo tempo em que avança em viabilizar a reinserção dos sujeitos em sofrimento psíquico e amplia o olhar para além do indivíduo, impossibilita sua concretização, pois a retração do Estado na efetivação de direitos pode reforçar “a tendência já historicamente predominante na sociedade brasileira, qual seja, a de resolver na esfera privada questões da ordem pública” (Alencar, 2010, p. 63).

A ascensão do ultraneoliberalismo exige que o Estado proteja o mercado e reduza o investimento social. A família e os setores informais são requisitados para garantir a proteção social, fortalecendo o familismo e a refilantropização que formam o pluralismo de bem-estar social. A tendência nesse contexto é de aprofundamento da desigualdade, considerando que as famílias não são homogêneas em nenhum aspecto, seja em recursos, fases dos ciclos de vida ou em modelos culturais (Saraceno, 1992).

Conforme destacam Horst e Miotto (2021), na cena contemporânea, presenciamos o discurso em “defesa da família”, que, longe de assegurar proteção social pública e estatal às famílias, vem concretizando o familismo. A ausência de políticas públicas e o enxugamento dos direitos diante de uma estrutura do capitalismo não garante uma condição mínima de sobrevivência para os indivíduos e suas famílias; por isso, a defesa da família permanece como uma estratégia ideológica central (Horst; Miotto, 2021, p. 49).

Na verdade, o mito da defesa da família se configura principalmente na união de dois fatores combinados: o ultraneoliberalismo e o conservadorismo moral. O ultraneoliberalismo, impulsionado pela centralidade no mercado e pela não intervenção do Estado na economia, diante do desmonte das políticas, faz com que o discurso da “defesa das famílias” emergja como uma estratégia crucial. Sob essa ótica, aqueles que não possuem recursos suficientes devem contar unicamente com o suporte de suas famílias (Horst; Miotto, 2021).

Por outro lado, o neoconservadorismo, alinhado a uma variedade de correntes neoconservadoras, especialmente o fundamentalismo religioso, argumenta que está defendendo os valores verdadeiros que fortalecem as instituições familiares, legitimando a posição de que o Estado não deve oferecer serviços sociais para proteger as famílias. Em vez disso, advogam por uma intervenção estatal restrita, concentrada na regulação rígida da “vida privada” e dos comportamentos individuais (Horst; Miotto, 2021).

A ideologia ultraneoliberal, combinada com ideias conservadoras, culmina na responsabilização das famílias por resolverem seus próprios problemas no espaço doméstico, desvinculando as dificuldades enfrentadas da estrutura social, o que, por sua vez, leva as famílias a serem culpabilizadas por questões que vão além de seu controle (Miotto, 2020).

O familismo como um mecanismo de dominação ideológica se reproduz como estratégia para responsabilizar os indivíduos e suas famílias pelo caos instalado pela sociabilidade burguesa. Nesse sentido,

a) mascaram os determinantes e fundamentos do sistema do capital e suas crises; b) desloca as questões, que somente coletivamente poderão ser resolvidas, para o âmbito “particular”; c) centraliza as famílias como naturalmente responsáveis pelos seus membros e, no interior destas, constroem o apassivamento dos sujeitos, a produção de consensos, já que se trata de um problema da “minha família” e não da sociabilidade burguesa (Horst; Miotto, 2021, p. 37).

A ideologia da família, defendida pela extrema direita e por outras correntes, é difundida por instituições como a Igreja, que sustentam o discurso de que a família é a base da sociedade. Isso cria um campo de alienação, onde os indivíduos não se reconhecem nas relações sociais, já que a realização concreta do modelo ideal de família é inviabilizada pelo próprio sistema capitalista. Ainda assim, esses indivíduos assumem essa e outras responsabilidades.

Na proposta familista de trabalho com as famílias, parte-se do pressuposto de que elas são as principais provedoras e responsáveis pelo bem-estar e proteção social de seus membros. Dessa forma, no âmbito do cotidiano, essa projeção familista se materializa na

responsabilização, sobrecarga e culpabilização de milhares de pessoas que desempenham o trabalho familiar e de cuidado (Horst; Mioto, 2018).

Todos esses movimentos refletem um cenário de contrarreforma, que causa retrocessos e esvaziamento das políticas públicas de saúde mental, caracterizado por cortes de investimento na RAPS e precarização dos processos de trabalho, impossibilitando as políticas de atenderem à demanda dos usuários. Esse processo de “desconfiguração dos princípios da reforma psiquiátrica e do cuidado ampliado faz com que as famílias ocupem outro espaço dentro da política de saúde mental, o espaço do familismo” (Chiabotto; Nunes; Aguiar, 2022, p. 89).

Assim, as famílias são cada vez mais chamadas a assumir um papel central no cuidado de seus membros com transtornos mentais, sem a devida contrapartida por parte do Estado, o que resulta em uma sobrecarga significativa e pode exaurir o potencial protetivo dessas famílias, colocando em risco o bem-estar tanto dos pacientes quanto de seus cuidadores (Pereira, 2020).

Compreendemos que, apesar das significativas mudanças políticas e jurídicas ocorridas desde os anos 1990 na política de saúde mental, especialmente com a reforma psiquiátrica, ainda enfrentamos desafios e embates. Nesse cenário, destacam-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), considerados a espinha dorsal do modelo antimanicomial de assistência em saúde mental para usuários e seus familiares, tema que será abordado adiante.

2.3 Os centros de atenção psicossocial e as estratégias de cuidado

Com a Reforma Psiquiátrica de 1978, surgiu o primeiro CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) no Brasil, na cidade de Santos, estado de São Paulo, posteriormente abrangendo todo o território nacional. Os CAPS foram implementados como serviços assistenciais substitutivos aos manicômios e instituições psiquiátricas no Brasil, representando o marco de um novo modelo de tratamento para pessoas com transtornos mentais, alinhado à lógica antimanicomial, tendo como diretriz os princípios da Reforma Psiquiátrica, sancionada pela Lei 10.216/2001 (Brasil, 2001).

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 6º, estabeleceu a saúde como direito social e dever do Estado, inserido dentro da Seguridade Social, custeada pelos recursos governamentais da União, estados e municípios (Brasil, 1988a). É imprescindível destacar a importância da VII Conferência de Saúde, promovida pelo movimento de Reforma Sanitária, que não define a saúde apenas como a ausência de doença, mas considera outros aspectos,

como: alimentação, moradia, trabalho, saneamento básico, entre outros. Além disso, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), pela Constituição Federal de 1988 e normatizado pela Lei nº 8.080 de 1990, representou um avanço no processo de formulação e implementação de políticas de saúde, inclusive na saúde mental, sob a perspectiva da emancipação dos indivíduos (Lobato, 2000; Delgado *et al.*, 2007).

Em 1991, o então coordenador de Saúde Mental do Ministério da Saúde, Domingo Sávio Nascimento Alves, editou a Portaria 189/91, com o objetivo de promover, com recursos públicos, a ampliação dos CAPS em nível nacional. A Portaria 224/92 criou oficialmente os CAPS e dividiu o atendimento em saúde mental nos CAPS e NAPS em dois grupos principais: hospitalar e ambulatorial (Brasil, 2004b).

A Portaria Ministerial 336/2001 dissociou o NAPS do CAPS, regulamentou e integrou os CAPS à rede do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa portaria reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS, estabelecendo o serviço de Atenção Psicossocial Especializada em suas diferentes modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPS-AD (Brasil, 2004b).

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2004b), um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é um lugar de referência e tratamento para pessoas com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves, entre outros, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando internações e favorecendo o exercício da cidadania e a inclusão social dos usuários e de suas famílias.

Os CAPS oferecem diversos tipos de serviços e atividades, como: atendimento médico, psicológico, oficinas terapêuticas, atividades comunitárias, atividades artísticas, orientação e acompanhamento no uso de medicação, atendimento domiciliar, entre outros (Brasil, 2004b).

É importante considerar que teorias e modelos prontos de atendimento são insuficientes diante das particularidades e complexidades que envolvem as características existenciais e contextuais dos usuários com transtornos mentais, exigindo um olhar que vá além da doença. Dessa forma, é contestada a avaliação e o tratamento sintomático da doença em detrimento da “criação de uma clínica psiquiátrica renovada, deslocando o foco do tratamento da doença para a pessoa doente” (Tenório, 2002, p. 40).

Por isso, os serviços de atenção psicossocial têm sido referência no atendimento de indivíduos com transtornos mentais, considerando que os CAPS têm como âncora a perspectiva de cuidados terapêuticos diferentes daqueles realizados nas instituições

psiquiátricas tradicionais, “orientando-se pela ampliação do espaço de participação social do sujeito que sofre, pela democratização das ações, pela não segregação do adoecimento psíquico e pela valorização da subjetividade, com base nas ações multiprofissionais” (Tavares; Sousa, 2009, p. 254).

Os CAPS se subdividem em cinco modalidades: CAPS I, CAPS II e CAPS III. Além disso, existem outros dois serviços de atenção psicossocial: CAPSi (Criança e Adolescente), destinados ao atendimento psicossocial de crianças e adolescentes; e CAPSad (Álcool e Drogas), que oferece atendimento psicossocial para pessoas com transtornos mentais decorrentes do uso de drogas e/ou outras substâncias psicoativas (Brasil, 2004b). O formato dos CAPS (tamanho, estrutura, profissionais, atividades oferecidas e demandas atendidas) varia de acordo com o porte dos municípios (Brasil, 2004b).

Os CAPS I são implantados em municípios ou regiões com população acima de 15 mil habitantes; os CAPS II em municípios ou regiões com população acima de 70 mil habitantes; e os CAPS III em municípios ou regiões com população acima de 150 mil habitantes. Os CAPS destinados a atendimentos em saúde mental para atenção a álcool e drogas e para crianças e adolescentes (CAPSi e CAPSad) têm como critério a implantação em municípios com mais de 70 mil habitantes (Brasil, 2011b).

No Art. 7º da Portaria nº 3.088, os CAPS são definidos como serviços de saúde de caráter aberto e comunitário que fazem parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Dentro da RAPS, a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) visa consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária (Brasil, 2011b).

De acordo com essa portaria, os CAPS devem ser compostos por uma equipe multiprofissional que atue de forma interdisciplinar, proporcionando aos usuários tratamento com diversos profissionais de nível superior e médio. Os profissionais de nível superior incluem enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, professores de educação física ou outros profissionais necessários para as atividades oferecidas nos CAPS (Brasil, 2011b). Os profissionais de nível médio podem incluir técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos, educadores e artesãos. Os CAPS contam ainda com equipes de limpeza e cozinha (Brasil, 2004b).

Os CAPS desempenham um papel fundamental na Rede de Atenção Psicossocial, sendo responsáveis pela coordenação do cuidado dentro da RAPS, além de se constituírem como centros de rede intersetorial que integram outras políticas voltadas para a promoção da

reintegração social e da cidadania de seus usuários (Sidrim, 2010, p. 42-43). De acordo com a Portaria nº 3.088/11, a Rede está organizada nos seguintes eixos e dispositivos:

I – Atenção Básica em Saúde: Unidades Básicas de Saúde (UBS), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Consultório na Rua, Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório e Centros de Convivência e Cultura.

II – Atenção Psicossocial Especializada: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em todas as modalidades.

III – Atenção de Urgência e Emergência: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Sala de Estabilização, Unidades de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto-socorro.

IV – Atenção Residencial em caráter transitório: Unidades de Acolhimento e os Serviços de Atenção em Regime Residencial, destacando-se as Comunidades Terapêuticas.

V – Atenção Hospitalar: Enfermarias especializadas em Hospital Geral e Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

VI – Estratégias de Desinstitucionalização: Serviços Residenciais Terapêuticos e o Programa de Volta para Casa.

VII – Reabilitação Profissional: Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda, Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais (Brasil, 2011b).

Nos CAPS, os usuários são atendidos por meio de consultas médicas, psicoterapia individual e/ou grupal, oficinas terapêuticas, atividades comunitárias, entre outras. As atividades que podem beneficiar o usuário são definidas a partir de um projeto terapêutico individualizado, que busca oferecer o tratamento necessário, respeitando as possibilidades individuais e buscando reabilitar o sujeito em todos os aspectos psicossociais, desenvolvendo projetos terapêuticos e comunitários, dispensando medicamentos, encaminhando e acompanhando usuários que moram em residências terapêuticas, além de assessorar e servir de retaguarda para o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e Equipes de Saúde da Família no cuidado domiciliar (Brasil, 2004b; Onocko-Campos; Furtado, 2006).

Os CAPS são considerados dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental, desempenhando um papel fundamental na promoção de um modelo de cuidado que prioriza a territorialidade e a reinserção social (Brasil, 2003a).

O território, enquanto espaço de atitude e ação, torna-se um elemento central na prática dos CAPS, pois possibilita a construção de vínculos entre os profissionais de saúde, os usuários e suas famílias. O CAPS, por ser territorializado, busca resgatar as potencialidades

dos recursos comunitários circunscritos, que devem ser incluídos nos cuidados em saúde mental (Brasil, 2003a). Quando há interação entre equipes que vivenciam a realidade dos usuários na prática, o trabalho dessas equipes em espaços comunitários permite a construção da territorialização (Quintas; Amarante, 2008).

Dessa forma, para que ocorra uma troca de saberes entre o serviço de saúde e a comunidade, é importante que as equipes da rede de atenção básica e os agentes comunitários articulem os diferentes recursos, como: afetivos (relações pessoais, familiares, amigos etc.), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esporte etc.), econômicos (dinheiro, previdência etc.), culturais, religiosos e de lazer. Esses recursos devem se integrar para ampliar e qualificar o atendimento, promovendo a reinserção e ressocialização dos usuários (Brasil, 2004b; Schneider, 2009). Nessa abordagem, a interação estratégica entre as equipes de saúde e a comunidade promove ações efetivas em benefício do usuário e sua família.

Os CAPS devem contar com espaços próprios e preparados para atender às demandas, oferecendo um ambiente adequado com os seguintes recursos físicos: consultórios para atividades individuais (consultas, entrevistas, terapias); salas para atividades grupais; espaço de convivência; oficinas; refeitório; sanitários; área externa para oficinas, recreação e esportes (Brasil, 2004b). Portanto, um ambiente acolhedor é imprescindível para garantir a cidadania e a emancipação dos usuários dos CAPS.

Conforme as determinações da Portaria GM 336/02, o CAPS pode oferecer, conforme o projeto terapêutico, os seguintes tipos de atendimento:

- Atendimento Intensivo: Atendimento diário, oferecido quando a pessoa se encontra em grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou com dificuldades intensas no convívio social e familiar.

- Atendimento Semi-Intensivo: Nessa modalidade, o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês. Ela é oferecida quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas o usuário ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia.

- Atendimento Não-Intensivo: Oferecido quando o usuário não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendido até três dias no mês. Todas as modalidades de atendimentos podem ser oferecidas em domicílio (Brasil, 2004b).

Em 2020, havia 2.341 CAPS em funcionamento em todo o país, distribuídos em 1.139 unidades de CAPS I, 493 unidades de CAPS II, 94 unidades de CAPS III, 406 unidades de

CAPSad e 209 unidades de CAPSi (Brasil, 2020a). Pode-se afirmar que os CAPS são fundamentais para o cuidado e evolução do quadro clínico das pessoas com transtornos mentais, embora esses cuidados não dependam apenas dos CAPS, mas também de uma rede de apoio, incluindo a família (Cronemberger; Lima, 2020, p. 241).

As atividades propostas pelos CAPS para o cuidado personalizado dos usuários envolvem uma abordagem centrada no indivíduo. Essas atividades são cuidadosamente planejadas e oferecem uma variedade de intervenções que atendem às necessidades específicas dos usuários dos CAPS. Essas intervenções podem incluir, entre outros aspectos, o fornecimento de medicação quando necessário, a implementação de atividades terapêuticas, a oferta de atividades recreacionais e o suporte contínuo às famílias dos usuários (Brasil, 2004b).

Para enfrentar a hegemonia do hospital psiquiátrico, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) foram criados não apenas para oferecer atendimento ambulatorial e internação, mas, principalmente, para se adaptar às necessidades específicas de cada paciente, levando em consideração sua relação com a comunidade e a família. Estruturados com base na lógica territorial, os CAPS permitem que os cuidados em saúde mental se integrem a outros aspectos da vida dos pacientes, como violência, abuso sexual e dependência de substâncias (Santos, 2014).

Com a desarticulação do modelo hospitalocêntrico, surgiram necessidades para a completa estruturação dos serviços substitutivos em saúde mental. Contudo, a velocidade com que esses serviços foram implementados no Brasil ainda não foi suficiente para atender integralmente todos os pacientes que saíram dos manicômios. Com a transição incompleta, as famílias foram impactadas, pois passaram a ter que fornecer apoio aos indivíduos que não estão mais isolados em instituições asilares, como ocorreu por quase 200 anos (Santos, 2014).

De acordo com Santos e Pereira (2022), várias dificuldades surgem nesse processo, envolvendo: o contexto de desmonte das políticas sociais, os interesses dos profissionais envolvidos, a qualidade dos serviços prestados nos CAPS e a própria capacidade do equipamento de responder adequadamente às necessidades dos usuários e suas famílias, principalmente durante a pandemia de COVID-19. Esse período não trouxe apenas desafios de saúde, mas também complexidades políticas, sociais e econômicas, que afetaram diretamente a vida das pessoas e a dinâmica das famílias.

Em relação ao cuidado em saúde mental, a legislação coloca os CAPS como o principal ponto de referência para a atenção em saúde mental. A participação da família no tratamento é considerada fundamental. Os CAPS, concebidos como pontos de atenção da

Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), buscam promover a participação familiar nas atividades terapêuticas e na reintegração social dos usuários. Essa abordagem reflete uma visão de cuidado que reconhece a família como um agente essencial no processo de recuperação e reintegração dos pacientes (Yasui, 2010).

De acordo com Cronemberguer e Lima (2020, p. 244), o acompanhamento e a participação da família proporcionam melhorias nos quadros clínicos, tornando as internações psiquiátricas menos frequentes, uma vez que as situações de crise são comunicadas e discutidas rapidamente entre a equipe técnica e os familiares.

Contudo, com o avanço do ultraneoliberalismo, a participação efetiva da família tornou-se um desafio no cuidado cotidiano. O direcionamento do Estado, com base em ajustes fiscais, cortes orçamentários e concepções conservadoras que permeiam as diretrizes da extrema direita, apresenta uma mudança significativa no papel do Estado em relação às políticas sociais, reduzindo progressivamente os investimentos e transferindo cada vez mais responsabilidades para as famílias (Gonçalves; Sena, 2001).

Os serviços se tornam cada vez mais precarizados e ineficientes, pautados pela lógica biomédica. Os pacientes recebem apenas tratamento médico em regime ambulatorial, mas continuam com suas famílias (Sant'ana; Pereira; Borenstein, 2011, p. 51), sem qualquer recurso estratégico dos serviços de saúde que vise à reinserção familiar, social e profissional dos usuários e seus familiares (Schrang; Kantorski, 2003).

Esse fenômeno resulta não apenas na insuficiência das políticas públicas ao longo do tempo, mas também em um processo de reorientação e redução dos níveis de cobertura dessas políticas. Como destacam Draibe e Riesco (2006, p. 16), o “alto valor conferido à família e o baixo grau de individuação de seus membros” refletem as características do familismo, que atribui à família a responsabilidade pelo cuidado e proteção de seus membros.

Pereira (2010) observa que, nos últimos anos, os recursos familiares têm sido cada vez mais utilizados para suprir o déficit de proteção social na sociedade contemporânea. Isso inclui não apenas o provimento de necessidades básicas, como alimentação e moradia, mas também o acesso a serviços essenciais, como educação e saúde, que muitas vezes estão fora do alcance devido ao desmonte e à privatização desses serviços.

Ao considerar essas análises, percebe-se como as famílias são colocadas em uma posição de crescente responsabilidade e vulnerabilidade diante das transformações nas políticas sociais. Embora o discurso de valorização da família possa parecer positivo à primeira vista, ele muitas vezes mascara a falta de investimento e compromisso por parte do Estado na garantia dos direitos sociais básicos (Miotto; Silva; Silva, 2007).

De acordo com esses autores, tal argumento reflete uma tendência em direção a uma “solução familiar” para a proteção social (Mioto; Silva; Silva, 2007, p. 198). Por um lado, a família é reconhecida como a base da sociedade e, portanto, deve ser protegida pelo Estado, tornando-se alvo de políticas sociais como sujeito de direitos. Por outro lado, ela é responsabilizada, juntamente com a sociedade e o Estado, pela proteção da infância, adolescência e idosos (Teixeira, 2010).

Segundo Vieira (2009), no paradigma psicossocial, a família é solicitada a ser uma fonte complementar de cuidados, o que pode ser extremamente desafiador, especialmente em contextos de extrema desigualdade social, nos quais a reprodução social da própria família está em risco. Essa situação se agrava em relação a famílias da classe trabalhadora, que estão sendo desafiadas a garantir o bem-estar e a proteção de seus membros, sem, no entanto, receber o devido suporte e proteção do Estado, especialmente aquelas que cuidam de membros em sofrimento psíquico.

A crescente privatização, o desfinanciamento dos serviços de saúde mental e a falta de apoio do Estado têm levado diversas famílias a assumir o cuidado de seus entes queridos, muitas vezes sem o treinamento ou recursos adequados para lidar com as complexidades do sofrimento psíquico. O caráter familista das políticas sociais, ao desresponsabilizar o Estado pelo cuidado das pessoas em sofrimento psíquico e atribuir essa responsabilidade à família, gera desafios relacionados à capacidade da família de acessar os recursos necessários para um cuidado adequado (Gelinski; Moser, 2015). A presença do usuário de saúde mental no seio familiar pode gerar impactos significativos em termos de desgaste material, emocional e organizativo para a família (Melman, 2002). A falta de apoio do Estado e de serviços como o CAPS pode resultar em dificuldades adicionais para os familiares, levando, em alguns casos, até à reinternação dos usuários (Borba; Schwartz; Kantorski, 2008).

Para Furegato (2009), o cuidado envolve questões pessoais, sociais, emocionais e financeiras relacionadas à convivência com o adoecimento mental. Esse cuidado é cotidiano e envolve uma demanda de atenção nem sempre prontamente assistida devido às inúmeras dificuldades vivenciadas pelos pacientes e seus familiares, como: escassez de recursos, inadequação da assistência profissional, estigmatização, dificuldade de acesso a programas profissionalizantes, entre outros (Furegato, 2009). Durante a pandemia, algumas instituições suspenderam parte de seus serviços, incluindo os Centros de Atenção Psicossocial. Essa interrupção deixou as famílias mais sobrecarregadas, pois toda a carga de cuidado foi deslocada para o âmbito doméstico (Cronemberguer; Lima, 2020).

Nunes e Dias (2022) também sinalizam que os sujeitos dependentes de cuidados deixaram de frequentar creches, escolas e serviços de saúde devido aos protocolos de distanciamento que entraram em vigor em março de 2020 no Brasil. Assim, o núcleo familiar passou a assumir todas as responsabilidades de cuidado que antes eram compartilhadas com os serviços de saúde mental, evidenciando um aumento da carga de cuidado por parte das famílias e uma retração da presença do Estado nesse processo (Cronemberguer; Lima, 2020). Conforme ressaltam Chiabotto, Nunes e Aguiar (2022), o isolamento social e a impossibilidade de manter espaços coletivos dentro dos serviços de saúde mental, causados pela pandemia de COVID-19, contribuíram para a desconfiguração dos CAPS, que passaram a funcionar de forma ambulatorial, oferecendo apenas atendimentos individuais e pontuais, o que aumentou ainda mais a carga de cuidado exigida das famílias.

De acordo com Bravo e Pelaez (2021), a conjuntura marcada pela crise econômica estrutural do capitalismo, aliada à crise sanitária causada pela pandemia de COVID-19, trouxe graves consequências tanto para as políticas sociais quanto para as condições de vida da população. A recessão econômica, que se arrastava desde a última década, foi exacerbada pelas políticas ultraneoliberais implementadas durante os governos de Temer e Bolsonaro. Essas políticas não apenas aprofundaram a desigualdade social, mas também falharam em colocar o país na trajetória de crescimento prometida, conforme evidenciado por Lanza *et al.* (2021).

O Gráfico 3 mostra que até 2016 a taxa de desocupação apresentou uma tendência crescente, alcançando 12,2%. Entre 2017 e 2018, houve uma pequena queda de 0,3% e 0,2%, respectivamente. Em 2019, a redução foi de 0,6%. No entanto, a taxa de desocupação atingiu seu ponto mais alto em 2020, registrando 14,2%, o maior índice do período analisado.

Em relação ao rendimento médio dos domicílios brasileiros, observou-se uma queda significativa no segundo semestre de 2020, atingindo 8,2% em comparação com os primeiros seis meses do ano. Essa diminuição foi seguida por uma nova redução de 4,7% no último trimestre do ano, conforme ilustrado no Gráfico 4.

Esses dados refletem o impacto adverso da crise econômica gerada pela pandemia de COVID-19 sobre a renda das famílias, evidenciando a precarização das condições de vida e a ampliação das desigualdades sociais no Brasil. O índice de Gini, utilizado para avaliar a desigualdade de renda entre 2014 e 2021, varia entre zero (indicando perfeita igualdade) e um (indicando máxima desigualdade). O Gráfico 5 mostra que, entre 2014 e 2015, houve uma tendência de redução do índice de Gini de 0,7%. No entanto, em 2016, houve um aumento de

0,8%, que se manteve em 2017. Em 2018 e 2019, houve um novo aumento na desigualdade, com o índice atingindo 0,506, seguido por uma queda de 0,6% em 2020.

Gráfico 3 – Taxa de desocupação: Brasil 2014 a 2021



Fonte: IBGE – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua mensal. Elaboração própria.

Gráfico 4 – Evolução do rendimento médio domiciliar *per capita* no Brasil - 2014-2021



Fonte: IBGE – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua mensal. Elaboração própria.

Gráfico 5 – Evolução da renda domiciliar *per capita* e coeficiente de Gini entre 2014 e 2021

Fonte: IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua. Elaboração própria.

Cabe destacar que, em 2020, houve uma diminuição no nível de desigualdade de renda, devido, principalmente, ao pagamento do Auxílio Emergencial realizado a partir de maio de 2020 pelo governo federal (Ribeiro; Bagolin, 2023). Apesar dessa redução, o nível de desigualdade ultrapassou o registrado entre 2014 e 2015. Conforme destacado por Hoffmann (2020), essa oscilação observada a partir de 2015 pode ser atribuída principalmente ao impacto da crise econômica sobre os rendimentos e ao aumento do desemprego, seguido pela pandemia de COVID-19 em 2020.

Essa sequência de eventos afetou a estabilidade financeira dos trabalhadores, ampliando os índices de pobreza e comprometendo a capacidade das famílias de prover cuidado. Nesse contexto, a dependência das famílias como principais responsáveis pelo cuidado tornou-se insustentável, uma vez que muitas já estavam sobrecarregadas antes mesmo da crise sanitária.

A partir da análise realizada, evidenciou-se que a crise pandêmica, juntamente com a crise endêmica do capital, trouxe consigo o aprofundamento da desigualdade, o desrespeito à vida humana e o descompromisso do Estado no financiamento da proteção social. Nesse contexto, observa-se, paradoxalmente, a perda dos direitos sociais e o avanço da barbárie (Santos, 2023). Todas essas implicações não passaram despercebidas nos serviços públicos, como a saúde.

Esse contexto apresentou um desafio para as famílias que provêm cuidado em saúde mental, considerando que o CAPS, sendo um espaço de proteção para o sujeito em sofrimento

psíquico, teve sua atuação limitada e os serviços da rede encontravam-se fragmentados. As famílias tiveram que lidar com uma série de dificuldades, incluindo a falta de apoio e orientação dos profissionais de saúde mental, a dificuldade de manter rotinas terapêuticas e de tratamento em casa, além do aumento do estresse e da ansiedade devido ao isolamento social e à ausência de ações estratégicas por parte do Estado para minimizar os impactos sanitários, econômicos e sociais (Cronemberguer; Lima, 2020).

A análise desses indicadores é fundamental para compreender a magnitude da crise e suas repercussões sobre a população, destacando a necessidade de intervenções políticas voltadas para a proteção social, que reconheçam as complexidades das necessidades sociais e econômicas dessas famílias.

A responsabilidade pelo cuidado e suporte aos membros familiares não pode recair exclusivamente sobre os indivíduos, especialmente em um contexto em que as desigualdades sociais são exacerbadas. A participação dos familiares é fundamental para o cuidado do usuário em sofrimento psíquico, conforme preconizado pela Reforma Psiquiátrica. No entanto, é imprescindível estabelecer uma clara distinção entre essa participação familiar e a responsabilidade do Estado pelo cuidado em saúde mental (Chiabotto; Nunes; Aguiar, 2022), principalmente nos momentos de crise.

A parceria proposta pela Reforma Psiquiátrica não deve ser sinônimo de transferência integral da responsabilidade de cuidado para a família, isentando o Estado de suas obrigações de amparo às famílias no cuidado do ente em sofrimento psíquico (Silva, 2006). Além de considerar a família como parte integrante do cuidado nos serviços de saúde mental, Miotto (2000) compreende o cuidado como proteção social, reconhecendo que as famílias não são apenas espaços de cuidado, mas também espaços que devem ser cuidados. Com base nessa perspectiva, as autoras Miotto e Dal Pra (2015) destacam que a família deve ser considerada um elemento importante e também objeto de cuidado. Assim, o cuidado deve ser incluído nas políticas públicas como um direito social (Dal Pra; Miotto; Wiese, 2018).

Essa concepção está ancorada na compreensão de que as famílias mais vulneráveis enfrentam inúmeras dificuldades para promover e garantir os “cuidados” aos seus membros. Tal constatação é reforçada pela própria demanda apresentada pelas famílias, que frequentemente necessitam de apoio contínuo, garantido até mesmo pela Constituição, que estabelece que “a família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado” (Brasil, 1988a). No entanto, apesar desse reconhecimento explícito, o que observamos no contexto atual é um processo de desproteção das famílias por parte do Estado (Miotto; Dal Pra, 2015).

Os autores Stamm e Miotto (2003) destacam que o debate no campo das políticas sociais tem se direcionado para a necessidade de uma intervenção mais ativa por parte do Estado, por meio de políticas sociais e serviços voltados para essas famílias (Passos, 2017). Essa abordagem reflete uma compreensão mais abrangente das necessidades das famílias em situação de vulnerabilidade e reconhece a importância de construir ações que visem eliminar as desigualdades e promover a inclusão social das famílias. Essa demanda não se restringe apenas à garantia de subsistência material, mas também engloba o acesso a serviços e apoios que possibilitem o fortalecimento dos vínculos familiares e o desenvolvimento pleno de seus membros. Entre as várias dimensões das desigualdades evidenciadas pela pandemia de COVID-19, a responsabilidade pelo cuidado de um ente familiar com transtornos mentais exclusivamente no âmbito doméstico revelou o quanto esses cuidadores(as) demandam um olhar atento (Cronemberguer; Lima, 2020).

É essencial reconhecer e fortalecer o papel da família como um elemento central na rede de cuidados. Isso exige não apenas a oferta de suporte e recursos adequados, mas também a criação de uma rede ampliada e articulada de atenção à saúde mental, que vá além dos CAPS e inclua uma variedade de atores e serviços, colocando a família cuidadora no centro das políticas de saúde mental (Brasil, 2013), especialmente aquelas em situação de vulnerabilidade socioeconômica. A partir dos referenciais teóricos aqui expostos e retomando o objeto desta dissertação, apresentam-se a seguir os resultados do estudo.

