

# Psicologia em Pesquisa

<https://periodicos.ufjf.br/index.php/psicologiaempesquisa>

**A Saúde Mental de Mães de Crianças ou Adolescentes em Sofrimento**

**Psíquico**

**The Mental Health of Mothers of Children or Adolescents Experiencing**

**Psychological Distress**

**La Salud Mental de Madres de Niños o Adolescentes en Sufrimiento**

**Psíquico**

Vitória Leite Silva<sup>1</sup> & Ednéia José Martins Zaniani<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Universidade Estadual de Maringá. *E-mail:* [vitoria.leitesilva1@gmail.com](mailto:vitoria.leitesilva1@gmail.com) *ORCID:* <https://orcid.org/0009-0005-4219-4848>

<sup>2</sup> Universidade Estadual de Maringá. *E-mail:* [ejmzaniani@uem.br](mailto:ejmzaniani@uem.br) *ORCID:* <https://orcid.org/0000-0003-2734-0235>



*Informações do Artigo:*

*Vitória Leite Silva*

[vitoria.leitesilva@gmail.com](mailto:vitoria.leitesilva@gmail.com)

*Recebido em: 19/08/24*

*Aceito em: 13/05/25*

## RESUMO

Com os avanços da Reforma Psiquiátrica, a família surge como aliada no cuidado às crianças e adolescentes em sofrimento psíquico. Contudo, o convívio diário e as exigências arroladas podem impactar a saúde mental de quem se responsabiliza por eles cotidianamente. Assim, objetivando refletir sobre tais impactos, entrevistamos familiares de crianças e adolescentes com histórico de internação/reinternação em um Serviço de Emergência Psiquiátrica. Verificamos desafios e dificuldades que perpassam essas experiências, mobilizando sentimentos ambivalentes e sobrecarregando a mulher/mãe. Em acréscimo, as fragilidades da rede e a reprodução de práticas manicômias impossibilitam uma atenção longitudinal e integral, enredando processos de adoecimento/sofrimento psíquico.

## PALAVRAS-CHAVE:

Infância e adolescência; Família; Reforma psiquiátrica; Cuidado em saúde; Serviço de saúde mental.

## ABSTRACT

With the advances of the Psychiatric Reform, the family has emerged as an ally in the care of children and adolescents experiencing psychological distress. However, daily cohabitation and the demands involved can affect the mental health of those who are responsible for this daily care. To reflect on such impacts, we interviewed family members of children and adolescents with a history of hospitalization and rehospitalization in a Psychiatric Emergency Service. We identified challenges and difficulties within these experiences, which trigger ambivalent feelings and overburdens women/mothers. Furthermore, weaknesses in the healthcare network and the reproduction of asylum-based practices hinder comprehensive and continuous care, contributing to processes of psychological distress/mental suffering.

## KEYWORDS:

Childhood and adolescence; Family; Psychiatric reform; Health care; Mental health services.

## RESUMEN

Con los avances de la Reforma Psiquiátrica la familia surge como aliada en el cuidado de niños y adolescentes en sufrimiento psíquico. Sin embargo, la convivencia diaria y las exigencias implicadas pueden impactar la salud mental de quienes se responsabilizan de su cuidado cotidiano. Así, con el objetivo de reflexionar sobre tales impactos, entrevistamos familiares de niños y adolescentes con histórico de internación/reingreso en un Servicio de Emergencia Psiquiátrica. Verificamos desafíos y dificultades que atraviesan esas experiencias, movilizandolos sentimientos ambivalentes y sobrecargando a la mujer/madre. En adición, las fragilidades de la red y la reproducción de prácticas manicomiales imposibilitan una atención longitudinal e integral, enredando procesos de enfermedad/sufrimiento psíquico.

## PALABRAS CLAVE:

Infancia y adolescencia; Familia; Reforma psiquiátrica; Cuidado en salud; Servicio de salud mental.

A promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1990, pautado na Doutrina da Proteção Integral, representou um avanço na história da assistência ao reconhecer crianças e adolescentes como sujeitos de direitos (Amorim, 2020). Contudo, colocando em tela o direito à saúde, sabemos que o campo da saúde mental infantojuvenil (SMIJ) é considerado mais recente, já que essa população passou a compor oficialmente a agenda da política de saúde mental brasileira apenas no início do século XXI. Antes, as ações que hoje são concernentes

ao campo da SMIJ se davam fora do sistema psiquiátrico formal, em instituições de educação e de assistência social, incorrendo em práticas corretivas, disciplinares e normalizadoras que contribuíram para que as necessidades e as dimensões subjetiva e social do sofrimento psíquico desses sujeitos fossem silenciadas (Couto & Delgado, 2015; Taño & Matsukura, 2015). Assim, a inclusão de cuidados em saúde mental voltados a crianças e adolescentes é considerada tardia, até mesmo dentro do movimento da Reforma Psiquiátrica (RP) (Couto et al., 2008; Couto & Delgado, 2015).

O movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil emergiu no final da década de 1970 e foi imprescindível para o questionamento da lógica psiquiátrica/manicomial que sustentava historicamente a assistência em saúde mental às pessoas em sofrimento psíquico. Segundo Amarante (1998), a RP - que partiu das reivindicações do movimento dos trabalhadores de saúde mental, movimentos sociais compostos por usuários, familiares, associações, sindicatos, entre outros - se desdobrou posteriormente no Movimento da Luta Antimanicomial, assumindo em 1987 o lema *Por uma Sociedade sem Manicômios*.

A RP brasileira foi influenciada por vários movimentos reformistas que, em diferentes momentos históricos e países, questionaram o aparato psiquiátrico e seus objetivos. O Movimento da Psiquiatria Democrática italiana, cujo principal expoente foi Franco Basaglia (1924-1980), merece destaque aqui porque contribuiu para a construção da lógica da Atenção Psicossocial, definida como um conjunto de experiências da saúde mental coletiva no Brasil que ganhou elementos “. . . tanto em termos teóricos e técnicos, quanto ideológicos e éticos, aptos a constituírem um novo paradigma para as práticas em Saúde Mental, capaz de substituir o paradigma psiquiátrico. . .” (Costa-Rosa et al., 2003, p.14).

