



**Universidade de Brasília – UnB**

**Instituto de Psicologia – IP**

**Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura – PsiCC**

**ANA CAROLINA SANTOS XAVIER**

**SOFRIMENTO PSÍQUICO EM FAMÍLIAS COM PESSOAS EM CRISE DO TIPO**

**PSICÓTICA: Uma aproximação de gênero**

**Brasília**

**2023**

**ANA CAROLINA SANTOS XAVIER**

**SOFRIMENTO PSÍQUICO EM FAMÍLIAS COM PESSOAS EM CRISE DO TIPO  
PSICÓTICA: Uma aproximação de gênero**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Cultura, do Instituto de Psicologia, da Universidade de Brasília, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica e Cultura.

Área de Concentração: Saúde Mental e Cultura

Orientador: Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa

**Brasília**

**2023**

**ANA CAROLINA SANTOS XAVIER**

Dissertação intitulada “**SOFRIMENTO PSÍQUICO EM FAMÍLIAS COM PESSOAS EM CRISE DO TIPO PSICÓTICA: Uma aproximação de gênero**”, de autoria da mestranda Ana Carolina Santos Xavier, aprovada pela banca examinadora constituída pelos membros:

Banca Examinadora:

---

Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa - Presidente

Instituição: PsiCC/PCL/IP/UnB

---

Prof. Dra. Raquel Paiva - Membro Externo

Instituição: Espaço Elpis

---

Prof. Dra. Larissa Polejack Brambatti - Membro Interno

Instituição: PsiCC/PCL/UnB

---

Prof. Dr. Mauricio Neubern - Membro Suplente

Instituição: PsiCC/PCL/UnB

Brasília, 27 de maio de 2023.

## Dedicatória

Não há como iniciar a dedicatória deste trabalho sem agradecer ao Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do Tipo Psicóticas (GIPSI) e ao professor Ileno, que sempre me acolheram e me ensinaram a ser a profissional que sou.

Às famílias que me permitiram adentrar em sua história, fazer parte e, mesmo dentro de um sofrimento, mostrar que o enlace familiar precisa ser olhado e reescrito.

Agradeço às mulheres fortes que me permitiram acompanhá-las no momento mais doloroso e caótico que poderia existir.

## **Agradecimentos**

Ao meu pai, que sempre me motivou a estudar e nunca me deixou desistir, que esteve comigo em cada pequena conquista, desde a minha formatura no ensino infantil até a minha entrada no mestrado.

Às três mulheres da minha vida, as quais tiveram, cada uma, um peso na constituição da mulher que eu sou hoje: à minha mãe, à Andréia e à minha madrinha, mulheres que se mostraram humanas e fortes.

À minha família, meus primos que são meus irmãos: Bruno, Deborah e Gabi; minha irmã Eduarda; meus sobrinhos Laila, Bento e Lina; e à Marya Júlia, que sempre trocou muitas figurinhas comigo sobre a temática da minha pesquisa.

À minha terapeuta que, se não fosse por ela, eu teria me perdido na minha essência. Que me resgatou de locais muito escuros e sempre me mostrou a luz, que a cada duas semanas me fazia lembrar por que eu estava no mestrado e qual era o meu objetivo.

A alguns amigos que a Universidade de Brasília (UnB) me proporcionou desde a graduação até o mestrado e que merecem ser mencionados: Thaís, que segurou minha mão em diversos momentos, uma verdadeira guia na pós-graduação, e ainda ganhei uma grande amiga para vida toda; Leonardo, que várias vezes me deu palavras amigas diante do percurso desse trabalho e me mostrou que, apesar da fase turbulenta, ela acaba; Natália, minha companheira de atendimento, que me ajudou muito no processo da escrita da dissertação.

Aos meus amigos e irmãos de vida que, mesmo nos momentos mais difíceis, não largaram minha mão, escutaram e acolheram meus discursos repetitivos por motivos da dissertação. Júnior, que muitas vezes me deu um colo amigo e me ajudava a distrair nos momentos difíceis. Alexandre, que desde que falei que faria o processo seletivo de mestrado, me ajudou e me guiou, uma grande inspiração como psicólogo. Nathália, que me

acompanhou e ajudou na reta final. Audila, que entrou na minha vida no último ano do mestrado e foi uma grande amiga, me ajudava muito a refletir sobre o motivo de ter escolhido o mestrado e me ajudou várias vezes a reorganizar minha vida.

Ao meu orientador, que é o principal pesquisador e profissional da psicologia quando falo sobre crises, que me deu a base como psicóloga ao me permitir trabalhar com ele há quase 5 anos e entrar no mundo do cuidado para com pessoas em crises do tipo psicóticas.

Ao GIPSI, pois encontrei nos profissionais do grupo uma segunda família para chamar de minha. Um grande agradecimento à professora Raquel, uma excelente profissional que foi uma mentora e uma grande amiga. Cada pessoa no grupo teve uma grande influência, seja por meio das discussões de casos ou das trocas de ideias que aconteciam antes das sessões. E a todas as pessoas em sofrimento psíquico grave que me permitiram acolhê-las e confiaram no meu trabalho.

Agradeço também aos excelentes professores da UnB que foram importantes nessa jornada: Larissa Polejack, Isabela Machado, Silvia Lordello, Valeska Zanello, Sérgio Eduardo, Fábio Iglesias e Kátia Touraquella. Esses professores me inspiraram e, cada um à sua maneira, moldaram meus pensamentos e conhecimentos como psicóloga.

## **Resumo**

O objetivo deste trabalho é investigar como funciona a relação familiar em relação à intersecção de gênero e como isso afeta o sofrimento dos demais membros da família dentro do contexto da clínica do sofrimento psíquico grave. Com foco nos cuidadores e nas relações familiares, bem como na busca de um cuidado adequado, foram realizadas uma revisão de escopo e um estudo de caso. As principais teorias utilizadas no estudo foram as do sofrimento psíquico grave, gênero e teoria feminista da família. De forma geral, pode-se observar em um ciclo familiar disfuncional um sistema adoecido que impacta o adoecimento de seus integrantes. Além disso, é possível observar as diferenças desse adoecimento e as demandas de acordo com o gênero. As limitações apresentadas pelo trabalho estão relacionadas à metodologia do estudo de caso e aos estudos de gênero na psicose.

**Palavras-chave:** sofrimento psíquico grave, gênero, terapia familiar feminista.

### *Abstract*

The objective of this study is to investigate how family relationships function in relation to gender intersectionality and how it affects the suffering of the other family members within the context of severe psychic suffering clinic. With a focus on caregivers and family relationships, as well as the pursuit for adequate care, a scoping review and a case study were conducted. The main theories used in the study were those of severe psychic suffering, gender, and feminist theory of the family. In general, in a dysfunctional family cycle, an unhealthy system can be observed that impacts the illness of its members. In addition, it is possible to observe the differences in this illness and the demands according to gender. The limitations presented by the work are related to the methodology of the case study and gender studies in psychosis.

**Keywords:** severe psychic suffering, gender, family feminist therapy.



## **Lista de Siglas**

<b>AU</b>	Unidades de Acolhimento
<b>CAEP</b>	Centro de Atendimentos e Estudos em Psicologia da Universidade de Brasília
<b>CAPS</b>	Centro de Apoio Psicossocial
<b>CT</b>	Comunidade Terapêutica
<b>GIPSI</b>	Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do Tipo Psicóticas
<b>IP</b>	Instituto de Psicologia
<b>LGBTQIAPN+</b>	Lésbicas, Gays, Bissexual, Transsexual, Queer, Intersexo, Assexuais/Arromânticas/Agênero, Pan/Poliamoroso, Não-binárias e mais
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>ONGs</b>	Organizações Não Governamentais
<b>RAPS</b>	Rede de Atenção Psicossocial
<b>SRT</b>	Serviços Residenciais Terapêuticos
<b>UnB</b>	Universidade de Brasília

## Sumário

<b>Introdução .....</b>	<b>11</b>
<b>1. Questões Iniciais e Problema de Pesquisa.....</b>	<b>15</b>
<b>2. Apresentação dos Capítulos .....</b>	<b>18</b>
<b>Capítulo 1: Revisitando a Literatura sobre Primeiras Crises, Crise Psíquica Grave e Sofrimento Familiar.....</b>	<b>20</b>
<b>1.1 Primeiras Crises e Crise Psíquica Grave .....</b>	<b>22</b>
<b>1.2 Sofrimento dos Familiares de Pessoas em Primeiras Crises do Tipo Psicótica.....</b>	<b>26</b>
<b>Capítulo 2: Mergulhando no Sofrimento Familiar de Pessoas em Primeiras Crises do Tipo Psicóticas.....</b>	<b>33</b>
<b>2.1 Jogos Psicóticos na Família .....</b>	<b>34</b>
<b>2.2 Abordagem Sistêmica de Família e Psicose .....</b>	<b>38</b>
<b>Capítulo 3: Problematizando as Questões de Gênero no Sofrimento Familiar nas Crises Psíquicas.....</b>	<b>46</b>
<b>Capítulo 4: Sofrimento Silencioso e Sistemático de uma Família, o Estudo de Caso .....</b>	<b>60</b>
<b>4.1 Sobre as Metodologias .....</b>	<b>61</b>
<b>4.1.1 Sobre a Revisão de Escopo.....</b>	<b>61</b>
<b>4.1.2 Sobre a Metodologia do Estudo de caso .....</b>	<b>66</b>
<b>4.2 Caso Ana Clara, o Caso das Mulheres Influentes.....</b>	<b>72</b>
<b>4.2.1 Apresentação do Caso .....</b>	<b>72</b>
<b>4.2.2 Análise do Caso .....</b>	<b>78</b>
<b>Capítulo 5: Algumas Reflexões Possibilitadas pelo Estudo.....</b>	<b>89</b>
<b>Considerações Finais .....</b>	<b>99</b>
<b>Referências.....</b>	<b>105</b>

## Introdução

A mera condição de ser humano já nos define como “seres de crises”, capazes de passar por fenômenos de transformações e mudanças que geram desequilíbrios em níveis biológicos, psicológicos ou sociais, em alta ou baixa intensidade, que exigem certo esforço para retornar ao equilíbrio. Apesar da visão individual do sofrimento, ele também é um constructo social que surge como forma de denúncia à vivência do indivíduo em um determinado meio social (Santos, 2009).

Costa (2001) apresenta a definição de família como um sistema aberto, mutável, com interação e certa dependência das partes, que influencia o indivíduo e sofre interferências dele. Por meio da sua homeostase, ocorre a construção da subjetividade individual e relacional desses indivíduos.

Logo, ao considerarmos o atravessamento de uma subjetividade por um sofrimento extremo, compreendendo-o como sofrimento psíquico grave, entende-se que ele está intrinsecamente subordinado ao contexto da interação familiar. A criação de identidade e ideologias que compõem o indivíduo é influenciada pelo contexto familiar deste indivíduo, sendo que este mesmo contexto também sofreu interferências anteriores, e assim por diante.

Podemos compreender o sofrimento psíquico grave ou as psicoses através da leitura de Costa (2008) sobre como a crise interfere e gera sofrimento:

Quando falamos em crises psíquicas graves, estamos nos referindo a todas as situações em que, no curso do crescimento e desenvolvimento do ser humano, ocorrem vivências conflituais básicas que marcam definitivamente o sujeito e sua história. Referem-se, na nossa teorização, às psicoses e transtornos correlatos (p. 97).

Como citado, o adoecimento não ocorre de forma individual/isolada, uma vez que somos seres sociáveis e desde o nascimento somos inseridos em um primeiro ambiente social: a família. Para o presente estudo, utilizaremos a teoria sistêmica como base de

compreensão da constituição das relações familiares. A teoria sistêmica entende a família como um sistema aberto devido ao fluxo de indivíduos que fazem parte dela (subsistemas), diferentemente de uma concepção de pessoa como um ser individual. Temos como vertentes da composição familiar os seguintes conjuntos: conjugal, parental, filial e fraternos – também conhecida como família nuclear –, além da família estendida, que inclui a participação de avós, tios, primos. Essa família é mantida pela homeostase, que permite que haja transformações (Costa, 2001; Costa, 2003, como citado em Costa, 2013a). É por meio das relações familiares e dos ideais transmitidos por essa família que um indivíduo desenvolve um ideal de mundo e compreende quais são as regras, limites e papéis a serem desempenhados nesse mundo. De acordo com a teoria sistêmica, a ciência e a cultura influenciam e são influenciadas não apenas pela sociedade, mas também pela família, sendo, portanto, um fenômeno complexo (Costa, 2001).

Conforme discutido anteriormente, relacionado à psicose e ao sofrimento associado a ela, surgem questões relacionadas a padrões repetitivos e características rígidas das famílias. Essas características são traços de comportamento presentes em uma pessoa em crise do tipo psicótica. Para além disso, é possível apontar, nestes casos, uma dificuldade de comunicação dentro desse sistema familiar. Em razão disso, pode-se observar uma dificuldade de comunicação entre os membros em que a informação transmitida e a recepção da mesma não são consistentes, caracterizando o chamado duplo vínculo. O conceito do duplo vínculo, presente na teoria sistêmica, refere-se a situações em que uma pessoa recebe mensagens contraditórias, confusas ou ambíguas de seu ambiente, especialmente de figuras de autoridade. Isso pode criar uma sensação de desorientação e conflito. Embora o duplo vínculo seja geralmente visto como um fenômeno entre duas pessoas, quando se trata de uma família, que envolve mais do que dois membros, há também a dinâmica de coalizão ou mudança dessa díade dentro desse sistema familiar (Hoffman, 1992).

Palazzoli et al. (1998) observam que, quando o casal tem filhos “perturbados”, há um casamento desestruturado subjacente. Logo, esses filhos que entram em crise denunciam esse casamento. Contudo, isso não é uma regra. O adolescente, ao se encontrar nesse jogo, de forma inconsciente, convence-se de que seu estado está condicionado à relação negativa de seus pais; os pais também têm um pensamento semelhante, porém culpabilizam uns aos outros. Segundo os estudos de Carr (2012), a regra do controle dentro de uma família é pautada pelo esquema de hierarquia, que pode nos ajudar a visualizar a culpabilização entre os genitores, já que é apresentado um sistema em que a luta de domínio e poder pode triangular esse relacionamento a fim de obter influência e domínio dentro dessa família (Bruscagin, 2010; Carr, 2016).

Outro fator importante relacionado ao adoecimento mental e às famílias de sujeitos adoecidos é a noção de gênero. A discussão sobre gênero no Brasil teve início no final do século XX, intensificando-se ao longo dessa década e na seguinte. Como citado por Anna Maria Santos, o “uso da categoria gênero na abordagem dos fenômenos psíquicos implicava o desafio de romper com a hegemonia do discurso biomédico sobre a doença mental, que no mesmo período estava sendo objeto de discussão no âmbito da reforma psiquiátrica” (Santos, 2009, p. 1179).

Seguindo as contribuições de Santos (2009) e Zanello (2018), observa-se um número significativo de internações psiquiátricas masculinas, o que pode ser explicado pela hipótese de que os homens são mais suscetíveis a doenças mentais devido às expectativas que a sociedade tem em relação a eles. Enquanto isso, as mulheres têm as relações afetivas como fator protetor. Para compreendermos o sofrimento psicótico de maneira mais genuína, é necessário afastar o pensamento baseado em concepções biológicas do feminino, que associam o adoecimento das mulheres às suas condições reprodutivas, hormonais, e explicam seus transtornos a partir de questões biológicas (Zanello & Bukowitz, 2011). O estudo

interseccional entre saúde mental e gênero permite colocar em destaque as relações sociais, pautando-se por referenciais teóricos que pensam o atravessamento de gênero e as experiências de sofrimento (Santos, 2009; Zanello et al., 2015).

De acordo com os estudos de Bezerra e Neto (2017), Medeiros et al. (2006) e Zanello et al. (2015), homens e mulheres apresentam formas distintas de adoecimento no contexto brasileiro devido à cultura e cobranças relacionadas a isso. Por um lado, devido à supervalorização social do papel do homem como provedor e das relações de gênero na cultura, eles procuram fugas destrutivas, como o álcool e as drogas, o que potencializa os transtornos mentais. Por outro lado, as mulheres se apegam aos afetos, explicando, assim, o número alto de pacientes do sexo feminino com desordens de aspectos emocionais. Ademais, mulheres são mais suscetíveis ao adoecimento mental, em comparação aos homens, por estarem mais vulneráveis no meio social e cultural que estão inseridas, conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS) (Zanello, 2018). Como problematizado por Costa (2008), dentro dos relacionamentos família-paciente psicóticos é comum acharmos uma relação simbiótica entre mãe e filho. Essa simbiose é uma característica na leitura psicanalítica, porém, é necessário considerar que os demais relacionamentos também são importantes no processo de adoecimento e têm impacto no processo de subjetivação do sujeito com psicose e aqueles que estão em seu entorno.

Ainda em relação ao gênero, existe uma manifestação cultural específica de preconceito que envolve o “privilégio da experiência masculina e alienação da experiência feminina”, a qual é conhecida como androcentrismo (Bailey et al., 2018, p. 1). A cultura androcêntrica ocidental leva os pesquisadores e os indivíduos inseridos nessa cultura a questionarem e se sentirem desconfortáveis diante da hegemonia do masculino, da razão e da racionalidade do ser. Já o movimento feminista surgiu como uma forma de problematizar e estimular reflexões sobre esse discurso e essas vivências. Isso ocorre porque, de maneira

inconsciente, nossa sociedade reproduz padrões antigos que definem papéis sociais distintos para mulheres e homens, atribuindo às mulheres o papel de cuidadora, mesmo quando estão envolvidas em atividades profissionais que ocorrem em paralelo em suas vidas, enquanto aos homens é atribuído o papel de provedor (Breunlin et al., 2000; Narvaz & Koller, 2007; Zanello, 2016). Isso é observado quando há um quadro psicótico: a atenção e o cuidado dos pais são requisitados, porém, quem se dedica e assume esse papel de cuidadora é a mãe, ou seja, a pessoa do sexo feminino.

Teoricamente, pode-se observar que os demais componentes de uma família em uma relação gendrada são deixados em segundo plano, enquanto a simbiose entre mãe e filho psicótico é estabelecida (Costa, 2001). Assim, é necessário trazer à luz as questões que ocorrem dentro desse sistema devido à visão e construção de gênero, as perspectivas da terapia feminista da família e como esse desequilíbrio gera impactos prejudiciais no cotidiano. De acordo com Narvaz e Koller (2007), as abordagens das terapias feministas da família sobre o poder de cada indivíduo na constituição da família, e como esse poder circula, ajudam as famílias a delimitar papéis, lidar com hierarquias disfuncionais e enfrentar o adoecimento entre os membros, auxiliando-os a restabelecer a homeostase do sistema familiar de forma saudável. Diante disso, o presente estudo visa investigar o funcionamento dessa relação familiar pautada pela intersecção de gênero, bem como analisar como o adoecimento afeta os demais membros da família, com foco nos cuidadores e nas relações familiares, além de abordar a importância do autocuidado.

## **1. Questões Iniciais e Problema de Pesquisa**

Foi diante das minhas próprias crises como profissional da psicologia, vivenciando a clínica, especialmente em atendimentos familiares, e ao mesmo tempo realizando pesquisas sobre gênero, que encontrei os principais motivadores para a junção de dois temas de suma

importância para este estudo. Durante muito tempo, questionei a razão pela qual não se falava sobre o sofrimento geracional dentro de uma família quando havia uma pessoa em sofrimento psíquico grave em suas primeiras crises do tipo psicótica. Inicialmente, observava-se o sofrimento do indivíduo reconhecido em crise, mas logo em seguida ficava evidente um adoecimento em massa, no qual outros membros da família também apresentavam sofrimento. Sempre chamou muito a minha atenção quando mais de uma pessoa do sexo feminino adoecia devido a essa circunstância específica.

Além disso, do ponto de vista acadêmico, no contexto dos estudos sobre saúde mental, o gênero é considerado um dos principais determinantes sociais, juntamente com fatores como local de moradia, raça e condições econômicas, uma vez que o sofrimento de homens e mulheres difere devido a essas questões (Alves & Rodrigues, 2010). Os determinantes sociais podem ser compreendidos como as condições nas quais o indivíduo trabalha e vive, abrangendo fatores sociais, econômicos, culturais e raciais (Buss & Pellegrini Filho, 2007).