CAPÍTULO 3 – O PROVIMENTO DO CUIDADO AO FAMILIAR EM SOFRIMENTO PSÍQUICO NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19

Neste capítulo, tem-se como foco a análise das entrevistas e a reflexão sobre o provimento de cuidado ao familiar em sofrimento psíquico, durante a pandemia da COVID-19.

3.1 Características sociodemográficas e socioeconômicas dos familiares cuidadores

No que concerne às características dos 10 cuidadores entrevistados, os dados obtidos foram sistematizados na Tabela 2. Do total de 10 familiares entrevistados, 8 (80%) são do sexo feminino e apenas 2 (20%) são do sexo masculino. Em relação ao parentesco, 6 (60%) são mães dos usuários, 2 (20%) são irmãos, 1 (10%) é filho e 1 (10%) é pai do indivíduo em sofrimento psíquico.

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico e socioeconômico de familiares cuidadores de usuários do CAPS de Viçosa, MG

	(continua)			
	Sexo			
	Feminino		Masculino	
	N	%	N	%
Cor da pele				
Branca	1	10,0	1	10,0
Parda	4	40,0	1	10,0
Preta	3	30,0	0	0,0
Faixa etária				
20 a 29 anos	1	10,0	0	0,0
30 a 39 anos	0	0,0	0	0,0
40 a 49 anos	1	10,0	1	10,0
50 a 59 anos	4	40,0	0	0,0
60 anos ou mais	2	0,0	1	10,0
Escolaridade				
Sem escolaridade	1	10,0	0	0,0
Ensino fundamental incompleto	2	20,0	1	10,0
Ensino fundamental completo	0	0,0	1	10,0
Ensino médio incompleto	3	30,0	0	0,0
Ensino médio completo	2	20,0	0	0,0

Tabela 2 – Perfil sociodemográfico e socioeconômico de familiares cuidadores de usuários do CAPS de Viçosa, MG

(conclusão)

	Sexo			
	Feminino		Masculino	
	N	%	N	%
Estado civil				
Solteiro	2	20,0	0	0,0
Casado/com companheiro	3	30,0	0	0,0
Separado/divorciado	1	10,0	1	10,0
Viúvo	2	20,0	0	0,0
União estável	1	10,0	0	0,0
Filhos				
Sim	8	80,0	1	10,0
Não	0	0,0	1	10,0
Atividade profissional				
Sim	4	40,0	2	20,0
Não	4	40,0	0	0,0
Renda familiar				
1 salário-mínimo	5	50,0	1	10,0
1 a 2 salários-mínimos	1	10,0	1	1,0
2 salários-mínimos	2	20,0	0	0,0
Vínculo familiar				
Mãe	6	60,0	0	0,0
Pai	0	0,0	1	10,0
Irmão	1	10,0	1	10,0
Filho	1	10,0	0	0,0

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da pesquisa.

Esses dados indicam que, na maioria das famílias entrevistadas, a responsabilidade pelo cuidado recai majoritariamente sobre as mulheres (cuja maioria são mães), havendo participação em menor escala de outros familiares, corroborando os estudos de Maia (2012) e Silva (2006). A prevalência do sexo feminino entre os cuidadores evidencia a predominância das mulheres no cuidado e na responsabilidade pelos usuários em sofrimento psíquico, conforme também observado em outros estudos na literatura (Brigola *et al.*, 2017; Silva; Lippi; Pinto, 2008; Yamashita *et al.*, 2010).

Dentre algumas possíveis razões estão a longevidade feminina e as práticas culturais e sócio-históricas, já que, durante séculos, a mulher não exerceu atividades laborais remuneradas, cabendo-lhe desempenhar o papel social de cuidado da casa e da família, seja na

condição de mãe, filha, esposa ou irmã (Arruda; Alvarez; Gonçalves, 2008; Silva, 1998; Floriani, 2004).

Góes e Carmo (2005) destacam que o ato de cuidar, associado à provisão de condições de sobrevivência como alimentação e vestuário, está intrinsecamente ligado às características culturalmente fortalecidas da maternagem, que reforçam a visão da mulher em associação à renúncia e ao sacrifício pessoal em prol do bem-estar do grupo familiar, especialmente em situações de vulnerabilidade.

Apesar das mudanças sociais e da função da mulher na sociedade, o cuidado ainda é frequentemente romantizado e esperado como parte natural do papel social feminino, perpetuando uma divisão de responsabilidades baseada em gênero. Segundo Passos (2017, p. 251-252), “O cuidado, que é uma necessidade ontológica do ser social, acabou assumindo o sentido de atribuição feminina, tornando-se parte dos comportamentos que devem ser ensinados e reproduzidos pelas mulheres, reduzindo completamente a sua essência.”

Para a sobrevivência dos seres humanos, é necessário que alguém desenvolva a tarefa do cuidado. Nessa perspectiva, a constituição da família foi fundamental para a organização dessa prática, “estabelecendo-o enquanto atribuição social a um de seus membros, bem como suas formas de execução” (Passos, 2017, p. 252). É no espaço doméstico que se torna possível a reprodução da vida social.

No contexto da sociedade capitalista, “a família nuclear se estabeleceu e se perpetuou, sendo-lhe atribuído um papel importante na reprodução dos valores criados” (Passos, 2017, p. 252). Essa forma de organização societária tem como fundamento a existência de desigualdades entre os sexos, implicando para as mulheres o trabalho de cuidado no lar, uma vez que a divisão sexual do trabalho acompanha o espaço privado (Bassi, 2023).

No âmbito da família nuclear moderna, a divisão sexual do trabalho se estabelece, produzindo junto a si uma feminização do trabalho doméstico e de cuidado. Dessa forma, os trabalhos ditos feminilizados e não remunerados, juntamente com seus sujeitos, “se situam de modo subordinado ante os trabalhos e aos sujeitos que auferem remunerações em espécie” (Ferreira, 2024, p. 1).

As autoras Cisne e Santos argumentam que as desigualdades entre os sexos incluem, além da questão do patriarcado (relações sociais de gênero), a divisão sexual do trabalho e as relações sociais de sexo. Para elas, “[...] o exercício do poder patriarcal não se restringe ao sexo biológico da mulher, permeia a construção social do sexo feminino, que se associa ao frágil, ao desvalorizado, ao subalterno e ao subserviente [...]” (Cisne; Santos, 2018, p. 43).

Entender os fatores que motivam uma mulher a realizar a tarefa do cuidado e como ela se relaciona com essa atividade é fundamental para a promoção e implementação de ações eficazes e direcionadas, considerando as especificidades de gênero (Diniz *et al.*, 2018).

Outro aspecto relacionado ao perfil dos participantes da pesquisa se refere à raça ou cor autodeclarada no ato da entrevista (Tabela 2). Verifica-se que o percentual de cuidadores pretos e pardos é expressivo: 8 (80%), enquanto o percentual de cuidadores brancos é de 2 (20%). Desse total de cuidadores pretos e pardos, 7 (70%) são mulheres. Esses dados confirmam que mulheres pretas e pardas têm maior probabilidade de assumir o cuidado, quando comparadas a cuidadores de outras raças/cores (Tabela 2), corroborando com estudos de Lisboa e Silva (2023).

Considera-se também que esse dado reflete um recorte do perfil sociodemográfico brasileiro, revelando a realidade da população que acessa o serviço público de saúde, composta por pessoas de baixa renda. Por questões relacionadas à colonização do Brasil, marcada pela discriminação e exploração, a maior parte dessa população é negra (IBGE, 2019).

Para Ribeiro (2023), a forma de organização do cuidado no Brasil manifesta o racismo, estando ancorada na exploração de mulheres negras, fruto de uma herança colonial e escravocrata que produz e reproduz assimetrias na provisão, distribuição e usufruto do cuidado. O gênero não age de forma isolada na divisão sexual e racial do trabalho, mas interage conjuntamente com raça, classe e nacionalidade.

Gonzalez (2020) destaca que o racismo estabelece uma hierarquia de gênero que coloca as mulheres negras na base da dominação, como a camada mais explorada e oprimida da sociedade brasileira, especialmente nas ocupações “naturalizadas” de trabalho doméstico e de cuidado (Gonzalez, 2018, 2020).

Mulheres de classes médias e altas, predominantemente brancas e escolarizadas, frequentemente contratam os serviços de mulheres mais pobres e racializadas para realizar tarefas domésticas e de cuidado, como empregadas domésticas, babás e cuidadoras. Essas mulheres, por sua vez, tendem a delegar a responsabilidade pelos cuidados de seus próprios familiares a outras mulheres, perpetuando assim uma cadeia de cuidado que reforça as desigualdades sociais e de gênero (Fraser, 2023).

As mulheres negras, majoritariamente pobres, não possuem os recursos financeiros necessários para contratar serviços de outras pessoas. Consequentemente, são obrigadas a assumir integralmente essas tarefas, reforçando a predominância das mulheres negras em trabalhos não remunerados e de baixa valorização social. O sistema capitalista e patriarcal

apoia-se nessa divisão racial e de gênero do trabalho, mantendo as mulheres negras em uma posição de vulnerabilidade e subordinação (Ribeiro, 2023).

É fundamental compreender que essa realidade não resulta de escolhas individuais, mas de um conjunto de fatores históricos, sociais e econômicos que limitam as oportunidades e possibilidades dessas mulheres, especialmente as negras. A herança colonial e escravocrata, como apontado por Ribeiro (2023), deixou marcas profundas na sociedade, perpetuando estereótipos e preconceitos que dificultam a ascensão social e econômica dessa parcela da população.

Nesse contexto, as mulheres negras enfrentam uma dupla jornada de trabalho, dedicando-se tanto às demandas domésticas e de cuidado de suas próprias famílias quanto às necessidades das famílias das classes mais privilegiadas. Essa realidade evidencia como o sistema social e econômico explora e marginaliza as mulheres negras, relegando-as a posições de subalternidade e invisibilidade (Ribeiro, 2023).

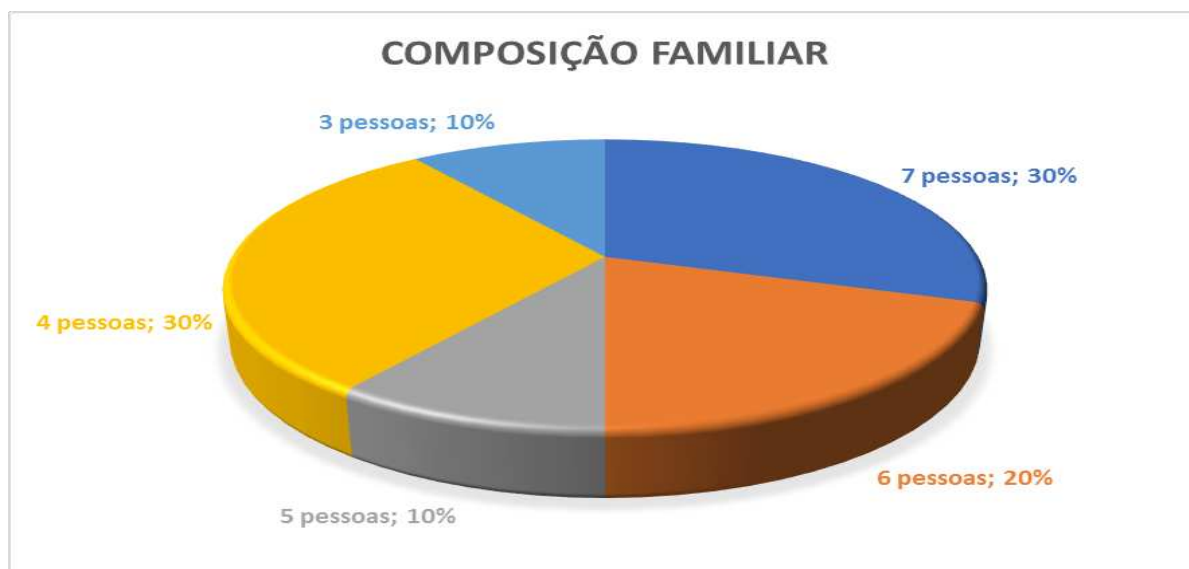
Para Orozco (2007), no ciclo de invisibilidade do cuidado, as mulheres negras são protagonistas na provisão do trabalho de cuidado remunerado e não remunerado, sendo, consequentemente, as mais impactadas. Quando o cuidado não é assumido como uma responsabilidade coletiva e pública, seus custos são ocultados no trabalho de cuidado e doméstico não remunerado, aprofundando as desigualdades na provisão, distribuição e usufruto dos cuidados. Assim, as próprias mulheres negras arcam com esses custos (Ribeiro, 2023). Duffy (2007) enfatiza que, quando a categoria gênero é analisada de forma isolada, oculta-se o impacto da raça e da classe social, evidenciando como a organização do cuidado está no centro dessa realidade.

Nessa direção, é necessário reconhecer a realidade das mulheres negras, considerando os entrelaçamentos de raça, classe e gênero (Kilomba, 2019), pois “se não se nomeia uma realidade, sequer serão pensadas melhorias para uma realidade que é invisível” (Ribeiro, 2017, p. 41). Quanto ao estado civil, a Tabela 2 revela que 3 (30%) dos entrevistados são casados, 2 (20%) viúvos, 2 (20%) solteiros, 2 (20%) divorciados e 1 (10%) está em união estável.

Verifica-se que 3 (30%) dos entrevistados possuem famílias compostas por 7 pessoas, 3 (30%) por 6 pessoas, 2 (20%) por 5 pessoas, 1 (10%) por 4 pessoas, e 1 (10%) por 3 pessoas (Gráfico 6). Apesar da existência de cônjuges e familiares convivendo com o cuidador, apenas 3 (30%) participantes da amostra dividem as funções de cuidado com outra pessoa. Em 7 (70%) dos casos, o familiar entrevistado relatou ser o único a cuidar do indivíduo em

sofrimento psíquico, corroborando os achados de Kantorski *et al.* (2012) e Santos, Eulálio e Barros (2015).

Gráfico 6 – Especificação dos entrevistados na composição familiar



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da pesquisa.

Refletindo sobre o fato de que a maioria dos cuidadores não possui companheiros, recai sobre eles uma sobrecarga física e emocional, ao dispensar à pessoa em sofrimento psíquico um cuidado contínuo. Com isso, suas vidas pessoais e sociais são colocadas em segundo plano, o que pode gerar desconforto emocional, levando ao estresse e ao adoecimento (Silva, 2006).

Maia (2012) afirma que a composição das famílias em relação ao número de membros vem passando por transformações ao longo dos anos, com uma diminuição no número de integrantes. Isso ocorre, em grande parte, devido à inclusão da mulher no mercado de trabalho e ao advento da pílula anticoncepcional, que ampliaram a liberdade de escolha feminina, permitindo, inclusive, o desfazer e refazer casamentos. Esse quadro reduziu as taxas de fecundidade e, conseqüentemente, o número de membros das famílias (Maia, 2012).

Na contemporaneidade, é recorrente a menção à “crise do cuidado”. Esse cenário está associado ao envelhecimento acelerado da população, somado aos impactos da pandemia de COVID-19, que parece ter esgotado a capacidade social de cuidar das casas e das pessoas (Hirata, 2022).

Fraser (2023) desenvolve a ideia da “contradição social reprodutiva do capitalismo”, que está na raiz da atual crise do cuidado. Nesse contexto, a autora explica que, por um lado, a

reprodução social é uma condição necessária para a acumulação contínua de capital, mas, por outro lado, a busca do capitalismo por acumulação ilimitada desestabiliza os próprios processos de reprodução social dos quais depende (Fraser, 2023, p. 100). Essa contradição destaca que, enquanto a reprodução social sustenta o capitalismo, o próprio sistema a enfraquece.

No capitalismo neoliberal, com a austeridade econômica, a financeirização e a precarização do trabalho, ocorre o desmonte de direitos previamente conquistados, transferindo a responsabilidade do cuidado para as famílias. Nesse contexto, mulheres enfrentam jornadas duplas ou triplas de trabalho, muitas vezes mesclando trabalho assalariado e não assalariado. Além disso, as mulheres das classes médias e altas, predominantemente brancas e escolarizadas, contratam os serviços de mulheres mais pobres e racializadas para realizar trabalhos como empregadas domésticas, babás e cuidadoras (Fraser, 2023).

Embora as problemáticas relativas ao cuidado sejam visíveis no capitalismo neoliberal, Fraser (2023) argumenta que a crise do cuidado não se restringe a esse sistema. Em vez de um desequilíbrio individual entre trabalho remunerado e doméstico, essa crise aponta para contradições estruturais inerentes à sociedade capitalista (Hirata, 2022).

A crise do cuidado é, portanto, uma característica estrutural do capitalismo. Como argumenta Fraser (2023, p. 47), a reprodução social, de um lado, sustenta a acumulação contínua de capital, mas, de outro, o capitalismo desestabiliza os processos de reprodução social dos quais ele depende.

A situação socioeconômica dos entrevistados, expressa pelos indicadores de escolaridade e renda familiar *per capita*, revela um perfil de baixa escolaridade e renda. De acordo com a Tabela 2, 1 (10%) entrevistado é analfabeto, 3 (30%) não concluíram o ensino fundamental, 1 (10%) concluiu o ensino fundamental, 3 (30%) não concluíram o ensino médio, e 2 (20%) concluíram o ensino médio. A renda familiar de 6 (60%) dos entrevistados é de 1 salário-mínimo, 2 (20%) apresentam renda entre 1 e 2 salários-mínimos, e 1 (10%) relata possuir renda de 2 salários-mínimos.

Observa-se que a maioria dos familiares entrevistados não completou o ensino médio. Esse baixo nível de formação está diretamente relacionado à questão da renda. Estudos semelhantes, realizados com familiares cuidadores, apresentam resultados que corroboram os identificados neste estudo (Santos; Eulálio; Barros, 2015; Maia, 2012; Kantorski *et al.*, 2012).

Dois aspectos são importantes em relação à escolaridade dos cuidadores. O primeiro se refere ao entendimento das orientações sobre o uso de medicamentos e cuidados domiciliares.

O segundo está relacionado à falta de escolaridade, que está associada à perpetuação do ciclo da pobreza (Silva, 2006).

Em relação ao primeiro aspecto, Silva (2006) destaca que a falta de escolaridade pode dificultar o manejo do tratamento medicamentoso e dos cuidados em casa, aumentando a tensão e o desgaste dentro da família. Kantorski *et al.* (2012) reforçam que a escolaridade é fundamental para a compreensão das orientações dos profissionais de saúde, tanto no uso de medicamentos quanto nos cuidados de saúde no domicílio.

Quanto ao segundo aspecto, Maia (2012) argumenta que o baixo nível educacional reflete um problema presente principalmente nos países de capitalismo periférico e dependente, como o Brasil, onde a desigualdade social é gritante. Nesse cenário, a maioria da população muitas vezes abandona a escola em favor do trabalho.

Vale ressaltar que a má distribuição de renda é um dos principais fatores que determinam a pobreza no Brasil. Casassus (2002) afirma que a desigualdade de renda no Brasil é particularmente grave, sendo o país um dos mais desiguais em termos de concentração de renda e riqueza. Pessoas de baixa renda têm menos oportunidades de acesso à educação de qualidade, perpetuando o ciclo de pobreza.

Essa realidade afeta de maneira ainda mais grave a parcela da população que necessita de maior apoio para garantir os mínimos sociais, como as pessoas em sofrimento psíquico e suas famílias (Bussula; Oliveira; Volpato, 2013). Portanto, é essencial que o Estado implemente políticas públicas eficazes que visem não apenas a melhoria da educação, mas também a distribuição de renda e o acesso a serviços essenciais, como saúde e moradia digna.

Quanto à ocupação, 2 (20%) dos entrevistados são empregadas domésticas, 1 (10%) é aposentado, 1 (10%) trabalha com serviços gerais, 1 (10%) é autônomo, e 1 (10%) está desempregado, mas disponível para inserção no mercado de trabalho (Gráfico 7).

Gráfico 7 – Especificação dos entrevistados segundo a ocupação profissional



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da pesquisa.

Foi observado que 4 (40%) dos entrevistados não realizam atividades remuneradas, restringindo suas ações à função de cuidado devido à necessidade de dedicação integral ao familiar em sofrimento psíquico. Esses resultados são semelhantes aos estudos realizados por Ramos, Calais e Zotesso (2019).

Esse quadro, em que os familiares não realizam atividades remuneradas, pode trazer impactos financeiros negativos em suas vidas, agravando a situação de precariedade econômica e tornando os membros familiares mais vulneráveis (Arruda; Alvarez; Gonçalves, 2008; Borba; Schwartz; Kantorski, 2008).

Bussula, Oliveira e Volpato (2013, p. 14) destacam que os cuidadores que não exercem atividades remuneradas enfrentam desafios como moradia inadequada, alimentação insuficiente e acesso limitado à educação e saúde de qualidade devido à falta de recursos financeiros.

[...] na família desprovida de recursos financeiros há uma somatória de dificuldades, por se dedicarem integralmente ao PTM, muitos não conseguem conciliar com um emprego, a moradia nem sempre corresponde as suas necessidades, a alimentação é insuficiente, o acesso a educação e saúde de qualidade tornam-se um desafio diante das impossibilidades de custear tais serviços, e ausência de protagonismo para reivindicar este direito, o que é compreensível acompanhando esta árdua realidade.

Na literatura, foi encontrado que a maioria dos cuidadores acumula a atividade de cuidado com outras funções, como trabalhar fora, ser mãe, esposa e dona de casa, conforme observado nesta pesquisa (Ramos; Calais; Zotesso, 2019; Rosa, 2004). Os cuidadores que conseguem conciliar o cuidado com o trabalho remunerado enfrentam desafios significativos.

Essa acumulação de funções compromete o autocuidado e o lazer, resultando em sobrecarga excessiva, que pode levar ao adoecimento físico e mental dos cuidadores (Zanetti; Galera, 2007; Rosa, 2008).

A média de idade dos familiares cuidadores é de 54,2 anos, variando de 23 a 70 anos. Comparando com estudos realizados com familiares cuidadores, este resultado se aproxima de três estudos que apresentaram médias de idade de 48,5 anos e 51,04 anos (Kantorski *et al.*, 2012; Bandeira; Calzavara; Castro, 2008; Gonçalves *et al.*, 2006).

A partir da análise desses dados, pode-se refletir sobre a necessidade de promover atividades que envolvam toda a família dos cuidadores de pessoas em sofrimento psíquico nos serviços de saúde mental, visando o fortalecimento dos vínculos entre os usuários e seus familiares, independentemente do grau de parentesco.

Todavia, fortalecer esses vínculos não deve significar delegar à família a responsabilidade exclusiva pelo cuidado. A família pode e deve ser um apoio, mas não deve ser a principal garantidora da proteção social, que deve ser assegurada pelas políticas sociais de caráter público e pela responsabilidade estatal. O trabalho com as famílias precisa superar o viés autoritário e conservador. Nas palavras de Teixeira (2015, p. 231):

Na política de saúde mental, o trabalho com famílias não deve limitar-se a capacitá-las para aceitar e cuidar do portador de transtorno mental, ou em desmitificar os preconceitos em torno da doença e lidar com os sofrimentos, dúvidas e sobrecargas familiares. É necessário um trabalho educativo que reforce o protagonismo das famílias na luta por serviços de inclusão social dos portadores de transtorno mental na vida social, como serviços alternativos diurnos, parcial ou integral, com retorno ao fim do dia para a convivência com a família e comunidade, serviços de ocupação do tempo livre, de inclusão no mundo do trabalho, de serviços contínuos para atender às situações de crise, além de espaço para ouvir e trabalhar com a família. Desinstitucionalizar não é apenas retirar do hospício e enviar para a família tratar e cuidar: é criar alternativas de serviços extra-hospitalares, não sendo menos Estado, porém mais Estado, sob novas perspectivas de intervenção.

A autora compreende que o trabalho realizado com as famílias deve ser orientado pelo reconhecimento desses indivíduos como sujeitos de direitos, que enfrentam problemas em seu ambiente familiar. Para superar a carga de responsabilidade que lhes é transferida, torna-se necessária a inclusão da dimensão pública e social nesse processo, por meio da articulação de serviços e políticas que promovam, de fato, a proteção social (Teixeira, 2015).

O estudo realizado por Nisiide e Cardoso (2019), revelam a luta das famílias no contexto dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e seu papel como agente ativo na promoção de mudanças nas políticas de saúde mental. As autoras destacam que essas famílias,

muitas vezes sobrecarregadas pela responsabilidade de cuidar de seus entes, buscam reconhecimento e apoio, reivindicando o respeito a seus direitos enquanto cidadãos.

Nisiide e Cardoso (2019) ressaltam que a inclusão da dimensão pública é essencial para aliviar a carga que recai sobre os cuidadores, promovendo uma rede de apoio que efetivamente responda às suas necessidades. Assim, é nos microespaços, como os CAPS, que se efetiva a possibilidade da assistência familiar (Teixeira, 2015), permitindo que as famílias não apenas recebam suporte, mas também se tornem protagonistas na construção de uma política de saúde mental ampla, equitativa e integral com atuação direcionada à reinserção social e à garantia dos direitos humanos.

Porém, conforme destacam Nisiide e Batista (2019), esse processo enfrenta diversos limites. O individualismo e as complexidades que o transtorno mental impõe ao contexto familiar frequentemente restringem a participação das famílias, que muitas vezes se limita a poucas pessoas, pois o acesso a espaços de articulação é dificultado por barreiras práticas, como a falta de transporte público adequado, horários de reuniões incompatíveis com o trabalho, e a utilização de linguagem de compreensão difícil. Além disso, os dispositivos de socialização e divulgação de informação são precários. Outro ponto que impacta no protagonismo familiar é o temor de serem identificadas como "familiares de loucos" que leva muitas famílias a deixarem de se envolver (Nisiide; Batista, 2019).

Esse cenário é ainda mais desafiador ao se considerar que as famílias que frequentam os CAPS são, predominantemente, compostas por mulheres negras, em vulnerabilidade social. A intersecção entre gênero, raça e classe social intensifica as dificuldades, uma vez que essas mulheres, de baixa escolaridade e renda, enfrentam barreiras adicionais que limitam seu acesso a informações e recursos necessários tanto para o cuidado de seus entes quanto para efetivar o protagonismo nestes espaços.

3.2 O provimento de cuidado dos familiares aos usuários do CAPS do município de Viçosa em contexto de intensificação do projeto ultraneoliberal e de pandemia da Covid-19

Após traçar o perfil socioeconômico da amostra, serão agora expostos os resultados obtidos por meio da análise qualitativa presente no estudo. Um dos princípios fundamentais do Movimento de Reforma Psiquiátrica é a reinserção social e familiar do indivíduo em sofrimento psíquico. Para isso, busca-se romper efetivamente os muros dos asilos e manicômios. Nesse processo, o protagonismo da família é essencial para proporcionar ao

usuário uma rede de vínculos com a comunidade e o território, inserindo-o em diversas atividades além do CAPS, integrando-o à família, entre outros fatores essenciais para sua reinserção social.

Portanto, esta seção abordará o contexto social relatado pelas famílias dos usuários do CAPS de Viçosa, MG, e suas possibilidades de serem protagonistas no processo de (re)inserção social do indivíduo em sofrimento psíquico. Serão discutidas as dificuldades que o familiar cuidador enfrenta, seja em termos de tempo disponível para atividades sociais ou financeiros para prover o cuidado dos usuários. Também serão abordadas a participação da família no cuidado dos usuários, bem como as implicações vivenciadas em um contexto de austeridade fiscal (com as sucessivas tentativas de desmonte dos serviços públicos) e a eclosão da pandemia de Covid-19.

A participação dos familiares no tratamento dos usuários do CAPS é fundamental tanto para os usuários quanto para os familiares. Conforme destacado por Delgado (2014), a presença da família no CAPS não apenas contribui para a redução das crises, mas também para o suporte emocional necessário aos cuidadores, que frequentemente enfrentam sobrecarga. Em relação ao tempo que os sujeitos da pesquisa conhecem/frequentam o CAPS, 7 (70%) frequentam há mais de 10 anos; 2 (20%) há 10 anos e 1 (10%) há menos de 10 anos, como se observa no Gráfico 8.

Ao longo de suas trajetórias, os sujeitos passam por situações de crise, e a capacidade das famílias de conviverem com essas situações, incluindo a convivência com pessoas em sofrimento mental, tende a sobrecarregar o cuidador com o passar do tempo. A maioria (80%) dos entrevistados exerce a função de cuidar do familiar em sofrimento psíquico há mais de 10 anos, e 2 (20%) há menos de 10 anos, conforme ilustrado na Tabela 3.

Gráfico 8 – Há quanto tempo conhece/frequenta o CAPS



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da pesquisa.

Tabela 2 – Tempo que o cuidador exerce o cuidado

Cuidador	Tempo que exerce o cuidado
E1	10 anos
E2	09 anos
E3	10 anos
E4	13 anos
E5	15 anos
E6	17 anos
E7	09 anos
E8	11 anos
E9	15 anos
E10	16 anos

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da pesquisa.

Todos os 10 participantes do estudo convivem com as questões advindas do sofrimento psíquico há mais de nove anos, um período prolongado, o que evidencia o impacto dessa tarefa sobre os cuidadores (Domingues; Corradi-Webster; Ruzzi-Pereira, 2021).

O estudo de Garrido e Menezes (2004) mostrou que o tempo de cuidado, medido em anos, está associado ao nível de impacto causado na vida do cuidador. A explicação para esse achado está na “hipótese do desgaste”, segundo a qual a exposição prolongada ao estresse afeta o bem-estar do cuidador, desgastando seus recursos físicos e psicológicos (Townsend *et al.*, 1989). O bem-estar declina ao longo do tempo devido à exposição diária a uma situação estressante.

Desse modo, de acordo com Martins (2017), os cuidados constantes prestados a pessoas em sofrimento psíquico destacam a importância de estratégias e procedimentos que atuem como dispositivos responsáveis por fornecer informações técnicas e apoio emocional por parte dos serviços de atenção à saúde mental.

Além dos desafios cotidianos do cuidado, as famílias enfatizam que a paciência para lidar com o ente em sofrimento psíquico tende a diminuir à medida que as relações se desgastam. A dinâmica familiar se torna mais rígida, e esse desgaste emocional, combinado com o estresse, pode levar à exaustão e frustração, afetando negativamente a qualidade das interações familiares. A seguir, veremos os relatos dos entrevistados:

A paciência tem um limite né? Às vezes a gente não tem muita não. Eu cuido dele há muitos anos, muito tempo, a gente não é de ferro, uma hora a paciência acaba mesmo. (E1)

Eu sempre achei que daria conta de tudo, mas aí o tempo vai passando e a gente vai ficando sem forças. Parece que a gente vai se desgastando junto com a pessoa. (E2)

Não é fácil lidar com o problema [sofrimento psíquico]. A gente fica cansado em tentar ajudar, e a gente fica frustrado também quando nada dá jeito na situação dela. Às vezes você também não está bem, então são dois que não estão bem. (E3)

Com o tempo bate um cansaço na gente, parece que a pessoa não muda, ou não quer mudar. É muita coisa pra mim lidar, chega um ponto que a gente cansa, fica exausta. (E4)

Quando ele está muito alterado, eu saio e vou caminhar. A gente tem que buscar forças onde não tem, porque é todo dia a mesma chateação. Então a gente cansa, a gente sofre muito. (E5)

Já tem tantos anos que venho cuidando dela, e cada dia que passa eu me sinto mais cansada, a idade vai chegando também, né? A idade chega e a gente não sabe até quando vai aguentar este sofrimento todo. (E6).