---

Alinhada aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Psicossocial pleiteia uma concepção de saúde mental ampliada, segundo a qual o cuidado em saúde mental é definido como ato de responsabilizar-se pelo outro e pelo processo de transformação dos “. . . modos de viver e sentir o sofrimento. . .” que depende da transformação da “. . . vida concreta e cotidiana que alimenta este sofrimento” (Rotelli et al., 2001, p. 33). Assim, uma das possibilidades para a efetivação desse cuidado é a construção conjunta de projetos terapêuticos singulares voltados às necessidades reais do sujeito e de sua família.

A desinstitucionalização do cuidado em saúde mental - com o reconhecimento de que a liberdade é terapêutica e que fazer reforma psiquiátrica é lutar pela construção de um novo lugar social quem que sofrem psiquicamente - cooperou para que a família passasse a ser considerada como uma aliada importante. Especialmente no caso de crianças e adolescentes, como observam Taño et al. (2021), a comunidade e a família tornaram-se “agentes de cuidado” juntamente com o Estado, devendo os serviços substitutivos inserirem-nas nos projetos terapêuticos, além de oferecer-lhes acolhimento e apoio (p. 23).

Entendendo que ser família também envolve a responsabilização mútua, alguns estudos apontam sobre como o partilhar a vida com pessoas que sofrem psiquicamente pode ser perpassado por “problemas, dificuldades ou eventos adversos” afetando significativamente os que assumem a tarefa do cuidado cotidiano (Constantinidis & Andrade, 2015, p. 334), inclusive produzindo neles sobrecarga e sofrimento (Dalla Vecchia & Martins, 2006).

Em acréscimo, informamos que no presente artigo o conceito de cuidado é essencial, tanto porque nos referimos ao cuidado em saúde mental (tomado aqui em substituição ao termo tratamento), quanto porque a criança/adolescente demanda o cuidado cotidiano que pode ser definido como um “conjunto de práticas materiais e psicológicas que consiste em trazer

respostas concretas às necessidades dos outros” (Paris et al., 2009 como citado em Hirata, 2016, p. 54), que de maneira geral é um cuidado exercido pela mulher/mãe.

Buscando ampliar o debate em torno da relação família-serviços de SMIJ e incitadas por reflexões que acompanharam o curso de uma Especialização em Residência Multiprofissional em Urgência e Emergência, questionamos: “quais possíveis impactos à saúde mental pode produzir o ato de se responsabilizar direta e cotidianamente por crianças ou adolescentes em sofrimento psíquico?”. Assim, o objetivo deste artigo é refletir sobre como o convívio diário e as exigências arroladas aos processos de cuidado podem afetar a saúde mental daquela que responsabiliza. O encontro com familiares de usuários que estiveram internados/reinternados em um Serviço de Emergência Psiquiátrica (SEP) voltado ao acolhimento das nomeadas “situações de crise” em saúde mental foi o ponto de partida para construção de algumas respostas.

### **Metodologia**

A pesquisa, cujos resultados embasam este artigo, foi de caráter qualitativo, exploratório e de campo. A pertinência da escolha desse tipo de pesquisa é assinalada por Minayo (2001) ao afirmar que, por seu caráter qualitativo, objetiva responder questões particulares que não podem ser quantificadas, contribuindo para a compreensão da realidade por meio da busca de significados, motivos, aspirações, valores e atitudes envolvidas às relações, processos e fenômenos humanos.

Tomamos como participantes da pesquisa pessoas apontadas como responsáveis por crianças ou adolescentes com histórico de internação e reinternação em um SEP de um município de médio porte do estado do Paraná, no período de 2018 a 2023. Após aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, sob o parecer nº 70857323.3.0000.0104, realizamos entrevistas semiestruturadas, utilizando um roteiro guia

---

com questões que abarcavam o convívio, as responsabilidades e rotina de cuidados, bem como o sentido da experiência da internação/reinternação e o acompanhamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) às essas crianças/adolescentes e suas famílias.

Foram entrevistadas seis participantes que, sendo maiores de 18 anos, aceitaram participar mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Na apresentação e análise dos resultados, as participantes foram identificadas com a letra “P” de “participante” (P1, P2, P3 etc.) e os nomes das crianças/adolescentes mencionados foram ocultados. As entrevistas foram audiogravadas, realizadas individualmente, em ambiente apropriado com vista a preservar as identidades.

Utilizamos o método de análise de conteúdo proposto por Bardin (2016). Trata-se de um conjunto de técnicas pertencente à análise das comunicações, que analisa por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos, os conteúdos de mensagens verbais ou não verbais. A primeira etapa foi a da pré-análise, que envolveu a transcrição das entrevistas e a organização do material; a segunda etapa foi a de exploração do material, quando decodificamos o material e os conteúdos, categorizando as temáticas de significados semelhantes; e por fim, fizemos o tratamento dos resultados buscando interpretar e atribuir sentidos ao conteúdo das entrevistas. Tal conteúdo foi analisado em diálogo com contribuições de estudos da Saúde Coletiva que se alinham à luta antimanicomial e são críticos do paradigma psiquiátrico/manicomial.

### **Breve Descrição do SEP**

O SEP a partir do qual selecionamos as participantes da pesquisa dispõe de 30 leitos (15 femininos e 15 masculinos) para adultos, crianças ou adolescentes, atendendo a demanda da população do seu município e de outros da sua macrorregião. Foi implantado em 2003 e é um serviço porta aberta, que funciona 24 horas por dia, durante todos os dias da semana. Conta com uma equipe multiprofissional composta por médicos psiquiatras, enfermeiros, técnicos de

enfermagem, psicólogos e terapeuta ocupacional. A internação é definida mediante critério médico, após avaliação do sofrimento apresentado e o risco nele implicado. No geral, atende situações de crises em saúde mental, perpassando os nomeados transtornos mentais de humor e personalidade, bem como casos que envolvem tentativas de suicídio, autolesão grave e uso prejudicial de álcool e outras drogas. Serviços que oferecem acolhimento às crises compõe a RAPS que foi instituída nacionalmente em 2011 (Portaria nº 3.088, de dezembro de 2011). No referido município, atualmente sua RAPS conta com mais duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h), quatro Centros de Atenção Psicossocial (CAPS II, CAPS III, CAPS-AD e CAPSi), 35 Unidades Básicas de Saúde (UBS), além de três Residências Terapêuticas (duas masculinas e uma feminina), uma equipe de Consultório na Rua, um Centro de Convivência e Cultura, entre outros serviços e pontos de atenção da rede intersetorial.