No entanto, são poucos os pesquisadores que adotam essa perspectiva e atribuem devida importância a ela (Patel, 2005, como citado em Zanello, 2018). Por meio de uma revisão de escopo utilizando as palavras-chave “crise”, “psicose” e “gênero” nas bases de dados Portal de Periódicos CAPES, *Google Scholar*, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Scopus, BVS Psi e o software Mendeley, foi constatado que existem mais pesquisas brasileiras relacionadas com mulheres, frequentemente abordando a “psicose pós-parto”. Estudos internacionais sobre gênero e psicose abordam essa temática, mas não se aprofundam na compreensão do fenômeno da crise psicótica, tratando-o apenas como critério de diagnóstico. Além disso, esses estudos não apresentam a mulher enquanto categoria de gênero e como objeto principal, e tampouco abordam o recorte de análise do sofrimento dos cuidadores.



Portanto, há uma justificativa para a necessidade de novos estudos sobre gênero, terapia familiar e psicose a fim de formular e produzir conhecimentos para essa área, bem como desenvolver metodologias que possa aprimorar o manejo psicoterapêutico. Além disso, é importante reconhecer que o sofrimento psíquico é gendrado. Tanto os pais quanto as mães podem adoecer, porém, de maneiras diferentes. De um lado, os indivíduos do sexo masculino podem adoecer devido à pressão social relativa às suas atividades laborais, virilidade sexual e riqueza; do outro lado, as mulheres podem adoecer devido às demandas da vida amorosa, beleza, sexo e, principalmente, devido ao cuidado com a família – sua capacidade de criar e cuidar de uma família (Zanello et al., 2015).

Desta forma, apresentam-se questões importantes para o desenvolvimento do trabalho em questão, como, por exemplo, a configuração do sistema que denominamos de família. Como ela tem se transformado ao longo do tempo e como podemos compreendê-la? Seria a família qualquer relação íntima que atribui os mesmos sentidos mencionados anteriormente e os aplica a si mesma? Com o apoio da teoria geral dos sistemas, podemos estabelecer uma analogia com a denúncia da vivência no meio social, uma vez que a família também é um sistema social que atua como apoio para a sobrevivência e o bem-estar de seus integrantes. Porém, trata-se de um sistema aberto e mutável, caracterizado por interações e um certo nível de dependência entre suas partes. Essa dinâmica é influenciada e sofre interferências do meio ambiente, bem como da cultura e da ciência (Costa, 2001).

Essas reflexões são essenciais para compreendermos a complexidade da dinâmica familiar e sua relação com os aspectos de gênero e saúde mental, destacando a importância de uma abordagem sistêmica e culturalmente sensível para se compreender e intervir no contexto familiar.

Outra questão que se apresenta como motivação para este estudo é o adoecimento, tanto no sexo feminino quanto no masculino, no contexto familiar. Temos homens

apresentando um adoecimento relacionado à falta do êxito profissional e se colocando em situações de perigo, enquanto as mulheres têm um sofrimento frequentemente relacionado às expectativas no âmbito privado, somatizando ou expressando uma carga emocional (Zanello, 2018). Conforme observado, o sofrimento pode ser transmitido entre gerações e resultar de dinâmicas presentes no sistema familiar, afetando não apenas o indivíduo adoecido, mas também os demais membros da família (Carr, 2016). Porém, qual é a diferença em relação ao sofrimento considerando o gênero do indivíduo? E em relação à procura por cuidado? Como podemos auxiliar e diminuir o sofrimento dos cuidadores?

## **2. Apresentação dos Capítulos**

Este trabalho é composto por uma revisão de escopo e um estudo de caso com articulação teórica, estruturando-se em cinco capítulos para além da introdução e das considerações finais. A primeira parte consiste na introdução do trabalho, em que foi revelada as motivações pessoais e acadêmicas da pesquisadora para realização do presente estudo.

O primeiro capítulo articula os constructos de sofrimento e sofrimento psíquico, além da diferenciação entre este último e a psicose. Além disso, este capítulo traz a teoria já existente sobre o sofrimento dos familiares, dando ênfase ao sofrimento atrelado a pessoas em primeiras crises do tipo psicótica.

O segundo capítulo apresenta grandes revisões teóricas de dois livros. O primeiro livro é “Os jogos psicóticos na família” de Palazzoli et al. (1998). Os autores exploram estudos de casos nos quais foram realizados acompanhamento familiar de pacientes psicóticos. Nesses estudos de caso, são analisados os padrões de comportamento das famílias, que os autores denominam de “jogos”. O segundo livro é intitulado “Transtorno Mental e o Cuidado na Família”, de Rosa (2011). Nesta obra, o autora discute sobre a abordagem sistêmica e familiar em relação aos transtornos mentais.

No terceiro capítulo foi realizada uma exposição sobre as questões de gênero no sofrimento familiar de pacientes em crises psíquicas graves, além de trazer definições sobre gênero e sobre terapia feminista da família ou terapia familiar feminista, como ela é conhecida.

O quarto capítulo apresenta a teoria sobre metodologia do estudo de caso em si e sua aplicabilidade no caso escolhido, passando pela escolha dos participantes, os instrumentos utilizados e o procedimento de coleta e análise de dados, além da metodologia da revisão de escopo e os resultados da pesquisa de estudos brasileiros sobre sofrimento psíquico grave e gênero. Em seguida, é apresentado o “caso das mulheres influentes”, exposto desde o acolhimento até o processo de encerramento. Por fim, é realizada a análise do caso com base na literatura.

No quinto capítulo, foram apresentadas as reflexões possibilitadas por esse trabalho por meio da visibilidade do sofrimento dos cuidadores, além de expor a afirmação que a conclusão não nos leva ao fim, mas, sim, para um novo mundo a ser descoberto e pesquisado. Por fim, temos as considerações finais do trabalho e as referências utilizadas.

## **Capítulo 1: Revisitando a Literatura sobre Primeiras Crises, Crise Psíquica Grave e Sofrimento Familiar**

Se temos uma certeza é a de que nascemos para o sofrimento, para as angústias. Todos nós sofremos, sofremos por necessitar de cuidados nos primeiros anos de vida e não saber pedir, sofremos por precisar nos cuidar e por precisar aprender a nos cuidar.

Como dito por Frankl (1988), a vida precisa de um senso, e o sofrimento é um exemplo para a procura do senso. Assim como o destino, o futuro e a morte fazem parte da vida, o sofrimento também está presente. Sem eles, a vida humana não se mostra completa. Uma frase sobre o sofrimento define, da melhor forma possível, sua dualidade em ser, ao mesmo tempo, bom e ruim: “o sofrimento deixa de ser sofrimento assim que se forma uma representação dele limpo e preciso” (Frank, 1988, p. 3).

Como aponta Henry (2003), apenas os humanos têm sensações, afeições, sentem paixões e sofrem. Saindo da visão biológica, onde a dor é relacionada a uma parte do corpo, é necessário olharmos para a dor no modo em que ela se manifesta, como se constitui e como se revela, um sofrimento da forma “pura”:

Este “sofrimento puro” revela-se num dilema, o que significa que só o sofrimento permite saber o que é o sofrimento e que o que se revela nesta revelação que é o fato do sofrimento, é precisamente o sofrimento. É o sofrimento que revela o sofrimento e é só por isso que nós, que sofremos, podemos realmente saber o que é o sofrimento (Henry, 2003, p. 36).

A origem da palavra sofrimento, do verbo sofrer, vem da palavra em latim *suffere*. Os romanos usavam esse termo para descrever aqueles que estavam sendo submetidos a tratamentos severos ou presos. O Dicionário Etimológico (2008) define sofrimento como uma injustiça persistente, grave e irremediável que se refere à submissão e à opressão.

Apesar dos dicionários apresentarem definições etimológicas pessimistas, a definição apresentada por Costa (2014) aborda resignação e tolerância, como também uma forma de suportar e permitir tolerar. Não necessariamente o sofrimento deve ser visto como algo negativo, doloroso, desesperançoso. Como dito por Costa (2014), descrever algo que incomoda, que gera dor e sofrimento, tem suas dificuldades, assim como, nas palavras do autor, “é impossível para qualquer um de nós conhecermos a experiência de dor de outra pessoa” (p. 25).

Cambuí e Neme (2014) apresentam um pensamento sobre como as transformações socioculturais afetam a subjetividade que, em suas mudanças, afeta o sofrimento. Por exemplo, as mudanças relacionadas ao momento atual são diferentes. Elas recaem sobre a vida e a existência humana, tornando-se novas fontes de sofrimento. Logo, para pensarmos no sofrimento, temos que pensar como a subjetividade, a cultura, a história social e a individualidade se relacionam.

Diante do fato de que a subjetividade humana está ligada às articulações culturais, históricas e sociais, além de sua conexão com circunstâncias pessoais, existe um questionamento de como a nova ordem social pode interferir na composição atual da subjetividade. A respeito do mal-estar e do sofrimento, anteriormente ambos eram relacionados a conflitos intrapsíquicos e à repressão. Hoje, o mal-estar está relacionado ao excesso e à liberdade, que causam fragmentação temporal, desvalorização da história e dificuldade de domínio da intensidade em só sentir da experiência, que causa sofrimento externalizado no corpo, no comportamento e no vivenciar o sentimento (Cambuí & Neme, 2014).

Entendendo que não podemos evitar o sofrimento, para compreendê-lo na clínica é necessária uma elaboração dessa subjetividade e dos seus processos constitutivos. Com isso,

pode-se aliviar e dar sentido ao sofrimento para fortalecer e levar a compreensão de si e da própria subjetividade (Ferreira & Antúnez, 2014).

Por fim, resumindo o sofrimento em si, segue a visão de Michel Henry (2003, p. 149, como citado em Ferreira & Antúnez, 2014):

O sofrimento ergue-se da possibilidade mais íntima da vida, ele pertence ao processo pelo qual a vida vem a si neste sentido radical e incontornável que é o sofrer primitivo como “sofrer-se” que todo o “provar-se” se cumpre fenomenologicamente. O sofrer é uma tonalidade fenomenológica originária da vida. Apenas a partir desse sofrer primitivo é que todo o sofrimento particular é possível (p. 311).

### **1.1 Primeiras Crises e Crise Psíquica Grave**

Apenas realizando uma viagem no tempo podemos dar início a compreensão de como a sociedade concebia o adoecimento ou sofrimento psíquico e como chegamos ao que conhecemos hoje em dia, com a reforma psiquiátrica.

A loucura já foi ligada ao adoecimento mental. Ela já foi compreendida como uma perda da autonomia psicológica, existindo pouca variação desse conceito com o tempo. Apesar de o conceito inicial permanecer, o número de espécies e subespécies de loucura mudam com o passar do tempo, assim como os seus tratamentos e cuidados.

No período Antes de Cristo, a literatura era uma grande representação da loucura, sendo sempre ligada a episódios “dramáticos” de luta e de romance. De início, com Hipócrates, podemos compreender a raiz da loucura, que era caracterizada de acordo com doenças que eram causadas pelos Deuses. Aqui já podemos perceber a criação de uma divisão, constituída por uma loucura tranquila, causada pela fleuma, e outra agitada, causada pela bÍlis. Platão e Aristóteles repetiram as ideias de Hipócrates, mas acrescentaram a ideia de psiquê e o sofrimento. Já no século I tivemos os primeiros pensamentos, através de Areteu e

Celsus, sobre esquizofrenia, psicose e neurose, que foram retomados no século 15 com Plater, Zacchias e Willis. Na Idade Média o sofrimento mental foi definido pela igreja católica como possessão diabólica (Pessotti, 1999).

É com os escritos de Michael Foucault (1972), em a “História da Loucura”, que damos início à compreensão sobre saúde mental e adoecimento/sofrimento psíquico e como ela chegou ao ponto que conhecemos atualmente. Foucault nos apresenta a loucura, o adoecimento mental, como uma construção histórica e social, relacionando-a com a razão e mostrando a existência de uma afinidade no movimento de instauração de ambas na civilização ocidental. Hoje, a visão ocidental sobre a loucura é médica e psicológica. No campo social, o fenômeno da loucura é decidido pelo senso comum através dos comportamentos do indivíduo tido como “louco”. Cada cultura traz características únicas do que se diz ser a loucura. Além da constatação da construção histórica e social da loucura, podemos observar que ela traz consigo elementos importantes, como “razão”, estabelecendo o seu outro, a “Desrazão”.

Foucault (1972) explicita melhor a concepção de loucura no período da Renascença. Ele toma esta época histórica como berço da ruptura moderna do diálogo entre razão e loucura e a consequente identificação desta última como desrazão. Ao desmistificar a loucura, é possível torná-la parte do mundo humano, inserindo-a em obras como a arte e a literatura.

Com a Reforma Psiquiátrica, não apenas foi reformulada a forma de atenção e reabilitação psicossocial, assim como o cuidado com pessoas em sofrimento psíquico grave. Houve também um questionamento sobre as instituições que se baseavam em um modelo asilar e hospitalocêntrico. A partir deste ponto de partida, deu-se início a um olhar atencioso ao cuidado, à humanização e à compreensão do processo de adoecimento e/ou sofrimento psíquico, bem como à inclusão social. Além disso, houve um esforço para reincluir e adaptar

as famílias no acolhimento de pessoas em sofrimento. A visão social era de exclusão e segregação dos considerados diferentes, sendo que esses indivíduos eram associados à vagabundagem. Dessa forma, havia um regime de “limpeza” em que, de início, os loucos eram colocados em embarcações e levados para outras cidades. Posteriormente, os hospitais psiquiátricos tornaram-se locais de afastamento e exclusão (Batista, 2015).

Auxiliando na compreensão do sofrimento psíquico grave e a sua possível diferenciação com a psicose, os estudos de Costa (2008, 2013a, 2013b, 2014) funcionam como um guia para um cuidado diferenciado a esse público. Na psicologia, o termo sofrimento psíquico grave é conhecido como sofrimento psicótico ou sofrimento psiquiátrico, que se manifestam como formas incompreensíveis de angústia aguda humana. A psicose é compreendida como um tipo de sofrimento que se encontra no extremo dos sofrimentos, gerando demandas e impactos tanto no indivíduo quanto nas suas relações sociais. A psicose e o sofrimento a ela atrelado são vistos como “mensageiros” das contradições e subjetivações presentes no ambiente em que estão inseridos (Costa, 2013b).

Primeiramente, é importante considerar o termo “sofrimento psíquico grave” como um constructo e não como um conceito. Além disso, é importante pontuar que o sofrimento psíquico grave está inserido no quadro da psicose, sendo uma de suas características a dificuldade de estabelecer relações interpessoais e consigo mesmo (Costa & Ramos, 2018). Ao utilizar o constructo do sofrimento psíquico grave, e não apenas a psicose, torna-se possível abordar uma variedade de crises, desde episódios cotidianos até crises psicóticas, sem diferenciá-las em sua essência, proporcionando uma visão mais cuidadosa de suas peculiaridades e dos contextos nos quais se manifestam. São utilizadas compreensões que foram apresentadas posteriormente, como a regressão do ego, retraimento social e incapacidade de desempenhar tarefas e papéis considerados habituais, conforme citado por Ghisolfi (2010) como citado em Costa e Ramos (2018).



A meu ver, existem duas razões para não usarmos a psicose como base ao falarmos das crises e sofrimentos, uma vez que estamos constantemente nos referindo ao sofrimento psíquico grave do tipo psicótico. Uma das justificativas é o fato de que a psicose está muito atrelada a visão e definições que surgiram no campo da psiquiatria. A visão psiquiátrica desconsidera o indivíduo e sua existência, não levando em consideração sua subjetividade e como ela pode ter sido atravessada por elementos que geraram sofrimento. Além disso, a visão psiquiátrica tende a supervalorizar os quadros/sintomas ao aplicar a eles características de patologia, reduzindo o indivíduo à sua “doença” (Costa, 2003, 2013a).

Portanto, Costa (2003) propõe não apenas a expansão do constructo, mas também um maior destaque às crises psíquicas humanas do tipo psicótica, englobando tudo o que está incluído na definição clássica da psicose.

Fala-se, então, da crise psíquica grave como manifestação genuína, como possibilidade e continuidade de ser, objetivando, em particular, encontrar (e oferecer) direções para o acolhimento, cuidado e respeito humanos às manifestações fenomênicas de tais sofrimentos, suprimindo o exagero (muitas vezes “insano”) de medicações e/ou internações exageradas, entendendo que o sofrimento psíquico grave é carregado de aspectos individuais, relacionais, existenciais e espirituais (Costa, 2017, como citado em Costa & Ramos, 2018, p. 257).

Assim, escolher continuar e criar uma categoria para acompanhar o sofrimento psíquico grave é importante devido à persistência de uma visão preconceituosa e uma política de aprisionamento e tratamento psiquiátrico que ainda exclui os indivíduos da sociedade, com o uso excessivo das medicações e falta de acompanhamento em alguns locais, mesmo após a implementação da reforma psiquiátrica. Além de criar uma clínica para crises, estabelecer esta categoria de acompanhamento do sofrimento psíquico grave nos permite compreender o fenômeno e como ele se manifesta em sua pureza total (Costa & Ramos, 2018).

A outra justificativa para não usarmos as definições da classificação psiquiátrica é o estigma já existente em relação ao termo “psicose”, que muitas vezes associa os sintomas psicóticos ao quadro da esquizofrenia (Costa, 2013). Silva (2017) aborda em seu trabalho as queixas de jovens em relação ao estigma social associado ao diagnóstico de psicose, desde o medo de “contágio” até suposições de perigo da convivência em grupos.

De certa forma, podemos compreender o sofrimento psíquico como uma vivência básica do existir. Podemos entender a crise psíquica grave com uma angústia intensa da existência e da vivência. Partimos da ideia de que é importante reconhecer esse sofrimento como uma manifestação do existir, observando suas possibilidades de coexistir, sem relacioná-lo, *a priori*, a doença ou anormalidade (Costa & Ramos, 2018).

## **1.2 Sofrimento dos Familiares de Pessoas em Primeiras Crises do Tipo Psicótica**

Diante do exposto sobre a loucura e o modo como a sociedade lidava com ela – desqualificando-a e atribuindo traços como preguiça, questionando o caráter moral do indivíduo –, é possível começar a compreender como a sociedade começou a excluir essas pessoas. À medida que a compreensão da loucura passou de uma explicação mitológica para uma explicação científica, ela passou a ser considerada como uma doença mental. Assim, sendo uma doença, acreditava-se que ela necessitava de cuidados médicos. Isso levou a surgimento da medicalização e da terapeutização do quadro. Um dos autores mais conhecidos dessa época é Pinel, que propôs formas de cuidado que envolviam o isolamento desses doentes mentais por meio da institucionalização em fundações e hospitais psiquiátricos (Batista, 2015). Alves et al. (2009) apresentam uma excelente definição não apenas de quem eram esses “loucos”, mas também de como eles eram tratados:

Evidencia-se por toda a parte a preocupação dos governantes em encontrar solução para abrigar e alimentar a elevadíssima percentagem de incapazes, de mendigos, de

criminosos, de anormais de todo gênero que dificultam e oneram pesadamente a parte não produtiva da sociedade (p. 86).

Diante da realidade que se revelou dentro dos manicômios, foram feitas críticas a esse modelo, principalmente em relação aos métodos de funcionamento, aos tratamentos, à conduta dos profissionais e à privação de liberdade dessas instituições (Alves et al., 2009; Batista, 2015).

A reforma psiquiátrica surgiu como um movimento que questionava e propunha mudanças. Esse movimento início na Inglaterra, com as comunidades terapêuticas que se baseavam na democracia de relação e na participação de todos os envolvidos, deixando de privilegiar o relacionamento paciente-médico. Ao mesmo tempo, havia um movimento antipsiquiatria ocorrendo na Inglaterra, que questionava conceitos como doença mental e a própria loucura, demonstrando que o cuidado não se limitava ao saber psiquiátrico. Porém, mesmo com essas questões em discussão, o modelo asilar foi reformulado, com a criação das comunidades terapêuticas inseridas na mesma estrutura (Alves et al., 2009; Feitosa et al., 2010).

Na França, surgiram os movimentos de psicoterapia institucional e psiquiatria de setor, que tinham como objetivo restaurar e recuperar o trabalho terapêutico dentro do hospital psiquiátrico. O movimento de psiquiatria de setor buscava promover ações comunitárias, uma vez que não acreditava na recuperação dentro de uma instituição alienadora.

Ainda na Europa, mais especificamente na Itália, surge também um movimento que critica os saberes e práticas psiquiátricas. Este movimento italiano difere do antipsiquiatrismo inglês, pois, ao invés de negar a existência da doença mental, que os ingleses entendiam como um fenômeno social, os italianos propõem uma abordagem inovadora. Para esse movimento, a loucura era vista como algo intrínseco ao ser humano e que requer não apenas

o saber da psiquiatria, mas também a participação da comunidade, da família e demais redes de apoio no cuidado (Alves et al, 2009).