Na hora do estresse eu tento manter calma, mas, às vezes, não consigo, é muita coisa, e eu vou guardando, uma hora a gente explode. (E7)

Não é fácil. Eu já tive vários problemas de saúde. Tem dias que tomo calmante porque não aguento. Os problemas dele me deixa cansada, exausta. (E8)

Eu já me peguei chorando sozinha, sem saber o que fazer. A gente tenta ajudar, mas é muita coisa para uma pessoa só lidar. Tem dias que eu só queria, descansar um pouco, mas não posso né? Quem vai cuidar dela? (E9)

Eu já estou cansada de tanto lutar com ele. Passei uns anos tomando remédio, eu acho que eu também não estou bem, não durmo direito. É muito trabalho pra minha cabeça e para o meu corpo. (E10)

Nos depoimentos, percebe-se o esforço do cuidador em controlar seus próprios sentimentos e ações diante de estímulos estressantes. A dependência e as implicações do quadro clínico podem gerar sobrecarga, conflitos, perda de controle, além de outros sentimentos, uma vez que o familiar vivencia uma situação de desgaste (Almeida *et al.*, 2015). Essas problemáticas surgem devido às dificuldades no relacionamento com o familiar, ao estresse provocado pelo humor instável e pela dependência do indivíduo em sofrimento psíquico (Borba; Schwartz; Kantorski, 2008).

É importante considerar que a capacidade de se ajustar a uma nova situação, em razão de uma enfermidade como o sofrimento psíquico, depende do acesso a apoio de outras pessoas e instituições (Borba; Schwartz; Kantorski, 2008). Nos depoimentos a seguir, é evidente que os recursos promotores de resiliência estão, principalmente, associados à religiosidade. A fé emerge como uma ferramenta capaz de transformar o sofrimento em esperança:

Minha força vem de Deus! É ele que me dá forças para superar porque se não for Ele, a gente acaba fazendo besteiras! (E1)

Minha esperança é Deus, é Nêle que encontro forças. Porque com ignorância e revolta, nada se resolve, mas com fé, a fé move montanhas. (E2)

Peço muita força a Deus e busco força nele todo dia. É Ele quem me dá a coragem de continuar, mesmo quando eu sinto que não consigo mais. (E4)

Busco muita força em Deus, sei que Ele está olhando por mim e por nós todos. (E5)

A oração é o meu refúgio. Sempre que me sinto sobrecarregado, busco consolo em Deus e isso me dá a força necessária para enfrentar os problemas. (E7)

Eu sempre repito que minha força vem de cima. É a fé que me ajuda, me faz ter esperança, mesmo nas situações mais difíceis. (E8)

Nos momentos de desespero, eu me agarro à minha fé. Acredito que Deus me dá força para continuar pelejando. (E9)

Nesses relatos, nota-se que Deus e a fé foram mencionados várias vezes como forças motrizes na realização da função de cuidar. Pôde-se perceber que, para os cuidadores, a espiritualidade é uma fonte de esperança, refúgio e força, oferecendo um referencial positivo para o enfrentamento das adversidades. Entende-se que direcionar as preocupações e desafios cotidianos ao plano da fé contribui para aliviar o sentimento de desamparo; contar com o auxílio de Deus atua como um importante mecanismo de suporte, atenuando a sobrecarga emocional associada ao cuidado.

Essa perspectiva é corroborada por Zanatta *et al.* (2014), que argumentam que a espiritualidade pode ajudar os indivíduos a encontrarem significado e propósito em meio ao sofrimento, promovendo uma melhor adaptação às situações estressantes. Além disso, a espiritualidade oferece suporte emocional, conforto e alívio, fortalecendo a capacidade dos cuidadores de enfrentar dificuldades e de servirem como apoio para outros em situações semelhantes.

Por outro lado, essa ancoragem na fé pode reforçar uma concepção de cuidado voltada para a responsabilidade individual e privada, o que, de certa forma, segundo Mandelli (2022), omite as fragilidades do Estado e as expressões da questão social, sendo funcional, vantajoso e econômico ao poder público, pois reduz serviços, profissionais e instituições destinados às pessoas em sofrimento psíquico e seus familiares, mantendo uma lógica caritativa e fragmentada.

Assim, ao invés de promover e fortalecer uma rede de proteção social aos cidadãos, o Estado transfere a responsabilidade para o âmbito privado, o que se revela econômico, mas insuficiente. Mandelli (2022) ainda destaca que, embora a religiosidade seja uma construção

social, ela interage de maneira significativa com os fatos sociais que moldam nossa realidade, contribuindo para a manutenção dessa dinâmica.

Nessa mesma linha de pensamento, Giacomini, Uchoa e Lima-Costa (2005) reforçam que, embora a fé religiosa possa amenizar sofrimentos individuais, ela também colabora para mascarar as falhas estruturais e a falta de políticas públicas eficazes para o suporte às famílias. Essa perspectiva religiosa, ao proporcionar conforto em momentos de adversidade, pode inadvertidamente perpetuar a negligência estatal, ao desviar o foco da necessidade de uma intervenção pública mais estruturada.

A ausência de uma rede de suporte pública leva as famílias a dependerem excessivamente de recursos espirituais, o que, embora importante, não pode substituir o suporte técnico e material necessário para enfrentar os desafios de cuidar de uma pessoa em sofrimento psíquico. Em sua grande maioria (70%), os entrevistados afirmaram serem os únicos na função de cuidadores do familiar em sofrimento psíquico. Nesse sentido, seguem abaixo os depoimentos:

Não, eu não recebo ajuda de ninguém. Faço tudo sozinha. Se eu não fizer não tem quem faça pra mim. (E2)

Eu cuido de tudo sozinha. (E4)

Não, eu tenho meu filho que me ajudava, mais agora ele está com problemas de saúde, não está cuidando nem dele mais, aí fica os dois aí tudo pra mim sozinha. Ele atualmente está pior que ela, ele não tá aguentando andar. Ele sai ali, dá uma tontura, cai no chão, dá uma tontura e bate a cabeça. Como que ele vai poder me ajudar a cuidar dela, se ele está cheio de problema. (E6)

A minha família só vem uma vez ou outra, mas só pra visitar, mas ajudar a cuidar mesmo não ajuda em nada, infelizmente. (E7)

Eu sempre fui a que cuida de tudo, mas agora estou sozinha. Meus filhos não me ajudam. É muito difícil lidar com tudo isso sozinha. (E8)

Ninguém na minha família me ajuda. Eu tenho que fazer tudo sozinha. Às vezes fico tão cansada que nem consigo levantar da cama de manhã. (E9)

Meus irmãos moram distante daqui. Eu fico aqui, lidando com tudo sozinha, é muito pesado. Mas fazer o quê? O que dá pra fazer, eu faço né? (E10).

As declarações dos entrevistados evidenciam a solidão e a sobrecarga emocional que enfrentam devido à responsabilidade exclusiva pelo cuidado de seus entes. Esse fenômeno é frequentemente associado à pressão que recai sobre os cuidadores, que, muitas vezes, se veem isolados em suas funções, sem o suporte necessário para lidar com as demandas emocionais e práticas do cuidado. A ausência de apoio por parte de outros membros da família foi mencionada pelos entrevistados, reforçando a concepção de que o suporte para o cuidado

deve vir exclusivamente dos familiares. Essa visão também reafirma o conceito de familismo, que pressupõe que a responsabilidade pelo cuidado recai sobre os membros da família.

Essa perspectiva reflete uma expectativa social, muitas vezes reforçada pelas políticas sociais, que, em vez de oferecer suporte adequado, transferem a responsabilidade do cuidado para as famílias, sem considerar suas limitações e necessidades. A maioria dos usuários atendidos pelo CAPS pertence a grupos familiares em situação de pobreza, caracterizados por recursos econômicos insuficientes, o que resulta em uma vulnerabilidade significativa em termos de condições de sobrevivência (Coqueiro, 2013).

Rosa (2008) oferece uma análise sobre a família nesse contexto, ressaltando que a compreensão do impacto do transtorno mental é um exercício complexo e multifacetado, envolvendo dimensões biológicas, psicológicas, sociais e econômicas. Esta última dimensão, em famílias já empobrecidas, apresenta uma complexidade adicional, com particularidades específicas, uma vez que a pobreza frequentemente precede os transtornos mentais e está cotidianamente associada a fatores como analfabetismo, violência doméstica, uso de drogas, desemprego, subemprego, habitação precária, configuração familiar monoparental e destituição de direitos, todos agravados pelo estigma da pobreza.

A ideia de que a família deve ser a principal responsável pelo cuidado também ignora a complexidade das relações familiares e as dinâmicas de poder que podem existir dentro delas. Muitas vezes, as mulheres são as principais cuidadoras, assumindo a maior parte das responsabilidades. Além da responsabilidade pelo cuidado, soma-se a exploração de gênero, a baixíssima ou nenhuma renda e a ausência de políticas sociais públicas (Coqueiro, 2013).

Conforme aponta Coqueiro (2013), embora os benefícios do cuidado familiar aos usuários sejam inquestionáveis, é fundamental considerar as condições objetivas e concretas em que essas famílias se encontram. Ignorar essa complexidade pode levar a uma interpretação unilateral e simplista, semelhante àquela proposta por algumas correntes teóricas, como a antipsiquiatria. Por outro lado, diferentemente dos relatos anteriores, existem familiares (30%) que recebem apoio no cuidado com o familiar. Seguem os depoimentos:

A única ajuda que recebo é de algum vizinho, mas não é o suficiente. A minha família não me ajuda, então eu me sinto muito sobrecarregada de fazer tudo sozinha. (E1)

Meu outro irmão, quando está em casa ele me dá uma força, ajuda e tudo. Ele fica com ela pra mim trabalhar. Mas se tiver algum problema, ele me liga. Aí eu saio do serviço e venho pra resolver. Ele põe ela pra lavar vasilha, né? Ele gosta que ela distraia um pouco sabe? Quando ela está muito agitada ele pede a ela pra fazer um café, lavar pratos, só pra ela dá uma distraída, porque se não ela dorme o dia todo, sabe? As vezes fica ouvindo vozes, essas coisas e ele reza com ela também, coloca música essas coisas. Mas pra levar pra consulta, eu que vou. (E3)

Tem o senhor que mora aqui em cima, me ajuda uma vez ou outra, porque este senhor é aposentado, aí quando ele está em casa, eles ficam jogando baralho, um fazendo companhia com o outro, vai para a igreja junto, almoçam junto. Mas quando precisa dá remédio só eu, levar no médico, também. (E5)

Como apontam os depoimentos acima, dois cuidadores recebem apoio de vizinhos e um recebe do irmão. Porém, verifica-se que o suporte da Rede Primária ou Rede Social Informal²² ofertado por eles é parcial e eventual, não sendo uma base de apoio suficiente para diminuir a sobrecarga enfrentada pelos cuidadores (Soares Neto; Teles; Rosa, 2011).

A partir do exposto, podemos constatar que a rede social informal dos cuidadores está sobrecarregada, uma vez que o Estado permanece ausente na prestação de assistência adequada às famílias. Segundo Chiabotto, Nunes e Aguiar (2022), as políticas familistas têm difundido ações e formas de (des)cuidado que sobrecarregam os familiares, enfatizando a solidariedade entre os membros da família. Nesse contexto, o indivíduo é levado a se autossustentar, e caso não consiga, a família assume essa responsabilidade. Se a família também falhar, a comunidade, incluindo igrejas e organizações civis, é chamada a intervir, sendo que a atuação do Estado é considerada apenas em último caso, ou seja, somente quando as redes primárias e secundárias de apoio não forem suficientes (Teixeira, 2015).

Essa dinâmica gera implicações para os cuidadores, uma vez que, como a autora expõe, os problemas mais frequentes na condução familista da política social incluem a diminuição da família e das redes de apoio informais. É importante considerar que muitos cuidadores não têm a possibilidade de contar com apoios informais, e mesmo aqueles que são casados e têm filhos estão contando cada vez menos com o apoio de suas famílias. Essa situação está relacionada a mudanças demográficas, transformações nas estruturas familiares e nas dinâmicas do mundo do trabalho, que têm contribuído para o enfraquecimento das redes de apoio.

Sobre a centralidade da família nas políticas sociais, Teixeira (2015) enfatiza que sua importância reside na promoção da inclusão social, e não no reforço de papéis tradicionais. Para que a família possa desempenhar um papel efetivo no cuidado, é necessário que haja uma oferta de uma rede intersetorial de serviços que atenda às suas necessidades e demandas, garantindo a vida familiar e prevenindo rupturas e violações de direitos. Nesse ponto, a autora

²² Segundo Mioto (2002), as Redes Primárias ou Rede Social Informal consistem em um conjunto de indivíduos que mantêm relações baseadas em laços de afetividade, constituídas por seu núcleo familiar, parentes, amigos e vizinhos. Por outro lado, as Redes Secundárias reúnem pessoas em torno de uma função específica dentro de um marco institucionalizado, como grupos de apoio, associações e grupos de voluntários, entre outros. Além das Redes Primárias e Secundárias, destaca-se a Rede Formal, composta por serviços sociais, de assistência e de cuidado, que são oferecidos por instituições públicas, privadas e do terceiro setor.

reforça que a política social deve ser “desfamiliarizante” ou “familiar ativa”, conforme o conceito proposto por Esping-Andersen (1999), que desresponsabiliza o grupo familiar da função principal de prover bem-estar aos seus membros.

Desde a desinstitucionalização, tem-se percebido a necessidade de fortalecer uma rede de serviços que possa dar suporte ao indivíduo e à sua família para amenizar as dificuldades cotidianas, devendo a intervenção no ambiente familiar fazer parte da rotina dos serviços de saúde mental (Petry, 2005). Assim, é imprescindível a oferta universal de serviços direcionados às famílias, incluindo suporte, apoio, cuidados domiciliares e serviços alternativos diurnos para membros dependentes (Teixeira, 2015).

Reitera-se a necessidade de implementação e/ou aperfeiçoamento das ações ofertadas pelos equipamentos de saúde mental, além de outros serviços das políticas sociais, para que atendam às necessidades psicossociais e ocupacionais dos cuidadores e de seus familiares com transtornos psíquicos, como aponta Kebbe *et al.* (2014).

Além das dificuldades nos encargos do cuidado no domicílio já pontuadas pelos cuidadores, 3 (30%) dos entrevistados trouxeram à tona outros desafios vivenciados no cotidiano com o familiar em sofrimento psíquico.

A gente tem que levar nas consultas, porque não pode deixar de levar, eu tenho que pegar ônibus pra ir, pra voltar, tem que dar os remédios na hora certa né? É um transtorno muito grande. (E1)

Não é fácil, né? A gente não tem carro pra levar em algum lugar, você sabe que não é fácil para a gente pagar lotação, aí para ficar levando todo dia pra lá e pra cá não é fácil. Os remédios a gente tem que dá, se deixar por conta, ela não toma, daí vem as crises, que não é fácil de lidar. (E2)

Tudo fica pra mim, sou eu que levo no posto para trocar as receitas, eu que levo nas consultas para pegar remédio e a gente que dá, porque tem a hora certa e a quantidade certa, porque ele não tem cabeça pra isso não. (E8)

As falas acima expressam uma série de dificuldades enfrentadas pelos cuidadores de pessoas em sofrimento psíquico para efetivar o cuidado, como, por exemplo, a condução às consultas ambulatoriais, a administração de medicamentos e o manejo de crises.

Essas questões se entrelaçam com o conceito de direito à cidade, que abrange a mobilidade urbana, o acesso a transporte acessível e a garantia de passe livre. Portanto, é imperativo que as políticas públicas promovam uma infraestrutura que viabilize esses direitos, assegurando que tanto os cuidadores quanto os indivíduos sob seus cuidados possam usufruir de um ambiente urbano que favoreça o acesso aos serviços de saúde mental.

A condução de um paciente ao setor ambulatorial representa, para o cuidador, a necessidade de organizar sua vida de modo que possa acompanhar o usuário nesse tipo de atendimento. Muitos familiares não possuem veículo próprio para chegar ao ponto de atendimento e dependem do transporte coletivo, como foi mencionado na fala do E3. Dessa forma, esse tipo de cuidado acaba sobrecarregando ainda mais os cuidadores. As unidades de saúde mental, como espaços territorializados, devem estar localizadas no convívio social dos usuários e de suas famílias (Brasil, 2004b). Em algumas situações, quando o usuário reside distante do serviço, o acesso deve ser facilitado com a oferta de transporte pelo município.

Isso nos remete ao pensamento de Cohn *et al.* (1991), que defendem que, para que o usuário receba o cuidado necessário, é preciso garantir condições viáveis de transporte até o serviço. Em algumas situações, a estabilidade do quadro, mesmo sendo crônico, como no caso de pessoas em sofrimento psíquico, depende da proximidade do serviço com a residência, o que facilita o acesso e alivia os familiares do ônus temporal e financeiro (Pastório, 2020). Além da sobrecarga emocional e da necessidade de apoio psicológico, o cuidado cotidiano de um familiar em sofrimento psíquico também implica em gastos financeiros adicionais para a família.

A minha maior dificuldade é com os medicamentos, é muito caro e ele não pode ficar sem tomar. (E1)

O dinheiro mal dá para as contas do mês, então se precisar comprar algum remédio que não tem na farmacinha vou ter que escolher pagar uma conta ou comprar o remédio. (E2)

Então, ter que sustentar uma irmã pesa muito para a família. A gente passou a ter muitos gastos, principalmente com consultas porque às vezes no CAPS estava demorando sair a consulta, e às vezes a gente tem que pagar. (E3)

Além dos remédios, tem os gastos de água e luz. A minha conta de água vem alta porque ela fica horas lavando a mão e não dorme com a luz apagada. A gente tenta controlar, mas é difícil, e acaba gastando muito mais do que a gente pode. (E4)

Eu acabo tirando do meu próprio bolso para pagar as consultas, porque esperar a agenda do psiquiatra às vezes não dá por causa das crises que vem de repente. (E5)

O pior é quando ela surta e eu tenho que levar de emergência para o CAPS ou o hospital, é um gasto atrás do outro. (E6)

Eu tenho que comprar roupas, porque ela rasga as que tem. A gente já vive apertado com os gastos, e ainda tem que comprar as coisas que ela rasga e perde também e acabam com o pouco dinheiro que a gente tem. (E7).

Toda vez que ele precisa de uma consulta rápida assim, é um gasto grande. E tem os remédios que ele não pode ficar sem. (E8)

Teve uma vez que ela saiu de casa e voltou sem os chinelos. Aí, tive que comprar outro. Essas coisas acontecem direto, e a gente fica sem saber como fazer para pagar tudo. (E9)

Mudou tudo porque agora eu sou responsável pela casa, os remédios pra ele, o dinheiro não é muito então a gente tá sempre apertado. (E10)

Observa-se nas narrativas que todos os entrevistados (100%) destacaram os gastos financeiros no provimento de cuidado ao familiar em sofrimento psíquico, sendo os mais citados aqueles relacionados à medicação e consultas psiquiátricas.

Estudo realizado por Barroso, Bandeira e Nascimento (2007) aponta que os gastos com o familiar em sofrimento psíquico, aliados muitas vezes à baixa renda, geram lacunas financeiras no orçamento familiar, o que compromete o sustento da família.

Além disso, quando um membro da família se dedica principalmente à função de cuidador, isso limita o tempo disponível para o trabalho remunerado, o que impacta diretamente a renda familiar. Dos 10 entrevistados, 5 (50%) não trabalham de forma remunerada fora do ambiente doméstico. Desses, 1 (10%) está desempregado (não está trabalhando, mas se encontra disponível para inserção no mercado de trabalho) e 4 (40%) tiveram que renunciar ao emprego, conforme pode ser observado nos depoimentos a seguir:

Eu tive que sair do meu emprego para ficar em casa, porque ela não podia ficar sozinha em casa, e então eu parei de trabalhar. (E2)

Eu não posso trabalhar fora, eu tenho que ficar por conta pra tomar conta dele, ele tem que tomar medicação três vezes ao dia, e sou eu que tenho que dá o remédio pra ele. (E5)

Depois que assumi os cuidados, eu nunca mais trabalhei fora, tenho que estar sempre por perto não tinha como fazer as duas coisas, então tive que escolher entre trabalhar e cuidar. (E8)

Eu não posso ficar fora de casa por muito tempo. Não posso aceitar um emprego porque preciso estar para cuidar dela. Tenho que estar sempre por perto para dar os remédios e para cuidar das outras coisas. Então não posso voltar a trabalhar. (E9)

Nestes relatos, os familiares evidenciam o abandono do emprego ou da profissão para se dedicarem exclusivamente ao cuidado. Nas narrativas apresentadas, as expressões como “tenho que estar sempre por perto”, “eu tenho que ficar por conta” ou “ela não pode ficar sozinha” demonstram a percepção de uma necessidade constante de cuidado. Esse fato evidencia como, na ausência de serviços de saúde mental e assistência social eficientes, as famílias são forçadas a assumir integralmente a responsabilidade pelo cuidado, muitas vezes à

custa de abandonar empregos ou reduzir a jornada de trabalho, o que agrava sua situação financeira.

Percebe-se que o afastamento do Estado das políticas públicas exacerba essas dificuldades. Como destacam Muller, Fernandes e Moser (2018), a ausência de políticas públicas de apoio às famílias cuidadoras contribui para a perpetuação de desigualdades, colocando os cuidadores em uma posição de vulnerabilidade. A sobrecarga não é apenas emocional, mas também econômica, pois a necessidade de estar sempre presente impossibilita o desenvolvimento de atividades laborais e profissionais. Dando embasamento a tais afirmações, Miotto (2006) argumenta que a falta de intervenção estatal coloca as famílias em uma posição de vulnerabilidade ainda maior, pois o cuidado ininterrupto de um ente em sofrimento psíquico exige não apenas tempo, mas também recursos financeiros para medicação, consultas médicas e outras necessidades básicas.

Apesar de a família ser reconhecida como a base da sociedade pela Constituição Federal de 1988 e convocada a ser parceira do Estado na proteção social dos indivíduos, observa-se uma contradição: muitas dessas famílias estão enfrentando um processo de pauperização, devido ao atual contexto social e econômico, que limita a capacidade de exercerem sua função protetiva (Miotto, 2006). Yazbek (2004) aponta que a transferência de responsabilidades do Estado para a família sobrecarrega ainda mais, especialmente as de baixa renda. Dessa forma, a intervenção estatal deve ser obrigatória quando o indivíduo ou sua família não conseguem, por si mesmos, suprir suas necessidades sociais. Segundo Groisman (1984), o cuidado das pessoas em sofrimento psíquico vinculadas aos serviços de saúde mental deve centrar-se na autonomia do sujeito, somado ao apoio que a família oferece quando assume essa responsabilidade.

Considerando-se a família como responsável direta pelo cuidado e por acompanhar e assegurar que o familiar com transtorno mental acesse o serviço de Atenção em Saúde Mental, buscou-se compreender a percepção dos entrevistados sobre o CAPS. As declarações a seguir mostram a visão dos cuidadores sobre esse espaço que compõe a RAPS:

Muito bom, o pessoal é muito carinhoso né? Com os pacientes, eu acho muito bonito, sabe? Eles dão atenção, eu acho que é o carinho, esse pessoal precisa muito de carinho. (E1)

Durante o tempo que ela ficou lá, ela foi muito bem recebida, o tratamento ajudou muito com a questão da fobia social. (E2)

A equipe do CAPS sempre foi muito bem atenciosa, as pessoas aqui tratam muito bem. Uma vez teve um... eu chamo de maltrato mesmo, de uma médica, entendeu? Mas eu relatei isso aqui, eu não deixei sem falar. É uma falta de educação mesmo, grosseria comigo, com minha irmã, assim, entendeu? Mas fora disso, o atendimento

sempre foi muito bom. As pessoas que conduzem a minha irmã no carro, que busca, sempre muito carinhosas. A enfermeira com muito carinho, trata com muito cuidado. (E3)

Eu gosto do atendimento deles. Eu acho eles muito prestativos, bem presente, eu gosto, do acompanhamento deles. O pessoal de lá é bem, atencioso. (E4)

É muito bom, né? Ajuda muita gente. Os médicos, a equipe médica... Muito boa! Por exemplo, eu só vou no CAPS pegar o remédio, eles mesmo separam pra mim, eu assino e trago o remédio. Os funcionários tudo gente boa. (E5)

Eu acho que o CAPS é importante porque pelo menos alguns dias da semana ela está lá pra fazer atividades, é acompanhada pelo pessoal lá, entendeu? Em casa ela não quer tomar os remédios, e lá no CAPS ela toma. A equipe sempre tratou a gente muito bem. (E6)

Os profissionais são maravilhosos, não tenho nem o que reclamar deles. (E7)

O atendimento de lá [CAPS] é muito bom. As pessoas são atenciosas comigo quando vou lá. (E8)

No CAPS, a equipe é muito dedicada, e eles sempre foram muito bons comigo e com minha filha. (E9)

Os profissionais são ótimos. E o atendimento também. (E10)

No que se refere à opinião dos familiares participantes da pesquisa sobre o CAPS, o serviço foi avaliado como “bom”. As equipes dos CAPS foram descritas como “atenciosas”, “carinhosas” e “prestativas”. Apesar das avaliações positivas, a pesquisa aponta que as respostas foram vagas, e algumas delas se referiram ao trabalho desenvolvido pelos familiares e à medicação.

No entanto, a pesquisa não constatou nenhuma prática direcionada à capacitação, treinamento ou curso voltado para o provimento do cuidado ao ente em sofrimento psíquico, conforme relatado nas falas abaixo:

Nada, nunca recebi não. (E1)

Não, eu tive que aprender na marra. Aprender fazendo. (E2)

Eu aprendi a cuidar sozinho, ninguém me ensinou não [...] mas é muito difícil. (E3)

Não. E aprendi fazendo, vendo minha mãe cuidando, então, só continuei fazendo o que minha mãe fazia. (E4)

Aprendi tudo com a vida, a vida me ensinou. (E5)

Eles explicaram direitinho, como é conviver com pessoas assim, no início, tem que vigiar, né? Ela falou que a gente deveria olhar quando tivesse crise, ela falou que quando tivesse crise: “liga pra gente, que a gente vai aí, dá um apoio”, sabe? (E6)

Se teve, eu não me lembro. (E7)

Qualificação? Não, nenhuma. (E8)

Aprendi a cuidar na prática mesmo, no dia a dia. (E9)

Não teve não. Mas às vezes eles falavam para tomar conta do horário dela tomar remédio. (E10)

As narrativas demonstram a ausência de capacitação e/ou cursos para as famílias. Nos relatos, é possível identificar que o cuidar é percebido como um conhecimento adquirido na convivência diária com a pessoa em sofrimento psíquico, construído com base nas experiências cotidianas, incluindo situações de crise. Mesmo assim, os entrevistados E6 e E10 destacaram algumas iniciativas pontuais, voltadas principalmente para a administração de medicamentos e a vigilância dos usuários.

Neste momento, é pertinente retomar as reflexões (teóricas e práticas) que devem nortear o trabalho com famílias. Segundo Álvares e José Filho (2008), a construção de novas práticas no trabalho com as famílias deve favorecer ações voltadas à transformação social e não apenas à oferta de resultados paliativos. Sobre essa questão, Dall'Oglio (2017) afirma que a participação deve transcender a mera orientação pontual sobre aspectos do adoecimento. Ela deve proporcionar às famílias o suporte emocional e político necessário para que se sintam cuidadas e fortalecidas diante das demandas impostas pela necessidade de cuidado de um ente em sofrimento psíquico.

No entanto, essa realidade ainda não se concretizou no CAPS. Conforme aponta Hirdes (2009), as práticas nos serviços de saúde mental são frequentemente implementadas segundo a concepção teórica dos profissionais de saúde, em detrimento dos fundamentos que guiaram o processo de transformação na Saúde Mental. A rede de saúde mental, elemento imprescindível para a execução das ações no CAPS, até o momento, não conseguiu ser implantada em sua totalidade no município de Viçosa. A rede se apresenta fragmentada, fragilizada e com inúmeros problemas importantes que comprometem sua eficácia. Embora a política de saúde mental reconheça a família como elemento central para a reinserção social do sujeito em sofrimento psíquico, as ações do CAPS estão direcionadas majoritariamente ao atendimento do usuário, negligenciando o suporte às famílias (Carvalho, 2008).

Nessa perspectiva, as reflexões dos entrevistados apontam questões referentes à falta de apoio do serviço às famílias. Essas observações destacam a importância de um suporte institucional e profissional contínuo, que possa orientar as famílias e assegurar a oferta de serviços públicos voltados ao cuidado integral do indivíduo em sofrimento psíquico.

Quanto à participação dos sujeitos nas atividades ofertadas pelo CAPS, dirigidas aos familiares segundo o que é proposto pelo Manual/CAPS elaborado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2004b), 09 (90%) responderam que participam, mas de formas diferenciadas, conforme a disponibilidade de cada familiar, como pode ser visto a seguir:

Quando avisam, eu participo sim, das reuniões e das atividades. (E2)

Eu fui a algumas reuniões de família no CAPS, mas já faz um bom tempo. Eles costumavam fazer, mas pararam. Eu gostava de ir, era bom conversar com os outros familiares. (E3)

Reunião de família eu já participei, mas nem sempre eu vou porque eu trabalho, né? (E4)

Sempre que eu posso participar, eu participo [...] Eu participo muito das reuniões de família. (E5)

O grupo de família já fui. Eu participei poucas vezes. Mas sempre tem as festas que eles fazem lá, eu sempre vou. (E6)

Eu vou sempre nas reuniões, são muito boas, participo também das festinhas, né, eu acho que tudo faz parte, eu gosto muito. (E7)

Sim, eu já participei de algumas reuniões lá, mas não participo de todas. Teve uma vez que a equipe também do CAPS foi na minha casa quando meu filho precisou de atendimento por causa da crise, mas não vem sempre não. (E8)

Sempre que tinha eu participava das reuniões de família, dos eventos festivos como setembro amarelo. Tinha na época, as mulheres muito boas, me ajudava demais, naquela época ela estava numa situação muito difícil, não sei como ela sobreviveu, é milagre de Deus. (E9)

Eu vou em todas as reuniões quando eles chamam. Porque eu acho importante participar. Se não acompanhar o tratamento dele não adianta ele frequentar o CAPS. (E10).

Essas falas revelam que as reuniões de família e os eventos festivos foram as estratégias que prevaleceram como as mais utilizadas no CAPS pesquisado. Esse fato corrobora os resultados da pesquisa de Schrank e Olschowsky (2008), que aponta o grupo de família como a principal atividade nos CAPS. O grupo possibilita a interação, o compartilhamento de conhecimento e a troca de experiências relacionadas ao cuidado do sujeito em sofrimento psíquico, proporcionando às famílias um espaço de acolhimento, onde podem ocorrer trocas e orientações fundamentais durante o processo de cuidado de seus familiares em sofrimento psíquico. Nesta pesquisa, isso não foi diferente, conforme evidenciam os relatos:

Na reunião, tinha roda de conversa, a gente expunha lá as histórias das dificuldades que a gente enfrentava e recebia muito apoio, muita orientação. Porque é difícil, é difícil conviver com a pessoa com esses problemas e quando a

gente fala sobre isso a gente vê que não está sozinho, tem muita gente também passando o que a gente passa. (E2)

A reunião é muito boa, a gente pode falar com outras famílias coisa que a gente lida todo dia e ninguém sabe. É um momento de conversa, de expor aquilo que a gente passa, desabafar né? (E5)

Os relatos evidenciam que as reuniões de família no CAPS são um espaço valorizado pelos familiares, onde eles recebem orientações sobre cuidados e têm a oportunidade de compartilhar suas angústias e dificuldades. Para Dall'Oglio (2017), o grupo de família, além de reunir as famílias, serve para discutir problemas em comum, enfrentar situações difíceis e auxiliar na transmissão de saberes sobre como agir diante de situações que exijam intervenções mais eficazes.