O SEP exerce função crucial no processo de desinstitucionalização, sobretudo colaborando com o manejo de situações de sofrimento psíquico mais intenso, se constituindo como um importante sinalizador da construção dos cuidados em saúde mental na rede. Partindo do pressuposto de que o modo como esse cuidado é (ou não) implementado entrecruza a experiência de quem se responsabiliza pela criança ou adolescente em sofrimento, analisamos também de que forma as internações/reinternações impactam a vida dessa mulher/mãe.

### **Resultados e Discussão**

As seis participantes da pesquisa eram mulheres/mães e para demarcar esta questão, ao longo do artigo, evidenciamos que são elas que se responsabilizam. Elas tinham a faixa etária dos 38 a 48 anos, eram majoritariamente brancas e em relação ao estado civil, duas eram divorciadas, uma solteira e as outras três casadas. Todas constavam nos prontuários como responsáveis pelas crianças/adolescentes que haviam sido internadas e reinternadas no SEP por

situações de crise envolvendo tentativas de suicídio e autolesão grave, sendo que uma delas também fazia uso abusivo de substâncias psicoativas.

A análise foi organizada em dois grandes núcleos. O primeiro aborda a experiência daquela que se responsabiliza, incluindo exigências, necessidades, dificuldades e desafios vividos no cotidiano da relação com a criança ou adolescente em sofrimento psíquico, destacando alguns dos impactos que essa relação traz para a saúde mental dessa mulher/mãe. O segundo núcleo destaca alguns aspectos da assistência prestada pelo SEP e pela RAPS, refletindo sobre como o trabalho e o cuidado em saúde ofertado (ou não) enreda ora a produção da saúde mental ora do sofrimento psíquico daquela que se responsabiliza.

### **Núcleo 1: A Experiência Daquela que se Responsabiliza: Dificuldades e Desafios**

#### **Vividos no Cotidiano da Relação com a Criança ou Adolescente em Sofrimento Psíquico**

Quando uma criança ou adolescente começa a apresentar sinais de um sofrimento psíquico mais intenso, uma multiplicidade de sentimentos e emoções podem ser mobilizados no seu entorno. A relação cotidiana, que exige respostas concretas às necessidades, suscita dificuldades e desafios que perpassam os variados domínios da vida, exigem maior amparo e podem impactar a saúde mental de quem se responsabiliza por eles direta e cotidianamente.

Ao abordar com as mulheres/mães sobre a experiência de ver sua criança ou adolescente receber o diagnóstico de um transtorno mental, identificamos sentimentos de medo, frustração, negação e tristeza. Como se vê nas falas a seguir quando uma delas relatou:

. . . Aí eu descobri que ela se cortava. Tipo assim, nossa, eu não sabia de nada . . . era um mundo totalmente desconhecido, que pega você de surpresa e tipo assim: não, gente! Isso não está acontecendo comigo! Não, isso não é verdade! Com a minha filha não! (P4).

---

Sentimentos de raiva e impaciência também parecem comuns, como revela o relato de uma das participantes, ao dizer que: “. . . A princípio eu não me senti muito bem, mas eu fiquei com muita raiva também, porque ela me dava muito, muito trabalho . . .” (P2). São sentimentos e reações comuns e justificáveis, afinal, como observaram Falavina e Cerqueira (2008), a relação cuidador-criança pode ser marcada por sentimentos ambivalentes, com momentos mais propensos à culpa e superproteção e outros à raiva e impaciência. Isto ocorre porque são situações que exigem adaptações na rotina, mudanças nos hábitos e costumes familiares, que geram desgaste físico e emocional, especialmente naquela que cuida.

Em relação às maiores dificuldades e desafios que marcam o convívio e suporte diário, a pesquisa envolveu o testemunho das tentativas de suicídio e autolesões graves realizadas pelas crianças ou adolescentes. São experiências que geram vergonha, angústia e medo, demandam sobremaneira dessa mulher/mãe também por se tratar de um fenômeno socialmente marcado por tabus e preconceitos. Com frequência, o comportamento suicida tem sido atribuído à existência previa de um transtorno mental, resultante do mau funcionamento do indivíduo e/ou de sua família. Contudo, Palmieri e Zaniani (2022) observam que o suicídio precisa ser compreendido como um fenômeno sócio-histórico, que articula situações muito intrincadas da existência humana. As autoras advertem que explicar o fenômeno como fruto da liberdade individual ou de problemas relacionais, desconsiderando sua historicidade, tem contribuído para que muitas famílias tomem para si o papel de responsáveis e mantenedoras, a qualquer custo, da vida de seus filhos. Outrossim, não menos desafiador é lidar com a prática da autolesão na adolescência, que precisa ser considerada em sua complexidade e multideterminação, cujo enfrentamento exige recursos e estratégias diversificadas, comprometidas com um cuidado em saúde integral (Luppi & Zaniani, 2024).

---

Como destacam Constantinidis e Andrade (2015), as dificuldades vividas ao longo do processo gera encargos e demanda da família um ajuste das expectativas relacionadas ao ente em sofrimento psíquico e ao próprio futuro. Especialmente quando se trata de crianças e adolescentes, ante à realidade que se impõe, a família pode demandar acolhimento e suporte psicossocial de serviços da rede intra e intersetorial. Uma das entrevistas trouxe à tona sentimentos de impotência e desamparo, ao contar: “. . . a gente escondia tudo, sabe? Às vezes, ela acabava achando uma coisinha ou outra e se cortava . . . A gente se sente impotente diante da situação. Você quer fazer algo, mas não sabe o que fazer” (P5). Outras mulheres/mães se deparando com o desamparo se mostraram convencidas de que a cura do sofrimento e a resolução dos problemas vivenciados dependia dos esforços da sua criança/adolescente e ou de mudanças na dinâmica relacional da sua própria família.

Por vezes, tal concepção parece-nos reforçada por alguns profissionais e serviços de SMIJ que incluem a família em práticas educativas/prescritivas no afã de observar, identificar e intervir no modo como ela se relaciona, acreditando que tanto a doença quanto a cura são produzidas no interior dessa instituição. Essa concepção não é nova e nos remete aos apontamentos de Cunha (1986) que em seus estudos desvelou que já nas primeiras décadas do século XX, enquanto os problemas dos grandes centros urbanos se avolumavam, muitas famílias encontravam nas explicações da psiquiatria de raiz organicista, justificativas para internarem seus parentes. De tal feita, o discurso e a prática médico-psiquiátrica, ao mesmo tempo em que deslegitimava a família em sua capacidade de cuidar, culpando-a pela produção da loucura em seu ente, apresentava-lhe a internação como solução.