Na América do Norte, seguindo estes movimentos europeus, ocorreu uma movimentação estado-unidense em busca de prevenção e promoção de saúde de forma pública. Porém, mesmo com essas movimentações, foi observado que o modelo manicomial ainda persistia. Nesse contexto, inclusive foi constatado um aumento nas internações (Alves et al., 2009; Batista, 2015; Feitosa et al., 2010).

No Brasil, a reforma psiquiátrica ganhou força devido às péssimas condições de trabalho, ao uso inadequado de recursos e à persistência do modelo manicomial. Em 1978, ocorreu uma crise na Divisão Nacional de Saúde Mental, na qual os trabalhadores reivindicaram mudanças. Quase 10 anos depois, foram realizados os primeiros congressos dos trabalhadores em saúde mental, nos quais ocorreu uma articulação nacional em prol a luta antimanicomial. Nesse mesmo período, foi criado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de São Paulo, chamado de CAPS Prof. Luiz da Rocha Cerqueira (Alves et al., 2009).

Após a criação do primeiro CAPS, foi promulgada a Lei da Reforma Psiquiátrica em 06 de abril de 2001. Como mencionado por Batista (2015, 2019), o movimento da reforma psiquiátrica oferece oportunidades e ferramentas para que indivíduos que sofrem de problemas psíquicos, principalmente um sofrimento psíquico grave, possam viver uma vida com qualidade.

Como resposta a esse movimento político da reforma psiquiátrica, foi criada em 2011 a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), destinada a pessoas com sofrimento ou transtorno mental, além de auxiliar usuários de álcool e outras drogas. Dentro da RAPS, existem dispositivos como os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento (AU), Ambulatórios Multiprofissionais de

Saúde Mental, Comunidades Terapêuticas (CT), Enfermarias Especializadas em Hospital Geral e Hospital-Dia.

A Portaria de nº. 3.0088 do Ministério da Saúde (2011) apresenta 12 diretrizes, sendo elas:

- I - respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
- II - promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
- III - combate a estigmas e preconceitos;
- IV - garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- V - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
- VI - diversificação das estratégias de cuidado;
- VII - desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;
- VIII - desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;
- IX - ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
- X - organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;
- XI - promoção de estratégias de educação permanente; e
- XII - desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular (p. 1).

A apresentação de todos os princípios da RAPS é importante para estabelecer uma correlação com os princípios e objetivos do Grupo de Intervenção Precoce, nas Primeiras Crises do Tipo Psicótica (GIPSI). O GIPSI foi fundado como um programa de extensão da

Universidade de Brasília (UnB) no ano de 2001, antes mesmo da criação da RAPS, pelo professor doutor Ileno Izidio da Costa após seu doutorado sanduíche na Inglaterra. O objetivo do grupo surgiu a partir de um movimento de intervenção clínica em relação ao que é percebido como “doença” pela sociedade, conhecido por Ileno durante seu período na Inglaterra (Freitas & Costa, 2017).

O grupo realiza um trabalho de atenção primária nas primeiras crises, contando com uma equipe multiprofissional que segue os princípios de redução do estigma da loucura, respeitando os conceitos de liberdade e autonomia. É realizado um cuidado humanizado tanto ao sujeito quanto ao seu sistema familiar. Além disso, o GIPSI promove a integração de saberes por meio da diversidade dos profissionais que o compõem, bem como de suas abordagens (Freitas & Puchivailo, 2017).

O GIPSI trabalha de forma bastante semelhante aos princípios da reforma psiquiátrica, o qual traz consigo práticas de desinstitucionalização, auxiliando a reinserção desse indivíduo na família e no meio social. A família, principalmente o familiar que se torna o cuidador, fica exposta a diversos eventos estressores. Por um lado, o relacionamento familiar pode fortalecer os vínculos afetivos e o cuidado, mas também pode ser afetado negativamente. A pessoa responsável pelo cuidado pode enfrentar desafios em sua saúde devido à dedicação quase exclusiva, resultando em mudanças cotidianas, seja na vida amorosa, social ou profissional. Isso pode gerar uma sobrecarga emocional e requer adaptações significativas.

A sobrecarga familiar pode ser definida, segundo Goldman (1982), como o estresse emocional e econômico a que as famílias se submetem quando um parente recebe alta de um hospital psiquiátrico e retorna ao seu lar. Nesse contexto, quase sempre um membro fica responsável como cuidador principal. Ou seja, esse membro passa a ser aquela pessoa que provê ao paciente os principais cuidados primários, como

alimentação, vestuário, higiene, administração de remédios e finanças. Ao assumir essa função, o cuidador familiar não apenas altera a sua trajetória de vida como muda sua história de vida, pois o ato de cuidar implica renunciar à própria vida para se dedicar ao cuidado de outrem. É nesse cenário que a história de vida ganha novas formas, novas vivências e novos desafios (Batista, 2019, p. 108).

Como afirmado por Costa (2013), as famílias que possuem membros psicóticos são um campo vasto para estudos. Nesse contexto, a família vai além das relações sanguíneas entre os indivíduos, envolvendo vínculos íntimos permeados por sentimentos de pertencimento, ideias compartilhadas, fantasmas comuns e com papéis a serem desempenhados. O relacionamento familiar é um fenômeno complexo e de grande importância para análise.

A crise vivenciada por uma pessoa gera tensões em sua relação com a família, principalmente diante da alienação e exclusão enfrentadas durante crises mais graves, além das dificuldades em compreender a realidade paralela que foi criada a partir delas (Costa & Ramos, 2018).

Em relação às mudanças no cuidado, o estudo de Batista (2019) aponta que surgem sentimentos de culpa em relação ao surgimento do quadro de sofrimento, o que provoca um conflito interno nos familiares que assumem o papel de cuidadores dessas pessoas em sofrimento. Além disso, o autor constata que o cuidador de um indivíduo em sofrimento psíquico grave pode experimentar sensações de adoecimento, cansaço e sobrecarga mental.

Diante do cuidado da pessoa em sofrimento psíquico grave, é importante direcionar nossa atenção para a família e os demais cuidadores envolvidos nessa rede, de modo a oferecer um cuidado que não perpetue o adoecimento ao longo das gerações. O estudo quantitativo descritivo de Dourado et al. (2018) investiga a relação entre transtornos de ansiedade e depressão em cuidadores de pessoas em tratamento psiquiátrico. Os resultados

revelaram que a maioria dos cuidadores apresentava sintomas leves a moderados de depressão e ansiedade, porém menos da metade deles buscava tratamento para esses transtornos. Além disso, verificou-se que os níveis de ansiedade estavam relacionados ao tempo dedicado ao cuidado do paciente em tratamento psiquiátrico.



## **Capítulo 2: Mergulhando no Sofrimento Familiar de Pessoas em Primeiras Crises do Tipo Psicóticas**

No momento da crise, o paciente traz consigo um discurso que, fora do contexto familiar, pode ser de difícil compreensão. É nesse sentido que o conceito de “duplo vínculo” é apresentado como um padrão de comunicação dentro dessas famílias (Bateson, 1956, como citado em Costa, 2001).

Os funcionamentos dentro de uma família são extremamente diversos, abrangendo desde a escolha do parceiro e o investimento naquela família até a forma como os “fantasmas” de cada membro se encontram e se convergem, além do padrão de comunicação existente. Dentro desses sistemas, ocorrem processos que podem promover ou prevenir mudanças, conhecidos como morfogênese e homeostase, respectivamente. No entanto, quando um paciente apresenta um comportamento problemático que afeta intensamente a dinâmica familiar, a família enfrenta dificuldades de restabelecer a homeostase. É crucial estabelecer limites e reconhecer/conhecer as regras e as normas implícitas que regem essa família, a fim de acolher e compreender o comportamento-problema (Bateson, 1956, como citado em Costa, 2001; Bruscin, 2010; Carr, 2016; Costa, 2013b).

A fim de abordar o sofrimento familiar e do cuidador em relação à pessoa em sofrimento com crises psicóticas iniciais, este capítulo apresentará dois estudos importantes sobre o tema: “Os Jogos Psicóticos na Família” de Palazzoli et al. (1998) e “Transtorno Mental e o Cuidado na Família” de Rosa (2011).

A psicologia tem discutido sobre a família desde os seus princípios, abrangendo desde a relação mãe-bebê até a dinâmica familiar envolvendo o complexo de Édipo. A configuração da família é composta por questionamentos e problematizações em relação ao conceito de família. Ao mesmo tempo, esse sistema também apresenta desafios quando juntamos pessoas provenientes de diferentes origens.

Para discutir a relação entre saúde mental e família, foram selecionados os trabalhos de Palazzoli et al. (1998) e Rosa (2011). Apesar da diferença de tempo entre a publicação dos escritos e de suas localizações geográficas – sendo o primeiro um estudo europeu sobre a clínica da psicose e do jogo familiar, e o segundo um estudo brasileiro realizado no nordeste do país – ambos não abordam apenas o transtorno mental ou o jogo familiar em si, mas também destacam o impacto no cuidador familiar nesse processo. Ambos os trabalhos são atemporais e de grande importância para a clínica da psicose.

## **2.1 Jogos Psicóticos na Família**

O livro “Jogos Psicóticos na Família” de Palazzoli et al. (1998) utiliza a metáfora dos jogos para explorar o relacionamento familiar e como esse relacionamento influencia e é influenciado pelo processo de adoecimento. O público estudado é aquele que apresenta psicose, o qual os autores associam a um quadro grave de distúrbio mental.

Inicialmente, havia uma insatisfação em relação às metodologias paradoxais estratégicas existentes naquele momento. De um lado, havia casos com resultados significativos e rápidos, enquanto do outro lado havia situações percebidas como confusas e com fracassos. O termo “paradoxais” pode ser compreendido como “intervenções que preveem uma prescrição explícita do sintoma ou, pelo menos, o fato de louvá-lo, dar-lhe uma conotação positiva, encorajá-lo, preocupar-se que possa desaparecer demasiado rápido etc” (Palazzoli et al., 1998, p. 21).

Para fazer um balanço, é importante destacar que o duplo vínculo terapêutico desempenha um papel crucial no controle da relação entre paciente e terapeuta através do paradoxo estratégico do segredo, que será explicado mais adiante. No entanto, ele pode limitar a liberdade de reformulação do processo terapêutico, mantendo o foco sempre no sintoma e, em alguns casos, agravando o problema que está sendo tratado em terapia. O

conceito de duplo vínculo deriva dos estudos de Baterson, nos quais a comunicação é apresentada de uma forma, mas o comportamento não segue essa comunicação (Schroeder, 2006).

No entanto, isso não descarta a ideia do paradoxo terapêutico. Acrescentando também as ideias da escola de Palo Alto, o tratamento não deve se limitar apenas ao sintoma. Um conceito importante que foi adicionado é o da epistemologia circular, que destaca a importância da família e rompe com a epistemologia linear, priorizando a pergunta de onde vem o sintoma e por que ele está se manifestando naquele momento. Reconhece-se que o sintoma não é totalmente responsabilidade do indivíduo adoecido, mas é influenciado pelo meio social no qual está inserido.

É com base nesse paradoxo e nessa interpretação da razão desse adoecimento que os autores constroem o livro. Nas primeiras sessões, não apenas eram apresentados o sintoma, o adoecimento e a família, mas também era discutido qual jogo estava por trás desse adoecimento. Seria um casal com divórcio iminente? A ausência de uma das figuras de suma importância? No entanto, se a família não se mostrasse aberta, o processo era reformulado em uma tentativa de gerar uma crise interna através de prescrição.

O uso da prescrição teve início de forma inconsciente. Em um determinado caso, ao perceber o funcionamento global de um casal com três filhas e diante do caos apresentado pela família, foi feita uma prescrição velada e sem muita explicação. Essa prescrição consistia em diminuir a participação dos filhos nas questões dos pais, o que resultou na separação do grupo. Após a implementação dessa prescrição e o acompanhamento dos pais, foram observadas mudanças extraordinárias no comportamento da paciente identificada, bem como mudanças no clima familiar.

Diante dessa prescrição, que, segundo os autores Palazzoli e Prata (1980), demonstrou ser eficaz, foi elaborado um estudo sobre uma nova forma de realizar a terapia. O primeiro

passo é envolver não apenas os pais no processo terapêutico, mas também os familiares que convivem com eles, além de incluir os familiares que têm um papel significativo naquela família. Com a participação de todas essas figuras, uma das tarefas realizadas é delimitar as fronteiras familiares. O segundo passo consiste em prescrever um segredo familiar a fim de desestabilizar a homeostase da família e criar um “efeito bomba”. Isso é alcançado através da exclusão dos filhos das sessões de terapia familiar, com uma ausência de duas a três vezes por semana. Após a prescrição, as sessões passam a se concentrar no relacionamento dentro do ambiente familiar, levando em consideração a prescrição anteriormente estabelecida.

Esse estudo de Palazzoli e Prata (1980) foi conduzido com 22 famílias, divididas em três grupos distintos. O primeiro grupo seguiu integralmente a prescrição do segredo, sem revelar aos filhos, e observou-se uma mudança no próprio relacionamento do casal. Já o segundo grupo seguiu parcialmente a prescrição, com um baixo número de ausências nas sessões da família, sempre explicando a falta ao terapeuta com um certo pesar pela ausência. Por fim, o último grupo não seguiu a prescrição de forma alguma e, inclusive, questionou o terapeuta por não aderir à prescrição. Dessa forma, é possível observar que, apesar de existir uma prescrição paradoxal, há diferentes níveis de como essa prescrição pode ser aplicada, desde a obediência ou não à prescrição pelas gerações presentes até a hierarquização desse sistema.

Um ano e meio após o estudo anterior, Palazzoli e Prata (1983) apresentaram, no Congresso Internacional de Heidelberg, uma adaptação desse método para pesquisa e atendimento no tratamento de famílias esquizofrênicas. Foi observado que os pacientes apresentavam comportamentos específicos, como a manutenção de uma simbiose em um relacionamento mesmo após uma melhora no quadro clínico. Nesse contexto das famílias esquizofrênicas, foi identificada a presença de outro personagem desempenhando o papel de cuidador desse sujeito com esquizofrenia, que poderia ser um irmão, uma irmã ou outro

parente. Somente por meio da prescrição foi possível compreender a real importância dessa figura no sistema familiar e no processo terapêutico.

Após o uso da prescrição, foram observados fenômenos recorrentes que são de extrema importância para a compreensão do jogo psicótico na família. Um desses fenômenos é conhecido como “imbróglio”. O imbróglio começou a surgir quando se percebeu que, após a ausência do casal, um dos irmãos ou irmãs manifestava desconforto, como se este sujeito tivesse sido traído pela falta de explicação sobre o desaparecimento dos pais. Podemos entender o imbróglio como um processo complexo no qual aparenta existir um favoritismo intergeracional. Este favoritismo aparece através de comportamentos que são percebidos, mas que, na realidade, não existem. Esse fenômeno tem um papel importante na dinâmica da família e na manifestação do jogo psicótico presente nesse contexto.

Se considerarmos o imbróglio familiar como um fenômeno complexo, ele se torna ainda mais complexo quando falamos de famílias esquizofrênicas. O jogo presente nessas famílias em que há um paciente com quadro clínico de esquizofrenia é visto como um jogo sujo, pois é realizado de forma desleal. Palazzoli et al. (1998) levantam a hipótese de que esse jogo sujo possa estar relacionado ao comportamento psicótico. Às vezes, o quadro psicótico parecia estar simultaneamente ligado a uma quebra de confiança ou uma sensação de “exclusão” por parte de um dos membros do sistema familiar em relação ao indivíduo identificado.

A instigação se apresenta como mais um fenômeno do processo do jogo psicótico na família, gerando um comportamento silencioso que causa incômodo no seio familiar. No entanto, a instigação não ocorre necessariamente apenas com o quadro psicótico. Ela pode ter acontecido anteriormente, como um “pré-sintoma”, ou pode ser introduzida ao se perceber uma dificuldade em alterar as dinâmicas estabelecidas no jogo familiar.

Apesar do uso repetitivo do termo “Jogo Familiar”, é importante compreendê-lo como uma metáfora que nos permite visualizar quais modelos de comportamento familiar levam um paciente a desenvolver um quadro específico. A utilização da metáfora se justifica pela existência de regras silenciosas e pela presença de diferentes pessoas atuando como jogadores nesse contexto familiar.

A fim de construir o modelo mencionado anteriormente, Palazzoli et al. (1998) desenvolvem um esquema com seis etapas para tentar compreender a origem do quadro psicótico. O primeiro passo consiste em compreender o impasse vivido pelo casal, pois é observado que, por trás de um filho adoecido, há um casal que adocece e está adoecido. Na segunda etapa, o filho adoecido é envolvido no jogo desse casal. A terceira etapa é consequência da segunda, na qual o filho, emaranhado nesse jogo e preso em um duplo vínculo, apresenta comportamentos que estão fora do esperado, mas ainda não são vistos como comportamentos psicóticos, sendo frequentemente interpretados como rebeldia. Na quarta etapa, ocorre uma reviravolta no casal, seja por uma aliança na qual o filho percebe os pais contra ele, ou por uma mudança no posicionamento de algum parente que antes estava “contra”. Diante dessa reviravolta e das crises que ela pode causar na cabeça do filho, ocorre a explosão da psicose, que é vista como uma denúncia, marcando assim a quinta etapa. Por fim, temos a sexta etapa. Entram em cena as estratégias para acessar essa família por meio dos sintomas apresentados, buscando compreender e intervir nos padrões disfuncionais que contribuíram para o desenvolvimento do quadro psicótico.

## **2.2 Abordagem Sistêmica de Família e Psicose**

Em 2011, Lúcia Rosa publicou um estudo resultado de seu doutorado intitulado “Transtorno Mental e o Cuidado na Família”. O objetivo desse estudo foi investigar como as famílias lidam com a demanda de cuidados de um membro portador de transtorno mental,

observando a trajetória temporal da constituição e transformação do significado de ser e ter uma família nesse contexto. O estudo abrange uma extensa análise baseada no esforço da autora, que traça a trajetória do cuidado com o portador de transtorno mental no Piauí, com foco principal nas experiências dentro de um hospital local (que não será o foco deste trabalho). Rosa (2011) nos permite utilizar seus escritos como uma ferramenta para mapear questões de suma importância para esse trabalho, como a identificação do responsável pelo cuidado, o comprometimento e a sobrecarga do cuidador, além dos ônus associados a esse cuidado.

Portanto, é essencial compreender que o transtorno mental gera incerteza em relação ao cuidado devido à falta de informação e à incerteza do caminho a ser percorrido. Rosa (2011), em sua extensa revisão bibliográfica realizada em 2011, aborda a constituição e a construção histórica da relação familiar, questionando como a família corresponde à demanda de cuidado e a convivência com a pessoa identificada com transtorno mental. Além disso, a autora investiga as associações entre as características da pessoa que sofre do transtorno e sua família. Um ponto interessante destacado pela autora é a construção social do cuidado com o paciente com transtorno mental, considerando as transformações ocorridas, como a reforma psiquiátrica e os estudos teóricos sobre a relação familiar.

Uma abordagem teórica de grande influência, tanto na atuação de profissionais envolvidos nas relações familiares quanto na atuação de profissionais que lidam com família de pacientes com transtornos mentais graves, é a teoria sistêmica. Essa abordagem traz consigo a teoria do duplo vínculo, mencionada anteriormente nos estudos de Palazzoli et al. (1998).

Além dessa abordagem, a autora também nos apresenta diferentes escolas. A primeira delas é a escola estratégica, que é influenciada pelo conceito de duplo vínculo e enfatiza o papel ativo do terapeuta, porém, ainda se concentrando no sintoma. Outra é a escola

estrutural, que se baseia nos estudos de Salvador Minuchin e se interessa pela estrutura familiar e pelas interações entre os membros. Essa escola também tende a criar um modelo “ideal” de funcionamento, o que a tornou alvo de críticas. A escola de Milão surgiu como um desdobramento dos pensamentos da escola estratégica. Ela enfoca o trabalho em equipe e a metacomunicação, levando em consideração o princípio da conotação positiva, que valoriza a comunicação não verbal e não exclui o discurso sintomático. Por fim, a escola construtivista, como o próprio nome sugere, compreende o sistema familiar como sendo construído, enfatizando que os problemas apresentados pela família são resultados desse processo de construção.

Aqui, é fundamental trazer a crítica feminista. Este ponto será abordado mais detalhadamente posteriormente neste trabalho. No entanto, adianto que é necessário reconhecer o prejuízo desse cuidado e dessa relação com a família, especialmente quando se trata do papel de cuidado pela figura do sexo feminino.

A abordagem centrada nas redes sociais desempenha um papel significativo neste estudo, pois é necessário ir além da análise da família individualmente e considerar as relações e interconexões construídas, que podem ser tanto um fator de proteção quanto um fator de dano para aqueles que têm um transtorno mental.