Segundo Firmo e Jorge (2015), os grupos de família possibilitam não apenas a orientação sobre atividades do cotidiano, mas também sobre a participação no universo social, contribuindo para o processo de reabilitação psicossocial dos usuários. Conforme sugere Rosa (2013), as reuniões familiares devem considerar a família como provedora de cuidado, indo além do foco no manejo do sujeito em sofrimento psíquico. Entretanto, é importante ressaltar que o fortalecimento do protagonismo familiar não deve se restringir apenas aos grupos de família, mas deve se estender a todas as esferas dos serviços em que os profissionais interagem com a família, seja em atendimentos individuais, visitas domiciliares ou em qualquer outro espaço de contato.

A visita domiciliar também surge como uma das estratégias adotadas pelos CAPS. De acordo com a pesquisa, tal estratégia foi citada apenas pelo entrevistado E8, que destacou que a visita não é realizada de forma regular. Dall'Oglio (2017) afirma que as visitas domiciliares realizadas pelos profissionais do CAPS desempenham um papel fundamental no conhecimento da realidade do sujeito em sofrimento psíquico e de sua família. Ao adentrar o ambiente familiar, os profissionais têm a oportunidade de acessar informações privilegiadas, uma vez que a família se sente mais à vontade para conversar e expor suas necessidades (Rosa, 2013).

Além disso, esse recurso permite o estabelecimento de vínculos entre a equipe do CAPS e a família, revelando tanto as potencialidades quanto as fragilidades às quais o sujeito em sofrimento psíquico está exposto. Assim, os profissionais podem compreender melhor as dinâmicas familiares e as condições de vida dos indivíduos, o que é essencial para o planejamento de intervenções eficazes e para oferecer suporte adequado às necessidades específicas de cada família (Bielemann *et al.*, 2009).

As visitas domiciliares também podem ser utilizadas com as famílias que não conseguem participar das atividades no CAPS, viabilizando uma aproximação com elas. Esse é o caso do entrevistado E1, que expressa essa limitação:

Eu não participo das atividades, porque trabalho o dia todo, então é puxado pra mim. Se eu não trabalhar, como eu vou pagar as contas? (E1)

A principal dificuldade que impede o entrevistado E1 de participar das atividades realizadas no CAPS está relacionada à questão do trabalho. O cuidador não pode se afastar de suas atividades laborais, pois precisa garantir o sustento de sua família.

Ribeiro e Rosa (2020) apontam que a participação e o envolvimento do familiar nos serviços de saúde mental são fundamentais, porém, sua efetivação enfrenta inúmeros desafios. Esses desafios incluem barreiras pessoais, financeiras, institucionais e sociais que dificultam a participação da família nesse processo. Além disso, a sobrecarga enfrentada pelos cuidadores e o adoecimento causado pela exaustão da tarefa de prover cuidado são obstáculos significativos para a concretização de sua participação nos CAPS (Schrank; Kantorski, 2003).

Outro fator que agrava a situação é o baixo nível de escolaridade e renda da maioria dos cuidadores, que muitas vezes enfrentam dificuldades para se deslocar até a unidade devido à falta de recursos financeiros para o transporte. Quando esses cuidadores estão inseridos no mercado de trabalho formal, essa situação se torna um desafio adicional, dificultando sua participação ativa no cotidiano do CAPS (Ribeiro; Rosa, 2020). As atividades direcionadas às famílias, realizadas durante o horário comercial, se transformam em um entrave para aquelas inseridas no mercado de trabalho. Essa organização de horários, somada às limitações materiais enfrentadas por muitos familiares, dificulta a adaptação ao serviço e a participação efetiva nas atividades propostas (Rosa, 2008).

Além disso, Ribeiro e Rosa (2020) ressaltam uma questão de gênero, pois a maioria dos cuidadores são mulheres, que além de cuidar dos entes queridos, precisam conciliar essa demanda com as tarefas domésticas. Para que a participação das famílias seja efetiva e se torne uma realidade concreta, é necessário que existam condições objetivas favoráveis em várias dimensões, incluindo as institucionais.

A posição de Azevedo, Miranda e Gaudêncio (2009) faz todo sentido ao defenderem a reformulação de estratégias para incluir ativamente os familiares no acompanhamento e cuidado de pessoas em sofrimento psíquico, reconhecendo o papel essencial dos familiares na criação de novos caminhos junto à equipe de saúde mental.

Diante desse cenário, quando questionadas sobre as atividades que o CAPS oferece aos usuários, 6 (60%) das famílias destacaram as oficinas terapêuticas, enquanto 2 (20%) não souberam relatar:

Tinha a artesã, né? Tinha psicopedagogo na época, e Educação física. Era muito boas assim, tem até umas coisas aqui que ela fazia, e assim dá pra levar sabe? Porque no momento, tipo assim, você tá muito tenso, muito nervoso, muito ansioso na hora de fazer essas atividades parece que tira o foco dessa ansiedade, ela gosta muito de desenhar e pintar. (E2)

Ela fazia pintura e fuxico. De vez em quando fazia alguma dança, né? Ela gosta, ela pinta bem. Essa atividade é essencial, assim, pra poder... estimular a pessoa, despertar aquele lado artista, aquela vontade de viver a arte, ela desperta isso nas pessoas. (E3)

Ela gostava de artesanato. Aumentava a autoestima dela, ocupava o tempo e distraía ela um pouco. Ela chegava animada. Ela chegava animada mostrando o que ela fez. (E4)

Eu sei que ele faz alguns trabalhos lá [no CAPS], mas eu não sei dizer o que é. (F5)

Ela fazia pintura, quadros e artesanatos. Ela fazia de tudo, entendeu? No dia que ela estava nervosa e ansiosa ela voltava melhor, com mais disposição. (E6)

Ela fazia um pouco de tudo: artesanato, pintura, dança. Eu acho que essas atividades ajudava ela a sentir mais útil sabe? (E7)

O que tinha lá era atividade de crochê, bordado, tapete. Coisas bonitas, coisas muito interessantes, que às vezes muita gente não dá muito valor né? (F8)

Ele faz umas atividades, mas não sei bem o nome. (E10)

O valor das oficinas terapêuticas é reconhecido pelas famílias entrevistadas, que se referem a elas como uma ferramenta capaz de melhorar a autoestima e reduzir a ansiedade do indivíduo em sofrimento psíquico, tornando-o mais disposto.

As oficinas terapêuticas são uma das principais estratégias de cuidado oferecidas nos CAPS para os usuários. São atividades realizadas em grupo, com a presença e orientação de um ou mais profissionais. Essas atividades podem ser definidas por interesse ou por necessidade do sujeito em sofrimento psíquico (Brasil, 2004b).

O principal objetivo das oficinas é promover a autonomia e a integração social e familiar do usuário, além de resgatar e ampliar suas potencialidades. Por meio dessas oficinas, o usuário tem a oportunidade de exercitar formas mais criativas de se expressar e de se relacionar com outras pessoas (Brasil, 2004b).

Ainda sobre essa questão de estratégias de cuidado, vale ressaltar que dois dos entrevistados (20%) destacaram a importância do fornecimento de medicamentos e das consultas clínicas oferecidas aos usuários, conforme observado a seguir:

O meu filho participa, ele tem consultas médicas e medicamento. Mas faz umas pinturas também. (E1)

Ela consulta o psiquiatra, tem os remédios, ela faz também atividades de esporte e artesanato. (E9)

Os dois declarantes (entrevistas 01 e 09) reconhecem a importância de outras ações, como as oficinas terapêuticas, mas colocam ênfase no conhecimento médico e no uso de medicamentos como os principais focos do tratamento. Além disso, a maioria das famílias é de baixa renda, o que torna inviável a compra de medicamentos e o pagamento de consultas.

A esse respeito, Amarante (2007) alerta sobre a importância de os CAPS não se tornarem espaços burocratizados e repetitivos, caracterizando um olhar voltado apenas para a doença e não para o sujeito em sofrimento psíquico. Quando a perspectiva se limita à doença, a família assume um papel focado principalmente na provisão de cuidados básicos, como alimentação e moradia, além de atuar na prevenção de crises psiquiátricas por meio da medicação e remissão dos sintomas.

É importante ressaltar que a assistência psicossocial não consiste apenas na oferta de oficinas terapêuticas, medicamentos e consultas médicas nos serviços de saúde. De acordo com Lobosque (2001), a assistência em saúde mental deve abranger aspectos que ultrapassam os limites do projeto terapêutico. Esses aspectos incluem redefinir as concepções de loucura, tanto por parte dos profissionais de saúde quanto dos familiares e da sociedade em geral.

Rosa e Melo (2009) enfatizam que o processo de reabilitação psicossocial deve incluir ações que envolvam lazer, cultura, práticas esportivas, oficinas, acesso ao trabalho e à renda, condições de moradia dignas e reinserção social, entre outros aspectos fundamentais para o exercício da cidadania e a melhoria da qualidade de vida das pessoas em sofrimento psíquico.

Essas ações, quando abordadas de forma integral, promovem a saúde a partir de uma visão ampliada do processo saúde/doença, considerando o conjunto complexo de múltiplas e interligadas determinações, com ações de cuidado que se constituem a partir da integralidade das políticas e da garantia da cidadania (Cancela, 2012).

As famílias envolvidas no tratamento do ente familiar são unânimes em afirmar que o CAPS proporcionou uma melhora significativa nos aspectos relacionais e clínicos do usuário, principalmente no que diz respeito à qualidade das relações familiares e à manifestação dos sintomas comportamentais.

Ela conseguiu melhorar essa fobia dela de ficar no meio dos outros, deu entre aspas, uma diminuída nas crises, na questão da ansiedade. Antes ela tomava muito remédio, depois diminuiu a quantidade de remédio. (E2)

A minha irmã estava numa situação muito difícil, saía andando sem saber para onde estava indo e ficava mexendo em lixo na rua e coisa e tal, e sinceramente eu sempre digo, nossa família não tem uma estrutura, nós não temos uma estrutura psicológica para lidar com isso. Ela ficou mais tranquila, ela não tem mais crise aquela coisa de cortar o cabelo, de pintar o cabelo, de sair sem roupa para a rua afora, de ficar passando barro no corpo, de ficar falando coisas desconectadas, não falando coisa com coisa. (E3)

Eu falo que o CAPS foi muito bom pro tratamento da minha irmã, sem base, foi fundamental pra melhora dela. Ela se cortava na época e às vezes ficava agressiva, quando ela chegou lá [no CAPS], graças a Deus, ela melhorou aí uns noventa e nove por cento. (E4)

Eu acho que o CAPS é importante porque pelo menos alguns dias da semana tira ele pra fazer atividades, é acompanhada pelo pessoal lá, entendeu? Em casa às vezes cisma de não tomar os remédios, e lá no CAPS ele toma. (E5)

O CAPS representa também, em alguns casos específicos, segundo a opinião expressa nas falas de E1 e E6, alívio da carga de tensão e de trabalho para a família, conforme as falas abaixo:

É um alívio, pra mim, sabe? Ele não consegue ficar dentro de casa né? Igual aqui ele fica só na rua. Lá está desenvolvendo o cérebro dele, né? (E1)

É muito bom, tá? É um horário que eu consigo tirar um cochilo de dia, e arrumar as coisas, tinha vez que eu não dormia de noite, né? (E6)

Observa-se que a percepção de uma “melhora significativa” no usuário pode ser atribuída ao fato de que ele passa a maior parte do tempo no serviço de saúde mental, o que diminui o tempo de convivência entre a pessoa em sofrimento psíquico e o familiar cuidador. Esse fato contribui para reduzir o desgaste físico, emocional e econômico das famílias envolvidas.

Estudos indicam que uma menor exposição dos familiares às pessoas em sofrimento grave e persistente reduz o trabalho e a sobrecarga associada ao cuidado, especialmente no que diz respeito ao desgaste emocional provocado pela convivência diária com esses usuários (Ostman; Wallsten; Kjellin, 2005; McDonell *et al.*, 2003).

É possível observar que, à medida que o CAPS desenvolve suas funções, ele consegue influenciar diretamente o cotidiano das famílias (Maia, 2012). Esses dados corroboram os resultados dos estudos de Silva (2007), que também demonstraram que o tratamento no CAPS alivia a sobrecarga familiar na tarefa do cuidado.

Segundo os depoimentos das famílias, o tratamento no CAPS não apenas reduz o tempo de convivência entre o familiar e o usuário, mas também melhora o comportamento do

indivíduo. Trechos das entrevistas dos familiares E5 e E9 sobre o tratamento no CAPS ilustram esse ponto:

Depois que ele passou a frequentar o CAPS, ele foi melhorando o comportamento, ele não respeitava passou a respeitar. Ele não cuidava dele direito, agora ele toma banho, anda limpinho, usa perfume, corta cabelo direto. (E5).

Antes ela era assim, a gente falava não dava atenção, às vezes dava até briga porque não aceitava chamar atenção, então foi muito bom. Ela está mais educada, mais calma, conversa mais com a gente e tudo. Então, tem ajudado muito sabe? (E9)

Observa-se, nos dois discursos acima, um entendimento de que a assistência prestada pelos serviços substitutivos, sobretudo o CAPS, contribuiu para uma mudança no comportamento do usuário, tornando-o mais “calmo” e “educado.” É inquestionável que o CAPS se configura como um meio importante para responder à complexidade das necessidades da pessoa em sofrimento psíquico. Todavia, é necessário ter muita cautela para evitar erros históricos, caracterizados pela tendência de disciplinar, vigiar e punir os indivíduos, em vez de promover o cuidado (Coqueiro, 2013).

Nas entrevistas 05 e 09, o processo de reinserção social é abordado com uma expectativa de cura e recuperação, o que remete às críticas formuladas por Pitta (2010) sobre a terminologia “reabilitação” em saúde mental. Segundo a autora, essa terminologia carrega a noção implícita de um retorno ao passado, caracterizando uma busca insistente por “normalização,” o que, por sua vez, reforça o estigma associado às condições psíquicas.

O conceito de “anormalidade,” conforme delineado por Goffman (2007), refere-se ao termo utilizado para descrever indivíduos que se afastam dos parâmetros considerados normais. Essa noção é fundamental para compreender como a sociedade classifica e rotula seus membros, estabelecendo critérios que definem o que é aceitável ou não. O autor argumenta que esses parâmetros de normalidade são construções sociais e culturais, formuladas por grupos sociais com o intuito de identificar e categorizar seus integrantes, buscando enquadrá-los dentro de suas concepções e expectativas sobre o que constitui a normalidade. A ideia de “normal” está intrinsecamente ligada à norma e ao regulamento.

Silva (2012) destaca que esse processo é um dos mais sutis, no qual o poder se manifesta no âmbito da identidade e da diferença. A normalização, portanto, confere a uma identidade específica todas as características positivas, enquanto as demais identidades são avaliadas de forma negativa. Esse mecanismo não apenas perpetua desigualdades sociais, mas também contribui para a marginalização de indivíduos que não se encaixam nos padrões estabelecidos.

Em contrapartida, a desinstitucionalização se apresenta como uma proposta muito mais ampla e profunda, envolvendo recortes políticos, sociais e culturais que transcendem a mera reabilitação individual (Coqueiro, 2013).

Diante das condições expressas no CAPS de Viçosa, MG, Santos (2014) destaca os avanços da política nacional de saúde mental, dos serviços oferecidos no CAPS e do arcabouço teórico-prático na formação dos profissionais. No entanto, os desafios ainda são muitos, especialmente devido ao desfinanciamento das políticas de saúde, que tem se configurado como um grande impasse para que essas ações alcancem maior amplitude e relevância efetiva na vida dos usuários.

A pandemia de COVID-19, instaurada em nível mundial em março de 2020, afetou os países de forma diferenciada. No Brasil, foram notificadas 700 mil mortes²³ com o processo de ingerência do governo bolsonarista da época que difundiu o negacionismo científico, “incentivando aglomerações, sabotando as medidas de isolamento social e atrasando propositalmente a compra das vacinas” (Flores, 2022).

Crianças, idosos, pessoas com deficiência e com transtornos psíquicos deixaram de frequentar creches, escolas e serviços de saúde devido aos protocolos de saúde e distanciamento social implementados (Santos *et al.*, 2018). As relações interpessoais passaram por profundas transformações, exigindo que o trabalho de cuidado fosse intensificado dentro dos lares, obrigando muitos a reconfigurar suas rotinas e a maneira como interagiam com os membros da família.

De acordo com o Dossiê Tricontinental de Pesquisa Social (Instituto Tricontinental de Pesquisa Social, 2021), o isolamento social, implementado como uma medida para conter a propagação do vírus, acentuou a necessidade de reduzir o contato com pessoas fora do núcleo familiar. Houve uma limitação significativa nas formas de gestão do cuidado que ultrapassassem os limites físicos do lar. Tal cenário evidenciou a complexidade das dinâmicas familiares em tempos de crise. Pode-se notar esses impactos nos discursos dos interlocutores:

Com a pandemia, eu tinha que cuidar da casa e, cuidar também do meu filho. Eu já levantava da cama trabalhando, correndo de um lado para o outro e não parava até a hora de deitar novamente. (E1)

Na pandemia eu estava em casa, mas eu não parava também, porque eu tinha mais tempo para ficar em casa, mas tinha que ficar cuidando da casa, dela que exigia mais atenção por causa da ansiedade, o bom que tinha mais gente, mais na hora que as coisas apertavam era eu que tinha que tomar frente de tudo, por que

²³ Ministério da Saúde (MS). **Brasil chega à marca de 700 mil mortes por Covid-19**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/marco/brasil-chega-a-marca-de-700-mil-mortes-por-covid-19>. Acesso em 28 mar. 2023.

ninguém conseguia lidar com a crise dela como eu já estava acostumada, então eu que tinha que resolver. (E2)

Eu tinha muito medo de pegar COVID, eu me preocupava bastante com a higiene minha e dela também. Aí eu dava remédios, arrumava a casa, fazia a comida. O cansaço era demais, viu? Graças a Deus não fiquei doente, consegui dar conta de tudo, mas não quero passar por isso de novo não. (E3)

Com a pandemia, o serviço e os cuidados meio que dobraram. Eu tentava organizar tudo para tirar um tempinho para descansar um pouquinho, mas quando achava que tinha acabado, sempre havia algo a mais para fazer, o serviço nunca acabava. (E4)

Com a pandemia o cuidado com ele foi redobrado, por causa do risco de contágio a gente se preocupava muito com a higiene, com os remédios dele, eu não tinha tempo nem pra descansar direito. (E5)

Durante a pandemia, eu não tinha para onde correr. Eu tinha que cuidar da minha filha que não dava sossego o dia todo e manter a casa arrumada se tornou ainda mais difícil. Cada dia aparecia uma montanha de coisas pra fazer, e eu sempre estava atrasada com tudo correndo pra acabar de fazer tudo logo. (E6)

Ficar em casa durante a pandemia foi pior do que trabalhar de sol a sol. O trabalho nunca acabava, e eu me sentia mais cansado. (E7)

A nossa rotina mudou, então a gente teve que se adaptar e se virar para dar conta de tudo que tinha pra fazer: dar remédio, arrumar a casa, fazer a comida, era bem cansativo. (E8)

Cuidar da minha filha ficou ainda mais difícil, porque ela precisava de mais atenção, e eu não podia deixar a casa de lado. Eu me sentia acabada, o trabalho parece que nunca acabava. (E9)

Foi muito complicado, porque não tinha atividade lá fora, porque não tinha pra onde ir e o serviço aumentou dentro de casa. Foi bem difícil e estressante. (E10)

Em relação às falas dos entrevistados, constatou-se que houve a intensificação dos trabalhos domésticos e de cuidados durante a pandemia. Tais efeitos foram evidenciados pelo aumento do tempo dedicado ao familiar, seja em relação aos cuidados com o risco de contágio, seja pelas alterações na rotina, levando o cuidador a dispor de menos tempo para descanso, corroborando com os dados do estudo de Daley *et al.* (2022), Wei *et al.* (2022) e Alves; Vivian; Hirdes (2023).

A pesquisa de Walters e Petrakis (2023) sobre o impacto da pandemia para familiares e cuidadores de pessoas em sofrimento psíquico destaca as alterações provocadas pelo isolamento social como fatores de sobrecarga para este grupo, principalmente no aumento da necessidade de apoio no cotidiano, como a administração de medicamentos, cuidados com alimentação, higiene e proteção contra os riscos de contágio.

Segundo Soares (2021), a pandemia introduziu novas tarefas, obrigações e formas de prevenção que antes não existiam, como a higienização de compras e sapatos, lavagem de roupas e máscaras, dentre outras. Esse fator trouxe maiores responsabilidades e sobrecarga

para as mulheres, que passaram a realizar novas funções e a cuidar para que elas mesmas ou seus familiares não adoecessem.

As dificuldades anteriormente vivenciadas pelos cuidadores ganharam novos contornos, tendo em vista o maior esforço para a reorganização do cuidado durante a fase de isolamento social (Barros *et al.*, 2020). Além das dificuldades práticas, os cuidadores enfrentaram um desafio significativo, exacerbado pela falta de apoio e atividades externas que poderiam aliviar a pressão.

O contexto de crise evidenciado pela pandemia de COVID-19 realçou ainda mais a necessidade de cuidado com a pessoa em sofrimento psíquico e potencializou a retração do Estado frente a essa questão, levando em consideração a enorme desigualdade social e racial do país que afeta os cuidadores.

As desigualdades geradas pelo sistema capitalista-patriarcal-racista tornaram-se ainda mais evidentes, levando à reprodução dos princípios da divisão sexual do trabalho, com as mulheres dedicando mais tempo às tarefas domésticas e ao cuidado de familiares, resultando em menos tempo livre para outras atividades (Soares, 2021).

A sobrecarga das mulheres, intensificada durante a pandemia, é um determinante social e estrutural. As mulheres atendidas pelo CAPS, que frequentemente pertencem a grupos socioeconômicos vulneráveis, como as de baixa renda e negras, enfrentaram sobrecargas adicionais devido à sua posição no mercado de trabalho, muitas vezes marcada pelo desemprego ou pela informalidade.

Portanto, para que haja um avanço significativo na saúde mental das mulheres durante e após a pandemia, é necessária uma reavaliação das políticas públicas, com foco na inclusão e no suporte a essas populações vulneráveis. A promoção de um ambiente que reconheça e valorize o trabalho doméstico e de cuidado realizado pelas mulheres, além de garantir acesso a serviços de saúde mental adequados, é essencial para mitigar os efeitos da crise em relação a este segmento (Soares, 2022). Tendo em conta a sobrecarga na execução de prover o cuidado, também foi indicado um aumento significativo da ansiedade e das crises de depressão no ente em sofrimento psíquico:

Ele sentiu bastante o isolamento, sabe? Ele ficou ansioso demais, ficava sem lugar dentro de casa e não tinha o que fazer. A gente não podia sair, não tinha pra onde ir porque ele gosta de sair, pra distrair né? (E1)

Eu sei que isso foi o mais difícil... mais complicado, nesta parte. Aí tinha dia que ela ia andando na estrada de roça ali, pra dar uma distraída. Ela teve mais ansiedade. Não tirava o cigarro da boca...Teve que aumentar o remédio dela, porque ela tava pra morrer dentro de casa. (E2)

Ela ficou muito agitada durante a pandemia, foi um processo difícil. As crises depressivas também aumentaram muito, bem mais que antes da pandemia. (E3)

Ah ela começou a dar as coisas pro outros, entrando e saindo, tinha comida na panela, ela pegava e fazia outra, de vez em quando ela ficava agressiva, dava um surto, uns ataques aí. (E4)

Eu não gosto nem de lembrar, sabe? Porque foi muito difícil, ele teve várias crises, e era difícil para conseguir acalmar ele. (E5)

Ela, nós, ficamos isolados, e acho que agravou o estado dela. Às vezes ela ficava muito agitada, outra hora ficava lá no canto dela olhando pro nada. (E6).

Ficou bem mais agitada porque não podia sair. E ficava ansiosa também, antes da pandemia era difícil acontecer isso. (E7).

Nessa época ele passou a tomar muito remédio, por causa das crises de ansiedade, e se acalmava só com remédio. (E8)

A situação ficou complicada durante a pandemia, “C” [filha] ficou muito agitada e as crises aumentaram. A gente tentava conversar, mas não adiantava muito. (E9)

Ele passou a tomar muitos remédios por causa das crises de ansiedade que ia e vinha para poder ver se conseguia estabilizar. (E10)

A frequência de comportamentos considerados pelos familiares como de ansiedade e depressão nas pessoas em sofrimento psíquico aumentou. Dados semelhantes foram encontrados em outros estudos realizados por Duan *et al.* (2020), Barros *et al.* (2020) e Machado *et al.* (2020).

A esse respeito, Barros *et al.* (2020) apontam que, durante a pandemia, indivíduos em sofrimento psíquico apresentaram níveis maiores de estresse e sofrimento psicológico, dentre outros fatores (Machado *et al.*, 2020), quando comparados a pessoas sem esses transtornos. Caso a disponibilidade de medicação regular ou a adesão à medicação sofram alterações durante a pandemia, esses indivíduos podem apresentar recidivas (Chatterjee; Barika; Mukherjee, 2020). Tais ocorrências estão relacionadas às particularidades da própria doença e à dificuldade de acesso ao tratamento.

O cenário da pandemia fomentou repercussões e desdobramentos também na vida dos cuidadores. Estes relataram que sentiram maiores níveis de ansiedade, desespero, insegurança e angústia.

Eu chorava, não sabia o que fazer dentro de casa, ficava andando de um lado para o outro. (E1)

Não é fácil não, a gente parece que vai enlouquecer também porque a gente fica sem saber o que fazer. A gente não é médico, não entende destas coisas. Tem hora que a vontade era sair e não voltar mais. (E2)

A situação é difícil tá? Às vezes, eu me deixava levar pela angústia mesmo, de pensar “eu não vou saber como lidar com isso” e era o medo que me deixava mais desesperado. (E3)

Às vezes, eu só queria gritar, mas ficava presa dentro de casa, sem poder sair, sem poder desabafar, o que era pior, a gente não podia sair, pra ir na casa de um vizinho pra conversar, aí eu ficava sem lugar. (E4)

Cuidar dele durante a pandemia foi um desafio muito grande. Eu sofria em silêncio, porque não conseguia entender o que ele estava sentindo. Era um desesperado só, mas eu pegava firme para não perder o controle. (E5)

Isso mexe com a parte psicológica minha, eu tenho um pouco de ansiedade, então o que acontece, quando eu vejo e tento chamar a atenção, eu tento ir atrás, mas minhas pernas não aguentam, eu queria assim que ela, tomasse o remédio, entendeu? Nos tudo sofre, ela não tem interesse, como antes que ela tinha interesse em música, desenho, ela só pensa em catar as coisas aqui, sair pra lá, rodar pra lá, não tem mais concentração. Então, a falta de concentração dela atrapalha a gente entendeu? Ela chega quer colocar som alto, quer fazer bagunça, então a gente chama atenção ela sai, e é difícil correr atrás, querer limitar. (E6)

Tem momentos que dá um desespero, uma angústia por ver ela assim. Isto é muito triste. (E7)

Eu me sentia insegura, ansiosa, sem saber como resolver os meus problemas, e os dele também né? Não podia ir no CAPS, não tinha o que fazer, e isso me deixava triste. Eu queria que voltasse as atividades no CAPS, e aí a sensação de impotência era a pior parte. (E8)

A pandemia trouxe uma carga grande para mim. Eu me chateava todos os dias, porque eu me sentia perdida e muito sozinha cuidando de tudo. (E9)

A pressão de ter que cuidar na pandemia me deixava angustiada. Era uma luta todo dia, só Deus e eu que sabe como foi difícil. (E10)

Dos 10 participantes, 06 (60%) relataram que a crise sanitária pôde ser sentida não apenas por causa das medidas de isolamento social, mas também por questões sociais e econômicas, onde a vulnerabilidade social se exacerbou, como a escassez de suprimentos básicos e o aumento de seus preços:

Aumentou a alimentação, então... Ficou mais caro. A gente já vive nesse negócio, sobe e levanta, abaixa e levanta. Na pandemia acho que ficou pior. Ficou pior, porque, era difícil acessar uma alimentação direitinho, com mais verdura. A gente até tem uma horta lá e tal, e a gente se alimentava com o que a gente tinha lá. (E2)

Eu sou autônomo. Mas da forma que eu trabalho, trabalho na aula de capoeira, eu não tinha serviço na pandemia, mas tinha um pessoal que dava cesta, a gente recebia ajuda de um aqui e ali pra conseguir comer. (E3)

Eles me afastaram do serviço, devido a profissão dele [marido], que eu trabalho com cinco idosos, então eles ficaram com medo, aí eles me afastaram, então o dinheiro ficou mais curto, a gente teve que ir se virando com o que tinha. (E4)

Na pandemia com o aumento dos preços, tive que comprar o que estava mais em conta, às vezes até faltava algumas coisas, porque o dinheiro não dava pra muita coisa. (E8)

Aumentou tudo né? Eu consegui foi uma cesta básica de doação, mas não era suficiente para todo mundo comer, mas ajudou demais. (E9)

Porque as coisas tudo ficou mais caro né? Então o dinheiro parece que evaporava, a gente não conseguia comprar tudo que precisava porque o dinheiro acabava e a gente não sabia como. (E10)

Se a renda do cuidador não é suficiente para o sustento e há limitações para o exercício de alguma atividade remunerada, as dificuldades no cuidado são potencializadas ainda mais, conforme afirmam os familiares:

Eu passei muito aperto, é porque ele não tinha benefício nenhum, eu tinha que fazer tudo. Então, uma vez que eu cheguei a comprar remédio, sabe? Que não tinha né?... É porque meu menino, ele alimenta bem sabe? Acho que deve ser por causa do problema dele. Uma pessoa que gosta sempre de comer uma carne, então, estava ficando caro demais. (E1)

Tipo assim, eu não estava trabalhando todo dia, então eu recebia pelo dia que eu trabalhava, graças a Deus falta a gente nunca passou não, mas foi uma época assim, mais complicada, em questão de gastos com ela, a gente economizava em algumas coisas, o preço estava salgado. (E7)

Piorou né? Em questão de dificuldade sempre passei. É alimentação, remédio. Eu não estava trabalhando também, acabou complicando um pouco mais na pandemia. Muita gente em casa pra comer e só eu pra ajudar só com o bolsa família, tudo ficou mais caro, então foi difícil. (E8)

A gente não dá conta não, é muito desgastante não ter dinheiro para comprar o que a gente precisa, e cuidar de uma pessoa que depende da gente ficou mais difícil, né? (E9)

Meu filho não recebe mais a Loas, e meu filho, está desempregado, aqui quem sustenta a casa sou eu, então a gente vai levando a vida assim, fazendo aquilo que a gente pode né? A gente faz tudo pelo lado mais ou menos porque ter um filho doente dá muito mais gastos. Quando precisa de remédio a gente vai e compra, a gente vai na farmácia popular e pega, mais o resto a gente comprou o que dava pra comprar, e quando não dava a gente não comprava, ficava sem. (E10)

Um dos efeitos adversos da pandemia observados nos relatos acima é a produção de um declínio econômico dos sujeitos, devido às estratégias de controle da doença, e do cenário crítico da economia no Brasil. A crise sanitária se instaurou em um contexto já fragilizado pela crise econômica que teve início em 2015, período caracterizado por um aumento acentuado das taxas de desemprego e pela diminuição dos rendimentos médios. Essa situação reflete a deterioração das condições de vida da população, conforme discutido no capítulo 2 desta dissertação. O projeto de sociedade reproduzido durante esse período evidenciou uma priorização de medidas emergenciais em detrimento de políticas estruturais que pudessem

mitigar os impactos sociais e econômicos da pandemia, exacerbando as desigualdades preexistentes.