Como bem apontou Mioto (2012), há tempos se delega à família a responsabilidade pela proteção e bem-estar de seus membros. Essa histórica responsabilização das famílias por parte de quem gesta e executa as políticas públicas sociais tem sido realizada através de um

campo indefinido e nebuloso, chamado de “campo do cuidado”, que dada sua imprecisão, deveria primeiramente questionar qual lugar que a família tem ocupado nos serviços que acessa e se as exigências que lhes são postas são passíveis de serem atendidas. Não à toa, como Constantinidis e Andrade (2015) ressaltaram, tem ocorrido uma “disparidade entre oferta dos profissionais e a demanda dos familiares”, o que, por sua vez, expressa “a ausência de diálogo em que, assumindo-se como único competente, o profissional resolve o que é bom para o familiar, sem escutá-lo, sem (re)conhecer a sua potência, sem buscar suas reais necessidades” (p. 340).

### ***O Responsabilizar-se Entrecruza a Produção da Saúde Mental e do Sofrimento Psíquico***

Os sentimentos e emoções relacionados à descoberta de um diagnóstico de transtorno mental em crianças e adolescentes, acrescentados à necessidade de supervisão e constante estado de alerta, geram desgaste físico e emocional intensos naquela que se responsabiliza. A pesquisa indicou que as exigências arroladas ao cuidar cotidiano impactam a saúde mental da mulher/mãe, gerando e ou acirrando processos de sofrimento. Este sofrimento aparece no estresse, no esgotamento mental, ou ainda, na sensação de estar enlouquecendo junto com os filhos, como contou uma participante:

. . . eu sofri muito, muito. Quem me sustentou todo esse período foi Deus. . . Hoje, parando, assim, pensando, eu não sei nem como consegui. Porque, assim, era como se estivesse flutuando, sabe? É como se eu não estivesse no meu estado normal, mas eu estava ali, sabe? Eu estava ali, porque tinha que estar ali cumprindo meu dever (P4).

Como outros estudos já demonstraram, a vida do familiar responsável passa a ser organizada em torno daquela pessoa que demanda cuidados (Muylaert et al., 2015). É importante lembrar que das seis entrevistadas, três eram casadas, enquanto duas eram divorciadas e uma solteira. No entanto, ser casada não mudou o fato de que a responsabilidade

---

pelo cuidado direto e cotidiano das crianças/adolescentes permanecia quase exclusivamente sobre essa mulher/mãe (e sobre as avós), renunciando, entre outras coisas, a fragilidade ou ausência de uma rede de apoio, como constataram Taño et al. (2021).

Por conseguinte, para se vislumbrar possibilidades de suporte psicossocial às famílias, é preciso refletir qual configuração de família tem sido validada pelos serviços de saúde. Como Reis (1995) nos alerta, é “impossível entender o grupo familiar sem considerá-lo dentro da complexa trama social e histórica que o envolve” (p. 102). Dito isso, parece-nos imperativo lembrar que em nossa sociedade as famílias são afetadas por desigualdades de classe, de raça/etnia e de gênero, que redundam em modos diversos e adversos de lidar com os desafios da vida. Assim, precisamos problematizar que muitas ações voltadas às famílias de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico seguem idealizadas tomando como parâmetro o tradicional modelo familiar nuclear burguês, organizado a partir de relações heteroafetivas.

Essa idealização desconsidera, entre outras coisas, justamente que tal modelo de família se sustenta na divisão sexual do trabalho, a qual, na economia do cuidado, cabe à mulher tomar conta de todos e do trabalho doméstico, mesmo quando realiza o trabalho público/remunerado (Lima-Neta & Kahhale, 2019). Assim, entendemos não ser possível requerer a inserção da família - e de quem a representa - em nenhuma ação que se pretenda ser de cuidado em saúde mental sem primeiramente reconhecer que, sob o manto do patriarcado, historicamente o cuidar tem sido um atributo e encargo feminino.

Retomamos Federici (2021) que acrescenta que o patriarcado no capitalismo — embora não seja uma invenção deste sistema — foi reconfigurado quando o salário apareceu como elemento garantidor da sua nova face. O patriarcado assalariado, segundo a autora, ampliou a relação dominação-exploração das mulheres confiando ao homem o trabalhado que merece ser remunerado, abonando a submissão feminina e naturalizando o trabalho de reprodução. Nessa

direção, Hirata (2016) conclui que na sociabilidade capitalista o trabalho de cuidado, em suas múltiplas formas, possivelmente seguirá sendo exercido por mulheres por consistir em “um trabalho precário, com baixos salários, mal remunerado, pouco reconhecido e pouco valorizado” (p. 61).

Com isso, reiteramos que não é raro encontrarmos nos serviços de saúde mental mulheres/mães que exercem um trabalho remunerado, realizam todas as tarefas domésticas, cuidam sozinhas dos filhos e, por vezes, cuidam de outro membro familiar (Bavaresco, 2019), como de pessoas idosas e pessoas doentes. Sendo assim, refletir acerca dos impactos sobre a saúde mental daquela que se responsabiliza passa por reconhecermos o quanto as desigualdades de gênero são naturalizadas em alguns serviços e por reconhecermos como as relações de exploração e opressão muitas vezes são invisibilizadas e se perpetuam sem o estranhamento de alguns profissionais da saúde. Além disso, passa por reconhecermos que processos de adoecimento/sofrimento psíquico são agravados quando intersectam diferentes desigualdades e, sobretudo, quando essa mulher/mãe não pode contar com nenhuma rede de apoio.

## **Núcleo 2: Sobre Como o Trabalho do SEP e da RAPS Enreda a Produção da Saúde Mental-Sofrimento Psíquico Daquela que se Responsabiliza**

Como já mencionado, o SEP é um serviço porta aberta, que funciona todos os dias da semana, em período integral, atendendo diversas demandas que se relacionam às nomeadas crises em saúde mental. Barros et al. (2010) colocam que serviços de acolhimento à crise exercem um papel significativo na dinâmica da rede de atenção à saúde mental da qual fazem parte, porque, além de triar casos para internação, promovem a estabilização e tratamento de casos agudos, proporcionando um maior suporte psicossocial.