Com a transformação da estrutura do Estado e a ocorrência de eventos, como crises econômicas, a família foi obrigada a se adaptar e, muitas vezes, assumiu o papel de amortecedor das crises sociais. No entanto, essa nova dinâmica também gerou sobrecarga para o grupo familiar, que teve que se reorganizar para lidar com as demandas emergentes. Apesar das mudanças de papéis ocorridas, é importante destacar que a mulher continua sendo vista como a principal cuidadora, sendo frequentemente responsabilizada pelo cuidado de um membro familiar adoecido. Muitas vezes, para assumir esse cuidado, que geralmente é



abrangente, a pessoa encarregada enfrenta tensões com o membro da família que é responsável financeiramente.

A reforma psiquiátrica nos proporciona uma perspectiva sobre a importância da família no processo de recuperação, reconhecendo-a como um recurso fundamental para intervenção. A família é considerada um ambiente de convivência e está sujeita a mudanças e transformações ao longo do processo de tratamento. Se essa família está enfrentando problemas de saúde mental, ela pode influenciar e ser influenciada pelo quadro de adoecimento do seu membro. Além disso, a família desempenha um papel essencial como provedora de cuidados, tanto durante crises como no cuidado futuro. Assim, compreender como as mudanças ocorrem e o que levou ao padrão atual de família é crucial para compreender a constituição do sofrimento.

A constituição da família brasileira teve início no período colonial com um modelo de formação patriarcal no qual a família extensa desempenhava um papel importante. Essa composição geralmente envolvia os colonizadores, que possuíam grande influência política e compartilhavam o poder com o Estado. Dentro da esfera privada dessa família, existia a divisão sexual do trabalho, na qual o homem assumia o papel dominante devido à sua posição social, enquanto a mulher era vista como submissa, sem uma posição definida na sociedade. Embora houvesse também famílias matriarcais, o modelo patriarcal era o mais predominante e amplamente difundido.

Com a modernização, o passar do tempo e os estudos sobre o feminismo, essa concepção de família também sofreu mudanças. A entrada da mulher no mercado de trabalho a retirou de um papel exclusivamente doméstico e deu-lhe a possibilidade de construir uma carreira profissional e sonhar de forma individual. Porém, apesar dessa mudança, ela ainda era requisitada socialmente como a base dessa família.

O capítulo da relação da família com a pessoa identificada com o transtorno mental é uma parte importante desse trabalho. Rosa (2011) traz uma visão referente às famílias vulneráveis, em situação de pobreza e marginalização, que podem desenvolver um transtorno mental. Esse transtorno pode ocorrer devido a um evento imprevisto ou ser resultado de uma “herança” familiar de um contexto que já apresentava sinais de adoecimento.

No capítulo “A Relação da Família com o Portador de Transtorno Mental”, Rosa (2011) apresenta diversos dados quantitativos relevantes, não apenas do Piauí, onde grande parte do estudo foi realizado. Com esse propósito, apresentarei esses dados e farei minhas considerações a respeito. A autora consultou 107 famílias brasileiras para obter os seguintes dados.

Um dos primeiros dados apresentados é a configuração de famílias monoparentais, das quais 30,19% são chefiadas por mulheres. No entanto, é importante ressaltar que esse dado se refere especificamente ao estado do Piauí e representa uma amostra menor. Em concordância com a autora, é possível observar que, nessas famílias, as mulheres assumem o papel de chefes de família como uma estratégia de sobrevivência, especialmente em regiões rurais onde essa cultura está enraizada. Além disso, é relevante destacar que a maioria das famílias que se encontram em situação de baixa renda, cerca de 80%, recebem até três salários-mínimos. Nesses contextos de baixa renda, as mulheres são frequentemente responsáveis por complementar renda, geralmente por meio de trabalhos informais. Isso ocorre devido à maior flexibilidade desses trabalhos, além das questões de gênero e da entrada das mulheres no mercado de trabalho (Araújo & Lombardi, 2013; Kon, 2012).

Logo em seguida, a autora apresenta dados relacionados aos portadores de transtorno mental, sendo que, destes, 44,86% são do sexo feminino. Como mencionado anteriormente, embora as mulheres sejam mais suscetíveis ao adoecimento, observa-se um maior número de homens que desenvolvem transtornos mentais devido à tendência de buscar fugas e à

dificuldade em aceitar ajuda (Zanello, 2018). Quando se trata de doenças mentais graves, como esquizofrenia e quadros psicóticos, as mulheres têm maior propensão a serem diagnosticadas em comparação aos homens. Uma das justificativas sociais para essa diferença é a associação do homem à imagem de força, que não permite a manifestação de fragilidades (Rabasquinho & Pereira, 2007).

Além do adoecimento, o papel de cuidado exercido pelo homem impacta não apenas o gênero, mas também a posição que ele ocupa na família. Quando uma mulher, seja mãe ou esposa, adoece, os mais afetados são os filhos devido à perda dessa figura de cuidado, o que pode levar a divórcios, já que há uma desestabilização da homeostase da dinâmica familiar. Porém, se o homem da relação assume o papel de cuidador para essa mulher, isso muitas vezes é criticado socialmente, sendo considerado errado, pois não é “papel do homem”. Isso acontece porque a mulher adoecida era tradicionalmente responsável pela organização dessa família, e as atividades que antes eram realizadas por ela agora recaem sobre o homem que assume o papel de cuidador. Além disso, quando o esposo assume o encargo do cuidado, Rosa (2011) nos diz: “em algumas situações, quando o cônjuge do sexo masculino assume o encargo do cuidado, é comparado a um pai, ou seja, como se estivesse extrapolando seu papel” (p. 268).

Se o marido ou pai adoece, pode haver uma grande perda financeira. Quando tais casos ocorrem, na maioria das vezes as companheiras assumem o papel de provedoras da família. Mas e quando o indivíduo adoecido é o filho? Nesses casos, a família é afetada em várias dimensões, embora de forma menos intensa. O adoecimento pode, de certa forma, unir o casal de maneira positiva, mas nem sempre é benéfico quando o relacionamento conjugal já está adoecido. Os pais precisam reformular a forma de lidar com o filho adoecido em relação aos irmãos, quando eles existem na família, devido à necessidade de direcionar os cuidados ao filho adoecido de forma adequada.

Há também famílias/casamento que são vistos como um meio de segurança para evitar o adoecimento. O casamento só se torna um ambiente propenso ao adoecimento quando ocorre uma ruptura e um ciclo de violência intraconjugal. Em vez de ser um local de proteção contra o adoecimento, o casamento se torna o principal contexto em que o adoecimento ocorre, reforçando o que foi mencionado anteriormente por Palazzoli et al. (1998) e Rosa (2011), que apontam que um ambiente adoecido gera um indivíduo adoecido (Guedes et al., 2009; Zanello, 2014).

Outro dado importante está relacionado às pessoas responsáveis pelo cuidado do portador de transtorno mental. Embora esse dado seja proveniente do Hospital Aerolino de Abreu, onde a autora realizou seu trabalho, ele é replicado em outras fontes, uma vez que, historicamente, as mulheres têm sido responsáveis pelo cuidado, tanto como cuidadoras informais quanto como profissionais na área.

Além dos dados quantitativos sobre a dinâmica familiar e o cuidado do portador de transtorno mental, também temos dados qualitativos que exploram a subjetividade de conviver com uma pessoa com doença mental. Um exemplo é o processo de normalização desse transtorno por parte da família, que é usado como uma estratégia de defesa diante do estigma associado ao transtorno.

Outro fenômeno observado foi o efeito do contágio e o medo associado a ele, que leva à criação de preconceitos diante do desconhecido. Isso faz com que as famílias se fechem em sua própria bolha, buscando se proteger.

Adentrando no relacionamento família e profissionais de cuidado, temos as internações e como as famílias as veem. Em alguns casos, as internações são vistas como uma salvação, um processo de cura – principalmente quando é a primeira vez que ocorre a internação. Porém, em outras situações, as famílias encaram as internações como uma forma de terceirizar o cuidado, especialmente quando se trata de internações recorrentes.

Falamos sobre o sofrimento da família e do portador de transtorno mental, mas também é importante discutir o comportamento da família em relação ao portador de transtorno mental. A primeira tendência é a alteração da percepção por parte da família, resultando em um cuidado excessivo que muitas vezes infantiliza, desqualifica e limita o amadurecimento do indivíduo. É evidente que, apesar desse cuidado excessivo decorrente do adoecimento, pode haver aproveitamento e ganhos secundários. Quando esses ganhos são percebidos, o indivíduo pode desenvolver mecanismos de manipulação para obter mais benefícios, da mesma forma que a família pode se beneficiar e manipular o indivíduo, tornando-o um bode expiatório. Dependendo dos sintomas apresentados, a família pode sentir medo de conviver com o portador de transtorno mental.

Outro dado apresentado diz respeito à recorrência de cuidadores de portadores de transtornos mentais que também desenvolveram transtornos mentais devido a esse cuidado. Isso nos traz uma lição importante. Em primeiro lugar, é necessário considerar o sofrimento desses cuidadores, pois o ato de cuidar acarreta um custo pessoal e exige uma reorganização da vida em prol do cuidado. Em segundo lugar, aprendemos sobre o sofrimento extremo das mulheres como cuidadoras.

### **Capítulo 3: Problematizando as Questões de Gênero no Sofrimento Familiar nas Crises Psíquicas**

Historicamente, temos o gênero como uma construção não apenas social e cultural, mas também psíquica. Diante disso, os papéis desempenhados socialmente também sofrem interferências. As mulheres, por exemplo, têm menos oportunidades de emprego por serem vistas como figuras frágeis perante a sociedade. Apesar dessa suposta fragilidade, as maiores responsabilidades pela saúde e educação dos filhos são direcionadas a elas, além da gestão total do lar. Mesmo tendo toda essa bagagem, ainda assim elas são vistas com menos poder em um relacionamento (Guedes et al., 2009; Muylaert et al., 2015; Rabasquinho & Pereira, 2007; Zanello et al., 2015).

Entrar em contato com o que a literatura, tanto brasileira quanto internacional, tem a dizer sobre cuidado e gênero (Hohendorff, 2014) é importante para identificar os fatores que podem ser adotados a fim de aperfeiçoar o manejo psicoterapêutico nas primeiras crises do tipo psicótica. Um olhar nesta direção visa aumentar o cuidado e proteção aos cuidadores, resultando em novos roteiros de avaliação, ficha de acolhimento e materiais de consulta. Além disso, é necessário revisitar a literatura, tanto brasileira quanto estrangeira, sobre a temática de gênero na clínica da psicose, abordando a questão de gênero e família e explorando a teoria feminista em relação a esse fenômeno. Esse capítulo tem como objetivo realizar essa exposição, apresentando a diferença entre sexo e gênero, a construção de gênero no Brasil, bem como as diferenças nos sofrimentos e papéis desempenhados, concluindo com a discussão sobre o sofrimento dos cuidadores.

Antes de iniciar uma discussão sobre o sofrimento sob a perspectiva de gênero no sistema familiar, é importante compreender a definição de gênero adotada nesse trabalho e a diferenciação entre gênero e sexo. Também é necessário esclarecer o tipo de família que

estamos abordando e como essa família compreende a construção de gênero. Além disso, é relevante discutir o significado da terapia feminista da família.

Quando falamos de sexo e gênero, estamos lidando com categorias criadas culturalmente de um lado e categorias biológicas de outro. Apesar de existirem estudos, como o de MacKinnon (1987), que colocam os homens no papel do gênero dominante e detentores do poder de definição e das diferenças existentes, o entendimento dessa relação entre o biológico e o cultural tem evoluído ao longo do tempo e das mudanças sociais. Utilizando a terapia feminista da família, podemos entender sexo e gênero como:

O sexo constitui uma categoria biológica que diz respeito à masculinidade e feminilidade. O gênero é uma criação da sociedade que acarreta a designação de determinadas tarefas sociais a um sexo e outras, ao outro sexo. Tais atribuições definem o que é classificado como masculino e feminino, e representam crenças da sociedade quanto ao significado desses dois conceitos, em períodos de tempo determinados. Estereótipos quanto ao gênero são consequência do julgamento de comportamentos, atitudes e sentimentos, atribuídos como apropriados a um sexo apenas. Todos agimos como se elas, as diferenças naturais, fossem reais, mais do que configurações sociais; esquecemo-nos de que sexo tem a ver apenas com as diferenças anatômicas (Goodrich et al., 1990).

Assim, podemos entender que existe uma diferença entre sexo e gênero. O sexo é uma categoria biológica que se apresenta de forma dicotômica, com feminino e masculino (Heilborn, 1994; Narvaz & Koller, 2006; Moore, 1997; Souza, 2023; Thompson & Walker, 1995). Sempre que o assunto sobre gênero como uma criação cultural é levantado, há uma predominância da temática da dominação dos homens sobre as mulheres. Como espaço de reflexão à maneira como essa dominação dos homens sobre as mulheres é constituída, podemos trazer, como exemplo, a leitura de Simone de Beauvoir em “O Segundo Sexo”. Essa

obra aborda a ideia de que, para haver um segundo sexo, é preciso haver um primeiro, o que coloca o sexo feminino, o ser mulher, em uma relação de inferioridade em relação aos homens (Liberato, 2021; Narvaz & Koller, 2006).

Para uma melhor compreensão desse pensamento, cito uma fala de Souza (2023):

Em suma, a introdução do gênero no campo do feminismo produziu um grande avanço na compreensão da diferença entre homens e mulheres como produto de normas culturais, um avanço teórico significativo, pois permitiu começar a pensar a subordinação das mulheres fora do campo da natureza. Nesse contexto conceitual, o gênero é delimitado pela oposição ao conceito de sexo –concebido como fato biológico–. O gênero é estritamente identificado com o conjunto de significados que diferenciam homens de mulheres: ativo/passivo, provedor/ dona de casa, público/privado, cultura/natureza, razoável/ emocional, competitivo/compassivo. Em contraste com isso, sexo refere-se aos corpos de homens e mulheres, como fixos, imutáveis e naturais (p. 1411).

Somado a isso, temos outras temáticas importantes, como a diversidade sexual e a diversidade de gênero, que são pouco debatidas e só foram adicionadas em debates após pressão de movimentos feministas e LGBTQIAPN+ (Dinis, 2008). Além disso, os estudos biológicos exercem uma grande influência na forma como a sociedade percebe o masculino e o feminino, como uma dualidade, como se um fosse a ausência do outro, como uma forma de “dominação” de um sobre o outro (Barros, 2022).

A forma como o adoecimento afeta mulheres e homens é percebida de maneira diferenciada. Enquanto o sofrimento das mulheres pode se externalizar de uma forma sexualizada, especialmente em casos de crise do tipo psicótica que podem colocá-las em risco, é comum que busquem ainda um profissional de forma mais rápida diante de qualquer mudança comportamental percebida (Rosa, 2011). Por outro lado, o comportamento dos



homens é frequentemente estereotipado pela sua masculinidade, resultando em um maior abuso de álcool, drogas e desordens advindas de comportamentos antissociais, que nem sempre são devidamente problematizados (Guedes et al., 2009; Rabasquinho & Pereira, 2007).

Logo, a forma que o sujeito enfrenta os fatores estressantes tem grande interferência dessa perspectiva social dos papéis de gênero. As mulheres têm a tendência de procurar mais suporte social e são capazes de produzir catarse ao sofrimento, além de estarem abertas à procura de um cuidado profissional. Já os homens procuram soluções rápidas. Assim, a sociedade também estereotipa o comportamento, gerando uma expectativa da forma como o sujeito irá lidar com o estresse (Guedes et al., 2009; Rabasquinho & Pereira, 2007). O homem, ao se encontrar no local de cuidado, sofre uma feminização por esta lógica presente em uma sociedade machista e patriarcal. Nessa cultura, o que se percebe é uma dificuldade por parte dos homens de identificar e descrever emoções. Porém, com o movimento feminista, principalmente com a segunda onda do pensamento em que o jogo de poder diante do gênero é questionado, o homem pode ser visto como uma pessoa em mudança e suscetível a transformações (Smoliak et al., 2022).

Por fim, podemos diferenciar de maneira social e cultural as questões relacionadas a gênero e suas formas de reprodução nas relações sociais. A respeito disso, pode-se afirmar que, muitas das vezes, a reprodução de preconceitos enraizados socialmente ocorrem de maneira inconsciente,, não deixando estes de se constituírem como fator agravante para a geração de sofrimento e adoecimento psíquico.

Como já comentado anteriormente, as mudanças das políticas públicas brasileiras relacionadas à saúde mental ocorreram como contraponto aos cuidados manicomiais até então presentes. As críticas a esse modelo manicomial fomentaram uma onda de desospitalização daqueles em adoecimento mental. Com essas mudanças, iniciou-se um

debate e a proposição de ações e definições de cuidado na área da saúde. Ao invés da ênfase na doença e nos sintomas, o foco de intervenção passou a ser a relação da pessoa com transtorno e o meio em que ela vive (Muylaert et al., 2015).

Contudo, ao falarmos sobre adoecimento psíquico, temos um estigma criado e que gera um ciclo de discriminação e exclusão social, não só da pessoa com o transtorno, mas da família dessa pessoa. Como consequência desse preconceito oriundo do estigma do adoecimento mental, temos um alto índice de desemprego, baixa autoestima e falta de uma rede de apoio. Tudo isso dificulta o processo do tratamento (Guedes et al., 2009; Oliveira & Azevedo, 2014; Zanello et al., 2015).

Como exposto anteriormente, com essa movimentação, locais de cuidados foram criados, como os CAPS e os Hospitais-Dia, para acolher os indivíduos com transtornos mentais, estimulando-se a re-integração social e familiar do adoecido, além de promover a autonomia do indivíduo (Alves et al., 2009; Feitosa et al., 2010). Porém, retomando os estudos sobre os cuidadores e a sobrecarga sofrida por eles no processo de cuidado àqueles sujeitos em adoecimento psíquico grave, podemos afirmar que tais estudos são escassos ao fazermos um recorte brasileiro. Apesar disso, já temos estudos sobre o cuidado com os cuidadores de idosos (Hedler et al., 2016), de pacientes com adoecimentos crônicos (Seima et al., 2014) e de pacientes com câncer (Pedro & Funghetto, 2005).

A teoria americana e europeia destaca amplamente a sobrecarga dos cuidadores, função que, como sabemos, recai principalmente sobre as mulheres e a figura feminina da família. Em um estudo realizado por Muylaert et al. (2015), os dados apresentados não são surpreendentes, mas podem nos revelar uma realidade impactante em relação a quem assume os cuidados na família. A mãe aparece como a principal cuidadora, seguida pelas avós, com uma diferença de 0,6% em relação aos pais e abrigos. Também há uma categoria para tios, tias e outros parentes, assim como mãe e pai.

Historicamente, as mulheres têm desempenhado o papel de cuidadoras, seja como mães, irmãs ou tias. Mesmo diante do medo do quadro, devido à forma como os sintomas podem se manifestar, inclusive de forma agressiva, em que o indivíduo pode mostrar-se muito embotado e, ao mesmo tempo, manifestar-se de modo agressivo em suas ações, são as mulheres as responsabilizadas por esse cuidado. Além disso, são essas mulheres que assumem o papel de provedoras da família no caso de adoecimento e ausência do pai (Awad & Voruganti, 2008; Rosa, 2011).

Assim, o cuidado geralmente recai sobre a mãe, reafirmando o que já foi mencionado anteriormente, enquanto o papel de provedor da família, mas apenas em termos de provisão financeira, fica a cargo do pai. A sociedade, a economia, a moral, os costumes e a cultura reafirmam esses papéis. O cuidado é visto como responsabilidade do universo feminino, e os papéis são predefinidos socialmente, com o trabalho da mulher concentrado no âmbito privado e o do homem do âmbito público. Dessa forma, o sucesso para as mulheres é considerado como a criação de uma família bem-sucedida, um lar impecável e a “honra” do casamento. Já para os homens, o sucesso está em ser um bom provedor para a família, garantindo que os filhos tenham acesso a uma boa escola e provendo o sustento financeiro da família, enfrentando questionamentos em relação à sua masculinidade se aposentar ou ficar desempregado (Zanello et al., 2015).