Sobre este assunto, Carvalho (2020) observa que, durante o período de 2017 a 2019, a estagnação dos rendimentos seguiu uma trajetória desigual, na qual as camadas mais pobres da população enfrentaram uma perda contínua do poder de compra, enquanto os segmentos mais abastados da sociedade experimentaram uma recuperação gradual. Segundo o Banco Mundial (2022), os impactos econômicos da pandemia afetaram de maneira mais severa os grupos mais vulneráveis, com o aumento da taxa de desemprego, somado ao aumento dos preços dos produtos básicos.

Os relatos ilustram a realidade de famílias que enfrentam dificuldades econômicas enquanto lidam com o desafio de cuidar de entes que sofrem de ansiedade, depressão e outros sofrimentos exacerbados pela crise sanitária. A redução da renda e de recursos financeiros gera insegurança e ansiedade que permeiam as dinâmicas familiares, podendo gerar e/ou agravar problemas de saúde mental, criando um ciclo que afeta tanto os cuidadores quanto os indivíduos sob seus cuidados.

No cenário da pandemia, o CAPS Viçosa/MG fechou as portas por quase 09 meses, e, como consequência, houve a suspensão da continuidade dos tratamentos “in loco”. Deixaram de ser realizadas as abordagens do Projeto Terapêutico dessa unidade, tais como: oficinas, visitas domiciliares, além das atividades da modalidade de permanência-dia, impactando diretamente a rotina e a vida dos usuários e de seus familiares. O apontamento de repercussões negativas vivenciadas pelos familiares, em face ao distanciamento das redes de apoio, foi destacado pelos cuidadores, conforme as falas abaixo:

Foi terrível sem o suporte do CAPS, sem o apoio dos profissionais, foi muito difícil. (E1)

Eu acho que o CAPS fez muita falta. Se não tivesse fechado, ela estaria fazendo oficina e encontraria outras pessoas para conversar e distrair. (E3)

O CAPS suspendeu as atividades, e eu fiquei desorientado, completamente sem rumo. Não sabia o que eu iria fazer naquela situação. (E5)

A gente não teve nenhuma informação. O CAPS não deu nenhum retorno, nenhum apoio, nada. (E7)

Era horrível para ele ficar em casa o tempo todo, ele sentia falta do pessoal todo de lá. Ele ficava triste, deprimido. (E8)

Estar com ela vinte e quatro horas seguidas todo dia gerou muito cansaço e stress (E9)

Essas falas demonstram que a ausência das redes de apoio deixou os cuidadores “estressados”, “desorientados” e “sem apoio”. Para Costa (2022), essa primeira “resposta” dos serviços esteve comprometida pela falta de gestão federal durante a crise sanitária. Enfrentar uma pandemia requer uma gestão interinstitucional e interfederativa eficaz, que favoreça uma união entre direitos e cuidados, algo que, segundo a autora, não ocorreu no Brasil.

O cenário político brasileiro deixou a população ainda mais vulnerável e, para a população preta e periférica, essa situação foi ainda mais grave (Costa, 2022). A Nota Técnica 12/2020, publicada pelo Ministério da Saúde em 17 de março de 2020, determinou a suspensão das atividades assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com a interrupção de atividades coletivas, reavaliação dos acolhimentos diurnos e suspensão das reuniões de discussão de casos, tanto intra quanto intersetoriais, na modalidade presencial (Brasil, 2020c).

Em 18 de maio de 2020, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) recomendou a revisão da nota técnica emitida pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2020b), que abordava as medidas de proteção contra a COVID-19, e a inclusão da Rede de Atenção Psicossocial nos planos de contingência dos estados e municípios. O conselho destacou a necessidade de ações para garantir o direito à atenção em saúde mental durante a crise, incluindo o fortalecimento dos serviços de base territorial e comunitária, a ampliação dos atendimentos domiciliares e a implementação de estratégias remotas de monitoramento e articulação intra e intersetorial (Gerbaldo; Antunes, 2022).

Com os grupos terapêuticos suspensos, a ausência das oficinas para os usuários significou “ausência de tratamento, ao invés de ser motivo para a criação espontânea de uma atividade qualquer ou simplesmente possibilidade de usufruir de um tempo livre, para a produção de novos circuitos, redes sociais e afetivas” (Cedraz; Dimenstein, 2005, p. 15).

O estudo realizado por Pontes (2022) aponta os impactos que as modificações causaram na população usuária do Centro de Atenção Psicossocial, como o afastamento e/ou abandono de muitos atendimentos, causando a interrupção de muitos tratamentos. O que reafirma ainda mais a importância do CAPS para pessoas em sofrimento psíquico e a continuidade nos tratamentos para a reabilitação social do usuário. Para a autora, os achados sugerem agravamento dos déficits estruturais anteriores à pandemia, como falta de profissionais, aumento da demanda e insalubridade. Assim, destaca-se a necessidade de fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial e implementação de estratégias para renovação dos serviços pós-pandemia (Pontes, 2022).

Para reorganizar e, de certa forma, sustentar a assistência aos usuários e seus familiares já vinculados ao serviço, o CAPS Viçosa/MG adotou a estratégia de acompanhamento por meio de contato telefônico, *Whatsapp* e videochamadas. Dos 10 entrevistados, 06 (60%) relataram que foram abordados nesse formato, revelando algumas fragilidades, conforme é evidenciado nos relatos:

Eles me ligaram uma vez, perguntaram como estava o meu filho, se ele estava bem, mas eu precisava que ele voltasse para o CAPS, e não de telefonema, não me ajudou muito. (E1)

Eles me ligaram uma vez, perguntaram como estava a “F” [irmã], falou sobre as receitas, e dos medicamentos, se ela estava tomando, mas eu precisava dela no CAPS, e não de telefonema. Então, eu acho que a ligação não me ajudou muito. (E3)

Recebi uma videochamada do CAPS, mas foi muito rápida. Eu precisava de mais tempo para falar das dificuldades que passamos, para eles ajudar a gente né? (E5)

O CAPS me mandou me ligou perguntando como estava, com a pandemia e tudo mais, perguntou da minha filha, mas não consegui entender muita coisa, era muito barulho, parecia que tinha mais gente na sala tudo falando ao mesmo tempo. (E6)
Tive uma ligação sim. Eles me perguntaram como eu estava lidando com os problemas dela né? Com a pandemia e tal, é difícil pra falar assim, é estranho, eu estranhei um pouco. (E9)

Eles tentaram fazer um acompanhamento por telefone, mas não é a mesma coisa, né? Eu estava precisando de passar com ele no médico, mas a psicóloga falou que não podia ainda atender, então me ajudou com os remédios. (E10)

Esses relatos evidenciam que, embora a implementação de novos canais de comunicação tenha sido uma tentativa de manter o contato com os usuários e suas famílias, a eficácia desse modelo foi limitada.

A pandemia trouxe à tona a necessidade de reavaliar as estratégias de cuidado, enfatizando que o suporte emocional, material, entre outros, deve ser uma prioridade, especialmente em tempos de crise. A experiência dos familiares demonstra que, apesar dos esforços do CAPS, a falta de interação presencial e a utilização de canais digitais muitas vezes não foram suficientes para atender às necessidades dos cuidadores e dos usuários.

Por outro lado, também se observa que 04 (40%) dos familiares não foram contatados pela equipe do CAPS durante a pandemia, conforme evidenciam os relatos:

Eu não recebi nenhuma mensagem ou ligação do CAPS. (E2)

Não recebi não, ninguém do CAPS me procurou. (E4)

A equipe do CAPS não entrou em contato durante a pandemia. Eu precisava muito de orientação, mas não tive não. Foi muito difícil. (E7)

Eu achei que com a pandemia eles fariam algum tipo de contato, mas não recebi nada. Isso me deixou muito insegura em relação as crises dele, e os problemas que ele tem, né? (E8)

A pandemia ressaltou a fragilidade do sistema de saúde mental, evidenciando que o cuidado deve ser contínuo e acessível, especialmente em momentos atípicos. Nesse sentido, é fundamental que o Estado invista na política de saúde mental, fortalecendo a rede e os serviços que dela fazem parte.

À medida que houve uma retração no número de consultas e atendimentos, também se observou uma predominância do modelo biomédico, conforme mencionado por 08 (80%) dos participantes:

Foi difícil vindo pegar só a medicação, e eu não sabia como ajudar meu filho sem o apoio do CAPS no caso se tivesse uma situação mais difícil pra mim lidar. (E1)

Quando começou a pandemia, disseram que não era mais necessário ir lá, pois as atividades haviam sido suspensas, só estavam realizando consultas e trocas de remédios. (E2)

No começo, fui informado de que as consultas presenciais estavam suspensas e que apenas a troca de medicamentos estava sendo realizada. Nossa! Foi um soco no estômago, eu me senti, nem sei como, pois minha irmã precisava de acompanhamento psicológico, e agora tinha só os medicamentos sem nenhuma orientação. (E3)

Eu não sabia como lidar com as crises da minha irmã sem o suporte que ela costumava receber no CAPS. A única opção que restou foi buscar os remédios e quando eu encontrava com algum profissional eu corria para ver se eu conseguia alguma ajuda deles. (E4)

Quando a pandemia começou, o CAPS virou um lugar só para pegar remédios. Não havia mais acompanhamento nenhum. (E5)

A única coisa que consegui na pandemia foi a troca de medicamentos, mas minha filha precisava de mais, e só receber remédios eu acho que foi ruim. (E6)

O pessoal disse que o atendimento no CAPS era só para pegar remédio. Eu ia só para pegar remédio. (E7)

Eu esperava que no CAPS tivesse algum atendimento pra gente, mas tudo que tinha era receita e os remédios que a gente pegava. Eu achei isso tudo uma falta de amparo muito grande. (E9)

Essas declarações evidenciam a adoção da medicalização e da consulta psiquiátrica como principais estratégias de suporte durante esse período.

De acordo com Dantas *et al.* (2020), esse tipo de intervenção afeta significativamente a organização da vida cotidiana dos usuários, além de limitar a capacidade de promover

mudanças em um contexto caracterizado pela pobreza, desigualdade, exclusão e violação de direitos, amplamente visíveis. Sobre o assunto, Carvalho (2008) destaca que essa estratégia reforça o modelo biomédico de atenção psicossocial, e a dificuldade dos serviços em romper com a lógica ambulatorial e articular efetivamente com a rede de atenção às famílias.

É fundamental que as intervenções em saúde mental criem oportunidades para a “criação de mundos” (Krenak, 2019), focando na promoção da saúde em vez de apenas tratar sintomas ou doenças. Isso envolve reconhecer que a vida pode ser percebida, experimentada e vivida de diversas formas, e considerar a pessoa em sofrimento em suas múltiplas dimensões, incluindo seus desejos, anseios, valores e escolhas (Costa, 2022).

A ênfase no tratamento medicamentoso nos serviços substitutivos é uma realidade que precede a pandemia, refletindo uma relação entre o uso de medicamentos e a necessidade de controle sobre aqueles que enfrentam sofrimento psíquico. A dependência do tratamento medicamentoso pode ser vista como uma consequência de um modelo de atenção que ainda prioriza intervenções farmacológicas em detrimento de abordagens mais integradas. No entanto, há a percepção de que essa configuração instituída no serviço tenha sido reforçada no período da pandemia (Martins, 2021).

Para superar essa questão, é preciso promover a articulação entre os serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (Costa, 2022). Segundo Dimenstein *et al.* (2017), essa articulação deve adotar um modelo de cuidados em rede, que inclua intersectorialidade, reabilitação psicossocial, atendimento multiprofissional e interdisciplinar, desinstitucionalização, promoção da cidadania e, principalmente, o fortalecimento da autonomia dos usuários e de seus familiares. No entanto, a implementação dessas ações intersectoriais enfrentou obstáculos devido ao fechamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e à realocação de recursos humanos e estruturais para o atendimento exclusivo à COVID-19 (Costa, 2022).

Embora a RAPS tivesse sido instituída no território antes da pandemia, a falta de compreensão dos outros serviços que compõem a rede, além do CAPS, como a atenção primária e secundária, em cumprir seu papel no cuidado à saúde mental levou à recusa dos pacientes pelas equipes da ESF e Policlínicas, prejudicando a circulação dos usuários entre os dispositivos. A superlotação do SAMU, das UPAs e hospitais contribuiu para o desamparo aos usuários (Lima; Guimarães, 2019). Os relatos seguintes de 5 (50%) dos entrevistados mostram a angústia de quem precisou acessar os serviços da RAPS na pandemia:

O PSF tem um pouco de má vontade, eu estou tendo jogo de cintura com o PSF, sabe? Pra eles passar receita porque se a gente ficar estressado é pior. Eu já passei muito aperto já pra comprar remédio na farmácia, sem receita, porque não me

deram receita. Porque o PSF na pandemia faltou médico direto, e quando o médico ia só atendia as pessoas com sintomas de COVID. A gente tinha que agendar, outra hora tinha que levantar cedo pra pegar ficha, como é que eu vou pegar ficha para minha filha. (E2)

Uma vez quando a farmacinha não estava abrindo na pandemia eu fui lá [Políclínica], eles falaram que eu podia deixar a receita e assim que chegasse eles passavam, né? Mas eles não deram nenhuma informação. (E3)

Eu sempre cuidei da minha irmã, mas durante a pandemia, tudo ficou mais difícil. Ela começou a ter mais crises de ansiedade e eu não conseguia levar ela para consultar com o psiquiatra nem no Consórcio, nem no CAPS. No hospital a filas eram enormes. Eu ficava desesperada, mas não tinha o que fazer. (E4)

Eu estava procurando atendimento pra ele, e não sabia onde procurar, aí eu fui no Consórcio, mas não estava tendo atendimento, a cabeça dele estava ruim sabe? Então precisava de um médico assim, de imediato, então eu tive que pedir dinheiro emprestado com um amigo, pra conseguir um médico particular. (E8)

Na pandemia ela teve mais crises, aquela coisa de cortar o cabelo, de pintar o cabelo, de sair sem roupa para a rua afora, de ficar passando barro no corpo, de ficar falando coisas desconectadas, não falando coisa com coisa. Entendeu? O CAPS estava fechado, então liguei pra ambulância pra levar ela, mas ninguém atendeu, fomos de “Livre” para o hospital, mas estava cheio demais, e acabou que desistimos de esperar. (E9).

Os relatos acima evidenciam que, embora a implementação de novos canais de comunicação tenha sido uma tentativa para manter o contato com os usuários e suas famílias, a eficácia desse modelo foi limitada. A pandemia trouxe à tona a necessidade de reavaliar as estratégias de cuidado, enfatizando que o suporte emocional, material e outros devem ser prioridades, especialmente em tempos de crise. A experiência dos familiares demonstra que, apesar dos esforços do CAPS, a falta de interação presencial e o uso de canais digitais muitas vezes não são suficientes para atender às necessidades dos cuidadores e dos usuários.

Por outro lado, também se observa que 04 (40%) dos familiares não foram contatados pela equipe do CAPS durante a pandemia, conforme evidenciam os relatos. Isso destaca uma lacuna crítica na assistência, que reforça a sensação de desamparo e vulnerabilidade entre as famílias.

A pandemia ressaltou a fragilidade do sistema de saúde mental, evidenciando que o cuidado deve ser contínuo e acessível, especialmente em momentos atípicos. Nesse sentido, é fundamental que o Estado invista na política de saúde mental, fortalecendo a rede e os serviços que dela fazem parte. À medida que houve uma retração no número de consultas e atendimentos, também se observou uma predominância do modelo biomédico, conforme mencionado por 08 (80%) dos participantes.

Essas declarações evidenciam a adoção da medicalização e da consulta psiquiátrica como principais estratégias de suporte durante esse período. De acordo com Dantas *et al.*

(2020), esse tipo de intervenção afeta significativamente a organização da vida cotidiana dos usuários, além de limitar a capacidade de promover mudanças em um contexto caracterizado pela pobreza, desigualdade, exclusão e violação de direitos, amplamente visíveis.

Sobre o assunto, Carvalho (2008) destaca que essa estratégia reforça o modelo biomédico de atenção psicossocial e a dificuldade dos serviços em romper com a lógica ambulatorial, além de articular efetivamente com a rede de atenção às famílias. É fundamental que as intervenções em saúde mental criem oportunidades para a “criação de mundos” (Krenak, 2019), focando na promoção da saúde em vez de apenas tratar sintomas ou doenças. Isso envolve reconhecer que a vida pode ser percebida, experimentada e vivida de diversas formas, e considerar a pessoa em sofrimento em suas múltiplas dimensões, incluindo seus desejos, anseios, valores e escolhas (Costa, 2022).

A ênfase no tratamento medicamentoso nos serviços substitutivos é uma realidade que precede a pandemia, refletindo uma relação entre o uso de medicamentos e a necessidade de controle sobre aqueles que enfrentam sofrimento psíquico. A dependência do tratamento medicamentoso pode ser vista como uma consequência de um modelo de atenção que ainda prioriza intervenções farmacológicas em detrimento de abordagens mais integradas. No entanto, há a percepção de que essa configuração instituída no serviço tenha sido reforçada no período da pandemia (Martins, 2021).

Para superar essa questão, é preciso promover a articulação entre os serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (Costa, 2022). Segundo Dimenstein *et al.* (2017), essa articulação deve adotar um modelo de cuidados em rede, que inclua intersetorialidade, reabilitação psicossocial, atendimento multiprofissional e interdisciplinar, desinstitucionalização, promoção da cidadania e, principalmente, o fortalecimento da autonomia dos usuários e de seus familiares.

Com as unidades fechadas ou operando em regime restrito, os cuidadores se viram sobrecarregados, lidando com a intensificação das crises de saúde mental de seus familiares sem o suporte direto que os CAPS ofereciam. Esse cenário expôs a fragilidade do sistema de saúde mental, ressaltando a necessidade de estratégias alternativas e de fortalecimento da rede de cuidados para garantir a continuidade do suporte às pessoas em sofrimento psíquico e suas famílias.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo geral desta pesquisa consiste em analisar o cuidado exercido por familiares de pessoas em sofrimento mental assistidas pelo CAPS de Viçosa, MG, no contexto de intensificação do projeto ultraneoliberal e da eclosão da pandemia de Covid-19. Para atingir o objetivo proposto, foi realizada uma pesquisa qualitativa e exploratória do tipo estudo de caso, por meio de entrevistas semiestruturadas com 10 cuidadores de pessoas em sofrimento psíquico, cujos dados foram analisados utilizando a técnica de análise de conteúdo na modalidade temática, conforme as abordagens de Bardin (1977).

Avaliamos que os objetivos propostos foram atendidos, considerando que, ao final, conseguimos visibilizar a dinâmica do processo de cuidado dos nossos interlocutores, articulando-os com os acontecimentos subsequentes, antes e durante a pandemia. Também conseguimos analisar as repercussões da pandemia no cotidiano das pessoas que oferecem cuidado ao ente em sofrimento psíquico, bem como suas implicações para o desenvolvimento de novas possibilidades concretas de intervenção e aprimoramento das práticas de cuidado em saúde mental.

Esta pesquisa demonstrou que os cuidadores são, em sua maioria, do sexo feminino (80%), com apenas 20% de cuidadores do sexo masculino. Dentre essas mulheres, 70% se identificam como pertencentes à raça negra, o que destaca a importância de considerar as singularidades da interseccionalidade, refletindo as complexas e desiguais relações sociais de gênero, classe e raça que permeiam a sociedade brasileira. As cuidadoras negras, além de desempenharem um papel fundamental no cuidado familiar, frequentemente lidam com desafios adicionais relacionados à desigualdade racial e de gênero. Um agravante significativo visualizado nesta pesquisa é que os efeitos dessas desigualdades nem sempre são perceptíveis ou considerados no suporte oferecido às famílias durante o processo de cuidado.

Quanto ao grau de instrução dos entrevistados, destaca-se que 10% dos entrevistados não são alfabetizados, 30% não concluíram o ensino fundamental, 10% concluíram o ensino fundamental, 30% não concluíram o ensino médio e 20% concluíram o ensino médio. Essa configuração está correlacionada com a baixa remuneração, que apresenta uma média de R\$ 1.553,20 mensais. Observa-se que o nível de escolaridade impacta diretamente a renda familiar dos cuidadores e o nível socioeconômico das famílias, influenciando as profissões e ocupações desempenhadas.

Observou-se que a sobrecarga e a falta de suporte adequado aos cuidadores podem desorganizar significativamente a rotina e a dinâmica familiar, especialmente daquele que

centraliza os cuidados. Os interlocutores da pesquisa relataram abdicar de várias atividades para se dedicar à tarefa de cuidar. Tais alterações impõem limites à vida social e, em muitos casos, à vida laboral, resultando em afastamento do emprego, conforme pôde ser constatado nos relatos dos cuidadores pesquisados.

Outro elemento encontrado, que se coloca como uma dimensão que se intercruza na vida dos nossos interlocutores, é o desgaste de um membro da família, uma vez que o cuidado recai apenas sobre um dos membros, que geralmente já possui atividades rotineiras, como trabalho formal ou, no caso mais relatado, da mulher, mãe, que assume o cuidado da pessoa em sofrimento psíquico, além de cuidar de outros filhos e da casa. Sobre as relações que os cuidadores têm com a rede de apoio, concluímos que elas estão sobrecarregadas, e o cuidado que exercem é, na maioria dos casos, solitário.

A pesquisa permitiu visualizar que as mulheres e mães representam o maior número de cuidadores em relação aos demais. Foi comum observar uma predominância de atividades domésticas como prática cotidiana realizada pelos cuidadores, como cuidar da limpeza, da alimentação, dos cuidados de higiene pessoal, entre outras tarefas.

Adicionalmente, os cuidadores enfrentam aspectos emocionais, como preocupação e ansiedade, que intensificam a sobrecarga física e mental resultante da acumulação de atividades, tanto dentro quanto fora do ambiente doméstico. Essa percepção se expressa nos papéis que as mulheres assumem no lar, fundamentados em estruturas patrimonialistas e patriarcais. Além disso, na perspectiva interseccional, destaca-se o fato de que as mulheres pretas e pobres são majoritárias nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Elas enfrentam múltiplos atravessamentos que contribuem para a perpetuação das desigualdades, dificultando a equidade no acesso e na oferta de cuidados para familiares em sofrimento psíquico, exacerbando as disparidades e limitando a efetividade do suporte recebido.

Consideramos importante abordar essas dimensões no processo de cuidado, para que essas questões, que também são construções culturais, não passem despercebidas. Como vimos, na perspectiva antimanicomial, o enfoque envolve o enfrentamento das opressões que atravessam as existências humanas. Esse aspecto deve constituir uma característica que diferencia os serviços de saúde mental dos tradicionais manicômios, oferecendo, dentro das possibilidades singulares de cada pessoa, recursos para a construção de uma visão crítica sobre o mundo.

Outro elemento importante foi perceber que, durante a pandemia, os sintomas dos usuários se agravaram, gerando um impacto emocional e psicológico ainda maior no ambiente familiar. Mudanças na rotina, restrições na vida profissional, a supervisão de sintomas

intensificados de sofrimento psíquico e cuidados de higiene aumentaram consideravelmente. Assim, no contexto da pandemia, em que o Estado, mais do que nunca, se desobrigou da responsabilidade social, persiste a tendência de transferir quase exclusivamente para a família a responsabilidade, o que a sobrecarrega. Neste cenário, as dificuldades e os impasses no cuidado são potencializados ao máximo.

Percebeu-se também que as famílias enfrentaram dificuldades em assumir o provimento do cuidado, principalmente no que tange aos recursos materiais, dificultando a vida dos cuidadores que possuem uma situação socioeconômica precarizada. Visto que os usuários possuem baixa renda e alguns dos interlocutores deixaram de trabalhar fora por causa da pandemia, foi possível perceber que os familiares procuraram superar as situações de vulnerabilidade social, material e financeira, seja recebendo auxílio institucional ou privado, seja se desdobrando para suprir as necessidades decorrentes do processo de cuidado.

No que tange aos CAPS, verificamos que os significados atribuídos pelos interlocutores estão relacionados a um lugar de festas, oficinas e trocas. Observamos, na discussão dos resultados, como esses serviços foram importantes no percurso das pessoas interlocutoras da pesquisa e como seu apoio se configurou como uma ancoragem nos momentos críticos de cuidado com o ente em sofrimento psíquico. Entretanto, ao nos depararmos com alguns elementos, também foi possível identificar pontos negativos, como a falta de variedade de atividades para as famílias, o que dificulta uma relação de troca com a equipe na oferta de informações e orientações aos familiares.

Diante dos achados, constatamos que os grupos de família constituem a estratégia mais utilizada nos CAPS para que a família seja ouvida, expressando suas dificuldades e socializando experiências com outras famílias. Entendemos que as oficinas são uma estratégia essencial para dar suporte aos familiares, promover a reflexão e encontrar alternativas para momentos de crise e demais situações cotidianas. Entretanto, há relatos de que esses recursos têm sido pontuais e descontínuos.

Considerando as narrativas, observamos que, nas entrelinhas do processo de cuidado, há uma demanda por apoio mais diretivo e intensificado para viabilizar as atividades cotidianas. Contudo, em algumas situações, é importante destacar que esse apoio é limitado a oficinas, reuniões de família e encontros festivos, realizados de forma esporádica. Embora o apoio do CAPS seja fundamental, sua prática deve ser capaz de problematizar ou possibilitar uma maior construção de autonomia dos usuários e dos cuidadores.

É possível perceber que, com a reforma psiquiátrica e os novos modelos de atenção à saúde mental, houve avanços em relação ao usuário, à sua família e à relação com o serviço

de saúde. No entanto, a partir de 2016, houve um desmonte, cujos desdobramentos refletiram na dinâmica dos serviços de saúde pública, inclusive na área da saúde mental.

Durante o período pandêmico, o funcionamento dos serviços e a produção e atualização do cuidado foram significativamente afetados pela pandemia de COVID-19 no Brasil. Durante o primeiro ano da pandemia, em 2020, a maioria dos CAPS não conseguiu desenvolver intervenções coletivas, presenciais ou online, como foi o caso do CAPS estudado. A fragmentação do trabalho e a ausência de suporte institucional para uma reorganização adaptativa e rápida, frente ao aumento da demanda, estão diretamente relacionadas ao desfinanciamento e precarização da unidade, que é referência no atendimento de pessoas com transtornos mentais e sofrimento psíquico.

Observamos, pelas narrativas, o reconhecimento da mudança no perfil do serviço durante a pandemia, caracterizado prioritariamente por consultas médicas e fornecimento de medicamentos. As prescrições medicamentosas tornaram-se a principal estratégia de “cuidado”. Talvez o ponto mais importante seja que o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) deve ser reavaliado não apenas como um ponto de referência para situações de crise, mas também como um espaço fundamental para a reabilitação psicossocial e a construção de vínculos sociais.

No que diz respeito à articulação de rede, os participantes mencionaram que buscaram atendimento em alguns serviços da RAPS, como o ESF e o Consórcio, sem sucesso, sendo o único recurso acionar o hospital ou médicos particulares. A pandemia impactou diretamente o cuidado e a rede de apoio dos usuários desses serviços, que não contavam mais com o atendimento adequado aos familiares. Com a sobrecarga significativa dos serviços de saúde devido à COVID-19, houve uma redução na capacidade de coordenação com os serviços especializados em saúde mental.

No que se refere às estratégias de reorganização e sustentação da assistência aos usuários e seus familiares após a reabertura, o CAPS Viçosa/MG adotou a estratégia de acompanhamento por meio de contato telefônico, *Whatsapp* e videochamada para aqueles que possuem celular e/ou computador com acesso à internet. Observamos que a demanda de usuários era maior em relação ao número de aparelhos disponíveis, por isso, nem todos os cuidadores foram contatados. Aqueles que participaram entenderam que essa modalidade de atendimento não foi suficiente para atender às suas necessidades.

A análise realizada nesta dissertação trouxe à luz a realidade do CAPS pesquisado, que, em um contexto de pandemia, reafirmou a postura familista que já permeava a assistência à saúde mental no Brasil, evidenciando um regime onde a família, em especial as

mulheres, é muitas vezes a principal responsável pelo cuidado e bem-estar dos indivíduos. A pandemia de COVID-19 não apenas intensificou essa dinâmica, mas também evidenciou a fragilidade das políticas sociais que, antes da crise, já se encontravam em processo de desmonte e precarização. Assim, a responsabilidade pelo cuidado tornou-se ainda mais centralizada nas famílias, o que impacta não apenas a saúde mental dos cuidadores, mas também a qualidade do cuidado prestado.

‘ O presente estudo possui limitações impostas pelo seu desenho e pela escolha da população, uma vez que foi realizado em apenas um serviço especializado em saúde mental. Essa limitação impossibilita a generalização dos dados para o contexto mais amplo da pandemia no cenário brasileiro. Contudo, a pesquisa, ao apresentar os dados desse contexto e seus resultados, pode contribuir para a análise dos impactos da pandemia de COVID-19 na RAPS e no cuidado em saúde mental no Brasil. Embora o cenário observado no CAPS estudado, localizado no município de Viçosa/MG, não reflita necessariamente a realidade de outros CAPS e localidades, os resultados podem ser semelhantes ao cenário vivenciado por outros serviços voltados ao cuidado em saúde mental, oferecendo subsídios para análises comparativas e futuras investigações na área.

REFERÊNCIAS

- ABRAMIDES, M. B. C. **O projeto ético político do serviço social brasileiro: ruptura com o conservadorismo**. São Paulo: Cortez, 2019.
- AGUIAR, M. P. **A psiquiatria biológica no Brasil: inserção e ressonâncias**. Rio de Janeiro, 2011.
- AGUIAR, N. Patriarcado. In: FLEURY-TEIXEIRA, E. (Org.). **Dicionário feminino da infâmia**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2015.
- ALENCAR, M. M. T. Transformações econômicas e sociais no Brasil nos anos de 1990 e seu impacto no âmbito da família. In: SALES, M. A.; MATOS, M. C.; LEAL, M. C. (Orgs.). **Política social, família e juventude: uma questão de direitos**. São Paulo: Cortez, 2010. p. 61-78.
- ALMEIDA, R. S. C. R.; MENDONÇA, I. M. M. P.; SANTOS, M. C. P.; POLAKIEWICZ, R. R. A perspectiva do cuidar no ambiente familiar: a resiliência da família no cuidado do portador de doença mental. **Biológicas & Saúde**, v. 5, n. 18, p. 7-8, 2015.
<https://doi.org/10.25242/88685182015753>. Acesso em: 19 jun. 2024.
- ÁLVARES, L. C.; JOSÉ FILHO, M. O serviço social e o trabalho com famílias. **Serviço Social & Realidade**, v. 17, n. 2, p. 9-26, 2008.
- ALVES, G. A esfinge do neodesenvolvimentismo e a miséria do trabalho no Brasil (2002-2013). In: MACÁRIO, E.; VALE, E. S.; RODRIGUES JUNIOR, N. S. (Orgs.). **Neodesenvolvimentismo, trabalho e questão social**. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, 2016. p. 101-125.
- ALVES, S. F. S.; VIVIAN, A. G.; HIRDES, A. Impactos da pandemia COVID-19 na saúde de cuidadoras de pessoas com transtorno do espectro autista. **Preprints SciELO**, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.3269>. Acesso em: 09 jun. 2024.
- ALVES, C. F. O.; RIBAS, V. R.; ALVES, E. V. R.; VIANA, M. T.; RIBA, R. M. G.; MELO JÚNIOR, L. P.; MARTINS, H. A. L.; LIMA, M. D. C.; SOUGEY, E. B.; CASTRO, R. M. Uma breve história da reforma psiquiátrica. **Revista Neurobiologia**, v. 72, n. 1, p. 85-96, 2009. Disponível em:
https://www.researchgate.net/publication/341446537_Uma_breve_historia_da_reforma_psiquiatria. Acesso em: 05 fev. 2024.
- AMARANTE, P. D. C. Asilos, alienados e alienistas: pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, P. D. C. (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
- AMARANTE, P. D. C. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.
- AMARANTE, P. D. C. Clínica e a reforma psiquiátrica. In: Amarante, P. D. C. (Org.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003. p. 45-65.