Tais serviços se mostram como uma referência para o acolhimento tanto para a primeira crise quanto para os que vivenciam a condição de ter um transtorno mental grave e persistente e, assim, necessitam de uma abordagem imediata (Andrade et al., 2016). É sabido que receber atenção e suporte pode contribuir para redução das internações prolongadas, que devem ser o último recurso a ser acionado em um processo de cuidado em saúde mental, como previu a Lei 10.216/2001 (Costa-Rosa et al., 2004) e a lógica da Atenção Psicossocial.

Ao abordar sobre o papel do SEP, algumas mulheres/mães identificaram que sua viabilidade está justamente na capacidade de dar uma resposta pontual às situações de crise, ponderando que “. . . levo em último caso, a hora que eu não consigo mais controlar, lá pra mim é controlar, ajustar a medicação e vim embora . . .” (P3). Entendemos que esta fala mostra que o SEP ainda é significado socialmente como um lugar de controle, de supressão dos sintomas, como a lógica manicomial presume.

Poucas pesquisas tratam da atenção à crise em saúde mental de crianças e adolescentes e, além disso, os estudos existentes focam na sintomatologia psiquiátrica e nas estratégias de cuidado individualizadas, desconsiderando a complexidade desse fenômeno. Moura et al. (2022), por sua vez, asseveram que o acolhimento à crise de crianças e adolescentes acaba por revelar o compromisso que algumas equipes mantêm com o paradigma psiquiátrico/manicomial à medida que recorrem às explicações e práticas que o reproduzem. Moura e Matsukura (2022) acrescentam que as crises “não dizem respeito apenas ao sujeito que a vivencia, mas a todas suas relações e contextos de vida, revelando também a capacidade de suporte da rede em que se encontra inserido” (p. 21). Doravante, compreendendo a crise como um fenômeno psicossocial, advertem que é urgente pensar a crise e suas respostas, de modo interdisciplinar e intersetorialmente, ampliando compromissos e estratégias coletivas, diminuindo riscos e vulnerabilidades, prevenindo o agravamento do sofrimento psíquico.

A internação no SEP, para algumas participantes, foi concebida negativamente na medida em que o definiram como um lugar ruim, difícil de estar, entre outros motivos, por colocar a criança/adolescente em contato com pessoas adultas que enfrentavam diferentes condições e estados de cronificação do sofrimento psíquico. Por outro lado, como vimos, algumas participantes também o concebem como uma saída viável, afirmando que a internação lhes dava a segurança e o suporte que o ambiente doméstico não dava.

Percebemos que a (re)internação é um processo vivido e atravessado por desconforto e tristeza, mas também por sentimentos de alívio e esperança. Algumas mulheres/mães afirmaram que acreditavam contar com uma equipe preparada para dar conta das situações-limites, como expressa uma entrevistada ao dizer que mesmo triste, ficou mais tranquila “. . . porque ela estava com uma equipe de médicos, de enfermeiras. Então, eu sabia que ali ela tinha menos chance, tipo, chance nenhuma de se cortar, de fazer alguma coisa . . .” (P5).

No entanto, outras expuseram uma percepção negativa da relação estabelecida com alguns profissionais de saúde trabalhadores do SEP, trazendo à tona exemplos de posturas que nomearam como desumanas, referindo que eles:

. . . tinham que ser mais humanizados, mais empáticos, se colocar no lugar de quem tá [sic] ali, né? . . . Não tô [sic] falando só dos acompanhantes não . . . ninguém tá ali dentro porque quer, então não custa ter um pouquinho mais de humanidade . . . (P3).

A fala em destaque nos sinaliza a necessidade de (re)pensar o cuidado em saúde mental como a lógica da Atenção Psicossocial pleiteia. Humanizar o processo de cuidado exige uma formação profissional continuada e crítica, que refute radicalmente o paradigma psiquiátrico/manicomial e busque identificar impasses presentes no processo de trabalho em saúde que levam a uma forma de agir mecânica e burocratizada, impossibilitando uma práxis

---

transformadora, como bem observou Dimenstein (2004). A autora esclarece que a ideia de humanização:

. . . está relacionada diretamente à de desinstitucionalização, na medida em que esta pressupõe a desmontagem do dispositivo psiquiátrico, da cultura manicomial, da lógica e da dinâmica que regem as rotinas dos serviços de atenção e as relações entre profissionais, usuários e familiares (p. 113).

Logo, humanizar o cuidado não se resume a fechar progressivamente leitos e hospitais psiquiátricos e criar serviços substitutivos, mas requer, principalmente, a desconstrução da cultura manicomial que permanece incutida no fazer de alguns profissionais da saúde e impede o reconhecimento de que o cuidado em saúde mental é relacional e o vínculo o fio condutor desse processo. Inclusive, para algumas mulheres/mães, foi o vínculo com alguns profissionais do SEP que produziu sentimentos de segurança e ajudou a desenvolver uma maior autonomia, como ilustra a fala:

Olha, eu acho que as conversas, tanto com as psicólogas, quanto com as psiquiatras. . . eu não lembro o nome da médica . . . mas ela me orientou tanto em questão do trabalho, das leis . . . não só em questão da doença, em várias coisas, sabe? Nossa, maravilhosa! (P4).

Resgatamos esta fala por considerar que ela reitera, como ensina a lógica da Atenção Psicossocial, que o vínculo é ao mesmo tempo um princípio, um fundamento e uma diretriz, ou seja, ele é a base sobre a qual o cuidado em saúde se constrói, se concretiza. Como há tempos ensinou Merhy (2014), não podemos esquecer que o cuidado em saúde se materializa na relação trabalhador-usuário, extrapolando os saberes tecnológicos estruturados.

Em certo ponto de uma das entrevistas, ao abordarmos sobre as reinternações, algumas mulheres/mães a significaram quase que como uma sentença, prospectivamente uma falta de saída: “A gente sempre sai com a esperança de não precisar voltar, mas a gente sempre sai com o pé atrás, porque é difícil acabar não voltando, né [sic]?” (P3). Para além da expressão de uma certeza marcada pelas dificuldades individuais de cada caso, sabemos que a reinternação vem sendo considerada como um dos maiores desafios da RP porque evidencia, entre outras coisas, que a lógica psicossocial não substituiu completamente a lógica psiquiátrica.