Nos últimos tempos, houve algumas mudanças no papel social das mulheres no casamento e no trabalho. Anteriormente, a divisão de papéis era bastante clara, regulada pelo poder entre os sexos. As mulheres eram responsáveis pelas tarefas domésticas, enquanto os homens eram considerados os responsáveis financeiros (Figueiredo & Diniz, 2018). Conseqüentemente, homens e mulheres apresentam formas distintas de adoecimento. No contexto brasileiro, devido à supervalorização social do papel do homem como provedor e às relações de gênero na cultura, os homens muitas vezes recorrem a comportamentos

destrutivos, como o consumo de álcool e drogas, que podem potencializar transtornos mentais. Por outro lado, as mulheres tendem a buscar apoio nos relacionamentos afetivos, o que poderia explicar o alto número de pacientes do sexo feminino com desordens de aspectos emocionais. Além disso, as mulheres são mais suscetíveis ao adoecimento mental devido à maior vulnerabilidade social e cultural que estão expostas (Zanello, 2018).

Nos dias atuais, já estamos presenciando uma reconfiguração do domínio e poder dentro dos ambientes familiares. As mulheres não estão mais restritas ao âmbito privado, com a obrigação social de apenas cuidar do lar e da família. Elas estão buscando conhecimento e crescimento e, mesmo assim, uma cultura arraigada que espera determinadas realizações dessas mulheres persiste.

Os dispositivos são criações culturais, históricas e socialmente constituídas. Eles representam as formas pelas quais seguimos um script cultural sobre como ser mulher e homem na sociedade. Os sentimentos que consideramos naturais e normais, como o “amor materno”, não são inatos, mas sim configurados culturalmente. Devido ao condicionamento passivo do papel da mulher em relação ao homem, podemos observar a relação de poder construída ao longo do tempo. O dispositivo amoroso e o dispositivo materno são dispositivos relacionados às mulheres, enquanto o dispositivo de eficácia está relacionado à figura masculina (Endl et al., 2021).

Uma das formas mais comuns de sofrimentos entre as mulheres são as queixas relacionadas à vida amorosa, como o amor não correspondido ou a falta de amor. O amor, portanto, é o centro de investimento libidinal da mulher, pois é nesse relacionamento que ela é reconhecida socialmente e tem sua identidade aceita socialmente. Zanello (2018) usa a metáfora da “prateleira do amor” para indicar a forma como a sociedade subjetiva essa mulher, guiada por um ideal estético imposto pela sociedade. Dessa forma, temos o dispositivo amoroso regido por essa subjetividade do desejo de ser amada (Palma et al.,

2020). Como aponta Zanello (2018), “em nossa cultura, os homens aprendem a amar muitas coisas e as mulheres aprender a amar, sobretudo, e principalmente, os homens” (p. 84).

E quando essa mulher está em um relacionamento, surge um novo sofrimento: o sofrimento materno, relacionado ao dispositivo materno. A construção do papel ideal da mulher é ser capaz de ser mãe e mulher ao mesmo tempo, tendo sucesso em ambos os papéis (Machado et al., 2020). Para que essa mulher casada seja valorizada pela sociedade como mulher, ela precisa demonstrar ser capaz de procriar. No entanto, maternidade e maternagem não são necessariamente sinônimos. A maternidade está relacionada à capacidade de ter filhos, enquanto a maternagem diz respeito ao cuidado desses filhos. Ao mencionarmos o dispositivo materno, estamos nos referindo tanto às mulheres que não conseguem conceber quanto às mulheres que não conseguem desenvolver sentimentos maternos (Gradvohl et al., 2014; Milfont, 2019).

Nem todas as mulheres conseguem amar a maternidade. Logo, surge o “mito do amor materno”, como proposto por Elizabeth Badinter, que é uma forma pela qual a sociedade estigmatiza a mulher. Culturalmente, espera-se que toda mulher seja mãe e ame ser mãe, e quando isso não acontece, gera-se um certo estranhamento (Badinter, 1985).

No período colonial, quando tínhamos altas taxas de mortalidade infantil e a presença de amas de leite, existia um distanciamento entre a mãe e o bebê. No entanto, isso era uma característica cultural, não cabendo a nós julgar ou dizer que essas mães não cuidavam ou não amavam seus filhos. Com o passar do tempo e a reestruturação da cultura, as mulheres passaram a ter mais espaço dentro de casa, além de suas responsabilidades no serviço doméstico – além de limpar e cozinhar –, incluindo a criação dos filhos. Essa maior proximidade levou à concepção do chamado “instinto materno”, compreendido como algo inerente à constituição do ser mulher, e foi transmitido de geração em geração até os dias atuais. Nos últimos anos, com os movimentos feministas, surgiram as discussões sobre

maternidade e o direito/desejo de escolher não ser mãe. Podemos observar que estamos cada vez mais perto de quebrar o “mito do amor materno” e do “instinto materno” que a cultura enraizou nas mulheres. Quanto aos homens, eles só são reconhecidos como homens na sociedade se tiverem sucesso econômico e prole. No entanto, não é necessário que esses homens sejam pais presentes; eles precisam apenas demonstrar virilidade e serem capazes de reproduzir (Zanello & Porto, 2016).

A terapia familiar surgiu nos anos 50, numa época em que os homens estavam retornando da Segunda Guerra Mundial e as mulheres, que haviam assumido empregos durante a guerra, foram convencidas a retornar para casa. Além disso, é importante notar que muitos dos principais estudiosos da terapia familiar eram homens de classe média alta como Murray, Bateson, Minuchin (Breunlin et al., 2000; Silverstein, 2003).

Para compreender a construção e gênero no contexto da terapia familiar, é importante lembrar que, quando falamos de terapia feminista da família, ou terapia familiar feminista, não estamos introduzindo uma nova forma de realizar terapia familiar com mecanismos diferentes. Estamos, na verdade, explorando uma abordagem que nos permite analisar a família à luz da teoria feminista. Isso envolve examinar como os papéis sociais de gênero influenciam cada membro da família, as relações entre eles, a relação da família com a sociedade e, não menos importante, a relação da família com os terapeutas (Goodrich et al., 1989; Guahyba et al., 2019; Narvaz & Koller, 2007).

Precisamos, primeiramente, identificar o contexto em que a família está situada, incluindo seu período de tempo, sua cultura e sua condição perante a sociedade, a fim de compreender como os membros dessa família participam e são validados (Goodrich et al., 1989; Hare-Mustin, 1978).

Historicamente, o gênero tem sido organizado de forma hierárquica, com o homem ocupando o papel dominante e a mulher sendo submissa. Enquanto os homens desfrutam de

posições sociais e realizam tarefas que são mais valorizadas e reconhecidas, as mulheres frequentemente têm dificuldade em alcançar esse mesmo reconhecimento e igualdade de oportunidades (Goodrich et al., 1989; Liberato, 2021; Narvaz & Koller, 2007). É importante ressaltar que o pensamento feminista não busca a dominação de um sobre o outro, mas sim reconhecer as diferenças existentes simplesmente por conta do gênero (Narvaz & Koller, 2006).

No sistema familiar, as mulheres eram vistas como dependentes da figura masculina. Quando eram filhas, dependiam do pai, e quando eram esposas, dependiam do marido. No entanto, muitas vezes, eram elas que assumiam a responsabilidade pelo cuidado da casa e das crianças menores, incluindo irmãos e filhos. Além disso, existia uma percepção de indisponibilidade emocional por parte desses homens, o que deixava as mulheres sem apoio (Guahyba et al., 2019; Hare-Mustin, 1978).

Essa organização social dos papéis de gênero foi levada para a família “normal”, local em que são ensinados quais papéis devem ser desempenhados pelos indivíduos para serem aprovados pela sociedade. Esse ensinamento é transmitido pelos exemplos dos pais para os filhos, e como são representados. Esse tipo de ambiente familiar é visto como prejudicial e opressivo para as mulheres. No entanto, não devemos excluir o fato de que também é danoso aos homens, pois ambos são privados de desempenhar outros papéis (Goodrich et al., 1989; Hare-Mustin, 1978; Taggart, 1985). Além disso, o conceito de “normalidade” torna-se perigoso, pois implica em uma dominação e exclui outras formas de constituição familiar, como famílias monoparentais, sem filhos e famílias homossexuais (Goodrich et al., 1989; Hare-Mustin, 1978; Taggart, 1985).

A terapia familiar tradicional não tem como foco a análise da conexão dos problemas e desconfortos com os estereótipos culturais e as relações de poder em decorrência de papéis de gênero. Sua teoria é baseada na teoria dos sistemas, que, embora seja abstrata, é concreta

em relação à estrutura existente, sem questionar a cultura, o patriarcado e a posição da mulher. Assim, a terapia familiar feminista busca ir além da visão biológica e redutora, fornecendo ferramentas para analisar tanto as desvantagens quanto as vantagens que são geradas e que afetam a estrutura familiar, fornecendo também ferramentas de análise a partir da perspectiva da intersecção de gênero (Goodrich et al., 1989).

Por que a terapia feminista da família é importante? Sua importância decorre do fato de que é na família que ocorrem os primeiros aprendizados dos papéis a serem desempenhados. Pais e mães são exemplos de como desempenhar os papéis de gênero na sociedade, e a família representa o modelo a ser seguido (Goodrich et al., 1989; Narvaz & Koller, 2007).

No livro “Terapia Familiar Feminista” (Goodrich et al., 1994), são apresentadas oito perguntas que, por meio de suas respostas, permitem trabalhar a concepção de gênero em um sistema familiar. Essas perguntas, em tradução livre, são:

- 1) Como os estereótipos de gênero afetam a distribuição do trabalho, o poder e as recompensas nesta família?
- 2) Como os estereótipos e a consequente distribuição do trabalho, do poder e das recompensas interagem com o problema que se apresenta?
- 3) O que pensam os membros da família sobre o trabalho do homem e da mulher que faz com que o trabalho seja distribuído de uma determinada forma e impede que seja distribuído de qualquer outra forma? (Esta pergunta refere-se às funções parentais e de educação, bem como às tarefas domésticas, ao controle das finanças e ao apoio econômico).
- 4) O que pensam os membros da família sobre o poder próprio do homem e da mulher que faz com que o poder seja distribuído de uma forma determinada e impede que seja distribuído de qualquer outra forma?



- 5) O que pensam os membros da família sobre os desejos, méritos, valores e direitos próprios do homem e da mulher que fazem com que as recompensas sejam distribuídas de uma determinada forma e impedem que sejam distribuídas de qualquer outra forma?
- 6) Que soluções foram vedadas à família devido à sua aceitação acrítica dos valores sexistas?
- 7) Dadas as respostas às seis primeiras perguntas, o que a família provavelmente esperará de mim, dado o meu gênero? Em que ponto prevejo que haverá problemas entre nós? Em que ponto posso diminuir as suas expectativas habituais? Em que me sentirei mais vulnerável às suas expectativas?
- 8) Que outras pressões, desejos e relações têm a ver com a conformação do seu problema e suas tentativas de solução, além dos estereótipos dos papéis baseados em gênero (eles entendem que todos esses outros fatores serão mediatizados por seus estereótipos dos papéis de gênero)? (p. 43, tradução nossa).

Como mencionado por Goodrich et al. (1989), o objetivo da teoria feminista da família não é definir uma única forma de família, mas sim assegurar que as necessidades individuais sejam reconhecidas e atendidas. Famílias conscientes das questões de gênero conseguem apresentar seus desconfortos baseados nessas questões. Por outro lado, famílias polarizadas não conseguem identificar o gênero como um provável fator de conflito. Já as famílias em transição, que estão começando a compreender as relações de gênero, revelam seus conflitos em relação às expectativas e aos papéis a serem desempenhados, já capazes de levantar hipóteses e com maior facilidade para alcançar o equilíbrio. As famílias que apresentam um equilíbrio entre os gêneros organizam-se de maneira igualitária, ainda podem experimentar tensões devido aos papéis de gênero (Guahyba et al., 2019).

Porém, com as mudanças sociais ocorridas, alguém acaba assumindo o papel de cuidador quando o paciente está em casa, e é aí que entram os cuidadores. Muitas vezes, essas pessoas responsáveis pelo cuidado não estão preparadas para desempenhar essa função, o que pode resultar no fenômeno conhecido como “*family burden*”, ou seja, uma sobrecarga desse sistema familiar. Conforme Lowyck et al. (2004), “o conceito sobrecarga familiar foi definido por Platt (1985) como a presença de problemas, dificuldades ou de eventos que influenciam a vida do familiar do paciente psiquiátrico” (p. 395).

Essa sobrecarga tende a ser maior e mais intensamente sentida em casos de adoecimentos graves (Jenkins & Schumacher, 1990; Lefley, 1989; St-Onge & Lavoie, 1997). Essa sobrecarga pode ser tanto subjetiva quanto objetiva, manifestando-se como uma carga financeira, uma mudança na rotina diária da família e como um peso emocional para os cuidadores, que precisam fornecer cuidados constantes (Awad & Voruganti, 2008).

O cuidado direcionado ao cuidador é essencial para minimizar os danos dessa sobrecarga. A família como um todo desempenha um papel importante no cuidado e na reabilitação de um paciente em sofrimento psíquico grave. Além de cuidar do indivíduo em questão, o que pode gerar outras cargas emocionais e financeiras adicionais, é crucial oferecer atenção ao cuidador (Almeida et al., 2010; Kuipers, 1993).

No cuidado familiar, a terapia familiar pode ser influenciada pelo falocentrismo. O movimento feminista critica a maioria das teorias da terapia familiar, argumentando que elas reforçam a relação de poder cultural machista e causam prejuízos às mulheres dentro do contexto familiar, uma vez que a conduta feminina geralmente envolve sacrificar-se em prol do cuidado dos outros membros da família (Rosa, 2011). Além disso, o patriarcado interfere não apenas na relação entre homens e mulheres, mas também entre as próprias mulheres, com mulheres em posições privilegiadas oprimindo aquelas que estão em posições inferiores. Essa

dinâmica de poder resulta em perdas em relacionamentos heterossexuais, como a falta de respeito no dia a dia, que é influenciada pelo gênero (Silverstein, 2003).

Na perspectiva de se alinhar com o pensamento feminista e valorizar o papel das mulheres, principalmente diante do alto número de queixas na terapia familiar convencional, em que as mães se sentiam sobrecarregada e os homens mostravam falta de engajamento no papel de pai, foram desenvolvidas intervenções com o objetivo de abordar essa desigualdade.

A terapia familiar feminista busca destacar o poder das mulheres e relacionar o cuidado com suas próprias necessidades e desejos, além de promover a criação de uma rede de apoio para essas mulheres, o que pode reduzir o nível de isolamento e dependência do parceiro. A terapia familiar feminista é importante, pois não apenas considera a posição da mulher na sociedade, mas também examina como a família reproduz o papel cultural do que significa ser mulher, o que pode levar a cobranças e gerando adoecimento.

#### **Capítulo 4: Sofrimento Silencioso e Sistemático de uma Família, o Estudo de Caso**

Para este trabalho, foram escolhidas duas metodologias de pesquisa. A primeira consiste em uma revisão de escopo de estudos brasileiros sobre gênero e crise psíquica grave. A segunda metodologia é um o estudo de caso. O estudo teórico-prático foi realizado com base nos dados da revisão de escopo e no material coletado do estudo de caso. Nossa hipótese levantada é a de que o sofrimento psíquico é gendrado (influenciado por questões de gênero): por um lado, indivíduos do sexo masculino podem adoecer devido à pressão social relacionada às suas atividades laborais, virilidade sexual e riqueza; por outro lado, mulheres podem adoecer devido a queixas relacionadas à vida amorosa, beleza, sexo e família, incluindo a capacidade de procriação, criar uma família já existente e cuidar dos outros (Zanello et al., 2015).

A escolha da metodologia do estudo de caso se deu devido à riqueza de informações possíveis de serem avaliadas. Essa escolha é sustentada em oposição ao pensamento comum a respeito de tal método, que muitas vezes o vê como gerador de confusão de conceitos, falsas generalizações e até mesmo um mero relato de caso (Serralta et al., 2011). No entanto, a metodologia de estudo de caso é altamente útil quando lidamos com casos complexos, devido à sua flexibilidade. Por meio dela, podemos trabalhar com hipóteses e questões-problemas (Peres & Santos, 2005; Ventura, 2007).

Este estudo de caso foi realizado por meio da seleção de um caso acompanhado pelo Grupo de Intervenção nas Primeiras Crises do Tipo Psicóticas (GIPSI). O GIPSI é um grupo que funciona no Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos (CAEP) do Instituto de Psicologia (IP) da UnB. Nele, são oferecidos atendimentos clínicos e realizadas pesquisas com pessoas em primeiras crises e suas famílias. O objetivo é prevenir recaídas e fornecer um acompanhamento humanizado às pessoas que vivenciam o sofrimento psíquico, visando intervir o mais precocemente possível para minimizar os sintomas e melhorar a qualidade de

vida dos indivíduos. O funcionamento do GIPSI envolve a participação de todos os membros integrantes do grupo no cuidado do indivíduo em crise, por meio do estudo e discussão de casos. Tanto a metodologia quanto a forma com que o estudo de caso foi realizado é explicado na sessão “Sobre a Metodologia do Estudo de caso”.

A revisão de escopo foi conduzida utilizando uma abordagem mista, combinando técnicas qualitativas e quantitativas, com foco em estudos sobre gênero e sofrimento psíquico grave na clínica da psicose. O software Mendeley foi utilizado para a seleção dos estudos, além dos seguintes bancos de dados: Portal de Periódicos CAPES, SciELO, *Google Scholar*, Scopus, BVS Psi.

Ao final da revisão, foi realizada uma análise combinada de abordagem qualitativa e quantitativa dos estudos encontrados. Esses estudos foram utilizados como base para a revisão de escopo deste trabalho e também para a análise do caso estudado posteriormente. As metodologias e os resultados encontrados serão apresentados de forma detalhada abaixo.

## **4.1 Sobre as Metodologias**

### ***4.1.1 Sobre a Revisão de Escopo***

Uma revisão de escopo da literatura brasileira sobre os estudos produzidos de 2011 a 2021 nos permite correlacionar e compreender como determinados assuntos são abordados em uma área de estudo (Costa & De Tilio, 2022). Para a realização desta revisão, foram utilizadas as bases de dados a seguir: *Google Scholar*, SciELO, Scopus, BVS Psi, Portal de Periódicos CAPES. Além disso, o software Mendeley foi utilizado para a seleção de estudos e organização das informações da revisão. Os descritores utilizados para as pesquisas foram “gênero e crise psíquica grave” e “gênero e psicose”, além de combinações entre os descritores como “crise”, “psicose”, “gênero”, a fim de abranger uma maior variedade de

estudos sobre essas temáticas. A seguir, será apresentado o processo utilizado, os resultados obtidos e uma breve discussão sobre as descobertas encontradas.

Os critérios de inclusão da revisão foram os seguintes: trabalhos publicados entre os anos de 2011 e 2021, ser um estudo publicado em português e ser realizado no Brasil, estar disponível para acesso (gratuitamente e na íntegra). Os critérios de exclusão foram: estudos publicados antes do ano de 2011, estudos sem acesso gratuito e/ou na íntegra, e estudos publicados em outros idiomas diferente do português do Brasil.

Para analisar os dados coletados, foi realizada uma combinação de abordagens qualitativas e quantitativas, utilizando títulos e resumos dos estudos encontrados. Esse método foi empregado com o objetivo de examinar a produção científica brasileira sobre a temática de gênero e psicose.

Embora existam estudos internacionais que abordam gênero e psicose, eles não se aprofundam na compreensão da crise psicótica sob a perspectiva fenomenológica, tratando-o apenas como um critério de diagnóstico. Além disso, esses estudos não apresentam a mulher como foco principal dentro da categoria de gênero. Diante deste cenário, justifica-se a necessidade de novas pesquisas que explorem a relação entre gênero e psicose, visando formular e produzir conhecimentos para a área. Esses estudos podem contribuir para o desenvolvimento de metodologias que aprimorem o manejo psicoterapêutico, considerando a dimensão de gênero e sua influência na vivência e no tratamento da psicose.

### **Quadro 1.**

#### *Fluxograma dos estudos*

Estudos identificados nas pesquisas das bases: Portal de Periódicos CAPES: 17; SciELO: 4; BVS Psicologia: 1; Scopus: 0; Mendeley: 9; <i>Google Scholar</i> : 307 (n=342)
Dentro do ano de 2011-2021: 104 excluídos

<p style="text-align: center;">Estudos realizados entre 2011-2021:</p> <p>Portal de Periódicos CAPES: 7; SciELO: 3; BVS Psicologia: 1; Scopus: 1; Mendeley: 7; <i>Google Scholar</i>: 220 (n=238)</p>
<p style="text-align: center;">Leitura dos resumos e títulos: 219 excluídos</p>
<p style="text-align: center;">Estudos selecionados pelos resumos:</p> <p>Portal de Periódicos CAPES: 2; SciELO: 4; BVS Psicologia: 1; Scopus: 0; Mendeley: 4; <i>Google Scholar</i>: 18 (n=19)</p>
<p style="text-align: center;">Escopo Final</p> <p>Portal de Periódicos CAPES: 0; SciELO: 0; BVS Psicologia: 1; Scopus: 0; Mendeley: 0; <i>Google Scholar</i>: 8 (n=9)</p>

No Quadro 1 foi apresentado um fluxograma que detalha o processo de acesso aos estudos. O processo teve início com a identificação dos estudos em cada base de dados, seguido pela exclusão dos títulos e resumos que não apresentavam conexão com a temática. Em seguida, os estudos restantes foram lidos na íntegra, buscando aqueles que apresentavam dados relevantes sobre psicose, crise psíquica grave ou crise psicótica, com a intersecção de gênero. O escopo final consistiu em trabalhos e estudos que abordavam de forma teórica a relação entre gênero e sofrimento psíquico grave/psicose e/ou sofrimento psicótico.