- AMARANTE, P. D. C. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- AMARANTE, P. D. C. Saúde mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 635-655.
- AMARANTE, P. D. C. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. rev. e aum. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.
- AMARANTE, P. D. C.; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, 2018.
- AMARANTE, P. D. C.; TORRE, E. H. G. De volta à cidade, sr. cidadão! Reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. **Revista de Administração Pública**, v. 52, n. 6, p. 1090-1107, 2018.
- ANDERSON. O Brasil de Lula. **Novos Estudos CEBRAP**, n. 9, p. 23-52, 2011.
- ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 6.ed. São Paulo: Boitempo Editorial, 2002.
- ARIÈS, P. **A história social da criança e da família**. Rio De Janeiro: LTC, 2017.
- ARRUDA, M. C; ALVAREZ, A. M; GONÇALVES, L. H. T. O familiar cuidador de portador de doença de Alzheimer participante de um grupo de ajuda mútua. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 7, n. 3, p. 339-345, 2008.
- AZEVEDO, F. M. C. O conceito de patriarcado nas análises teóricas das ciências sociais: uma contribuição feminista. **Revista Três Pontos**, v. 13, n. 1, p. 12-20, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/revistatrespontos/article/view/3386>. Acesso em: 20 jul. 2024.
- AZEVEDO, D. M.; MIRANDA, F. A. N.; GAUDÊNCIO, M. M. P. Percepções de familiares sobre o portador de sofrimento psíquico institucionalizado. **Escola Anna Nery**, v. 13, n. 3, p. 485-491, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/NmpVHkWkXYjYhS7DbtC3hzQ/?lang=pt#>. Acesso em: 27 mai. 2024.
- BAHIA, L. O SUS e os desafios da universalização do direito à saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. In: LIMA, N. T.; GERSCHAMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. (Orgs.). **Saúde e democracia histórias e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p. 407-449.
- BANCO MUNDIAL. **Os impactos econômicos da crise da Covid-19**. 2022. Disponível em: <https://www.worldbank.org/pt/publication/wdr2022/brief/chapter-1-introduction-the-economic-impacts-of-the-covid-19>. Acesso em: 20 jul. 2024.

BANDEIRA, M.; CALZAVARA, M. G. P.; CASTRO, I. Estudo de validade da escala de sobrecarga de familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 57, n. 2, p. 98-104, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v57n2/a03v57n2.pdf>. Acesso em: 09 mai. 2024.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: 1977.

BARROS, J. M. S. **Nos bastidores da loucura: diálogos acerca da família no âmbito da (des)proteção social em saúde mental**. 2019. 89f. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Universidade de Brasília, Brasília, 2019.

BARROS, M. B. A.; LIMA, M. G.; MALTA, D. C.; SZWARCOWALD, C. L.; AZEVEDO, R. C. S.; ROMERO, D.; SOUZA JÚNIOR, P. R. B.; AZEVEDO, L. O.; MACHADO, I. E.; DAMACENA, G. N.; GOMES, C. S.; WERNECK, A. O.; SILVA, D. R. P.; PINA, M. F.; GRACIE, R. Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de COVID-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 4, e2020427, 2020.

BARROSO, S. M.; BANDEIRA, M.; NASCIMENTO, E. Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 34, n. 6, p. 270-277, 2007. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol34/n6/270.html>. Acesso em: 11 mai. 2024.

BASAGLIA, F. **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. Tradução de Heloisa Jahn, Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

BASSI, D. **Análise do cuidado em saúde mental com enfoque nas dimensões que envolvem a família: reflexões e problematizações**. 2023. 59f. TCC (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal de São Paulo, Santos, 2023.

BEHRING, E. R. **Brasil em contrarreforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. São Paulo: Cortez, 2008.

BEHRING, E. R. Crise do capital, fundo público e valor. In: BOSCHETTI, I.; BEHRING, E. R.; SANTOS, S. M. M.; MIOTO, R. C. (Orgs.). **Capitalismo em crise, política social e direitos**. São Paulo: Cortez, 2010. p. 13-33.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política social: fundamentos e história**. 5.ed. São Paulo: Cortez, 2008. 213 p.

BEHRING, E. R. **Fundo público, valor e política social**. São Paulo: Cortez, 2021.

BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. 4.ed. São Paulo: Ática, 2002.

BEZERRA, J. B. De médico, de louco e de todo mundo um pouco: o campo psiquiátrico no Brasil dos anos 80. In: GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. A. W. (Orgs.). **Saúde e sociedade no Brasil dos anos 80**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará. 1994. p. 171-191.

BIELEMANN, V. L. M.; KANTORSKI, L. P.; BORGES, L. R.; CHIAVAGATTI, F. G.; WILLRICH, J. Q.; SOUZA, A. S.; HECK, R. M. A inserção da família nos centros de atenção psicossocial sob a ótica de seus atores sociais. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 131-139, 2009.

BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S. K. Plano de investigação. In: BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S. K. **Investigação qualitativa em educação**: uma introdução à teoria e aos métodos. Porto: Porto Editora, 1994. p. 81-109.

BOITO JR., A. Os atores e o enredo da crise política. In: JINKINGS, I.; DORIA, K.; CLETO, M. (Eds.). **Por que gritamos golpe?**: para entender o impeachment e a crise. São Paulo: Boitempo, 2016.

BOITO JR., A. **Reforma e crise política no Brasil**: os conflitos de classe nos governos do PT. Campinas: Unicamp, 2018.

BONFIM, P. **Conservadorismo moral e serviço social**: a particularidade da formação moral brasileira e a sua influência no cotidiano de trabalho dos assistentes sociais. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2015.

BORBA, L. O.; SCHWARTZ, E.; KANTORSKI, L. P. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 21, n. 4, p. 588-594, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/appe/v21n4/a09v21n4.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2024.

BOSCHETTI, I. **Assistência social e trabalho no capitalismo**. São Paulo: Cortez, 2016.

BRAGA, J. C. S.; PAULA, S. P. **Saúde e presidência - estudos de política social**. São Paulo: Hucitec, 1981.

BRASIL. **Decreto n. 49.974-A, de 21 de janeiro de 1961**. Regulamenta, sob a denominação de Código Nacional de Saúde, a lei 2.132, de 3 de setembro de 1954, de normas gerais sobre defesa e proteção da saúde. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1960-1969/decreto-49974-a-21-janeiro-1961-333333-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 13 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto n.º 60.252, de 21 de fevereiro de 1968**. Institui a Campanha Nacional de Saúde Mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1967. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em: 02 set. 2022.

BRASIL. Comissão Nacional de Reforma Sanitária. **Documentos III**. Rio de Janeiro, maio de 1987. p.11.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Brasil, 1988a. Acesso em: 29 de jun. 2023.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988. **I Conferência nacional de saúde mental:** relatório final. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde. Brasil, 1988b. Acesso em: 29 de jun. 2023.

BRASIL. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 05 dez. 2023.

BRASIL. **Lei Federal n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 1990b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 03 dez. 2023.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF, 06 abr. 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 04 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 336/GM de 19 de fevereiro de 2002.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_336.pdf. Acesso em: 02 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Mental. Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde Mental e a Atenção Básica:** o vínculo e o diálogo necessários. Brasília: MS, 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual do Programa “De Volta para Casa”.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003b. 18 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental:** 1990-2004. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/legislacaosaudemental2002completa.pdf>. Acesso em: 06 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS:** os centros de atenção psicossocial. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf. Acesso em: 05 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Residências terapêuticas:** o que são, para que servem. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 245, de 17 de fevereiro de 2005**. Destina incentivo financeiro para implantação de Centros de Atenção Psicossocial e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005a. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=23378. Acesso em: 03 mai. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005b.

BRASIL. **Lei 11.343, de 23 de agosto de 2006**. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Brasília, DF, 2006a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm. Acesso em: 16 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006**. Institui diretrizes nacionais para prevenção do suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html. Acesso em: 03 mai. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.190/GM, de 4 de junho de 2009**. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2010.

BRASIL. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011a.

BRASIL. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (republicada 2013)**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011c. Disponível em: http://www.corengo.org.br/attachments/article/374/PORTARIA%20MS_GM%20N%C2%BA%202.488,%20DE%2021%20DE%20OUTUBRO%20DE%202011.pdf. Acesso em: 29 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental em dados**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://saudeecosol.files.wordpress.com/2012/03/saude-mental-em-dados-10-ms.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de saúde mental**: atendimento e intervenção com álcool e outras drogas. Caminhos do cuidado. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 2.043, de 11 de dezembro de 2015**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-2.043-de-11-de-dezembro-de-2015-111726668>. Acesso em: 16 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria 1.482, de 25 de outubro de 2016**. Inclui na tabela de tipos de estabelecimentos de saúde do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde: CNES o tipo 83: polo de prevenção de doenças e agravos de promoção da saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt1482_25_10_2016.html. Acesso em: 20 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017**. Estabelece as diretrizes para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/resolucoes/2017/resolu-o-cit-n-32.pdf/view>. Acesso em: 04 mai. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 3.588, de 21 de dezembro de 2017**. Altera as Portarias de Consolidação n. 3 e n. 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em: 13 nov. 2022.

BRASIL. **Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019**. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Brasília, DF, 2019a. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/decreto-n-9-761-de-11-de-abril-de-2019-71137316>. Acesso em: 12 dez. 2023.

BRASIL. **Lei 13.840, de 5 de maio de 2019**. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. Brasília, DF, 2019b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13840.htm. Acesso em: 18 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Nota Técnica n. 11/2019**. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019c. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/cuidados_prevencao_drogas/obid/legislacao/nota_saudemental.pdf. Acesso em: 10 jan. 2024.

BRASIL. **Lista de CAPS**. 2020a. Disponível em: http://dados.gov.br/dataset/mspainelsage_27. Acesso em: 29 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Recomendação nº 40, de 18 de maio de 2020**. Recomenda a revisão da Nota Técnica nº 12/2020 e a implementação de outras providências para garantir os direitos das pessoas com sofrimento e/ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no contexto da pandemia pelo Covid-19. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020b. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1181-recomendacao-n-040-de-18-de-maio-de-2020>. Acesso em: 02 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Nota Técnica nº 12/2020-CGMAD/DAPES/SAPS/MS**. Recomendações à rede de Atenção Psicossocial sobre estratégias de organização no contexto da infecção da COVID-19 causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020c.

BRAVO, M. I. S. As políticas brasileiras de seguridade social: saúde. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Programa de capacitação continuada para assistentes sociais**: capacitação em serviço social e política social. Brasília, DF: CFESS-ABEPSS-CEAD/UnB, 2000. p. 103-115. (Módulo 3).

BRAVO, M. I. S. **Saúde e serviço social**. 2.ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2006.

BRAVO, M. I. S. **Serviço social e saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2009.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J. O sistema de saúde no enfrentamento à pandemia do novo coronavírus (COVID-19). In: SOUZA, E. A.; CELIS, A.; INÁCIO, J. R. (Orgs.). **Vidas ameaçadas [diálogos sobre trabalho, pandemia de COVID-19, Serviço Social e Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora]**. Campinas: Papel Social, 2021.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; MENEZES, J. S. B. A. A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências. **Ser Social**, v. 22, n. 46, 2020. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25630. Acesso em: 07 nov. 2022.

BRAZ, M. O golpe nas ilusões democráticas e a ascensão do conservadorismo reacionário. **Serviço Social & Sociedade**, n. 128, p. 85-103, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.095>. Acesso em: 11 mar. 2023.

BRESSER-PEREIRA, L. C. A crise da América Latina: Consenso de Washington ou crise fiscal? In: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE CENTROS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ECONOMIA (ANPEC), 18, 1991, Brasília. **Aula magna...** Brasília, 1991.

BRIGOLA, A. G.; LUCHESI, B. M.; ROSSETT, I. E. S.; MIOSHI, E.; INOUE, K.; PAVARINI, S. C. I. Perfil de saúde de cuidadores familiares de idosos e sua relação com variáveis do cuidado: um estudo no contexto rural. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 3, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/jhhgYzscbmwnwYCbGnYrR9ts/?lang=pt>. Acesso em: 29 mai. 2024.

BRITO, E. S. (2020). **Sofrimento psíquico em estudantes universitários**: desafios e superação. Coleção vida em família, educação e cuidado - volume 14. Editora.CRV.

BRITO, M. A. M.; DIMENSTEIN, M. Contornando as grades do manicômio: histórias de resistências esculpidas na instituição total. **Aletheia**, n. 28, p. 1-10, 2008.

BUSSULA, D. A.; OLIVEIRA, D. A. L.; VOLPATO, L. M. B. O Trabalho do Assistente Social junto aos portadores de transtorno mental e sua respectiva família. In: **V ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA – ETIC**. vol. 5. nº. 5. 2013.

CABRAL, S. B.; DAROSCI, M. A trajetória das políticas de saúde mental no brasil: uma análise a partir do ângulo normativo (1903-2019). In: SEMINÁRIO NACIONAL DE SERVIÇO SOCIAL, TRABALHO E POLÍTICA SOCIAL. 3, 2019. **Anais...** Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2019.

CAIXETA, S. P. (2011). Sofrimento psíquico em estudantes universitários: um estudo exploratório [**Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Católica de Brasília**].

CAMPANTE, R. G. O patrimonialismo em Faoro e Weber e a sociologia brasileira. **Dados – Revista de Ciências Sociais**, v. 46, n. 1, p. 153-193, 2003.

CANCELA, A. G. R. **Interface entre políticas públicas de saúde mental e economia solidária**: a inserção socioproductiva de pessoas com transtornos mentais. 2012. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal do Pará, Belém, 2012.

CAPONI, S. Biopolítica e medicalização dos anormais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 529-549, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/xHyxtGjNn96bkkSJFbBxGCC/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 05 mar. 2023.

CARDOSO, L.; GALERA, S. A. F. O cuidado em saúde mental na atualidade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 3, 687-691, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000300020>. Acesso em: 05 nov. 2023.

CARNEIRO, R. **Desenvolvimento em crise**: a economia brasileira no último quarto do século XX. São Paulo: UNESP/UNICAMP, 2002.

CARNUT, L.; MENDES, A. Carnaval, “fechamento do Congresso”, neofascismo e saúde. **Revista Eletrônica Domingueira**, n. 8, 2020. Disponível em: <http://idisa.org.br/domingueira/domingueira-n-08-fevereiro-2020?lang=pt>. Acesso em: 7 jun. 2024.

CARVALHO, M. C. B. A priorização da família na agenda da política social. In: KALOUSTIAN, S. M. (Org.). **Família brasileira, a base de tudo**. 8.ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNICEF, 2008. p. 93-108.

CARVALHO, S. S. Os efeitos da pandemia sobre os rendimentos do trabalho e o impacto do auxílio emergencial: o que dizem os microdados da PNAD Covid-19. **Carta de Conjuntura**, n. 48, p. 1-18, 2020.

CARVALHO, I. M. M.; ALMEIDA, P. H. Família e proteção social. **São Paulo em Perspectiva**, v. 17, n. 2, p. 109-122, 2003.

CARVALHO, A. M. P.; GUERRA, E. C. O Brasil no século XXI nos circuitos da crise do capital: o modelo brasileiro de ajuste no foco da crítica. **Revista de Políticas Públicas**, v. 19, n. 1, p. 41-60, 2015.

CASASSUS, J. **A Escola e a Desigualdade**. Brasília: Plano Editora, 2002.

CASTILHO, C. F. V.; CARLOTO, C. M. O familismo na política de assistência social: um reforço à desigualdade de gênero? In: SIMPÓSIO SOBRE ESTUDOS DE GÊNERO E POLÍTICAS PÚBLICAS, 2010, Londrina. **Anais...** Londrina, 2010. p. 13-21.

CEDRAZ, A.; DIMENSTEIN, M. Oficinas terapêuticas no cenário da Reforma Psiquiátrica: modalidades desinstitucionalizantes ou não? **Revista Mal-Estar e Subjetividade**, v. 5, n. 2, p. 300-327, 2005. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482005000200006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 05 ago. 2024.

CHATTERJEE, S. S.; BARIKAR C, M.; MUKHERJEE, A. Impact of COVID-19 pandemic on pre-existing mental health problems. **Asian Journal of Psychiatry**, Amsterdam, v. 51, p. 102071, 2020.

CHAUÍ, M. S. **Escritos sobre a universidade**. São Paulo: UNESP, 2001.

CHAVES, M. A. G. **Políticas de saúde mental: desafios para uma política humanizadora**. 2019. 119f. Dissertação (Mestrado em Planejamento e Análise de Políticas Públicas) – Universidade Estadual Paulista, Franca, 2019.

CHIABOTTO, C. C.; NUNES, I. S.; AGUIAR, K. S. P. Contrarreforma psiquiátrica e seus reflexos no cuidado ao usuário e à família. **Em Pauta**, v. 20, n. 49, 2022. Disponível em: <https://link.gale.com/apps/doc/A690996299/AONE?u=anon~601005d0&sid=GoogleScholar&xid=e7da0187>. Acesso em: 20 nov. 2023.

CIRILO, L. S. **Novos tempos: saúde mental, CAPS e cidadania nos discursos de usuários e familiares**. 2006. Dissertação (Mestrado Interdisciplinar em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2006.

CISLAGHI, J. F. **Do neoliberalismo de cooptação ao ultraneoliberalismo: respostas do capital à crise**. 08 jun. 2020. Disponível em: <https://esquerdaonline.com.br/2020/06/08/do-neoliberalismo-de-cooptacao-ao-ultraneoliberalismo-respostas-do-capital-a-crise/>. Acesso em: 22 nov. 2022.

CISNE, M.; SANTOS, S. M. M. **Feminismo, diversidade sexual e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2018.

COELHO FILHO, H. **A psiquiatria no país do açúcar e outros ensaios**. João Pessoa: A União, 1977.

COHN, A.; NUNES, E.; JACOBI, P. R.; KARSCH, U. S. **A saúde como direito e como serviço**. São Paulo: Cortez, 1991.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Governo Federal decreta fim da política de redução de danos**. 12 abr. 2019. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/governo-federal-decreta-fim-da-politica-de-reducao-dedanos/#CFP>. Acesso em: 08 jun. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências técnicas para atuação de psicólogos(os) no CAPS — Centro de Atenção Psicossocial**. Brasília, DF: CFP, 2022.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA. **Trancar não é tratar: liberdade é o melhor remédio**. São Paulo: CRP, 1997. (Caderno de textos alusivos ao dia da Luta antimanicomial).

COQUEIRO, N. F. **Representações dos profissionais no desenvolvimento da política de saúde mental em Fortaleza: uma avaliação em processo no espaço do CAPS Geral da Secretaria Executiva Regional III**. 2013. 328f. Dissertação (Mestrado em Avaliação de Políticas Públicas) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013.

CORDEIRO, H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 319-328, 2001.

COSTA, K. M. O. P. As atualizações do cuidado em saúde mental durante a pandemia da COVID-19 por profissionais dos CAPS's de Pernambuco. 2022. 93f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2022.

COUTINHO, C. N. **Literatura e humanismo**. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1967.

COUTINHO, C. N. **Marxismo e política: a dualidade de poderes e outros ensaios**. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2008.

COUTO, B. R. **O direito social e a assistência social na sociedade brasileira: uma equação possível?** 4.ed. São Paulo: Cortez, 2010.

CRONEMBERGER, I. H. G. M.; LIMA, A. S. CAPSi - cuidados e famílias: cenários para o debate em meio a pandemia. In: ROSA, L. C. S.; VILARINHO, L. S. **Família na desinstitucionalização em saúde mental**. Teresina: EDUFPI, 2020.

CRUZ, N. F. O.; GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P. G. G. Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tes/v18n3/0102-6909-tes-18-3- e00285117.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2023.

CUNHA, C. M. S. **A fundação da Casa de Saúde Santa Teresa em Crato-CE (1970): história local, médicos e políticas públicas para a área psiquiátrica**. Rio de Janeiro, 2013.

DALEY, S.; FARINA, N.; HUGHES, L.; ARMSBY, E.; AKARSU, N.; POOLEY, J. Covid-19 and the quality of life of people with dementia and their carers – The TFD-C19 study. **Plos One**, v. 17, n. 1, p. 1-7, 2022. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0262475>. Acesso em: 05 mar. 2024.

DALL'OGGIO, A. **A reforma psiquiátrica e a inserção da família nos centros de atenção psicossocial da macrorregional oeste do Paraná**. 2017. 201f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Toledo, 2017.

DAL PRA, K. R.; MIOTO, R. C.T.; WIESE, M. L. O cuidado como direito social: uma questão contemporânea para o Serviço Social. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL, 16, 2018, Vitória. **Anais...** Vitória: UFES, 2018.

DANTAS, C. M. B.; DIMENSTEIN, M.; LEITE, J. F.; MACEDO, J. P.; BELARMINO, V. H. Território e determinação social da saúde mental em contextos rurais: cuidado integral às populações do campo. **Athenea Digital**, v. 20, n. 1, e2169, 2020.

DELGADO, P. G. Sobrecarga do cuidado, solidariedade e estratégia de lida na experiência de familiares de Centros de Atenção Psicossocial. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, p. 1103-1126, 2014.

DELGADO, P. G.; SCHECHTMAN, A.; WEBER, R.; AMSTALDEN, A. F.; BONAVIGO, E.; CORDEIRO, F. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil - Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. In: MELLO, M.; MELLO, A.; KOHN, R. **Epidemiologia de saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 39-83.

DIAS, M. T. G. **Os (des)caminhos da política de saúde mental no Rio Grande do Sul: uma análise da implantação da lei de reforma psiquiátrica**. 1997. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1997.

DIAS, M. T. G. **A reforma psiquiátrica brasileira e os direitos dos portadores de transtorno mental: uma análise a partir do serviço residencial terapêutico morada São Pedro**. 2007. 292f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

DIMENSTEIN, M.; SIQUEIRA, K.; MACEDO, J. P.; DANTAS, C. Determinação social da saúde mental: contribuições à psicologia no cuidado territorial. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 69, p. 72-87, 2017.

DINIZ, M. A. A.; MELO, B. R. S.; NERI, K. H.; CASEMIRO, F. G.; FIGUEIREDO, L. C.; GAIOLI, C. C. L. O. Estudo comparativo entre cuidadores formais e informais de idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 11, p. 3789-3798, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413812320182311.16932016>. Acesso em: 29 mai. 2014.

DOMINGUES, G. G. C.; CORRADI-WEBSTER, C. M.; RUZZI-PEREIRA, A. Desempenho ocupacional de cuidadores de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil. **Saúde e Pesquisa**, v. 14, n. 4, e8097, 2021.

DRAIBE, S. M. As políticas sociais e o neoliberalismo. **Revista USP**, n. 17, 1993a.

DRAIBE, S. M. Welfare state no Brasil: características e perspectivas. **Caderno, NEPP/ UNICAMP**, n. 8, p. 1-53, 1993b. Disponível em: <https://www.nepp.unicamp.br/biblioteca/periodicos/issue/view/104/CadPesqNepp8>. Acesso em: 04 abr. 2024.

DRAIBE, S. M.; RIESCO, M. **Estado de bienestar, desarrollo económico y ciudadanía: algunas lecciones de la literatura contemporánea**. Ciudad de México, DF: Cepal, 2006.

DUAN, L.; SHAO, X.; WANG, Y.; HUANG, Y.; MIAO, J.; YANG, X. An investigation of mental health status of children and adolescents in China during the outbreak of COVID-19. **Journal of Affect Disorders**, v. 1, n. 275, p. 112-118, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32658812/>. Acesso em: 01 jun. 2024.

DUFFY, M. Fazendo o trabalho sujo: gênero, raça e trabalho reprodutivo em perspectiva histórica. **Gênero e Sociedade**, v. 21, n. 3, p. 313-336, 2007.

DWECK, E.; SILVEIRA, F. G.; ROSSI, P. Austeridade e desigualdade social no Brasil. In: ROSSI, P.; DWECK, E.; OLIVEIRA, A. L. M. (Orgs.). **Economia para poucos: impactos sociais da austeridade e alternativas para o Brasil**. São Paulo: Autonomia Literária, 2018. p. 32-56.

ENGEL, M. G. **Os delírios da razão: médicos, loucos e hospícios** (Rio de Janeiro, 1830-1930). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

ENGELS, F. **A origem da família da propriedade privada e do estado**. 9.ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1984.

ESPING-ANDERSEN, G. **Social foundations of posindustrial economies**. New York: Oxford, 1999.

EVANGELISTA, J. M. **Teoria social pós-moderna: introdução crítica**. Porto Alegre: Sulina, 2007.

FAGGION, M. O.; BOARINI, M. L. A psicologia pela lente de Renato Kehl. **Estudos e Pesquisas em Psicologia (Online)**, v. 18, p. 1239-1256, 2019. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/42234/29279>. Acesso em: 20 nov. 2022.

FAGNANI, E. Austeridade e seguridade: a destruição do marco civilizatório. In: ROSSI, P.; DWECK, E.; OLIVEIRA, A. (Orgs.). **Economia para poucos: impactos sociais da austeridade e alternativas para o Brasil**. São Paulo: Autonomia Literária, 2018. p. 57-82.

FAORO, R. **Os donos do poder: formação do patronato político brasileiro**. 3.ed. São Paulo: Globo, 2001.

FARIA, L. R. A. **As orientações educativas contra-hegemônicas das décadas de 1980 a 1990 e os rebatimentos pós-modernos na didática a partir da visão de estudiosos**. 2011. 342f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

FARIAS, L. L. Estado, contrarreforma e as política de saúde e saúde mental no Brasil. **Argumentum**, v. 11, n. 3, 2019.

FAVIEIRO, C. P. **Conselhos profissionais de saúde e suas transformações, a partir da nova constituição**: um estudo comparado entre os conselhos de farmácia, de enfermagem e de medicina. 2007. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

FEDERICI, S. **Mulher e caça às bruxas**. São Paulo: Boitempo, 2019.

FERNANDES, F. **Sociedade de classes e subdesenvolvimento**. 2.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1972.

FERNANDES, F. **A revolução burguesa no Brasil**: ensaio de interpretação sociológica. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987. 413 p.

FERNANDES, F. **Capitalismo dependente e classes sociais na América Latina**. São Paulo: Global Editora, 2009.

FERREIRA, J. S. W. **Os contrastes da mundialização**: a economia como instrumento de poder em um sistema internacional excludente. 1997. 99f. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

FERREIRA, L. A. S. Flexibilização do trabalho e políticas públicas de desenvolvimento no estado do Paraná: uma análise empírica. In: SEMINÁRIO DE PESQUISA EM CIÊNCIAS HUMANAS, 8, 2010, Londrina. **Anais...** Londrina: Eduel, 2010. Disponível em: https://www.uel.br/eventos/sepech/sumarios/temas/flexibilizacao_do_trabalho_e_politicas_publicas_de_desenvolvimento_no_estado_do_parana_uma_analise_empirica.pdf. Acesso em: 02 jan. 2024.

FERREIRA, C. B. **Interrogar o cuidado**: reprodução social nas encruzilhadas do capital. 19 fev. 2024. Disponível em: <https://www.unifal-mg.edu.br/portal/2024/02/19/interrogar-o-cuidado-reproducao-social-nas-encruzilhadas-do-capital/>. Acesso em: 24 mar. 2024.

FIGUEIRÊDO, M. L. R.; DELEVATI, D. M.; TAVARES, M. G. Entre loucos e manicômios: história da loucura e a reforma psiquiátrica no Brasil. **Revista Cadernos de Graduação Ciências Humanas e Sociais**, n. 2, v. 2, n. 2, p. 121-136, 2014. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitshumanas/article/view/1797>. Acesso em: 03 dez. 2022.

FIRMO, A. A. M.; JORGE, M. S. B. Experiências dos cuidadores de pessoas com adoecimento psíquico em face à reforma psiquiátrica: produção do cuidado, autonomia, empoderamento e resolubilidade. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 1, p. 217-231, 2015.

FLORES, A. **A crise da democracia e as eleições de 2022**. 29 out. 2022. Disponível em: <https://aterraeredonda.com.br/a-crise-da-democracia-e-as-eleicoes-de-2022/>. Acesso em: 20 jul. 2024.

FLORIANI, C. A. Cuidador familiar: sobrecarga e proteção. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 50, n. 4, p. 341-345, 2004. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/2019/1239>. Acesso em: 29 mai. 2024.

FONTE, E. M. M. Da institucionalização da loucura à Reforma Psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. **Estudos de Sociologia**, v. 1, n. 18, p. 1-24, 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revsocio/article/view/235235>. Acesso em: 11 dez. 2022.

FRASER, N. Crise do cuidado? Sobre as contradições socio-reprodutivas do capitalismo contemporâneo. In: BHATTACHARYA, T. **Teoria da reprodução social**: remapeamento de classe, recentralização da opressão. São Paulo: Elefante, 2023.

FREYRE, G. **The masters and the slaves**: a study in the development of Brazilian civilization. Berkeley: University of California Press, 1986.

FUREGATO, A. R. F. Mental health policies in Brazil [editorial]. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 2, p. 1-2, 2009.

GARCIA, L.; SANTANA, P.; PIMENTEL, P.; KINOSHITA, R. T. Política Nacional de Saúde Mental e organização da Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde (SUS). In: BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Prevenção do uso de drogas**: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. 5.ed. Brasília: SENAD, 2013.

GARRIDO, R.; MENEZES, P. R. Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psiquiátrico. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 6, p. 835-841, 2004.

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

GERBALDO, T. B.; ANTUNES, J. L. F. O impacto da pandemia de covid-19 na assistência à saúde mental de usuários de álcool nos Centros de Atenção Psicossocial. **Saúde e Sociedade**, v. 31, n. 4, e210649pt, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/ghyVcNB8RxnSgjzzJTxmQXF/#>. Acesso em: 10 jul. 2024.

GERHARDT, U. **Ideas about illness**: an intellectual and political history of medical sociology. Londres: Macmillan, 1989.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D.T. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GIACOMIN, K. C.; UCHOA, E.; LIMA-COSTA, M. F. F. Projeto Bambuí: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 5, p. 1509-1518, 2005.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GÓES, A. R. M.; CARMO, L. H. M. Cuidadora de portador de transtorno mental: um foco de análise. **Serviço Social em Revista**, v. 2, n.7, 2005. Disponível em: https://www.uel.br/revistas/ssrevista/c_v7n2_adarly.htm. Acesso em: 28 mai. 2024.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2007.

GOLDBERG, J. **Clínica da psicose**: um projeto na rede pública. Rio de Janeiro: Te-Corá/Instituto Franco Basaglia, 1994.