Se o SEP tem se mostrado fundamental para alguns casos que necessitam de internação para a chamada “estabilização” e que a atenção às urgências pode sim, evitar internações mais prolongadas, Rosolem (2016) em seu estudo sobre reinternações psiquiátricas observou que as internações de curto prazo produziam uma série de reinternações, desvelando a falta de recursos extra-hospitalares e o não seguimento do cuidado. Uma das mulheres/mães, deste modo, colocou “. . . que nem a minha filha desde que ela saiu . . . até hoje ela não conseguiu uma consulta com uma psicóloga. Até hoje ela não fez nenhum acompanhamento, ela não tá [sic] em nenhum tratamento, né [sic]? E olha que eu já busquei, e nada” e concluiu, constatando, que “. . . até ela conseguir o tratamento, ela já voltou novamente pro hospital, porque ela tem outra crise, ela não tem uma ajuda, aí já voltou . . .” (P2).

As reinternações, muitas vezes, confirmam a desarticulação da rede intra e intersetorial, a descontinuidade do cuidado em saúde mental e sua conseqüente fragmentação. Alguns estudos corroboram essa problemática e o definem como o fenômeno do *revolving door*, ou da “porta giratória”, caracterizado por repetidas reinternações psiquiátricas, geralmente pouco tempo após a alta (Ramos et al., 2011). Outros estudos caminham para uma conclusão parecida, como o de Bezerra e Dimenstein (2011) que, ao avaliarem um projeto de alta-assistida para pacientes de uma ala psiquiátrica de um hospital geral, observaram que a falta de capacitação

---

para o acompanhamento extra-hospitalar, a falta de recursos financeiros e a dificuldade de garantir a continuidade do cuidado no território junto a outros serviços da rede concorrem para as frequentes reinternações.

Por outro lado, Jardim e Dimenstein (2007) consideram que nos debruçarmos sobre serviços como o SEP e analisarmos sua dinâmica pode contribuir para a avaliação e aprimoramento do fluxo da Atenção Primária e dos demais serviços da rede substitutiva. Assim, o trecho da entrevista, recuperado anteriormente, joga luz às fragilidades que historicamente dificultam a concretização do cuidado em saúde mental em liberdade, baluarte do movimento da RP, que enquanto processo social complexo pede compromissos coletivos.

Com a instituição da RAPS em 2011, a Política Nacional de Saúde Mental objetivava, após uma década de sua implantação, fomentar a articulação e integração de diferentes pontos de atenção à saúde mental no contexto do SUS. Colocava em evidência o potencial do acolhimento, do compartilhamento do cuidado e do acompanhamento contínuo, ou seja, não somente o acompanhamento às urgências. Ademais, a RAPS destacava como crucial que a atenção se voltasse aos grupos considerados mais vulneráveis, como o infantojuvenil.

Ao serem questionadas sobre como a rede de serviços poderia contribuir com as famílias de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, algumas mulheres/mães trouxeram questões que revelam a disparidade entre o que inspirou a elaboração da nova política de saúde mental lá no início do século XXI e o que experienciaram na prática. Nesse sentido, a pesquisa nos informou que a falta de suporte e continuidade do cuidado nos diferentes pontos de atenção da RAPS após as internações no SEP entrecruzam os processos de adoecimento/sofrimento daquela que se responsabiliza pela criança ou adolescente que sofre psiquicamente.

Delgado (2015) problematizou os desafios e fragilidades da RP sem negar os avanços políticos do campo da saúde mental conquistados até aquele momento. Naquela data o autor já chamava a atenção para os problemas relacionados à gestão, que incluíam, entre outros, a estrutura deficitária dos serviços comunitários, a precarização dos vínculos profissionais nos serviços de saúde, a falta de estratégias voltadas ao enfrentamento da vulnerabilidade social dos que sofrem psiquicamente por uso de drogas ou exposição às violências, além da frágil articulação da rede substitutiva com a Atenção Primária e as ações intersetoriais inefetivas ou de baixa consistência.

Sobre alguns retrocessos da RP, Oka e Costa (2022) alertam que nos últimos tempos a reprodução de discursos e práticas manicomiais e médico-hegemônicas resultaram em um processo de contrarreforma psiquiátrica, amparada por preceitos neoliberais e conservadores. O refutamento dos princípios antimanicomiais e o desmonte sistemático dos serviços de base territorial, com realocação dos recursos de dispositivos substitutivos para outros de natureza asilar, são reflexos dos últimos governos que no Brasil priorizaram o modelo hospitalocêntrico, enfatizando a ambulatorização da assistência e o poder hegemônico médico-psiquiátrico. No campo da SMIJ não tem sido diferente, basta recuperarmos a Resolução nº 3/2020 que regulamentou o acolhimento de adolescentes em Comunidades Terapêuticas, violando a Lei 10.2016/2001, o ECA e a própria Constituição Federal, como Oka e Costa (2022) observam.

Esse é apenas um exemplo de normativa entre tantas que evidenciam o crescente desmonte da RAPS e denunciam as lacunas assistenciais que impossibilitam uma atenção integral, como preconizou primeiro o SUS, orientando como deveria ser igualmente o cuidado a ser implementado pela política de saúde mental. Para mais, a descontinuidade do cuidado voltado às crianças e adolescentes em sofrimento psíquico revela que a RP é um processo social complexo e incompleto. No curso de uma entrevista, uma participante assim suplicou: “. . .

deem mais atenção para a hora que o adolescente sai dali. Não só adolescentes como adultos. Ajudem que as famílias tenham um acompanhamento aqui fora . . . porque se não tiver . . . não vai se resolver o problema” (P6).

Não obstante, anotamos um contraponto. O trecho da entrevista a seguir ilustra que para uma mulher/mãe foi bastante positiva a oportunidade de ser incluída nas atividades ofertadas às famílias pelo CAPSi: “Era o dia mais feliz da minha vida, o dia que eu ia no CAPS, na psicóloga, porque era o único momento que saía de casa e saía um pouco daquela situação . . .” (P5). Tal inclusão significou para ela a possibilidade do acolhimento e da validação do seu sofrimento. Outrossim, para nós, sua fala pode indicar além disso, o que estudos como o de Dombi-Barbosa et al. (2009) já constataram: no cuidado em SMIJ, as ações voltadas às famílias são preponderantemente institucionais, ao passo que a oferta de ações extramuros é mais rara.