Na pesquisa realizada no Portal de Periódicos CAPES com os descritores “gênero” e “crise psíquica grave”, não foram encontrados estudos. Isso provavelmente se deve ao fato de que o termo “crise psíquica grave” é considerado novo e pouco conhecido no contexto dos estudos de gênero. Essa mesma situação se repetiu nas bases de dados SciELO, BVS-Psi e Scopus. No entanto, foi possível encontrar estudos com esses descritores no software Mendeley e no *Google Scholar*. Com os descritores “gênero” e “psicose”, foram encontrados 16 estudos no Portal de Periódicos CAPES. Após excluir 10 estudos publicados antes do ano de 2011, restaram sete. Dentre esses, foi identificado um estudo duplicado e um estudo italiano, os quais foram excluídos da revisão. Os estudos brasileiros restantes abordavam diversos temas, tais como avaliação neurocognitiva para o autorrisco em psicose, abuso de

medicação, estudo filosófico e dois estudos de medicina sobre o polimorfismo de genes relacionados à esquizofrenia.

Os estudos encontrados na SciELO não diferiram dos encontradas no Portal de Periódicos CAPES. Novamente, não foram encontrados estudos sobre crise psíquica grave e crise psicótica. Além disso, os 3 estudos encontrados no período de 2011-2021 foram os mesmos encontrados no Portal de Periódicos CAPES.

Na BVS Psi, foi encontrado um estudo sobre o desenvolvimento de um jovem psicótico em atendimento no CAPS, abordando como ele percebe sua identidade pessoal em relação ao seu gênero e sexualidade (Rocha, 2012). Na base Scopus, não foram encontrados estudos, possivelmente porque a pesquisa foi limitada aos descritores presentes no título, enquanto nas outras plataformas foi possível identificar os descritores nos textos, palavras-chave e/ou resumos.

No *Google Scholar*, foram encontrados 29 estudos com os descritores “gênero” e “crise psíquica grave”. Porém, apenas três desses estudos foram lidos na íntegra. Nesses estudos, não foram apresentados a mulher como objeto de estudo, e também não foram encontrados temas relacionados ao cuidado e sofrimento. Logo, esses estudos não serão descritos em detalhes. Um dos estudos apresenta o gênero como fator preditivo de adoecimento, mostrando que os distúrbios esquizofrênicos são mais comuns em homens do que em mulheres (Araújo et al., 2017). O outro estudo é da área da terapia ocupacional, mas não aborda nem faz descrição sobre gênero. Ele apenas menciona que as interferências podem ser diferentes para cada gênero (Souza, 2016). Por último, o estudo de Fernandes e Zanello (2020) trata sobre ouvintes de vozes, abordando o gênero como uma variável que influencia o conteúdo e a identidade das vozes.

Ao utilizar os descritores “psicose” e “gênero” no *Google Scholar*, foram encontrados 278 estudos. Através da leitura dos resumos, foram excluídos estudos que utilizavam o



gênero como categoria de análise para questões como medicalização, idade, escolarização, sem aprofundar-se no tema do gênero e/ou psicose. Também foram excluídos os estudos repetidos. Os estudos que mais se aprofundavam no tema da psicose estavam relacionados à psicose pós-parto, estudos psicanalíticos sobre simbiose e psicose, e a relação entre violência e transtornos mentais. Brito e Rocha (2021) mencionam que a psicose é uma das condições que mais afeta mulheres, embora haja estudos que indiquem uma predisposição masculina para o quadro (Maraldi et al., 2011).

O estudo de Mousinho (2021) apresenta dados interessantes sobre as mulheres em um momento particularmente importante, que é a gravidez. Durante esse período único, foi constatado que de 10% a 15% das mulheres grávidas apresentam algum transtorno, que pode variar desde a depressão até uma psicose puerperal. Esses dados são importantes para terapeutas feministas, pois destacam a importância de observar e cuidar desse momento para evitar a cronificação dos quadros.

Por fim, no software Mendeley, foi possível encontrar um estudo com os descritores “gênero” e “crise psíquica grave”. Esse estudo aborda a crise no cuidado e o trabalho não remunerado, em particular o trabalho de cuidado doméstico, revelando que mais de 50% das mulheres adquiriram uma carga de trabalho adicional durante a pandemia como cuidadoras, resultando em um aumento invisível do sofrimento decorrente dessa sobrecarga (Esteves & Maia, 2021). Os estudos relacionados aos descritores “gênero e psicose” estavam mais relacionados à medicalização e à categoria de análise, sem aprofundar a relação específica entre o sofrimento e o cuidado.

Entre os estudos brasileiros, houve uma frequência de estudos sobre psicose pós-parto (Mousinho, 2021) e estudos da área médica sobre o rastreamento de anomalias genéticas relacionadas à esquizofrenia (Rangel & Santos, 2013). A maioria dos estudos encontrados o quais aborda o tema de gênero em relação à psicose, reforçando o estigma da psicose

psiquiátrica. Além disso, os estudos mencionam uma relação entre a psicose e a violência, destacando como essa violência é um resultado do adoecimento desses indivíduos.

Uma questão levantada ao ler esses estudos é: apesar da predisposição masculina, por que as mulheres são mais afetadas? Podemos inferir que não é necessariamente que as mulheres sejam mais afetadas pelo quadro, mas sim que elas são mais identificadas e diagnosticadas, como já foi mencionado anteriormente (Guedes et al., 2009; Rabasquinho & Pereira, 2007; Rosa, 2011).

#### ***4.1.2 Sobre a Metodologia do Estudo de caso***

O estudo de caso tem sido utilizado há muito tempo nas áreas da saúde, antropologia e psicologia científica como uma ferramenta de pesquisa. Essa metodologia investiga de forma detalhada um único fenômeno, considerando-o como objeto de estudo em sua totalidade (Ventura, 2007). Como uma metodologia, o estudo de caso é amplamente utilizado em estudos de psicologia clínica. Uma de suas características é a falta de controle elevado das variáveis em comparação com outras metodologias, tornando-se assim uma abordagem naturalista. Uma das importâncias desse tipo de metodologia é a possibilidade de criar e explorar hipóteses e obter ideias iniciais sobre um comportamento considerado normal ou anormal. Ela nos permite investigar fenômenos dentro de seu contexto real (Crowe et al., 2011; Shaughnessy et al., 2012).

Portanto, o uso do estudo de caso como metodologia de pesquisa se enquadra na categoria de pesquisa observacional de caso único, sendo completamente diferente de outras metodologias, especialmente as experimentais e observacionais. Os resultados obtidos são considerados “naturais”, embora haja uma intervenção dos psicoterapeutas. No entanto, o termo “naturais” é usado entre aspas, pois essa intervenção não implica necessariamente em uma reversão do comportamento após sua retirada ou finalização. Os estudos de caso são

únicos, particulares e altamente complexos. Eles são intensivos, uma vez que exigem uma quantidade significativa de informações, mas com um número muito limitado de participantes (Noor, 2008; Peres & Santos, 2005; Serralta et al., 2011).

E, apesar da existência de uma grande confusão teórica quando se fala em casos únicos e estudos de caso, é importante destacar que o estudo de caso, em sua essência, é uma metodologia qualitativa, enquanto os casos únicos são um tipo de metodologia qualitativa-quantitativa. Nos casos únicos, há uma manipulação de variáveis que permite um controle rigoroso, sendo pesquisado o comportamento basal, ou seja, o comportamento sem interferência, e comparado com a interferência (Shaughnessy et al., 2012). Os estudos de caso se encontram em uma posição intermediária entre uma metodologia qualitativa e idiográfica. Para se enquadrarem na metodologia qualitativa, estratégias são criadas para realizar o estudo, além da coleta de dados. Eles também apresentam adaptabilidade e flexibilidade em sua aplicação. Embora uma hipótese seja inicialmente formulada, é possível chegar a resultados diferentes no final. Essa é uma das características mais fortes de um estudo de caso, pois coloca o pesquisador no papel de ter que se adaptar e ser flexível, sem comprometer o rigor do trabalho a ser produzido (Hilliard, 1993; Serralta et al., 2011).

Conforme afirmado por Peres e Santos (2005), uma das capacidades que o estudo de caso nos proporciona é analisar casos de forma mais aprofundada, seja casos típicos para verificar se todos ocorrem da mesma forma, seja casos atípicos para estudar um evento específico. O pesquisador que investiga e realiza o estudo de caso é mais capaz de responder a questionamentos do que ao utilizar dados coletados de forma objetiva e quantitativa. No entanto, não é seu dever convencer o leitor de sua análise, mas sim fornecer informações para que o leitor chegue a suas próprias conclusões. Por essa razão, o estudo de caso é confiável, visto que requer uma análise baseada em uma teoria. Nesse sentido, a revisão bibliográfica é

realizada em paralelo para comparação com casos semelhantes que já ocorreram (Ventura, 2007).

Para que um estudo de caso seja considerado um verdadeiro estudo de caso, existem alguns conceitos e fundamentos a serem seguidos. O estudo de caso nos permite identificar novas intervenções sociais em alguns casos, sendo amplamente utilizado por ONGs para essa finalidade. Uma citação de André (2016) sobre o estudo de caso ajuda a entender essa metodologia:

O estudo de caso “envolve sempre uma instância em ação”. Com isso, não se quer dizer que eles possam ou devam ser confundidos com estudos de “observação participante”. Por outro lado, o conceito de estudo de caso não permite que este seja confundido com modelos pré-experimentais ou com uma etapa de pesquisa, pois embora possam indicar variáveis que serão manipuladas e controladas posteriormente em estudos experimentais (principalmente na área da saúde), o conhecimento gerado pelo estudo de caso tem um valor em si mesmo, com significado próprio. Ele é uma forma particular de estudo, em geral, recorre a técnicas de coleta de dados comuns a outras metodologias como: observação, entrevista, análise de documentos, gravações. Anotações de campo, mas, não são as técnicas que definem o tipo de estudo, e sim o conhecimento que dele advém (p. 16).

Assim, podemos compreender o estudo de caso como um trabalho que ensina o leitor a interpretar e a se envolver com o estudo, principalmente devido à contextualização dos acontecimentos (André, 2016). As características essenciais para um estudo de caso incluem a particularidade do caso, a descrição detalhada, completa e fiel da situação, a heurística (ou seja, como o estudo pode ajudar na compreensão dos leitores em relação ao que está sendo estudado) e a indução do estudo (André, 2016).

Além dessas características, existem diferentes tipos de estudos de casos, como casos intrínsecos, instrumentais e coletivos (André, 2016). Um caso intrínseco está relacionado ao estudo de um único fenômeno, e se diferencia do caso instrumental, que utiliza um caso único para uma apreciação mais ampla do fenômeno. O estudo de caso coletivo envolve a utilização de mais de um caso, seja simultaneamente ou sequencialmente, gerando uma apreciação ampla de uma única questão. Além disso, é importante considerar as abordagens epistemológicas para compreender o caso, que podem ser de natureza crítica, interpretativa ou positivista (Crowe et al., 2011).

Para conduzir esse caso, é necessário passar pela definição do caso, estabelecer os objetivos da pesquisa, planejar o desenho do estudo, realizar a coleta de dados, descrever a análise realizada e apresentar as principais descobertas do trabalho. No caso em questão, o capítulo 5 é reservado para as reflexões decorrentes do estudo.

A definição desse caso ocorreu no contexto de uma família que acolhe uma pessoa em sofrimento psíquico grave. Este estudo de caso foi realizado por meio da seleção de um caso acessado através dos escritos do prontuário, no qual a terapia familiar teve duração mínima de seis meses. Outro critério de seleção foi que o caso tenha sido acompanhado pelo GIPSI nos últimos cinco anos. Os critérios de exclusão incluíram casos com duração inferior a seis meses, ausência de acompanhamento familiar concomitante ao atendimento individual e encerramento há mais de cinco anos. A partir desses critérios, o caso de Ana Clara foi selecionado. Seguindo os critérios previamente estabelecidos, foi selecionada uma família composta por sete pessoas, incluindo os pais, tias, avó e irmão da pessoa em crise.

Podemos definir esse caso como um estudo de caso intrínseco, uma vez que o interesse por ele surgiu antes deste trabalho, durante as discussões do grupo GIPSI, onde o caso da família de Ana Clara apresentava características singulares de sofrimento dos cuidadores. Portanto, o objetivo do estudo de caso foi investigar esse fenômeno de sofrimento

dos cuidadores. Uma vez que os atendimentos e acompanhamentos já ocorreram e as intervenções planejadas foram realizadas, será analisado os prontuários que foram produzidos pelos terapeutas responsáveis pelo caso. Apesar de ser considerado “mais simples”, esse tipo de estudo apresenta suas dificuldades, como a realização de um relato e observação, com base nas informações registradas por terceiros.

Para relatar o caso, utilizou-se dos escritos do prontuário, contendo as anotações das terapeutas responsáveis pelo caso, o que se enquadra na análise de registros arquivísticos contínuos descritos por Shaughnessy et al. (2012). Essa abordagem é um bom procedimento para verificar as hipóteses desenvolvidas pelo estudo.

Os prontuários e anotações utilizados para o estudo estavam vinculados ao grupo GIPSI e estão sob posse do CAEP da UnB. Na análise, foi realizada uma pesquisa extensa e detalhada sobre a temática, a fim de estabelecer conexões com os dados coletados. Como mencionado anteriormente, a análise e as principais descobertas estão presentes nos capítulos seguintes deste trabalho.

Logo, com base nas características apresentadas, podemos classificar este trabalho como um estudo de caso, devido ao seu relato denso, completo e literal do caso familiar, de acordo com os dados fornecidos. Nesse relato, buscamos compreender a particularidade do sofrimento dos cuidadores da família e como esse sofrimento é influenciado por questões de gênero. Ao longo do estudo, outras relações e compreensões foram surgindo, ampliando nossa compreensão do fenômeno em questão.

No que diz respeito às questões éticas da pesquisa, o estudo não causou danos aos participantes. O CAEP utiliza um termo de autorização para o uso dos materiais produzidos nos acompanhamentos psicológicos para fins de estudos. Apesar da complexidade dos temas discutidos na psicologia, é fundamental compreender, esclarecer e identificar mecanismos para auxiliar indivíduos que enfrentam situações tão complexas, e o estudo de caso nos

permite desenvolver práticas no trabalho clínico (Peres & Santos, 2005; Zanella & Sais, 2008).

O processo de admissão de um caso no GIPSI ocorre por meio do acolhimento, realizado por dois membros do grupo, podendo ser dois membros antigos (com mais de um semestre de permanência no grupo) ou um membro novo e um antigo. Essa escolha é feita devido à complexidade do acolhimento de um paciente em sofrimento psíquico grave e de sua família.

Após esse acolhimento, o caso é levado para as supervisões do grupo, que ocorrem uma vez na semana. Durante essas supervisões, todos os integrantes ouvem a exposição do caso e, em consenso, decidem se o caso será aceito ou não. Se o caso não se enquadrar nas características atendidas pelo grupo, são indicados outros locais para o atendimento psicológico. Quando a participação no grupo é aprovada, são designados dois terapeutas para o processo terapêutico familiar e um terapeuta para o processo individual da pessoa em questão. Outros terapeutas também podem ser indicados para atender o mesmo sistema familiar em sessões individuais ou para outras modalidades de terapia, como a terapia conjugal.

O processo de finalização do atendimento de um paciente pelo grupo pode ocorrer de diversas maneiras. O término do vínculo terapêutico pode ocorrer por falta de comparecimento ou falta de adesão ao processo terapêutico, sendo considerado um término de alta negativo. Já os termos de alta positivos ocorrem quando há uma adesão ao processo terapêutico e o indivíduo, que estava em crise, não apresenta mais sintomas e a crise é considerada resolvida. Para o processo de alta, também são realizadas supervisões e discussões em grupo, a fim de tomar a decisão final.

## **4.2 Caso Ana Clara, o Caso das Mulheres Influentes**

Para a descrição deste caso, foram alterados todos os nomes, características facilmente identificáveis e profissões, a fim de preservar o sigilo dos envolvidos. Antes de iniciar o relato do caso, é importante explicar como ocorreu a entrada de Ana Clara no processo de acompanhamento terapêutico no grupo GIPSI, que teve uma duração aproximada de 17 meses, com um total de 20 sessões de terapia familiar realizadas.

O primeiro passo para qualquer início de tratamento no GIPSI é o acolhimento. Nesse primeiro contato, é realizada a compreensão da crise e a identificação dos pródromos. Os pródromos são observados com base em uma lista presente no Manual do grupo. Pródromos podem ser considerados “[...] aquilo que antecede um evento...primeiros sinais, embora ainda não caracterizado como sintomas, que o indivíduo manifesta e que podem apontar para uma frase ‘pré-psicótica’ ou prévia ao agravamento do sofrimento psíquico que pode (ou não) evoluir para uma psicose” (Costa, 2010, p. 23).

Após identificar que o indivíduo se enquadra nos critérios de aceitação do grupo, inicia-se o acompanhamento individual em paralelo ao acompanhamento familiar, ambos sendo obrigatórios para a permanência no grupo. O GIPSI adota uma abordagem diferenciada, que visa desenvolver estratégias de cuidado não apenas para o indivíduo em sofrimento psíquico grave, mas também para sua família. Essas ações são de grande importância, especialmente nos casos de quadros psicóticos (Almeida et al., 2010).

### ***4.2.1 Apresentação do Caso***

Todas as figuras dessa família desempenham um papel crucial no sistema familiar. Neste caso, não se trabalhou apenas com a família nuclear, mas também com a família extensa, reconhecendo a importância desses membros não apenas no processo de adoecimento de Ana Clara, mas também no processo de sua recuperação.

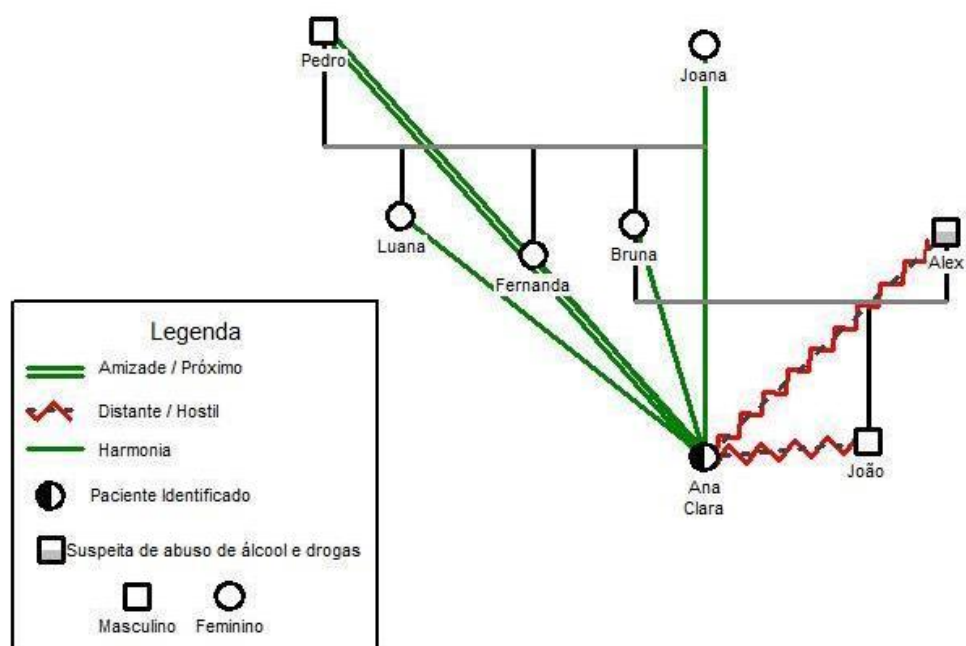


Dessa forma, temos a pessoa identificada em sofrimento psíquico grave, que será referida como Ana Clara, de 17 anos, filha de Alex e Bruna. Alex e Bruna também são pais de João, uma criança de 7 anos. Além da família nuclear de Ana Clara, temos sua avó, Dona Joana, e suas duas tias, Luana e Fernanda. Também é mencionado Pedro, marido de Joana, embora não tenha participado das sessões.