GONÇALVES, R. Redução da desigualdade da renda no governo Lula: análise comparativa. In: SALVADOR, E. *et al.* (Orgs.). **Financeirização, fundo público e política social**. São Paulo: Cortez, 2012.

GONÇALVES, M. S. Os primórdios da psiquiatria no Brasil: o Hospício Pedro II, as casas de saúde particulares e seus pressupostos epistemológicos (1850-1880). **Revista Brasileira de História da Ciência**, v. 6, n. 1, p. 60-77, 2013.

GONÇALVES, A. M.; SENA, R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 9, n. 2, p. 48-55, 2001. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/1551>. Acesso em: 20 fev. 2024.

GONÇALVES, L. H. T.; ALVAREZ, A. M.; SENA, E. L. S.; SANTANA, W. S.; VICENTE, F. R. Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 570-577, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a04.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2024.

GONZALEZ, L. **Primavera para as rosas negras**: Lélia Gonzalez em primeira pessoa. São Paulo: Filhos da África, 2018.

GONZALEZ, L. Por um feminismo afro-latino-americano: a questão racial na América Latina. In: RIOS, F.; LIMA, M. (Orgs.). **Por um feminismo afro-latino-Americano**. Rio de Janeiro: Zahar, 2020.

GOULART, M. S. B. **As raízes italianas do movimento antimanicomial**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. (Coleção História da Psicologia no Brasil).

GOULART, M. S. B. **História da política de saúde mental**: Minas Gerais e vínculos com Itália. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2014. (Relatório final de pesquisa).

GOULARTE, J. F.; SERAFIM, S. D.; COLOMBO, R.; HOGGE, B.; CALDIERARO, M. A.; ROSA, A. R. COVID-19 and mental health in Brazil: psychiatric symptoms in the general population. **Journal of Psychological Research**, v. 132, p. 32-37, 2021. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032720325891?via%3Dihub>. Acesso em: 07 dez. 2023.

GROISMAN, M. **Adolescência e saúde mental**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984. 213 p.

GUIMARÃES, S. P. A nova ordem internacional, o terceiro mundo e o Brasil. In: REUNIÃO ANUAL DA SBPC, 43, 1991, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: SBPC, 1991.

GUIMARÃES, T. A. A.; ROSA, L. C. S. A remanicomialisização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. **O Social em Questão**, v. 22, n. 44, p. 111-138, 2019.

HERNANDES, E. S. C.; FERNANDES, W. B. **Desmonte da política nacional de saúde mental**: quem ganha o quê, por que e que diferença faz. Brasília: Associação Nacional dos Especialistas em Políticas Públicas e Gestão Governamental, 2020. Disponível em: <http://anesp.org.br/todas-as-noticias/desmonte-politica-saude-mental> . Acesso em: 12 nov. 2022.

HIRATA, H. **Cuidado**: teorias e práticas. São Paulo: Boitempo, 2022.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/GMXKF9mkPwxK9HXvFL39Nf/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 14 jul. 2024.

HOFFMANN, R. Desigualdade de renda no Brasil, 1995-2019: diversas distribuições e o impacto do desemprego. **Revista Brasileira de Economia Social e do Trabalho**, v. 2, 2020.

HOLANDA, S. B. **Raízes do Brasil**. 27.ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2017.

HORST, C. M. Transformações societárias e impactos nas famílias: diversidade familiar ou desestruturação familiar? In: GARCIA, M. L. T.; DENADAI, M. C. V. B. (Orgs.). **Família, saúde mental e política de drogas**. São Paulo: Annablume Editora, 2018. p. 13-41. (Temas Contemporâneos. 1).

HORST, C. M.; MIOTO, R. C. T. **Crise, neoconservadorismo e ideologia da família**. 2021. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/227529/Servi%c3%a7o%20Social%20quest%c3%a3o%20social%20e%20direitos%20humanos%20%20EBOOK%2026ago21.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 14 out. 2022.

HORST, C. H. M; MIOTO, R. C. T. Serviço Social e o trabalho com famílias: renovação ou conservadorismo? **Revista Em Pauta**, v. 15, p. 228-246, 2018.

IAMAMOTO, M. V. Capital fetiche, questão social e serviço social. In: IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social em tempo de capital fetiche**: capital financeiro, trabalho e questão social. 8.ed. São Paulo: Cortez, 2014. p. 105-208.

IASI, M. L. Cinco teses sobre a formação social brasileira. **Revista Serviço Social e Sociedade**, n. 136, p. 417-438, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n136/0101-6628-ssoc-136-0417.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. (Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica, 41). Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681_informativo.pdf. Acesso em: 10 mai. 2024.

INSTITUTO TRICONTINENTAL DE PESQUISA SOCIAL. **Desatando a crise**: trabalhos de cuidados em tempos de coronavírus. São Paulo, 2021. (Dossiê, 38). Disponível em: <https://thetricontinental.org/pt-pt/dossie-38-trabalho-de-cuidado/>. Acesso em: 20 jul. 2024.

JORGE, M. A. S. **Engenho dentro de casa**: sobre a construção de um serviço de atenção diária em saúde mental. 1997. 117f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1997.

KANTORSKI, L. P.; JARDIM, V. M. R.; DELPINO, G. B.; LIMA, L. M.; SCHWARTZ, E.; HECK, R. M. Perfil dos familiares cuidadores de usuários de centros de atenção psicossocial do sul do Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 1, p. 85-92, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/4mDsgB9dwZ4HXxZrxzkW9Bs/?lang=pt#> Acesso em: 20 jun. 2024.

KEBBE, L. M.; RÔSE, L. B. R.; FIORATI, R. C.; CARRETTA, R. Y. D. Cuidando do familiar com transtorno mental: desafios percebidos pelos cuidadores sobre as tarefas de cuidar. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 102, p. 494-505, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140046>. Acesso em: 20 jun. 2024.

KRENAK, A. **Ideias para adiar o fim do mundo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

KILOMBA, G. **Memórias da plantação**: episódios de racismo cotidiano. Tradução de Jess Oliveira. Rio de Janeiro: Cobogó, 2019.

LANZA, L. M. B.; FAQUIN, E. S.; SANTOS, E. R.; CAMPANUCCI, F. S.; SILVA, C. C. Exercício profissional do(a) assistente social: problematizações dos impactos da pandemia COVID-19. **Temporalis**, v. 21, n. 41, p. 119-135, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/34483>. Acesso em: 01 jul. 2024.

LESSA, S. A atualidade da abolição da família monogâmica. **Revista Crítica Marxista**, (35), 41-58, 2012.

LIMA, K. **Contrarreforma na educação superior**: de FHC a Lula. São Paulo: Xamã, 2007.

LIMA, J. C. F. A política nacional de saúde nos anos 1990 e 2000: na contramão da história? In: PONTE, C. F.; FALLEIROS, I. (Orgs.). **Na corda bamba de sombrinha**: a saúde no fio da história. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz; Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2010.

LIMA, A. F. Os movimentos regressivos-progressivos da reforma psiquiátrica brasileira. In: LIMA, A. F. **(Re)pensando a saúde mental e os processos de desinstitucionalização**. Curitiba: Appris, 2018. p. 15-34.

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**, v. 29, n. 3, 290310, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/46y3mHF9kdx7DHQGHwpspdf/>. Acesso em: 12 mai. 2024.

LIMA SOBRINHO, J. I. **Crise do capital, conservadorismo e “captura” da subjetividade profissional**: implicações na cultura crítica do serviço social. 2022. 211f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2022. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/49448>. Acesso em: 20 abr. 2024.

LIPP, M. E. N.; LOPES, T. M.; LIPP, L. M. N.; FALSETTI, M. Z. Stress in Brazil. **International Journal of Psychiatry Research**, v. 3, n. 3, p. 1-4, 2020. Disponível em: <http://scivisionpub.com/pdfs/stress-in-brazil-1272.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2023.

LISBOA, L.; SILVA, R. Tipologias de cuidados às pessoas com transtorno de saúde mental na perspectiva dos familiares. **Enfermería: Cuidados Humanizados**, v. 12, n. 1, e3018, 2023. Disponível em: [http://portal.revistas.bvs.br/index.php?search=Enfermeria%20\(Montev.\)&connector=ET&lang=pt](http://portal.revistas.bvs.br/index.php?search=Enfermeria%20(Montev.)&connector=ET&lang=pt). Acesso em: 10 mai. 2024.

LI, W; YANG, Y; LIU, Z.H; ZHAO, Y. J; ZHANG, Q; ZHANG, L; CHEUNG, T; XIANG, Y.T. Progression of Mental Health Services during the COVID-19 Outbreak in China. **Int J Biol Sci**. 2020; 16(10):1732-1738. Disponível em: <https://www.ijbs.com/v16p1732.htm>. Acesso em 05 de set. 2023.

LOBATO, L. V. C. **Reforma sanitária e reorganização de sistema de serviços de saúde**: efeitos sobre a cobertura e a utilização de serviços. 2000. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2000.

LOBOSQUE, A. M. **Clínica em movimento**: por uma sociedade sem manicômios. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

LOCKE, J. **Dois tratados sobre o governo**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

LOSACCO, S. O jovem e o contexto familiar. In: ACOSTA, A.R.; VITALE, M.A.F. (orgs). **Família**: redes, laços e políticas públicas. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2015. p. 75-90.

LOVISI, G. M.; SANTOS, S. A.; LEGAY, L.; ABELHA, L.; VALENCIA, E. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 31, n. 2, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/x7987JHsK6HpNdZn9qkrVtQ/#>. Acesso em: 28 mai. 2024.

LOWY, M. Extrema direita: um fenômeno planetário. **Revista Socialismo e Liberdade**, n. 23, p. 53-56, 2018.

LUCENA, M. A. S. **Construindo-se**: entre os efeitos da institucionalização e as repercussões da desinstitucionalização. 2020. 216f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2020.

LUCENA, M. A. S.; SOUZA, M. A. A.; SCHIAVINATO, A. L. C.; KOOSAH, J.; LIMA, S. M. O. Cuidado em liberdade: um ato de resistência política cotidiana. **Cadernos do Cuidado**, v. 3, n. 1, p. 36-42, 2019. Disponível em: <https://cadernosdocuidado.observatoriodocuidado.fiocruz.br/index.php/CC/article/view/86/0>. Acesso em: 29 jun. 2024.

LUZIO, C. A.; L'ABBATE, S. A atenção em saúde mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 105-116, 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-32692019000100008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 01 jun. 2024.

MACHADO, D. B.; TEIXEIRA, C. S. S.; ROCHA, A. S.; ALVES, F. J. O. COVID-19 e saúde mental: potenciais impactos e estratégias de atenção psicossocial. In: BARRETO, M. L.; PINTO JUNIOR, E. P.; ARAGÃO, E.; BARRAL-NETTO, M. (Orgs.). **Construção de conhecimento no curso da pandemia de COVID-19: aspectos biomédicos, clínico-assistenciais, epidemiológicos e sociais**. Salvador: Edufba, 2020.

MACIEL, D. O governo Collor e o neoliberalismo no Brasil (1990-1992). **Revista UFG**, v. 13, n. 11, 2017. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/revistaufg/article/view/48390>. Acesso em: 07 abr. 2024.

MACIEL, S. C.; BARROS, D. R.; SILVA, A. O.; CAMINO, L. Reforma psiquiátrica e inclusão social: Um estudo com familiares de doentes mentais. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 29, n. 3, p. 435-447, 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v29n3/v29n3a02.pdf>. Acesso em: 12 mai. 2024.

MAGRO, A. L.; FAQUIN, E. S. Capitalismo dependente e as políticas sociais brasileiras: política de assistência social em questão. **Serviço Social & Sociedade**, v. 146, n. 3, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/YzZN9XwMd9NV4Jhrm7TqsvH/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 09 mar. 2024.

MAIA, L. D. R. **A participação familiar no tratamento dos usuários com transtorno mental assistidos no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) no município de Crato-CE**. 2012. TCC (Graduação em Serviço Social) - Centro Universitário Dr. Leão Sampaio, Crato, 2012. Disponível em: <https://sis.unileao.edu.br/uploads/3/SERVICOSOCIAL/S350.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2024.

MALUF, A. C. R. F. D. **Novas modalidades de família na pós-modernidade**. 2010. Tese (Doutorado em Direito) – Faculdade de Direito da USP, São Paulo, 2010.

MANDELLI, J. P. **A comunidade como rede de proteção local no cuidado da pessoa idosa: vivências e afetos sobre o cuidar**. 2022. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2022.

MARI, J. J.; GADELHA, A.; KIELING, C.; FERRI, C. P.; KAPCZINSKI, F.; NARDI, A. E.; ALMEIDA-FILHO, N.; SANCHEZ, Z. M.; SALUM, G. A. Translating science into policy: mental health challenges during the COVID-19 pandemic. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 43, n. 6, p. 638-649, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-1577>. Acesso em: 05 dez.2022.

MARIÁTEGUI, J. C. **Sete ensaios de interpretação da realidade peruana**. São Paulo: CLACSO/Expressão Popular, 2008.

MARINI, R. M. Dialética da dependência. In: STEDILE, J. P.; TRASPADINI, R. (Orgs.). **Ruy Mauro Marini: vida e obra**. São Paulo: Expressão Popular, 2011. p. 137-180.

MARINI, R. M. **Subdesenvolvimento e revolução**. Florianópolis: Insular, 2012.

MARQUES, J. S. **Políticas de inclusão para uma sociedade e uma educação inclusiva: limites e possibilidades no ensino superior**. Rio de Janeiro: Universidade Cândido Mendes, 2012. Disponível em: http://www.avm.edu.br/docpdf/monografias_publicadas/N205047.pdf. Acesso em: 07 dez. 2022.

MARQUES, M. G. Capitalismo dependente e cultura autocrática: contribuições para entender o Brasil contemporâneo. **Revista Katálýsis**, v. 21, n. 1, p. 137-146, 2018.

MARQUES, R. M.; MENDES, Á. Servindo a dois senhores: as políticas sociais no governo Lula. **Revista Katálýsis**, v. 10, n. 1, 2007.

MARQUES, T. C. S.; LOUAULT, F. Trinta anos da “Constituição cidadã”: contribuições da história e da ciência política. **Estudos Ibero-Americanos**, v. 44, n. 2, p. 230-234, 2018. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/iberoamericana/article/view/31189>. Acesso em: 31 jul. 2024.

MARTINS, L. R. O. **O papel da família no cuidado aos usuários de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)**. 2017. Monografia (Graduação em Serviço Social) – Universidade de Brasília, Brasília, 2017.

MARTINS, F. A. **O trabalho interprofissional em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no contexto de pandemia: Covid-19**. 2021. 108f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2021.

MARX, K. **Contribuição à crítica da economia política**. Tradução de Florestan Fernandes. 2.ed. São Paulo: Expressão Popular, 2008.

MARX, K. **O capital: crítica da economia política**. Livro 1: O processo de produção do capital. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011. 2 v.

MAURIEL, A. P. O.; KILDUFF, F.; SILVA, M. M.; LIMA, R. S. (Orgs.). **Crise, ultraneoliberalismo e desestruturação de direitos**. Uberlândia: Navegando Publicações, 2020.

McDONELL, M. G.; SHORT, R. A.; BERRY, C. M.; DICK, D. G. Burden in Schizophrenia Caregivers: impact of family psychoeducation and awareness of patient suicidality. **Family Process**, v. 42, n. 1, p. 91-101, 2003.

MEDEIROS, T. **Formação do modelo assistencial psiquiátrico no Brasil**. 1977. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1977.

MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F.; KOHN, R. F. **Epidemiologia da saúde mental**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2007.

MELMAN, J. **Família e doença mental**: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. 2ª ed. São Paulo: Escrituras; 2002.

MENICUCCI, T. M. G. A política de saúde no governo Lula. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 2, p. 522–532, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/ZJ3pn4hRCRDMCVhSV9fvnqL/abstract/?lang=pt#>. Acesso em 12 de set. 2023.

MÉSZÁROS, I. **Para além do capital**. 3.ed. São Paulo: Boitempo, 2002.

MÉSZÁROS, I. **A crise estrutural do capital**. São Paulo: Boitempo, 2011.

MEXKO, S.; BENELLI, S. J. A política nacional de saúde mental brasileira: breve análise estrutural. **Revista Em Pauta: Teoria Social e Realidade Contemporânea**, v. 20, n. 49, 2022. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/revistaempauta/article/view/63480>. Acesso em: 29 jul. 2024.

MIGUEL, L. F. Os cursos sobre o golpe: um testemunho pessoal. In: GALVÃO, A. C.; ZAIDAN, J. C. S. M.; SALGUEIRO, W. (Orgs.). **Foi golpe! O Brasil de 2016 em análise**. Campinas, SP: Pontes Editores, 2019.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Linha Guia da Saúde Mental**. Belo Horizonte, 2006. 238 p.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; CRUZ NETO, O.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 31.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012. 108 p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14.ed. São Paulo: Hucitec, 2015.

MIOTO, R. C. T. **Cuidados sociais dirigidos à família e segmentos sociais vulneráveis**. Brasília: UnB, 2000. (Cadernos Cead, 4).

MIOTO, R. C. T. O trabalho com redes como procedimento de intervenção profissional: o desafio da requalificação dos serviços. **Katálisis**, v. 5, n. 1, p. 51-58, 2002.

MIOTO, R. C. T. Novas propostas e velhos princípios: a assistência às famílias no contexto de programas de orientação e apoio sociofamiliar. In: SALES, M. A.; MATOS, M. C.; LEAL, M. C. (Orgs.). **Política social, família e juventude: uma questão de direitos**. São Paulo: Cortez, 2006. p. 43-59.

MIOTO, R. C. T. Família, gênero e assistência social. In: SEMINÁRIO NACIONAL: O TRABALHO DO/A ASSISTENTE SOCIAL NO SUAS, 2011, Brasília. **Anais...** Brasília: CFESS, 2011.

MIOTO, R. C. T. Família contemporânea e proteção social: notas sobre o contexto brasileiro. In: FÁVERO, E. T. (Org.). **Famílias na cena contemporânea: (des)proteção social, desigualdades e judicialização**. Uberlândia: Navegando Publicações, 2020. p. 23-43.

MIOTO, R. C. T.; SILVA, M. J.; SILVA, S. M. M. A relevância da família no atual contexto das políticas públicas brasileiras: a política de assistência social e a política antidrogas. **Revista Políticas Públicas**, v. 11, n. 2, p. 197-220, 2007.

MIOTO, R. C. T.; DAL PRA, K. R. Serviços sociais e responsabilização da família: contradições da política social brasileira. In: MIOTO, R. C. T.; CAMPOS, M. S.; CARLOTO, C. M. (Orgs.). **Familismo, direitos e cidadania: contradições da política social**. São Paulo: Cortez, 2015.

MONTENEGRO, R. C. F. **Envelhecimento com dependência e o debate do cuidado como direito social**. Editora CRV. Curitiba, Brasil 2021.

MORAES, P.; NUNES, R.; HORST, C.; MIOTO, R. Familismo e política social: aproximações com as bases da formação sócio-histórica brasileira. **Revista de Políticas Públicas**, v. 24, n. 802, 2020.

MOREIRA, J. Notícia sobre a evolução da assistência a alienados no Brasil (1905). **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 14, n. 4, p. 52-98, 2011a. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-47142011000400012>. Acesso em: 16 dez. 2022.

MOREIRA, M. S. **Institucionalização da política de assistência social nos municípios mineiros do ano de 2005 para o de 2009**. 2011b. Monografia (Graduação) – Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho da Fundação João Pinheiro, Belo Horizonte, 2011.

MOREIRA, V. R. **A reconfiguração da assistência social brasileira a partir da implementação do SUAS no Estado do Rio de Janeiro**. 2017. 154f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2017.

MOREIRA, S. **As implicações das alterações na política nacional de saúde mental, álcool e outras drogas para o exercício profissional de assistentes sociais no Brasil**. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2019. 13 p. (Nota Técnica CFESS). Disponível em: <https://www.cfess.org.br/arquivos/Nota-tecnica13840-2019-.pdf>. Acesso em: 04 jan. 2020.

MOTA, A. E. A cultura da crise e as ideologias do consenso no ultraneoliberalismo brasileiro. In: CISLAHGI, J. F.; DEMIER, F. (Orgs.). **O neofascismo no poder (ano I): análises críticas sobre o governo Bolsonaro**. Rio de Janeiro: Consequência, 2019.

MULLER, E. F.; FERNANDES, J. S. N.; MOSER, L. I. As mudanças nas famílias, a sobrecarga feminina no cuidado com os idosos e a demanda por políticas públicas. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL, 16, 2018, Vitória. **Anais...** Vitória: UFES, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/abepss/article/download/22046/17231>. Acesso em: 10 ago. 2024.

NISIIDE, A. C. B.; BATISTA, M. I. F. C e S. O protagonismo político das famílias de um CAPS. **Argumentum**, [S. l.], v. 11, n. 1, p. 160–172, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/21680>. Acesso em: 10 out. 2024.

NOVELLI, J. M. N. O neodesenvolvimentismo no Brasil: ideias econômicas sem poder político. **Portal das Ciências Sociais Brasileiras**, 2014.

NUNES, C. S. G. **Por elas**: retratos do cotidiano do cuidado de pessoas em situação de uso de drogas. 2023. Dissertação (Mestrado em Política Social e Serviço Social) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2023.

NUNES, C. S. G.; DIAS, M. T. G. As mulheres e o cuidado com as pessoas em situação de uso de drogas. In: SEMINÁRIO REGIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, INTERSETORIALIDADE E FAMÍLIA, 2022, Porto Alegre. **Anais...** Porto Alegre: EDIPUCRS, 2022. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/256499?locale-attribute=en&show=full>. Acesso em: 23 mar.2024.

NUNES, E. **A gramática política no Brasil**: clientelismo e insulamento burocrático. Rio de Janeiro: Zahar; Brasília; ENAP, 1997.

NUSSBAUM, M. **Las mujeres y el desarrollo humano**. Barcelona: Herder, 2000.

ODA, A. M. G. R.; DALGALARRONDO, P. História das primeiras instituições para alienados no Brasil. **História, Ciências, Saúde**, v. 12, n. 3, p. 983-1010, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/RHJYmhbjt3DHjHkPt9xy8TK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 dez. 2022.

O'DONNELL, G. Uma outra institucionalização: América Latina e alhures. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, n. 37, 1996. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-64451996000100002>. Acesso em: 13 dez. 2022.

O'DONNELL, G. **Una sociedad decente es aquella cuyas instituciones respetan a las personas**: entrevista concedida a publicaciones. 1998. Disponível em: <http://www.politica.com.ar/Filosofiaãpolitica/Odonellãreportaje.htm>. Acesso em: 02 jul. 2024.

OHNO, T. **O sistema Toyota de produção**: além da produção em larga escala. Tradução de Cristina Schumacher. Porto Alegre: Bookman, 1997.

OLIVEIRA, F. **Crítica à razão dualista**: o ornitorrinco. São Paulo: Boitempo, 2003.

OLIVEIRA, F. Hegemonia às avessas. In: OLIVEIRA, F.; BRAGA, R.; RIZEK, C. (Orgs.). **Hegemonia às avessas: economia, política e cultura na era da servidão financeira**. São Paulo: Boitempo, 2010.

OLIVEIRA, E. F. A. **Gastos da política de saúde mental e os rumos da reforma psiquiátrica**. 2017. Tese (Doutorado em Política Social) – Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2017.

OLIVEIRA, W. V. Um pinel à brasileira: Franco da Rocha e a reorganização da assistência a alienados na cidade de São Paulo. **Revista Cantareira**, n. 15, 2019. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/cantareira/article/view/27881>. Acesso em: 02 nov. 2022.

OLIVEIRA, E. F. A. A saúde mental no planejamento da política de saúde brasileira. **SER Social**, v. 23, n. 49, p. 473-495, 2021. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/31929. Acesso em: 29 jul. 2024.

OLIVEIRA, A. V. A. **Os (des)caminhos da reforma psiquiátrica: análise da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2022**. 2022. 256f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2022.

OLIVEIRA, A. G. B.; ALESSI, N. P. Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 191-203, 2005.

OLIVEIRA, E. F. A.; GARCIA, M. L. A. T. Saúde mental no orçamento da saúde. **Sociedade em Debate**, v. 29, n. 1, p. 155-168, 2023. Disponível em: <https://revistas.ucpel.edu.br/rsd/article/view/3334>. Acesso em: 29 jul. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Pandemia de COVID-19 desencadeia aumento de 25% na prevalência de ansiedade e depressão em todo o mundo**. 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/2-3-2022-pandemia-covid-19-desencadeiaaumento-25-na-prevalencia-ansiedade-e-depressao-em>. Acesso em: 15 jan. 2024.

ONOCKO-CAMPOS, R.; FURTADO, J. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para a avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 5, p. 1054-1062, 2006.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Pandemia de COVID-19 desencadeia aumento de 25% na prevalência de ansiedade e depressão em todo o mundo**. 02 mar. 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/2-3-2022-pandemia-covid-19-desencadeia-aumento-25-na-prevalencia-ansiedade-e-depressao-em#:~:text=2%20de%20mar%C3%A7o%20de%202022>. Acesso em: 02 dez. 2022.

OROZCO, A. P. **Cadenas globales de cuidado**. Santo Domingo: UN-INSTRAW, 2007. (Documento de trabajo. Serie Genero, Migración y Desarrollo, 5). Disponível em: <https://trainingcentre.unwomen.org/instraw-library/2010-R-MIG-GLO-GLO-SP.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2019.

OSTMAN, M.; WALLSTEN, T.; KJELLIN, L. Family Burden and relatives' participation in psychiatric care: are the patient's diagnosis and the relation to the patient of importance? **International Journal of Social Psychiatry**, v. 51, n. 4, p. 291-301, 2005.

OURIQUES, N. Hacia una teoría marxista de la dependencia. In: MARINI, R.; MILLÁN, M. (Orgs.). **La teoría social latinoamericana**. México: El Caballito, 1994.

PACHECO, M. V. P. C. Esquirol e o surgimento da psiquiatria contemporânea. **Revista Latinoamericana de Psicopatología**, v. 6, n. 2, p. 152-157, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/wdZ8NCsDnBst4Nq3jZjgBMb/citation/?lang=pt>. Acesso em: 25 nov. 2022.

PÁDUA, E. M. M. (1997). **Metodologia da pesquisa**: abordagem teórico-prática. São Paulo, SP: Papirus.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. (Coleção Temas em Saúde).

PAIVA, B.; ROCHA, M.; CARRARO, D. Política social na América Latina:: ensaio de interpretação a partir da Teoria Marxista da Dependência. **SER Social**, v. 12, n. 26, p. 147-175, 2010. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/12702. Acesso em: 28 ago. 2024.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde**, v. 21, n. 1, p. 15-35, 2014.

PASCHE, D. F.; RIGHI, L. B.; THOMÉ, H. I.; STOLZ, E. D.; DISCHKALN, E. Paradoxos das políticas de descentralização de saúde no Brasil. **Revista Panamericana Salud Publica**, v. 20, n. 6, 2006.

PASSOS, I. C. F. **Loucura e sociedade**: discursos, práticas e significações sociais. Belo Horizonte: Argumentum, 2009a.

PASSOS, I. C. F. **Reforma psiquiátrica**: as experiências francesa e italiana. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009b.

PASSOS, R. G. Entre o assistir e o cuidar: tendências teóricas no Serviço Social brasileiro. **Revista Em Pauta**, v. 15, n. 40, p. 247-260, 2017.

PASSOS, R. G. **Trabalho, gênero e saúde mental**: contribuições para a profissionalização do cuidado feminino. São Paulo: Cortez, 2018.

PASTÓRIO, I. T. **Saúde mental, território e serviços públicos de saúde**: interações de direitos e condições de acesso no meio rural. 250f. Tese (Doutorado em Desenvolvimento Rural Sustentável) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Marechal Cândido Rondon, 2020.

PATEMAN, C. **O contrato sexual**. São Paulo: Paz e Terra, 2020.

PAULIN, L. F.; TURATO, E.R. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. **História, Ciências, Saúde**, v. 11, n. 2, p. 241-258, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702004000200002>. Acesso em: 17 dez. 2022.

PAULO NETTO, J.; BRAZ, M. **Economia política**: uma introdução crítica. São Paulo: Cortez, 2006.

PAULO NETTO, J. **Capitalismo monopolista e serviço social**. 8.ed. São Paulo: Cortez, 2011.

PEREIRA, P. A. P. Pluralismo de bem-estar ou configuração plural da política social sob o neoliberalismo. In: BOSCHETTEI, I. *et al.* (Orgs.). **Política social**: alternativas ao neoliberalismo. Brasília: UnB, 2004a.

PEREIRA, R. C. **Políticas de saúde mental no Brasil**: o processo de formulação da lei de reforma psiquiátrica (10.216/01). 2004. 244f. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004b.

PEREIRA, P. A. P. **Necessidades humanas**: subsídio à crítica dos mínimos sociais. 4.ed. São Paulo: Cortez, 2007.

PEREIRA, P. A. P. Mudanças estruturais, política social e papel da família: crítica ao pluralismo de bem-estar. In: SALES, M. A.; MATOS, M. C.; LEAL, M. C. (Orgs.). **Política social, família e juventude**: uma questão de direitos. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2008. p. 25-42.

PEREIRA, P. A. P. Política social do segundo pós-guerra: ascensão e declínio. **Serviço Social & Saúde**, v. 9, n. 10, p. 1-21, 2010.

PEREIRA, J. A. C. **O serviço social na saúde mental**: um estudo acerca das demandas, competências e dificuldades profissionais nos CAPS à luz da reforma psiquiátrica. 2011. 126f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2011.

PEREIRA, S. L. B. A política de saúde mental brasileira em tempos neoliberais: projetos em disputa. **Sociedade em Debate**, v. 26, n. 1, p. 72-87, 2019. Disponível em: <https://revistas.ucpel.edu.br/rsd/article/view/2249>. Acesso em: 30 mar. 2022.

PEREIRA, S. L. B. Intersetorialidade, políticas sociais e família na saúde mental. In: ROSA, L. C. S.; VILARINHO, L. S. **Família na desinstitucionalização em saúde mental**. Teresina: EDUFPI, 2020.

PEREIRA, L. A.; SILVA, J. A.; LIMA, K. R. B.; PEREIRA, F. A. Saúde mental e serviço social: refletindo a prática no contexto neoliberal. In: ENCONTRO LATINO AMERICANO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 15 e ENCONTRO LATINO AMERICANO DE PÓS-GRADUAÇÃO, 11, 2006, Vale do Paraíba. **Anais...** Vale do Paraíba: UNIVAP, 2006. Disponível em: http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2011/anais/arquivos/0264_0293_01.pdf. Acesso em: 16 jun. 2023.

PESSOTTI, I. **Deficiência mental**: da superstição à ciência. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1984.

PETRY, A. R. **Esquizofrenia e representação social**: estudo de casos em Santa Cruz do Sul. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2005.

PINTO, G. A. **A organização do trabalho no século 20**: taylorismo, fordismo e toyotismo. São Paulo: Expressão Popular, 2007.

PITHON, C. C.; MOREIRA, E. C.; MIRANDA-SCIPPA, A. A história do primeiro serviço psiquiátrico em hospital geral do Brasil. **Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria**, v. 243, n. 2, 2019. Disponível em: <https://www.revneuropsiq.com.br/rbnp/article/view/501>. Acesso em: 04 dez. 2023.

PITTA, A. M. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2010.

PONTES, E. S. **Atenção psicossocial em tempos de pandemia**: um olhar para o trabalhador de saúde mental. 2022. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Paulo, Santos, 2022.