Taño et al. (2021) ressaltaram que a inclusão da família nos projetos terapêuticos das crianças e adolescentes permanece como um desafio a ser enfrentado, mas que não há cuidado em SMIJ que prescindia desta inclusão. As famílias podem ser incluídas de diferentes formas, respeitando as necessidades de cada grupo, porém sua vinculação e permanência devem ir para além da obrigatoriedade da presença e da prescrição de atividades. As autoras advertem que a disponibilidade e o comprometimento dos profissionais em produzir cuidados passa por considerar as experiências que estão imbricadas na relação cotidiana desses sujeitos e os múltiplos fatores — sociais, econômicos e culturais — que atravessam as relações familiares.

Mângia e Muramoto (2008) reforçam esse pensamento pontuando que é o contexto de vida dos usuários e suas histórias que deve guiar o acesso aos serviços e as possibilidades de oferta de cuidados. Nesse sentido, concluímos que para que a assistência prestada pela RAPS coadune com a produção de mais vida e mais saúde, os serviços não podem negar os limites,

as dificuldades e, tampouco, fechar os olhos para as necessidades daquelas que se responsabilizam pelas crianças ou adolescentes em sofrimento psíquico.

### **Considerações Finais**

Ao refletirmos sobre quais impactos à saúde mental pode produzir o ato de se responsabilizar direta e cotidianamente por crianças ou adolescentes em sofrimento psíquico, vimos que o convívio diário e as exigências arroladas aos processos de cuidado afetam sobretudo mulheres/mães. Refletimos sobre tais impactos, buscando avançar na discussão, articulando-a às contribuições do SUS e da RP, tendo no horizonte o que pleiteia a lógica da Atenção Psicossocial no que tange a SMIJ.

Tomando como participantes da pesquisa quem se responsabiliza, nos deparamos com a histórica desigualdade de gênero presente nas relações de cuidado, já que as respostas às necessidades gerais das crianças e adolescentes recaem majoritariamente sobre os ombros das mulheres/mães, mesmo que estas precisem, ao longo do caminho, anular suas necessidades pessoais e profissionais. Muitos são os desafios e dificuldades que perpassam as responsabilidades delegadas à essas mulheres/mães, mobilizando-lhes sentimentos ambivalentes e sobrecarregando-as. Assim, observando que o exercício do cuidado doméstico e cotidiano muitas vezes é solitário, refletimos que desconsiderar esta realidade é contribuir para a perpetuação das relações de exploração e opressão que marcam nossa cultura, e, por vezes, sequer são reconhecidas por alguns profissionais da saúde.

Na RAPS, as fragilidades da rede como um todo, a descontinuidade do cuidado em saúde e a reprodução de práticas manicomiais impossibilitam uma atenção longitudinal, enredando processos de adoecimento/sofrimento psíquico naquela que se responsabiliza, e não raro, ela acaba por precisar de acolhimento e suporte psicossocial.

Recobrando que a SMIJ foi historicamente marginalizada e que sua inclusão na agenda das políticas públicas é relativamente nova, esperamos que os debates aqui iniciados sejam por outros ampliados, incrementando a luta coletiva pela proteção integral de nossas crianças e adolescentes, como há tempos apregoou o ECA e está presente igualmente no ideário socializador do SUS.

## Referências

- Amarante, P. (1998). *Loucos pela vida: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil* (2ª ed.). Editora Fiocruz.
- Amorim, M. F. (2020). *Atenção voltada à crise de crianças e adolescentes: Noções e práticas* [Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo]. Repositório institucional USP. <https://doi.org/10.11606/D.6.2020.tde-15012021-161849>
- Andrade, K., Zeferino, M. T., & Fialho, M. B. (2016). Articulação da Rede de Atenção Psicossocial para o cuidado às crises. *Psicologia em Estudo*, 21(2), 223–233. <https://www.redalyc.org/pdf/2871/287147424005.pdf>
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Barros, R. E. M., Tung, T. C., & Mari, J. J. (2010). Serviços de emergência psiquiátrica e suas relações com a rede de saúde mental brasileira. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 32(Suplemento 2), S71–S77. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462010000600003>
- Bavaresco, C. P. V. (2019). *Desigualdade de gênero em relação aos cuidados das famílias* [Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade de Caxias do Sul]. Repositório institucional UCS. <https://repositorio.ucs.br/xmlui/handle/11338/5122>
- Bezerra, C., & Dimenstein, M. (2011). O fenômeno da reinternação: Um desafio à Reforma Psiquiátrica. *Mental*, 9(16), 417–441. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42021698007>
- Constantinidis, T. C., & Andrade, A. N. (2015). Demanda e oferta no encontro entre profissionais de saúde mental e familiares de pessoas com sofrimento psíquico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(2), 333–342. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015202.18652013>

- 
- Costa-Rosa, A., Luzio, C. A., Mendes, M. C. S., & Florezi, P. (2004). Uma experiência de pronto atendimento em saúde mental coletiva. *Estudos de Psicologia*, 21(2), 101–115. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2004000200008>
- Costa-Rosa, A., Luzio, C. A., & Yasui, S. (2003). Atenção psicossocial: Rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In P. D. C. Amarante (Org.), *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial* (pp. 13–44). Nau Editora.
- Couto, M. C. V., & Delgado, P. G. G. (2015). Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: Inclusão tardia, desafios atuais. *Psicologia Clínica*, 27(1), 17–40. <https://doi.org/10.1590/0103-56652015000100002>
- Couto, M. C. V., Duarte, C. S., & Delgado, P. G. G. (2008). A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: Situação atual e desafios. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 30(4), 390–398. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000400015>
- Cunha, M. C. P. (1986). O outro lado do espelho. In M. C. P. Cunha (Ed.), *O espelho do mundo: Juquery, a história de um asilo* (pp. 106–161). Paz e Terra.
- Dalla Vecchia, M., & Martins, S. T. F. (2006). O cuidado de pessoas com transtornos mentais no cotidiano de seus familiares: Investigando o papel da internação psiquiátrica. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 11(2), 159–168. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2006000200005>
- Delgado, P. G. (2015). Limites para a inovação e pesquisa na reforma psiquiátrica. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 25(1), 13–18. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000100002>
- Dimenstein, M. (2004). A reorientação da atenção em saúde mental: Sobre a qualidade e humanização da assistência. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 24(4), 112–117. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932004000400013>