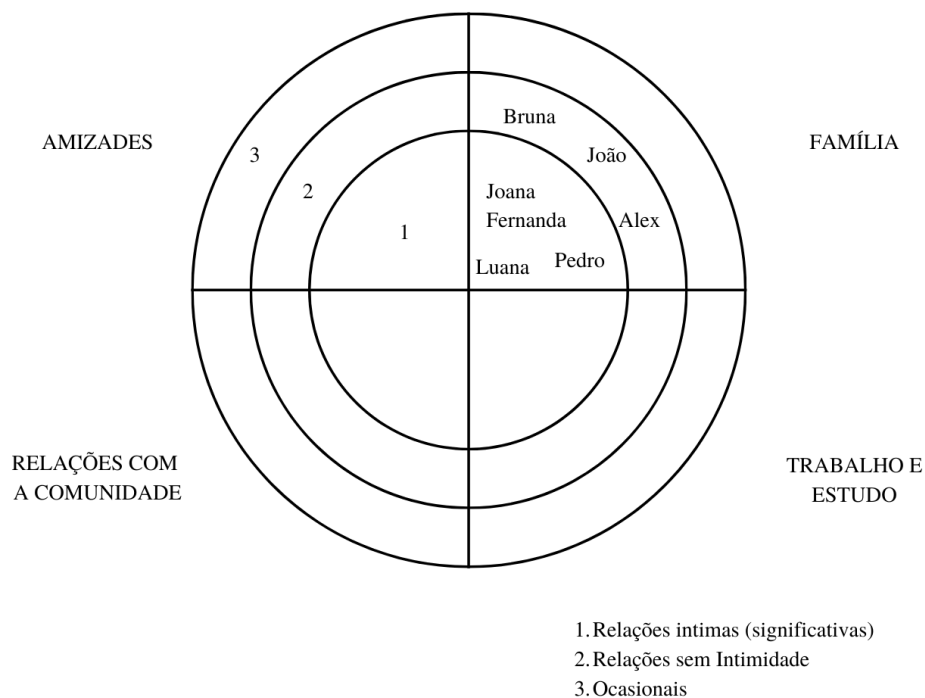
O relacionamento de Ana Clara com sua família é apresentado no genograma abaixo (Figura 1).

### Figura 1.

#### Genograma



Uma observação relevante ao desenhar o genograma (Figura 1) e o mapa de rede (Figura 2), conforme descrito por Sluski (1997), é que Ana Clara possui apenas sua família como rede de apoio, devido à superproteção dos pais em decorrência de seu adoecimento, que foi abordado no processo terapêutico.

**Figura 2.***Mapa de Rede*

Joana tem duas filhas e mora com seu marido, Pedro. Sua casa é extremamente próxima à de sua filha Bruna. Seu relacionamento com o marido é conturbado e, nas sessões familiares, as filhas sempre questionavam e faziam observações sobre esse relacionamento, levantando diversas questões que as incomodavam em relação a Pedro. Luana trouxe em sessão familiar que também tinha problemas relacionados ao pai, o que levou os terapeutas a encaminhá-la para a terapia individual. Devido ao trabalho de Bruna e de Alex, Joana era responsável pelos netos e trazia diversas queixas de sobrecarga. Diferentemente do resto da família, Ana Clara já apresentava uma relação amigável com o avô.

Ana Clara chegou ao grupo após ter uma crise de dissociação de personalidade. O contexto da crise ocorreu após ela perder um porta-moeda na escola e ser acusada de roubo. Ana Clara, dissociou e começou apresentar conteúdo relacionado ao mundo pop. O delírio apresentado era ao utilizar algumas redes sociais, acreditando que estavam falando sobre uma

cantora famosa e aplicando o que estava sendo dito a si mesma. Além disso, ela desenvolveu um delírio de perseguição em relação ao que era escrito na rede social, acreditando que os comentários eram diretamente para ela e constituíam uma perseguição. Ana Clara também tinha delírios relacionados a uma série sobre roubo que era bastante famosa da época, onde se sentia perseguida pelos personagens.

Porém, o desencadeamento da crise teve como causa principal a iminência do divórcio dos pais, embora não ser um assunto aberto entre a família. Em um momento durante o acompanhamento terapêutico familiar, Ana Clara e João fizeram uma espécie de denúncia, expressando que sentiam e sabiam que algo não estava certo na relação entre os pais. A mãe demonstrava uma inclinação para “abandonar” a família e viver a juventude que não teve, dada as circunstâncias em que se encontrava. Por sua vez, o pai tinha dificuldade em demonstrar afeto pelos filhos e usava o amor como uma moeda de troca com eles.

Em algumas ocasiões, Ana Clara compartilhava na sessão a falta de vínculo com o pai e expressava um desejo por carinho, cuidado e atenção por parte dele. Ao ser indagado sobre esses pedidos, Alex afirmava que não tinha condições de atendê-los, pois considerava Ana Clara uma vergonha para a família. Ele acreditava que ela havia desonrado a família por ter reprovado e não seguir os caminhos cristãos que eles esperavam. Ele afirmou em dado momento que ela (*sic*) “não fazia por onde ser amada”. Além disso, ele se recusava a realizar tarefas relacionadas aos cuidados com a casa, o que Ana Clara mencionava como uma das coisas que esperava dele.

Esses fenômenos foram catalisadores para o adoecimento de Ana Clara e a crise que ela apresentou. No acolhimento, ela ainda estava em crise, com alguns pródromos, e nesse momento estavam presentes sua mãe, sua tia Luana e sua avó Dona Joana. Foi durante o acolhimento que descobriu-se que a tia Luana era a responsável pelas questões relacionadas à

saúde de Ana Clara. As primeiras sessões foram com toda a família, incluindo avó e tias, pois havia sido percebido uma divisão de cuidados em relação a Ana Clara.

A mãe da Ana Clara era estudante de engenharia e trabalhava com carteira assinada, estava frequentemente ausente de casa, conforme relatado pela família, mesmo sendo a principal responsável pelo sustento financeiro. Logo, como forma de apoio, a avó e as tias se envolveram no cuidado de Ana Clara. Sempre que ela precisava de uma figura de cuidado e apoio, a pessoa com quem ela estabelecia um vínculo era a avó Joana. Sua tia Luana, irmã mais velha de Bruna, tornou-se responsável pelos cuidados de saúde relacionados a Ana Clara, levando-a e agendando consultas médicas e psiquiátricas. Por fim, Fernanda, irmã mais nova de Bruna, trouxe como queixa em terapia o fato de que Ana Clara não a respeitava e muitas vezes a tratava como uma irmã mais velha. No entanto, era com essa tia que Ana Clara tinha um relacionamento mais aberto.

Ana Clara não tinha uma boa relação com seu irmão, frequentemente envolvendo brigas físicas, mas sempre justificava isso pela diferença de idade entre eles. A disciplina aplicada pelos pais era baseada em surras para o filho e castigos para a filha. Alguns acontecimentos foram importantes para entender a dinâmica dessa família. Por exemplo, houve um incidente de exposição de fotos, em que João descobriu que a irmã estava conversando com um garoto e trocando fotos íntimas. Além disso, quando Ana Clara começou a se aproximar de uma prima, essa aproximação se tornou um estopim para os problemas que já existiam em seu relacionamento com os pais. Os pais acreditavam que essa prima estava envolvida com drogas e, portanto, concluíram que Ana Clara também estaria envolvida. Durante as sessões, o pai chegou a mencionar essa situação e afirmou que Ana Clara era uma desonra por ter reprovado na escola e estar em recuperação naquele momento, além de insinuar que ela estaria envolvida com drogas.

A família de Ana Clara apresentava uma configuração com pensamentos bastante tradicionais. Apesar de Alex se mostrar uma pessoa tradicional, especialmente em relação às expectativas que tinha para a filha, esposa e para si mesmo como homem, essa dinâmica era evidente quando ele ficava em casa e assumia a responsabilidade de cuidar dos filhos na ausência da esposa, devido ao trabalho dela. Em várias ocasiões, ele atribuía tarefas aos filhos tratando-os como “empregados” e ignorando as particularidades de cada um. Apesar de termos um pai e uma mãe na estrutura familiar, os papéis sociais desempenhados por esses pais não estavam de acordo com o que era esperado socialmente.

Bruna é estudante de engenharia e trabalha, enquanto Alex é um vendedor autônomo sem formação superior, que ficou desempregado por um período durante o processo terapêutico. Foi durante esse período em que Alex ficou em casa com os filhos que ficou evidente, durante as sessões de terapia, sua falta de recursos para lidar com os filhos de forma adequada.

Havia uma diferença no desenvolvimento pessoal do casal, pois tanto a mãe quanto o pai expressavam o desejo de realizar sonhos que não puderam ser concretizados devido à responsabilidade da família. O pai justificava isso com um prejuízo financeiro, enquanto a mãe mencionava um prejuízo de tempo. Apesar dos diversos desentendimentos, ambos explicavam que continuavam juntos devido à moral cristã e pelo fato de a filha estar doente.

A mãe tinha um comportamento mais voltado para aproveitar a vida, sair com as amigas e buscar a sua realização pessoal. Por outro lado, o pai era mais sério e tradicional. Dentro de casa, era uma queixa constante a ausência da mãe, pois os filhos sentiam que mesmo quando ela estava presente, parecia não querer estar com eles, pois passava a maior parte do tempo no celular e não se envolvia nas atividades familiares. Houve momentos em que o pai compareceu às sessões alcoolizado, em outras ocasiões ele chegou a dormir, além

de ser frequente o seu atraso e ausências. Isso foi visto como desinteresse e falta de comprometimento por parte dele em relação ao processo terapêutico familiar.

No décimo mês de acompanhamento, foi recomendada a terapia de casal devido às queixas de Bruna sobre a ausência de Alex em casa. Anteriormente, essa ausência era justificada pelo trabalho, mas não se aplicava mais naquele momento. Quando a terapia conjugal foi prescrita, Bruna mostrou-se empolgada, enquanto Alex apenas concordou em fazê-la, pois foi uma indicação das terapeutas, após um debate no grupo.

O caso foi encerrado após um ano e cinco meses de processo terapêutico, com um total de 20 sessões de terapia familiar realizadas. O encerramento do acompanhamento ocorreu devido à falta de comprometimento e envolvimento dos pais, principalmente por parte do pai de Ana Clara, que em várias sessões mostrou-se desinteressado e chegou a adormecer em algumas delas. A mãe, por sua vez, demonstrou interesse em dar continuidade ao processo, mas questionou se o marido também estava disposto. Ao ser questionado, ele respondeu que (*sic*) “já estava passando da hora de acabar”.

Apesar da suspensão do caso devido à falta de adesão dos pais à terapia de casal, foi deixado como observação ao casal que o jogo criado entre os dois não tinha sido finalizado. Embora o quadro de Ana Clara estivesse estável, foi ressaltada a importância de cuidar também do filho mais novo do casal. Essa observação foi feita como um alerta para a necessidade contínua de trabalho e atenção à dinâmica familiar, mesmo após o encerramento do processo terapêutico.

#### ***4.2.2 Análise do Caso***

Diferentemente do que é esperado socialmente, a família de Ana Clara possui uma constituição tradicional e pensamentos bastante conservadores. Apesar de ter um pai e uma mãe, os papéis sociais desempenhados por eles não seguem o padrão esperado. Bruna é

estudante de engenharia e trabalha, enquanto Alex é um vendedor autônomo e não possui formação superior. Essa diferença social gera desconforto, já que Bruna está em uma posição mais privilegiada na sociedade em comparação ao seu marido. Contrariando essa estrutura familiar não convencional, o casal demonstra ser influenciado pelos dogmas da igreja. Em várias ocasiões, seus próprios desejos intrínsecos são reprimidos devido às crenças religiosas que seguem.

Diante do exposto teoricamente e do caso relatado, é necessária uma análise do caso à luz da literatura para observar a aplicação prática da teoria. Inicialmente, é importante analisar os jogos psicóticos presentes nessa família, utilizando alguns parâmetros apresentados por Palazzoli et al. (1998) em seu livro. Essa análise busca compreender a relação dessa família e como ela influencia o adoecimento, bem como o paradoxo da interpretação do motivo pelo qual essa paciente desenvolveu o sintoma.

Para realizar essa análise utilizando a teoria e os escritos de Palazzoli et al. (1998), é necessário apresentar a definição de paradoxo conforme descrito pelos autores:

Paradoxais, em poucas palavras, são, portanto, todas as intervenções que preveem uma prescrição explícita do sintoma ou, pelo menos, o fato de louvá-lo, dar-lhe uma conotação positiva, encorajá-lo, preocupar-se que possa desaparecer demasiado rápido etc. Evitamos, ao contrário, considerar o paradoxo em termos de “contradição que deriva da dedução correta das premissas coerentes”, “confusão de tipos lógicos” (Watzlawick et al., 1967, p. 185), assim como evitamos raciocínios do tipo: “deduções coerentes a partir de premissas aristotélicas conduzem a resultados paradoxais porque as premissas estão erradas” (Dell, 1981, p. 40), visto que, no plano clínico, essas abstrações demonstraram ser inúteis e só serviram para nos confundir (pp. 21-22).

O processo terapêutico foi iniciado não apenas com a família nuclear, mas com a família extensa, incluindo a avó e as tias, uma vez que essas três figuras desempenhavam papéis importantes no cuidado de Ana Clara mesmo não vivendo na mesma casa. Especialmente diante do adoecimento de Ana Clara, elas estavam envolvidas diariamente e desempenhavam um papel relevante na família. Com exceção do pai, a família de Ana Clara estabeleceu um vínculo terapêutico com as duas terapeutas responsáveis pelo caso, o que facilitou muitas das intervenções propostas. Conforme mencionado pelos autores, nas primeiras sessões foi necessário estabelecer limites entre os membros da família, pois Bruna mencionou diversas vezes a falta de espaço para sua participação na educação dos filhos, uma vez que a mãe e as irmãs ocupavam esse espaço.

Como mencionado pelos autores Palazzoli et al. (1998), a prescrição da separação da família é importante para compreender o paradoxo do jogo entre os membros. No acompanhamento terapêutico da família de Ana Clara, foi realizada a separação, inicialmente convidando a família extensa (a avó e as tias) a se ausentar do processo terapêutico, ficando apenas com a família nuclear. Esse processo permitiu o acesso aos segredos que eram mantidos restritos à família extensa, a revelação do divórcio iminente do casal, a ausência de Bruna e Alex em relação aos filhos e o impacto que isso estava causando neles.

Após a separação da família extensa, foi prescrita a separação dos filhos dos pais por meio da terapia conjugal. Através desse processo, foi possível observar o funcionamento do casal. Embora ambos afirmassem tentar ser ótimos pais e afirmassem que o casamento era mantido pelos filhos, não demonstravam cumplicidade como casal quando eram questionados sobre questões relacionadas a Bruna e Alex como um casal. Durante as sessões familiares, que ocorriam intercaladas com as sessões de terapia conjugal, os pais frequentemente expressavam queixas sobre os filhos, referentes à semana em que eles haviam ficado sozinhos



devido à terapia conjugal. Nesse processo, a presença da avó mostrou-se significativa, e, ao mesmo tempo, o casal começou a estabelecer limites na criação dos filhos.

O segredo ocorreu naturalmente, não tendo sido prescrito de forma maquiada, devido à ausência do casal ser observada no processo terapêutico conjugal, onde exige o sigilo e segredo do processo terapêutico que envolve ambos. Ao avaliar o processo do casal, remete-se a uma citação dos autores onde eles afirmam: “é por isso que eles preferiam (o casal) exhibir-se como um casal irrecuperável, entregando à equipe o dever que competia a ela: curar o filho deles” (Palazzoli et al., 1998, p. 281).

Essa frase vai ao encontro do encerramento do processo terapêutico da família de Ana Clara, onde o pai expressa o seguinte pensamento: “já estava na hora mesmo de encerrar, posto que não vê sentido em dar remédio para uma possível doença” (*sic*), dando a entender que o relacionamento amoroso entre os dois não mudaria e, como a filha já estava estabilizada, não havia mais o que ser feito.

Diante desses acontecimentos e da leitura do livro, surge um dos questionamentos importantes para essa dissertação: qual é o imbróglio desse casal com o filho? É válido lembrar o conceito de imbróglio apresentada por Palazzoli et al. (1998):

Por imbróglio entendemos um processo interativo complexo que parece estruturar-se e evoluir em torno de uma tática comportamental específica posta em prática por um dos pais, caracterizada por ostentar como privilegiada uma relação diádica intergeracional (pai-filho/ mãe-filho) que na realidade, não existe (p. 92).

Dentre os vários imbróglis apresentados no livro, aqueles que se encaixam na história e análise desse caso são o imbróglio da esquizofrenia e o imbróglio relacional. A similaridade com o imbróglio da esquizofrenia vai além do surto de Ana Clara com características psicóticas, envolvendo também o “jogo sujo” que a envolvia por meio de enganos e mentiras, e o comportamento psicótico relacionado a esse jogo sujo. É evidente a

forma como essa mãe sabia manipular as relações desde antes, o que foi brevemente mencionado em sessões com poucas citações sobre o relacionamento de Bruna com seus pais.

O outro imbróglio apresentado é o imbróglio relacional, referente ao divórcio e à reconstituição do casal. Apesar de Alex e Bruna não terem oficializado o divórcio, havia sinais de que esse fenômeno era iminente. A fim de manter a união de seus pais, é possível que Ana Clara tenha entrado em crise devido a esse segredo existente. Por fim, houve um sucesso, se considerarmos que o objetivo era revelar esse segredo. Durante a supervisão pelo grupo GIPSI e a discussão do caso de Ana Clara, foi observado que ela entrou em crise e (*sic*) “surtou” devido aos problemas envolvendo o casal, que estavam expostos apesar de serem mantidos em segredo. Quando o segredo foi revelado, o processo e o andamento do caso mudaram, levando Ana Clara a se desvincular emocionalmente de seus pais e desse relacionamento em questão. Isso inclui a tentativa muitas vezes “desesperada” por carinho por parte de seu pai, mas abordaremos esse aspecto mais adiante.

Antes de discutirmos a relação de Ana Clara com Alex, vamos retomar a discussão do relacionamento entre Bruna e Joana, pois Ana Clara era diretamente influenciada pelo relacionamento das duas. Por exemplo, Dona Joana instigava Bruna no papel de mãe, mesmo se queixando diversas vezes do peso que era “criar” os netos inclusive na frente deles. Isso criava uma comunicação através de provocações dissimuladas entre as duas figuras, sem explosões de raiva, mas que geravam um duplo vínculo, uma vez que a avó fazia questão de cuidar dos netos devido à ausência dos pais em casa.

No que diz respeito à relação entre Ana Clara e seus pais, é necessário avaliar a coalizão entre mãe e filha e a exclusão do pai, além do jogo do casal mencionado anteriormente. De um lado, temos uma mulher que transmite poder ao entrar nas sessões, sempre bem arrumada, muitas vezes usando salto alto, sempre de bom humor e tentando ser compreensiva com todas as situações.

Por outro lado, temos um homem que se apresentava desarrumado, exibia infelicidade em sua expressão facial e tinha dificuldade em estabelecer vínculos. Ele frequentemente fazia queixas em relação à família e assumia o papel de guardião dos bons costumes, colocando sua filha como a maior decepção por não seguir suas crenças. Apesar de o casal se apresentar de forma oposta, era o pai quem detinha o poder na relação e na educação, o que ia contra o comportamento apresentado.

Em certo momento da terapia familiar, Ana Clara demonstrou uma coalizão com a mãe, principalmente diante da fragilidade que o pai demonstrava em relação às figuras presentes. Isso levou, em determinado momento, à exclusão dessa figura. Especialmente após as negativas do pai aos pedidos de carinho da filha, justificando que ela não merecia porque não ajudava em casa. Por outro lado, a mãe sempre se mostrava disponível quando a filha a solicitava, mesmo quando precisava corrigi-la.

Por fim, Palazzoli et al. (1998) nos apresenta um esquema de seis etapas para o processo, e no caso da família de Ana Clara, foi possível identificar e descrever essas seis etapas. A primeira etapa é chamada de “O Impasse no Casal Conjugal”, que serve como ponto de partida para o jogo do casal. Essa etapa é definida pela afirmação “quando há distúrbios nos filhos, sempre há algum distúrbio no casamento, embora nem todo casamento perturbado produza filhos perturbados” (Framo, 1965, como citado em Palazzoli et al., 1998, p. 199). No caso apresentado, o casal se mostra adoecido, pois não possui uma interação saudável e apresenta um sistema familiar disfuncional. Para que o sistema funcione adequadamente, foi necessária a inserção da avó e das tias, cada uma assumindo uma responsabilidade em relação a Ana Clara. O casal também apresenta um jogo ativo-passivo em seu próprio relacionamento.