POSTEL, J.; QUETEL, C. **Nouvelle histoire de la psychiatrie**. Paris: Dunod, 1994.

PRADO JR., C. **Formação do Brasil contemporâneo**. São Paulo: Brasiliense; Publifolha, 2000. 408 p.

PRANDONI, R. F. S.; PADILHA, M. I. C. S. A reforma psiquiátrica no Brasil: eu preciso destas palavras. **Texto & Contexto - Enfermagem [online]**, v. 13, n. 4, p. 633-640, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072004000400017>. Acesso em: 17 dez. 2022.

QUINTAS, R.; AMARANTE, P. A ação territorial do Centro de Atenção Psicossocial em sua natureza substitutiva. **Saúde em Debate**, v. 32, n. 78/79/80, p. 99-107, 2008. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341773010.pdf>. Acesso em: 20 set. 2022.

RAMMINGER, T. A saúde mental do trabalhador em saúde mental: um estudo com trabalhadores de um hospital psiquiátrico. **Boletim da Saúde**, v. 16, n. 1, 2002. Disponível em: <http://www.boletimdasau.de.rs.gov.br/conteudo/1178/a-saude-mental-do-trabalhador-em-saude-mental:-um-estudo-com-trabalhadores-de-um-hospital-psiquiatrico>. Acesso em: 07 dez. 2022.

RAMOS, A. C.; CALAIS, S. L.; ZOTESSO, M. C. Convivência do familiar cuidador junto a pessoa com transtorno mental. **Contextos Clínicos**, São Leopoldo, v. 12, n. 1, p. 282-302, 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198334822019000100013&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 19 jun. 2024.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. (Orgs.). **Cidadania e loucura**: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes, 2007.

RIBEIRO, S. L. A criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 24, n. 3, p. 92-99, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/hdDpMwZvnMVmrfSwFw9XSCr/>. Acesso em: 26 nov. 2022.

RIBEIRO, D. **O povo brasileiro: a formação e o sentido do Brasil**. São Paulo: Companhia das Letras, 2006.

RIBEIRO, D. **O que é lugar de fala?** Belo Horizonte: Letramento Justificando, 2017.

RIBEIRO, T. S. **Mulheres negras na encruzilhada do cuidado**: estudo sobre trabalho de cuidado e doméstico não remunerado. 2023. 366 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, 2023. Disponível em: <https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/63596/63596.PDF>. Acesso em: 29 mai. 2024.

RIBEIRO, D.; FERRAZ, A. T. Tendências contemporâneas da política de educação superior brasileira. **SER Social**, v. 19, n. 41, p. 499-518, 2017. Disponível em: http://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/14953/13271. Acesso em: 05 nov. 2022.

RIBEIRO, A. L. A.; ROSA, L. C. S. Os desafios e as potencialidades na participação da família no CAPS. In: ROSA, L. C. S.; VILARINHO, L. S. **Família na desinstitucionalização em saúde mental**. Teresina: EDUFPI, 2020.

RIBEIRO, C. O.; BAGOLIN, I. P. Covid-19 no Brasil: os impactos sobre a desigualdade de renda em 2020. **Pesquisa & Debate - Revista do Programa de Pós-Graduação em Economia Política**, v. 35, n. 2(64), 2023. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/rpe/article/view/64895>. Acesso em: 25 ago. 2024.

ROCHA, D. **Análise da política pública de saúde no Brasil e na Venezuela**: entre a privatização e a universalização. 2012. TCC (Graduação em Serviço Social) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012. Disponível em: <http://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/103461>. Acesso em: 28 jan. 2023.

RODRIGUEZ NETO, E. **Saúde**: promessas e limites da Constituição. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

ROSA, L. C. S. O cotidiano, as tensões e as repercussões do provimento de cuidado doméstico ao portador de transtorno mental. **Saúde em Debate**, v. 28, n. 66, p. 28-37, 2004.

ROSA, L. C. S. A inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental. **Psicologia em Revista**, v. 11, n. 18, p. 205-218, 2005.

ROSA, L. C. S. **Transtorno mental e o cuidado na família**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2008.

ROSA, L. C. S. A família como usuária de serviços e como sujeito político no processo de reforma psiquiátrica brasileira. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de ajuda e suporte mútuos em saúde mental para facilitadores, trabalhadores e profissionais de saúde e de saúde mental**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2013. p. 134-148.

ROSA, L. C. S.; MELO, T. M. F. S. Inserções do assistente social em saúde mental: em foco o trabalho com as famílias. **Revista Serviço Social e Saúde**, v. 7, n. 7-8, p. 75-106, 2009.

ROSA, L. C. S.; SILVA, S. L. C. Família(s) e (des)institucionalização na saúde mental: contexto e perspectivas. **Revista FSA**, v. 17, n. 11, 2020. Disponível em: <http://www4.unifsa.com.br/revista/index.php/fsa/article/view/2171>. Acesso em: 13 ago. 2023.

ROUSSEAU, J. J. **Do contrato social**. São Paulo: Martin Claret, 2003.

ROTELLI, F.; AMARANTE, P. Reforma psiquiátrica na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: BEZERRA, J. B.; AMARANTE, P. (Orgs.). **Psiquiatria sem hospício**: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p. 41-55.

ROTELLI, F.; De LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, outra via. A reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa ocidental e dos “países avançados”. In: NICÁCIO, F. (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 2001.

SAFFIOTI, H. **Gênero, patriarcado, violência**. 2.ed. São Paulo: Expressão Popular: Fundação Perseu Abramo, 2015.

SALVADOR, E. **Fundo público e seguridade** social no Brasil. São Paulo: Cortez, 2010.

SALVADOR, E. Disputa do fundo público em tempos de pandemia no Brasil. **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, v. 19, n. 2, e39326, 2020a. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/index.php/fass/article/view/39326>. Acesso em: 30 jul. 2024.

SALVADOR, E. Fundo público e conflito distributivo em tempos de ajuste fiscal no Brasil. In: CASTRO, J. A.; POCHMANN, M. (Orgs.). **Brasil: Estado Social contra a Barbárie**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2020b. p. 367-388.

SANT’ANA, M. M.; PEREIRA, V. P.; BORENSTEIN, M. S.; SILVA, A. L. O significado de ser familiar cuidador do portador de transtorno mental. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 20, n. 59, p. 50-58, 2011.

SANTIN, G.; KLAFKE, T. E. A família e o cuidado em saúde mental. **Barbaroi**, n. 34, p. 146-160, 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010465782011000100009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 25 jan. 2023.

SANTOS, W. **Os esquecidos**: familismo e assistência pública na inimizabilidade por doença e deficiência mental no Brasil. 2014. 280f. Tese (Doutorado em Sociologia) – Universidade de Brasília, 2014.

SANTOS, T. V. C. Contratação por pregão. Desvirtuamento e formas atípicas de trabalho de assistentes sociais no Brasil recente. In: SANTOS, T. V. C.; STAMPA, I. **Tempos e contratempos**: o trabalho de assistentes sociais no Brasil recente. Rio de Janeiro: Mórula, 2023.

SANTOS, M.; SILVEIRA, M. L. **O Brasil: território e sociedade no início do século XXI**. Rio de Janeiro: Record, 2001.

SANTOS, F. B.; AYRES, C. A. M. C. B. As expressões da “questão social” no Brasil e as funções da família: estratégias para seu enfrentamento. **Revista FSA**, v. 12, n. 6, p. 173-187, 2015.

SANTOS, M. F. M. P.; PEREIRA, S. L. B. Fundo público e a política de saúde mental: análise do orçamento do governo federal. **Revista FSA**, v. 19, n. 9, p. 353-371, 2022. Disponível em: <http://www4.unifsa.com.br/revista/index.php/fsa/article/view/2554>. Acesso em: 20 jun. 2024.

SANTOS, C. F.; EULÁLIO, M.; BARROS, P. M. O sentido do cuidar para familiares de pessoas com transtorno mental: um estudo descritivo. **Mudanças**, v. 23, p. 27-35, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v23n2p27-35>. Acesso em: 10 jul. 2024.

SANTOS, A. B.; SILVA, G. G.; PEREIRA, M. E. R.; BRITO, R. S. Saúde mental, humanização e direitos humanos. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 10, n. 25, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69595>. Acesso em: 17 jun. 2024.

SARACENO, C. **Sociologia da família**. Lisboa: Estampa, 1992.

SCHNEIDER, M. **Measuring inequality: the origins of the Lorenz Curve and the Gini Coefficient**. 2004. (Working Paper, 1). Disponível em: https://economicsnetwork.ac.uk/archive/maths_worksheets/measuring_inequality.doc. Acesso em: 18 dez. 2023.

SCHNEIDER, A. R. S. A rede de atenção em saúde mental: a importância da interação entre a atenção primária e os serviços de saúde mental. **Revista Ciência & Saúde**, v. 2, n. 2, 2009. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/faenfi/article/view/4843>. Acesso em: 20 dez. 2023.

SCHRANK, G.; KANTORSKI, L. P. Ações de saúde mental desenvolvidas nos Centros de Atenção Psicossocial voltadas a família do portador de transtorno psíquico. **Família, Saúde e Desenvolvimento (UFPR)**, v. 5, n. 3, p. 203-212, 2003.

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.01, p.127-134, 2008.

SEIXAS, A. A. A.; MOTA, A.; ZILBREMAN, M. L. A origem da Liga Brasileira de Higiene Mental e seu contexto histórico. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 31, n. 1, p. 82, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v31n1/v31n1a15.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2022.

SIDRIM, M. I. C. **As representações sociais da reabilitação psicossocial: um estudo sobre os CAPS**. Curitiba: Juruá, 2010.

SILVA, I. P. As relações de poder no cotidiano de mulheres cuidadoras. In: KARSCH, U. M. S. (Org.). **Envelhecimento com dependência**: revelando cuidadores. São Paulo: PUC, 1998. p. 133-150.

SILVA, S. M. C. **Participação da família na assistência ao portador de transtorno mental no CAPS**. 2006. 124f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

SILVA, M. S. **Família e o cuidado ao portador de psicose em um CAPS de Salvador**. 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

SILVA, T. T. (Org.). **Identidade e diferença**: a perspectiva dos estudos culturais. Rio de Janeiro: Vozes, 2012.

SILVA, B. L. **A rede de atenção à saúde mental**: um estudo acerca dos limites e possibilidades no município de Campina Grande, Paraíba. 2019. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Estadual da Paraíba, João Pessoa, 2019. Disponível em: <http://tede.bc.uepb.edu.br/jspui/handle/tede/3753>. Acesso em: 20 nov. 2023.

SILVA, S. M. P. **Contrarreforma do estado e a política de saúde mental**: um estudo nos centros de atenção psicossocial infantojuvenis no Estado da Paraíba. 2021. 169f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2021.

SILVA, R. N.; TEIXEIRA, S. M. **Política de assistência social**: entre o familismo e a desfamíliação. 2019. (Mimeo).

SILVA, A. T. M. C.; BARROS, S.; OLIVEIRA, M. A. F. Políticas de saúde e de saúde mental no Brasil: a exclusão/inclusão social como intenção e gesto. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 36, n. 1, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342002000100002. Acesso em: 15 nov. 2022.

SILVA, V. A.; LIPPI, P. C. M.; PINTO, C. J. M. Doença mental: dificuldades enfrentadas pela família e o familiar-cuidador. **Intellectus**, v. 4, n. 5, 2008. Disponível em: <http://www.revistaintellectus.com.br/DownloadArtigo.ashx?codigo=21>. Acesso em: 29 mai. 2024.

SILVEIRA, A. S.; OLIVEIRA, C. B.; LESSA, F. Prontuário eletrônico e gerenciamento de caso em ambulatório de psiquiatria. **Journal of Health Informatics**, v. 8, n. 3, p. 83-86, 2016. Disponível em: <http://www.jhisbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/399>. Acesso em: 05 nov. 2022.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial**. Brasília: SUS, 2010.

SOARES, L. C. S. Mulheres, cuidado e trabalho doméstico em tempos de isolamento social: a narrativa de coletivos do Distrito Federal. In: COSTA, A. C. **Mulheres, trabalhos e tecnologias**: um “museu de grandes novidades”? Brasília: Universidade de Brasília, 2021.

SOARES, L. C. S. Trabalho doméstico e de cuidados e saúde mental durante a pandemia: perspectiva de mulheres inseridas em Caps no DF. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade de Brasília, Brasília, 2022.

SOARES NETO, E. B.; TELES, J. B. M.; ROSA, L. C. S. Sobrecarga em familiares de indivíduos com transtorno obsessivo-compulsivo. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 38, n. 2, p. 47-52, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/CTb3T4CjZVxczBsCttQjVwq/#>. Acesso em: 12 mar. 2024.

SOUZA, G.; SOARES, M. G. M. Contrarreformas e recuo civilizatório: um breve balanço do governo Temer. **SER Social**, v. 21, n. 44, p. 11-28, 2019. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/23478. Acesso em: 01 dez. 2022.

SPOSATI, A. O.; BONETTI, D. A.; YASBEK, M. C.; FALCÃO, M. B. C. **Assistência na trajetória das políticas sociais brasileiras**: uma questão em análise. 12.ed. São Paulo: Cortez, 2014. 112 p.

STAMM, M.; MIOTO, R. C. T. Família e cuidado: uma leitura para além do óbvio. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 2, n. 2, p. 161-168, 2003.

TAVARES, R. C.; SOUSA, S. M. G. Os Centros de Atenção Psicossocial e as possibilidades de inovação das práticas em saúde mental. **Saúde em Debate**, v. 33, n. 82, p. 252-263, 2009.

TEIXEIRA, S. M. A família na trajetória do sistema de proteção social brasileiro: do enfoque difuso à centralidade na Política de Assistência Social. **Emancipação**, v. 10, n. 2, p. 535-549, 2010.

TEIXEIRA, S. M. Política social contemporânea: a família como referência para as políticas sociais e para o trabalho social. In: MIOTO, R. C. T. *et al.* (Orgs.). **Familismo, direitos e cidadania**: contradições da política social. São Paulo: Cortez, 2015.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 9, n. 1, p. 25-59, 2002.

TOMAZ, C. S. **A cidadania do louco**: um debate necessário para a compreensão da direção teórico-política da luta antimanicomial. 2009. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2009.

TOMAZ, L. A. **Tendências teórico-metodológicas das produções sobre família**: reflexões críticas a partir dos fundamentos do serviço social brasileiro. 2022. Monografia (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto, 2022.

TOMAZ, M.; CAPUTO, L. R.; BEDIM, V. B.; DUARTE, M. J. O. A saúde mental em tempos de desafios e retrocessos: uma revisão. **Argumentum**, v. 12, n. 2, p. 91-106, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/29203>. Acesso em: 29 jul. 2024.

TOWNSEND, A.; NOELKER, L.; DEIMLING, G.; BASS, D. Longitudinal impact of interhousehold caregiving on adult children's mental health. **Psychology and Aging**, v. 4, p. 393-401, 1989.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2011.

VAISSMAN, M. **Assistência psiquiátrica e previdência social: análise das políticas de saúde mental nos anos 70**. 1983. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1983. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-359673>. Acesso em: 23 mar. 2023.

VASCONCELOS, E. M. Mundos paralelos, até quando? Os psicólogos e o campo da saúde mental pública no Brasil nas duas últimas décadas. **Mnemosine**, 2004. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/mnemosine/article/view/41339>. Acesso em: 21 fev. 2024.

VASCONCELOS, E. M. Breve periodização histórica do processo de reforma psiquiátrica no Brasil recente. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 5.ed. São Paulo: Cortez, 2010a.

VASCONCELOS, E. M. Reinvenção da cidadania no campo da saúde mental e estratégia política no movimento de usuários. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 5.ed. São Paulo: Cortez, 2010b.

VASCONCELOS, E. M. Impasses políticos atuais do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA) e propostas de enfrentamento: se não nos transformarmos, o risco é a fragmentação e a dispersão política! **Caderno Brasileiro de Saúde Mental**, v. 4, n. 8, p. 57-67, 2012.

VASCONCELOS, E. M. **Reforma psiquiátrica, crise e resistência em tempos sombrios: diálogos com o marxismo e o serviço social brasileiro**. São Paulo: Papel Social, 2016.

VELOSO, L. U. P.; CARLOS, K. P. T. A nova política de saúde mental no Estado do Piauí: mudanças e perspectivas. In: ROSA, L. C. S.; GUIMARÃES, L. D. A.; CARVALHO, M. E. B. (Org.). **Cenários de práticas em saúde mental: a atenção psicossocial no Piauí**. Teresina: UFPI, 2009.

VIEIRA, G. T. S. **A família e o provimento de cuidados à pessoa com transtorno mental no contexto da desinstitucionalização**. 2009. 108f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2009.

VIEIRA, F.; BENEVIDES, R. **Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil**. Brasília: IPEA, 2016. (Nota técnica, 28).

VIEIRA, F. S.; SANTOS, I. S.; OCKÉ-REIS, C.; RODRIGUES, P. H. A. **Políticas sociais e austeridade fiscal: como as políticas sociais são afetadas pelo austericídio da agenda neoliberal no Brasil e no mundo**. Rio de Janeiro: CEBES, 2018. 64 p.

WALTERS, C.; PETRAKIS, M. Mental health family carer experiences during COVID-19: a rapid scoping review of the international literature. **The British Journal of Social Work**, v. 53, n. 3, p. 1483-1505, 2023.

WEBER, M. **Ensaaios de sociologia**. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1982.

WEI, G.; DIEHL-SCHMID, J.; MATIAS-GUIU, J. A.; PIJNENBURG, Y.; LANDIN-ROMERO, R.; BOGAARDT, H.; PIGUET, O.; KUMFOR, F. The effects of the COVID-19 pandemic on neuropsychiatric symptoms in dementia and carer mental health: an international multicentre study. **Scientific Reports**. v. 12, n. 1, 2418, 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35165292/>. Acesso em: 12 jun. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Depression and other common mental disorders: global health estimates**. Genebra: WHO; 2017.

YAMASHITA, C. H.; AMEDOLA, F.; ALVARENGA, M. R. M.; OLIVEIRA, M. A. C. O perfil sociodemográfico de cuidadores de pacientes dependentes atendidos por uma unidade de saúde da família no município de São Paulo. **O Mundo da Saúde**, v. 34, n. 1, p. 20-24, 2010. Disponível em: http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/74/02_original_Perfil.pdf. Acesso em: 10 mai. 2024.

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

YAZBEK, M. C. **As ambiguidades da assistência social brasileira após dez anos de LOAS**. São Paulo: Cortez, 2004. (Serviço Social & Sociedade, 77).

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman, 2005.

ZAMBENEDETTI, G.; SILVA, R. A. N. A noção de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil. **Psicologia em Revista**, v. 14, n. 1, p. 131-150, 2008.

ZANARDO, G. L. P. **Reinternações psiquiátricas: análise das características sociodemográficas, clínicas e do uso da Rede de Atenção Psicossocial de usuários com transtornos mentais**. Porto Alegre, 2016.

ZANATTA, E. A.; MENEGAZZO, E.; NOEREMBERG GUIMARÃES, A.; FERRAZ, L.; CORSO DA MOTTA, M.G. Cotidiano de famílias que convivem com o autismo infantil. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 28, n. 3, p. 271-282, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/10451>. Acesso em: 25 jul. 2024.

ZANELLA, L. C. H. **Metodologia de pesquisa**. 2.ed. Florianópolis: UFSC, 2011.

ZANETTI, A. C. G.; GALERA, S. A. F. O impacto da esquizofrenia para a família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 28, n. 3, p. 385-392, 2007. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewArticle/4689>. Acesso em: 20 mai. 2024.

3- QUESTIONÁRIO PARA AVALIAR O COTIDIANO DOS CUIDADORES FAMILIARES ANTES DA PANDEMIA

1- Há quanto tempo você cuida do(a) ente com transtornos mentais(a)?

2. Você recebeu alguma qualificação para cuidar do seu ente com transtorno mental? Se sim, de quem?

3. Alguém te ajuda no cuidado de seu ente familiar? (vizinhos, familiar ou amigos) Se sim, como é este apoio?

4. O que é o CAPS para você?

5. Qual sua opinião sobre o CAPS?

6. Há quanto tempo conhece/frequenta o CAPS?

7. Quais atividades do CAPS seu familiar participa? Qual a sua opinião sobre essas atividades?

8. Você acha que a participação no CAPS trouxe alguma mudança para a vida do seu familiar? Se sim, que tipo de mudança?

4. QUESTIONÁRIO PARA AVALIAR A PANDEMIA NO COTIDIANO DOS CUIDADORES FAMILIARES

1 - Quais foram as maiores dificuldades na execução do cuidado com o ente familiar na pandemia?

2. Sua renda familiar se alterou após o início da pandemia?

3. Como a interrupção dos serviços dos serviços de atenção psicossocial e/ou sociais do CAPS impactou a sua vida e da pessoa de quem você é o/a cuidador(a)

4. Que tipo de serviço público ou privado de apoio à sua função de cuidador(a), além do CAPS, utilizou durante a pandemia da COVID-19?

5. Você trabalha ou trabalhou durante a pandemia? Se sim, como conseguiu conciliar o trabalho remunerado com as suas obrigações enquanto cuidador, durante a pandemia de COVID-19?

6. Quais foram os dispositivos assistenciais utilizados para além do CAPS, para atender às necessidades do ente usuário dos serviços de Atenção Psicossocial no período da pandemia COVID-19?

ANEXO A – Termo de consentimento livre e esclarecido

O(A) Sr.(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa A família e o provimento de cuidados à pessoa em sofrimento psíquico no contexto da pandemia de COVID-19. Esta pesquisa tem como objetivo geral: analisar os impactos da pandemia da COVID no provimento de cuidado dos familiares dos usuários do CAPS do município de Viçosa, num contexto de intensificação do projeto neoliberal.

Como objetivos específicos, destacamos: Identificar aspectos socioeconômicos dos familiares dos usuários do CAPS, buscando compreender suas implicações no cuidado; Compreender as dificuldades encontradas pelos familiares para garantir o cuidado no contexto de pandemia, identificando as estratégias utilizadas pelos familiares; Identificar os dispositivos assistenciais acionados pelos familiares, para além do CAPS, para responder as demandas dos usuários no período da pandemia; Problematicar o impacto do projeto neoliberal na possibilidade de garantir os serviços de saúde/SM e como repercute nas respostas dos familiares no provimento do cuidado.

O motivo que nos leva a estudar este assunto é que apesar do debate em torno da saúde mental na atualidade ser necessário, dispõe de pouco estudo na literatura que explorem a temática de gênero e as lacunas sobre os efeitos da pandemia na vida dos cuidadores(as) familiares que cuidam de um ente com transtornos mentais no contexto de crise pandêmica, em que se soma os rebatimentos do avanço da lógica ultraneoliberal nas políticas de saúde, por se tratar de uma política recente. Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: o Sr.(a) está sendo convidado a participar da pesquisa e para tanto, deverá ler e assinar este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após a sua assinatura, será marcada uma data e horário para a concessão da entrevista que será realizada de forma presencial. Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa que utilizará os pressupostos teóricos metodológicos materialista histórico-dialético, e como instrumentos de coleta de dados o questionário semiestruturado com perguntas abertas e fechadas. Portanto, a sua participação na pesquisa implica em responder ao questionário, ao qual possui um tempo previsto de 40 minutos. Os riscos envolvidos na pesquisa consistem na possibilidade de constrangimento e/ou desconforto ao responder o questionário. Para minimizar estes riscos afirmamos que a pesquisa será publicada sem a menção ao seu nome como participante (apenas a pesquisadora saberá os nomes dos participantes), garantimos o sigilo em relação as suas respostas, as quais serão tidas como confidenciais, providenciaremos o acesso em um ambiente que proporcione privacidade

durante a coleta de dados e a entrevista poderá ser interrompida a qualquer momento, caso o Sr.(a) queira.

Para participar deste estudo o Sr.(a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, diante de eventuais danos, identificados e comprovados, decorrentes da pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito à indenização. O Sr.(a) tem garantida plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem necessidade de comunicado prévio.

A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr.(a) é atendido(a) pelo pesquisador. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada por meio da sua publicação em revistas da área e será enviada uma cópia do trabalho finalizado para o seu e-mail. O(A) Sr.(a) não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa lhe resultar em constrangimento. Seu nome ou o material que indique sua participação não serão liberados sem a sua permissão.

Considerando os benefícios da pesquisa, entendido como: “proveito direto ou indireto, imediato ou posterior, auferido pelo participante e/ou sua comunidade em decorrência de sua participação na pesquisa” (Resolução CNS 466/2012, p. 3) e ainda destacando que: “São admissíveis pesquisas cujos benefícios a seus participantes forem exclusivamente indiretos, desde que consideradas as dimensões física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual desses” (Resolução CNS 466/2012, p. 3) elencamos abaixo, os benefícios desta pesquisa para os seus participantes e à sociedade em geral:

- a) Benefícios para os serviços de saúde mental: esta pesquisa beneficiará os serviços de saúde mental através da ampliação e fortalecimento deles, favorecendo o desenvolvimento e o aprimoramento da qualidade dos serviços da atenção à saúde mental ofertada aos usuários.
- b) Benefícios para os profissionais que trabalham nos serviços de saúde mental: Os profissionais que trabalham nos serviços de saúde mental poderão, através da pesquisa, alcançar uma melhor compreensão sobre o impacto da pandemia no cotidiano das cuidadoras de um ente familiar com transtornos mentais. Tal compreensão possibilitará a construção de ações e atividades com o objetivo de melhorar o atendimento voltado para este segmento. Além disso, terão o benefício do fortalecimento da política de saúde mental e da melhoria dos espaços de trabalho onde estão inseridos.
- c) Benefícios para os usuários/as da rede de saúde mental: os usuários/as da rede de saúde mental serão beneficiados na medida em que os resultados da pesquisa se transformarem

em melhorias nos serviços de saúde mental, bem como o aperfeiçoamento da formação dos profissionais que trabalham nos serviços de saúde mental. Estes poderão utilizar a pesquisa para a elaboração de novas ações na busca pela redução do sofrimento psíquico.

- d) Benefícios para as famílias dos/as usuários de saúde mental: As famílias dos/as usuários de saúde mental serão beneficiadas por meio dos resultados da pesquisa que poderá ensejar melhorias nos serviços de saúde mental, principalmente no que tange as cuidadoras de um ente com transtornos psíquicos. Será possível propor ações para a consolidação e o aperfeiçoamento de estratégias em busca de um atendimento de excelência. A pesquisa também poderá auxiliar num plano de intervenção que prevê prioridades e responsabilidades centrada nas necessidades dos familiares dos usuários reconhecendo os(as) cuidadores(as) familiar(es) também como parte importante no Serviço.
- e) Benefícios para a sociedade em geral: Destacamos assim que esta pesquisa beneficiará a sociedade em geral ao possibilitar a percepção de quais melhorias o CAPS precisa, e, por consequência, indicar alguns caminhos que possibilitem tais melhorias nos serviços das instituições pesquisadas mediante os dados obtidos.

Ao participar da pesquisa, você contribuirá para compreensão dos impactos da pandemia de COVID-19 no cotidiano das cuidadoras de um ente com transtornos mentais em Viçosa. Como benefício, ao ter acesso a resultados do estudo, você poderá compreender os aspectos envolvidos no cuidado de um ente com transtornos mentais. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, em seu gabinete no edifício do Departamento de Economia Doméstica da UFV e a outra será fornecida ao Sr.(a).

Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 05 anos após o término da pesquisa. Depois desse tempo, eles serão destruídos.

Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo e confidencialidade, atendendo à legislação brasileira, em especial, à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e utilizarão as informações somente para fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, contato _____, fui informado (a) dos objetivos da pesquisa A família e o provimento de cuidados à pessoa em sofrimento psíquico no contexto da pandemia de COVID-19 de maneira clara e detalhada, e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas

informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar. Recebi uma via desse termo assinada pela pesquisadora via e-mail e afirmo que encaminharei à mesma, por e-mail, uma cópia deste documento assinado por mim.

Nome do Pesquisador Responsável: Daniella Borges Ribeiro

Endereço: Rua Joaquim Ferreira Coelho, n 501, Bairro Jardins dos Vales, Viçosa/MG.

Telefone: (31) 99436-4498

E-mail: dborgesribeiro@yahoo.com.br

Nome do Pesquisador: Lídia de Jesus Souza

Endereço: Rua João Batista da Costa, nº 113/apto 101, Bairro Santo Antonio, Viçosa

Telefone: (31) 99525-8069

E-mail: lidia.souza@ufv.br

Em caso de discordância ou irregularidades sob o aspecto ético desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP/UFV – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

Universidade Federal de Viçosa Edifício Arthur Bernardes, piso inferior

Av. PH Rolfs, s/n – Campus Universitário Cep: 36570-900 Viçosa/MG

Telefone: (31)3612-2316 Email: cep@ufv.br www.cep.ufv.br

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

Viçosa, _____ de _____ 20____.

ANEXO B – Solicitação de autorização para pesquisa

Viçosa, 20 de dezembro de 2022.

Prezado (a) Coordenador (a) Sthefane R. Milagres,

Eu, Lídia de Jesus Souza, responsável principal pela pesquisa “A família e o provimento de cuidados à pessoa em sofrimento psíquico no contexto da pandemia de COVID-19” a qual pertence ao curso de Mestrado em Economia Doméstica do Programa de Pós-graduação em Economia Doméstica da Universidade Federal de Viçosa, venho pela presente, solicitar à Coordenadora autorização para realizar minha pesquisa no Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS-Despertar), de forma que seja disponibilizado os dados referentes aos nomes e os endereços dos familiares dos usuários do CAPS. Estes dados são imprescindíveis para a realização da pesquisa junto às famílias dos usuários, com o objetivo de analisar os impactos da pandemia da COVID-19 no provimento de cuidado dos Familiares dos usuários do CAPS do município de Viçosa, num contexto de intensificação do projeto neoliberal.

Para que este objetivo seja alcançado pontuamos os seguintes objetivos específicos: Identificar aspectos socioeconômicos dos familiares dos usuários do CAPS, buscando compreender suas implicações no cuidado; Compreender as dificuldades encontradas pelos familiares para garantir o cuidado no contexto de pandemia, identificando as estratégias utilizadas pelos familiares; Identificar os dispositivos assistenciais acionados pelos familiares, para além do CAPS, para responder as demandas dos usuários no período da pandemia; Problematicar o impacto do projeto neoliberal na possibilidade de garantir os serviços de saúde/SM e como repercute nas respostas dos familiares no provimento do cuidado.

O estudo que será realizado é de grande importância e com certeza contribuirá para a construção de novas propostas à Política de Saúde Mental de Viçosa, assim como contribuirá para uma maior aproximação entre a academia e a prefeitura da cidade de Viçosa.

Certos de contarmos com vossa cooperação, agradecemos antecipadamente.

Informo que esta pesquisa está sob a orientação da professora Dra. Daniella Borges Ribeiro.

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, favor entrar em contato com as pesquisadoras: Profa. Dra. Daniella Borges Ribeiro - Rua Joaquim Ferreira Coelho, n 501, Bairro Jardins dos

Vales, Viçosa, MG. Telefone: (31) 99436-4498. E-mail: dborgesribeiro@yahoo.com.br e
Lídia de Jesus Souza - Rua João Batista da Costa, nº 113/Apt. 101, Bairro Santo Antonio,
Viçosa, MG. Telefone: (31) 99525-8069. E-mail: lidia.souza@ufv.br.

Respeitosamente,

Lídia de Jesus Souza

lidia.souza@ufv.br