- Dombi-Barbosa, C., Bertolino-Neto, M. M. N., Fonseca, F. L., & Reis, A. O. A. (2009). Conduas terapêuticas de atenção às famílias da população infantojuvenil atendida nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSi) do estado de São Paulo. *Journal of Human Growth and Development*, 19(2), 262–268. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12822009000200007&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822009000200007&lng=pt&tlng=pt)
- Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. *Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.* Diário Oficial da União. [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18069.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm)
- Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. *Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.* Diário Oficial da União. [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)
- Falavina, O. P., & Cerqueira, M. B. (2008). Saúde Mental Infantil: Perfil dos usuários e acesso aos serviços de saúde. *Boletim do Instituto de Saúde - BIS*, 45, 31–33. <https://periodicos.saude.sp.gov.br/bis/article/view/33626>
- Federici, S. (2021). *O patriarcado do salário: Notas sobre Marx, gênero e feminismo.* Boitempo.
- Hirata, H. (2016). O trabalho de cuidado: Comparando Brasil, França e Japão. *Sur - Revista Internacional de Direitos Humanos*, 13(24), 53–63. <https://sur.conectas.org/wp-content/uploads/2017/02/5-sur-24-por-helena-hirata.pdf>
- Jardim, K., & Dimenstein, M. (2007). Risco e crise: Pensando os pilares da urgência psiquiátrica. *Psicologia em Revista*, 13, 169–189.

- 
- Lima-Neta, M. I. F., & Kahhale, E. M. P. (2019). Uma reflexão sobre relações familiares da perspectiva da psicologia sócio-histórica. In G. Toassa, T. M. C. Souza, & D. J. S. Rodrigues (Orgs.), *Psicologia sócio-histórica e desigualdade social: Do pensamento à práxis* (pp. 206–224). Editora Imprensa Universitária. [https://cegraf.ufg.br/up/688/o/gisele\\_toassa-EBOOK.pdf](https://cegraf.ufg.br/up/688/o/gisele_toassa-EBOOK.pdf)
- Luppi, T. R., & Zaniani, E. R. M. (2024). Autolesão na adolescência: Reflexões sócio-históricas para o seu enfrentamento. *Revista Interações*, 20(69), 1–26. <https://doi.org/10.25755/int.37578>
- Mângia, E. F., & Muramoto, M. T. (2008). Itinerários terapêuticos e construção de projetos terapêuticos cuidadores. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 19(3), 176–182. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v19i3p176-182>
- Merhy, E. E. (2014). *Saúde: A cartografia do trabalho vivo* (4ª ed.). Hucitec.
- Minayo, M. C. S. (2001). *Pesquisa social: Teoria, método e criatividade* (18ª ed.). Vozes.
- Mioto, R. C. T. (2012). Processos de responsabilização das famílias no contexto dos serviços públicos: Notas introdutórias. In H. B. M. Sarmiento (Org.), *Serviço social: Questões contemporâneas* (pp. 125–138). Editora da Universidade Federal de Santa Catarina.
- Moura, B. R., & Matsukura, T. S. (2022). Atenção à crise de crianças e adolescentes: Estratégias de cuidado dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis sob a ótica de gestores e familiares. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 32(1), Artigo e320113. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320113>
- Moura, B. R., Amorim, M. F., Reis, A. O. A., & Matsukura, T. S. (2022). Da crise psiquiátrica à crise psicossocial: Noções presentes nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis. *Cadernos de Saúde Pública*, 38(11), Artigo e00087522. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT087522>

- 
- Muylaert, C. J., Delfini, P. S. S., & Reis, A. O. A. (2015). Relações de gênero entre familiares cuidadores de crianças e adolescentes de serviços de saúde mental. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 25(1), 41–58. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000100004>
- Oka, P. B. C., & Costa, H. A. P. (2022). Os caminhos da contrarreforma psiquiátrica brasileira: Um estudo documental. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 14(40), 1–29. <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/80847>
- Palmieri, R. P., & Zaniani, E. J. M. (2022). *Saúde mental e suicídio na adolescência: Contribuições da psicologia sócio-histórica*. Editora Fiocruz.
- Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. *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)*. Diário Oficial da União. [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)
- Ramos, D. K. R., Guimarães, J., & Enders, B. C. (2011). Análise contextual de reinternações frequentes de portador de transtorno mental. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 15(37), 519–527. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832011005000015>
- Reis, J. R. T. (1995). Família, emoção e ideologia. In T. M. S. Lane & W. Codo (Orgs.), *Psicologia social: O homem em movimento* (8ª ed., pp. 99–123). Brasiliense.
- Rosolem, R. (2016). *Entre idas e vindas ou sobre as reinternações psiquiátricas* [Dissertação de mestrado, Universidade Estadual de Maringá]. Repositório institucional UEM. [https://cch.uem.br/grupos-de-pesquisas/gephe/pesquisa/teses-e-dissertacoes-defendidas/lista-de-arquivos-teses-e-dissertacoes/dissertacao\\_renata.pdf](https://cch.uem.br/grupos-de-pesquisas/gephe/pesquisa/teses-e-dissertacoes-defendidas/lista-de-arquivos-teses-e-dissertacoes/dissertacao_renata.pdf)

- 
- Rotelli, F., Leonardis, O., & Mauri, D. (2001). Desinstitucionalização, uma outra via: A reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “países avançados”. In M. F. Nicácio (Org.), *Desinstitucionalização* (2ª ed., pp. 17–59). Hucitec.
- Taño, B. L., & Matsukura, T. S. (2015). Saúde mental infantojuvenil e desafios do campo: Reflexões a partir do percurso histórico. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 23(2), 439–447. <https://doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAR0479>
- Taño, B. L., Matsukura, T. S., Minelli, M., & Constantinidis, T. C. (2021). Crianças, adolescentes e suas famílias: Proposições para práticas comprometidas com o encontro. In A. D. S. A. Fernandes, B. L. Taño, M. F. B. Cid, & T. S. Matsukura (Orgs.), *Saúde mental de crianças e adolescentes e atenção psicossocial* (pp. 21–34). Manole.