A segunda etapa, denominada “O Enredamento do Filho no Jogo do Casal”, aborda o relacionamento do filho ou filha com os pais, onde um é colocado no papel de vítima e o

outro no papel de carrasco. No caso de Ana Clara, apesar de ter distanciamento em relação ao pai, ela se via ao lado dele devido à ausência da mãe em casa. No entanto, ela tinha que lidar com o duplo vínculo, no qual via o pai como um coitado e, ao mesmo tempo, ele se mostrava como o dominador. Como resultado, a filha acabou envolvida no jogo do casal, principalmente devido à possibilidade de separação. Isso foi mencionado pela mãe em algumas sessões após o início do tratamento, quando o segredo foi revelado e eles estavam considerando o divórcio. No entanto, devido ao adoecimento da filha, o casal decidiu permanecer junto para cuidar dela. Diante da possível notícia do divórcio, Ana Clara se mobiliza para evitar que isso aconteça, inclusive em nome dos valores transmitidos pelo pai, nos quais o divórcio é considerado um pecado.

A terceira etapa, chamada de “O Comportamento Inusitado do Filho”, refere-se aos comportamentos iniciais de Ana Clara, nos quais ela apresentava delírios de perseguição e se envolvia em problemas na escola. No início, esses comportamentos não eram considerados um grande problema pelos pais, mas se tornaram mais preocupantes, especialmente quando surgiu a história de um porta-moedas que teria sido roubado na escola.

Na quarta etapa, chamada de “A Reviravolta do Suposto Aliado”, é importante observar que, apesar dos desentendimentos de Ana Clara com sua mãe, sempre foi evidente uma aliança silenciosa entre as duas contra Alex. No entanto, em certo momento, há uma união do casal devido às decepções trazidas por Ana Clara, como problemas escolares, falta de perspectiva de futuro e o desejo de criar uma identidade própria e se libertar desse jogo conjugal.

A quinta etapa é intitulada “A Explosão da Psicose”. À medida que a mãe cresce em sua vida profissional, visto que estava se formando e trabalhando, ela se torna cada vez mais ausente em casa. Ao mesmo tempo, o pai enfrenta dificuldades no trabalho e tem desejos que são exclusivamente relacionados a ele, como a compra de uma moto. Ao vivenciar esse duplo

vínculo e sentir-se “abandonada”, Ana Clara entra em crise, manifestando dissociação de personalidade e sentimentos de perseguição.

Por fim, a sexta etapa é denominada “As Estratégias Baseadas no Sintoma”, na qual a família se adapta de acordo com o sintoma da psicose apresentado. No caso de Ana Clara, temos o cuidado realizado em conjunto pelas tias e avós, sendo que a busca por ajuda ocorre por intermédio de uma das tias. Além disso, ocorre uma “reconciliação” entre o casal, que, apesar de infelizes, se mobilizam no processo terapêutico familiar em prol do cuidado de Ana Clara. Assim, embora não funcionem como um casal, eles se unem como pais em busca do bem-estar da filha.

Palazzoli et al. (1998) nos auxilia a analisar casos de sofrimento psicótico ou do tipo psicótico de forma sistemática, através do estudo do relacionamento familiar. Através da leitura e análise dessa teoria, é possível identificar que a família de Ana Clara apresenta características típicas de uma família com dinâmica psicótica, incluindo imbróglio, duplo vínculo e segredos que não são tão secretos.

Prosseguindo com a análise, o livro de Lúcia Rosa (2011) nos proporciona uma compreensão de como a teoria sistêmica pode abordar o sofrimento, não apenas do indivíduo que apresenta o quadro de adoecimento, mas também da família como um todo, que está envolvida no processo de cuidado.

É necessário levantarmos muitas questões antes de pensarmos que apenas um casal desregulado pode gerar um adoecimento. Devemos, em primeiro lugar, questionar qual é a constituição histórica dessa família. Na família de Ana Clara, temos uma estrutura familiar totalmente patriarcal, tanto na família nuclear de Ana Clara quanto na família nuclear de Bruna. Tanto Pedro, no caso de Bruna, quanto Alex, no caso de Ana Clara, são descritos e se apresentam em posições patriarcais, onde exercem domínio, enquanto as mulheres em suas vidas ocupam papéis submissos. Alex, além de exercer uma dominação de gênero, também

exerce uma dominação hierárquica por ser o chefe da família, e espera ser respeitado como tal, mesmo que socialmente isso seja diferente (Rosa, 2011).

Socialmente, Alex se apresenta como um homem desempregado, e mesmo quando estava empregado, trabalhava em empregos informais. Em comparação com sua esposa, que estava prestes a se formar em engenharia e tinha um emprego estável, Bruna se mostrava socialmente superior e era responsável financeiramente pela casa. Isso causava desconforto no casal em relação à socialização. Alex não gostava da forma como Bruna saía e se envolvia em atividades sociais externas. Além disso, essa família enfrentava uma tensão silenciosa não apenas em relação a quem deveria estar gerando renda, no caso da relação entre Bruna e Alex, mas também em relação ao cuidado e à sobrecarga econômica. Joana, mãe de Bruna, expressava suas queixas várias vezes em relação à filha e ao genro. Conforme citado por Rosa (2011), o desgaste do cuidador vai além do aspecto físico e psicológico, existindo também um desgaste econômico.

Aproveitando o que foi dito anteriormente sobre a sobrecarga dos cuidadores, é interessante observar como o adoecimento de Ana Clara não sobrecarregou apenas a mãe, mas também todas as mulheres mais próximas, como a avó e as tias, corroborando com as ideias expressas por Rosa (2011) e Savassi e Modena (2011). Diante do adoecimento e das demandas de cuidado criadas pela crise de Ana Clara, a família se mobilizou para cuidar dela. A avó assumiu a responsabilidade emocional pela neta, uma das tias assumiu a responsabilidade financeira e das questões de saúde, enquanto a outra atuou como companheira da sobrinha. Bruna e Alex deram continuidade às suas próprias vidas, sem serem gravemente afetados, até que, durante a terapia familiar, foram chamados a reconstruir a composição daquela família.

A família de Ana Clara sempre se mostrou muito simples e tradicional, não pertencendo à classe média e nem vivendo em condições de extrema pobreza. Além do

sofrimento psíquico, a família também carrega consigo a falta de compreensão do quadro de adoecimento, o que muitas vezes gera vergonha diante do adoecimento de um dos membros (Rosa, 2005). Cada membro da família desempenhava um papel distinto, e havia momentos em que João e Ana Clara se uniam durante as brigas e conflitos, apesar da diferença de idade.

Retomando as duas figuras de cuidado, o pai e a mãe, é possível observar que ambos apresentam sofrimentos relacionados aos seus gêneros. Assim, era visível o sofrimento de Alex em não corresponder ao estereótipo masculino esperado pela sociedade. Ele se recusava a realizar atividades que poderiam desafiar sua masculinidade, como cuidar da casa.

Conforme Zanello (2018) menciona, homens e mulheres expressam seu sofrimento de maneiras diferentes. Enquanto as mulheres tendem a chorar e se deprimir, os homens tendem a externalizar seus sentimentos, seja por meio do consumo de bebidas ou por comportamentos antissociais, ambos presentes em Alex. Sua masculinidade encontrava espaço apenas em momentos de evasão da família e no trabalho. Sempre que questionado sobre seu trabalho, Alex afirmava que era difícil e que estava fazendo aquilo para poder comprar sua moto, que representava seu maior sonho de aquisição. Talvez, a moto fosse uma forma de reafirmar sua masculinidade, já que ela está associada à virilidade.

Os estudos de Zanello (2018) traz a “casa dos homens” e, na minha interpretação, mesmo em um ambiente machista, ainda é um espaço crucial para demonstrar a virilidade masculina, algo que estava ausente na vida de Alex. Sua aparência e comportamento indicavam sua infelicidade em relação à sua eficácia, tanto em termos de virilidade sexual quanto de sucesso profissional. Sua virilidade laboral era minada pelo sucesso de sua esposa, e sua virilidade sexual era inexistente devido às dificuldades em estabelecer um vínculo conjugal com Bruna. Alex era um homem que se via totalmente dominado pelas mulheres de sua família, mas ao mesmo tempo estava preso em uma cultura patriarcal e religiosa. Ele constantemente lutava silenciosamente pelo poder dentro da família.

Bruna, em algumas sessões, expressou arrependimento e tristeza em relação à sua forma de cuidar dos filhos, ou até mesmo à falta desse cuidado, já que estava ausente em suas vidas. Em determinado momento, ela trouxe à tona sua abnegação e sacrifício pessoal em sua história, mencionando que abdicou de estudar e se formar para se dedicar exclusivamente à maternidade dessas crianças.

No entanto, Bruna teve que lidar com o constante julgamento de sua família, incluindo sua própria mãe, que a considerava uma mãe fracassada. Socialmente, há uma crença arraigada no “mito do amor materno”, e Joana acreditava que Bruna não sabia como ser uma mãe adequada. Embora não tenha sido discutido em detalhes durante as sessões, era evidente em seu comportamento que Bruna se preocupava com sua aparência e vaidade, mesmo que se sentisse pouco desejada pelo marido. No momento em que o casal entrou no processo terapêutico, Alex não a enxergava como uma mulher, mas sim como uma subalterna.

Com o encerramento do caso, após discussões e participação de todos os membros do grupo, ficou evidente a falta de interesse e o comprometimento ausente por parte de Alex. Por decisão unânime, o caso foi considerado encerrado, e foi recomendado que Ana Clara continuasse seu processo terapêutico individual fora do grupo GIPSI. Além disso, foi indicada terapia para Bruna, visando o seu acompanhamento e suporte emocional.



## Capítulo 5: Algumas Reflexões Possibilitadas pelo Estudo

Ao explorarmos o mundo da psicose, gênero e família, é importante lembrar alguns pontos fundamentais e relembrar suas bases. Um desses pontos é reconhecer que, como seres humanos, passamos por crises ao longo de nossas vidas. Desde o momento em que nascemos e deixamos o útero materno, somos confrontados com um novo mundo e temos que lidar com essa transição. As crises também ocorrem durante as transições de fases e é importante compreender o sofrimento para poder lidar com ele de forma adequada. No entanto, a sociedade muitas vezes encara o sofrimento de forma negativa e busca evitá-lo a todo custo. O sofrimento pode ser algo inexplicável, misterioso e até mesmo prazeroso em certos contextos (Beserra et al., 2014; Minkowski, 2000).

Além disso, como mencionado por Beserra et al. (2014), o sofrimento também está relacionado ao processo de evolução pessoal:

A evolução humana faz parte da vida; entretanto, existem muitas pessoas que têm resistência em evoluir, pois em alguns momentos da sua existência sofreram frustrações enquanto estavam no caminho da evolução. A partir de então, seguem a vida com medo, ansiedade, preocupação, raiva, entre tantos outros sentimentos e emoções desagradáveis que bloqueiam o fluir natural da vida. As oportunidades passam e não são percebidas, ou, quando se percebem as oportunidades, o medo é muito grande, paralisando as ações e limitando as escolhas. O sofrimento humano é algo que adquire alta complexidade, pois o homem pode sofrer de muitas maneiras e não sofrer de tantas outras, dependendo da visão de cada um. Portanto, sofrer obriga a vida sensível a se subordinar à vida das atividades que repudiam o fatalismo, de maneira que o sofrimento eleva os sentimentos pelas intenções de reparação (p. 177).

O sofrimento psíquico grave, que é compreendido como um constructo e não um conceito, está presente não apenas nas crises do tipo psicótico, mas também em outras formas

de crises. A crise psicótica é um exemplo de sofrimento psíquico grave que resulta de um quadro psicótico. A psicose é um conceito psicanalítico que tem suas raízes nos estudos de Freud. No passado, os conceitos de neurose e psicose muitas vezes se confundiam. Na compreensão da psicose pela lógica freudiana, somos apresentados ao adoecimento decorrente da simbiose mãe-filho, em que essa relação simbiótica pode gerar dependência nos relacionamentos. No entanto, essa simbiose é questionada e começamos a observar a triangulação mãe-pai-filho (Costa, 2008).

Ao considerarmos apenas a perspectiva da psicose, corremos o risco de nos limitarmos às definições estritamente psiquiátricas, o que pode resultar na redução do indivíduo adoecido à sua “doença”, ignorando sua subjetividade. Portanto, é mais adequado utilizar o termo “sofrimento psíquico grave”, pois ele adota uma abordagem mais humanizada, reconhecendo a dificuldade do sofrimento relacionado às interações familiares, interpessoais ou individuais. Esse tipo de sofrimento tem um impacto significativo nas pessoas que convivem com o indivíduo, seja devido aos sintomas da crise, como distanciamento, delírios e realidades paralelas, ou devido à falta de compreensão do que está acontecendo. Além disso, enfrenta-se dificuldades adicionais devido à complexidade do tratamento e ao estigma social associado ao adoecimento mental (Rosa, 2011). É fundamental abordar o sofrimento psíquico grave de forma holística, considerando a subjetividade do indivíduo e seu contexto familiar e social.

Assim, podemos compreender o sofrimento psíquico grave como um tipo de sofrimento que possui suas particularidades e está inserido em contextos específicos. É essencial que tenhamos uma compreensão abrangente, indo além da visão restrita do indivíduo apenas como alguém adoecido, e considerando também seus relacionamentos, a rede de apoio disponível e sua constituição enquanto pessoa que está enfrentando o sofrimento. Como destacam Costa e Ramos (2018):

Partimos do princípio de que a crise psíquica é vivência basilar da angústia do existir. Assim, as primeiras crises psíquicas graves são um sentir vivendo e existindo com angústias intensas (fundamentais) que demandam compreensão como uma das manifestações genuínas de existir do humano, no sentido de “possibilidades de ser”, e não como anormalidade ou enfermidade *a priori*. Um sofrer primitivo ou o sofrimento originário ou uma tonalidade fenomenológica originária da vida [...]. Fala-se, então, da crise psíquica grave como manifestação genuína, como possibilidade e continuidade de ser, objetivando, em particular, encontrar (e oferecer) direções para o acolhimento, cuidado e respeito humanos às manifestações fenomênicas de tais sofrimentos, suprimindo o exagero (muitas vezes “insano”) de medicações e/ou internações exageradas, entendendo que o sofrimento psíquico grave é carregado de aspectos individuais, relacionais, existenciais e espirituais (p. 252).

Como mencionado anteriormente, o adoecimento não afeta apenas o indivíduo que adocece, mas também a família e sua relação com esse sistema. Dentro do contexto de jogos psicóticos que ocorrem dentro de um sistema familiar, conceito apresentado por Palazzoli et al. (1998), podemos observar uma forma peculiar de relacionamento caracterizada por jogos sutis e sujos, repletos de ilusões e dominações disfarçadas de preocupações, que, quando descobertos, têm seus verdadeiros intuitos negados. O adoecimento surge como uma maneira de revelar os conflitos existentes dentro do sistema familiar.

Uma das questões abordadas por Palazzoli et al. (1998) que teve grande impacto é a relação entre o adoecimento e o sistema. Assim, por meio deste estudo, podemos inferir que nem todo casal adoecido gera filhos adoecidos, mas que por trás de uma pessoa adoecida há um sistema familiar adoecido que também sofre com as consequências. Dentro desse sistema, encontramos personagens como o cuidador e aqueles que demandam cuidado. É importante compreendermos que o cuidado com a pessoa adoecida gera sobrecarga no sistema familiar,

tanto financeiramente quanto emocionalmente. Como profissionais de saúde, é necessário traçar intervenções que possam ajudar a minimizar esse impacto, inclusive como forma de prevenir o desenvolvimento de doenças mentais nos membros da família devido à sobrecarga do cuidado (Pegoraro & Caldana, 2008).

Dentro do sistema familiar, o sofrimento do homem e da mulher se manifesta de maneiras diferentes. Por exemplo, o homem sofre quando não se sente eficaz, seja na esfera sexual ou profissional, uma vez que a noção de eficácia é uma forma pela qual esses homens são subjetivados e se subjetivam. O relacionamento é um espaço que proporciona segurança e cuidado para esse homem, e o término ou divórcio podem ser fatores que potencializam o adoecimento psíquico (Baére & Zanello, 2020).

No caso de Alex, do caso de Ana Clara, podemos identificar um sofrimento relacionado à dificuldade de encontrar soluções para um relacionamento que não estava mais presente e à ausência por parte de Bruna em relação a Alex, mesmo que ela não desejasse mais estar nesse relacionamento.

Outra forma de adoecimento que chama atenção nesse estudo é o relacionamento de Alex e Bruna e como Ana Clara foi diretamente afetada por esse adoecimento do casal. Como mencionado anteriormente, Alex apresentava diversas camadas de adoecimento individual, tanto relacionadas à sua masculinidade quanto ao seu papel no relacionamento. Bruna também manifestou um adoecimento em relação às expectativas sociais e culturais do seu papel como mulher e mãe.

Bruna tornou-se mãe ainda jovem, indicando não haver uma diferença de idade significativa entre ela e Ana Clara. A sociedade espera que, ao se tornar mãe, a mulher abdique de sua vida pessoal para se dedicar aos cuidados da família (Zanello, 2016). Bruna assumiu esse papel de renunciar à sua individualidade em prol da criação e do cuidado de sua família, não apenas de Ana Clara, mas também de seu filho mais novo. No entanto, à medida

que seus filhos cresceram, Bruna começou a buscar sua própria realização, iniciando um processo de individualização que envolvia a busca por uma graduação, estudos para concursos e um emprego estável.

A busca da própria individualidade por parte de Bruna gera desestabilização no sistema familiar nuclear, trazendo consigo outros problemas, como a diferença de vivência social dentro do próprio casal, mudança de prioridades e redução do tempo disponível para dedicar à família. Diante dessas mudanças, a dinâmica do sistema familiar foi desorganizada, levando a um comportamento mais bruto por parte de Alex em relação aos filhos e a uma maior ausência por parte de Bruna. Essa brutalidade e ausência abalaram não apenas o equilíbrio do relacionamento entre pais e filhos, mas também o equilíbrio do próprio casal. Essa desestabilização do sistema familiar, provavelmente agravada pela possibilidade de divórcio, contribuiu para o adoecimento de Ana Clara.

As mulheres se auto subjetivam e são subjetivadas através do dispositivo amoroso e materno, os quais estão entrelaçados. Existe no imaginário social a ideia de que uma mulher só será plenamente realizada caso a mesma se case –dispositivo amoroso– e tenha filhos – dispositivo maternos– (Zanello, 2016). A descrição de dispositivo amoroso apresentada por Stevens et al. (2014) é:

o dispositivo amoroso, que é a rede social de convencimento das mulheres em relação aos papéis que lhes são atribuídos tradicionalmente [...]. O assujeitamento pelo dispositivo amoroso é aquela arma mais insidiosa, já que atua silenciosamente, que coloca, em nome do amor, todas as responsabilidades da manutenção da família, dos doentes e dos idosos sobre os ombros das mulheres [...]. O dispositivo amoroso é uma construção histórica importante para a compreensão da constituição das subjetividades das mulheres, em nossa cultura (pp. 40, 113).

E a definição de dispositivo materno é a seguinte segundo Zanello (2016):

A maternidade é idealizada como um salto “qualitativo” na vida da mulher, além de levá-la à conquista de benefícios psicológicos e sociais (Trindade & Enumo, 2002). O dispositivo materno diz respeito, assim, a um lugar de subjetivação no qual as mulheres são constituídas como cuidadoras “natas” (pp. 113-114).

Além disso, é importante ressaltar que a transmissão transgeracional, embora seja um termo de origem psicanalítica, também está intrinsecamente relacionado à teoria de sistemas (Padilha & Barbieri, 2020). O sofrimento e o adoecimento têm conexão com a família e suas expectativas, assim como os mitos provenientes desse sistema. Ao formar uma família, reunimos indivíduos que vêm de diferentes sistemas, cada um carregando seus próprios fantasmas, e todos eles se unem para uma nova construção. Quando essas pessoas são muito diferentes, com crenças distintas, essa nova constituição familiar enfrenta a quebra da homeostase. Se não for devidamente identificada, essa quebra pode se tornar um terreno fértil para o desenvolvimento do sofrimento, caso não seja explicada essa nova constituição da família/sistema (Almeida, 2015)

Diante do exposto sobre a subjetivação da mulher e das expectativas sociais e culturais da sociedade, que são amplamente abordadas pela teoria feminista da família ou teoria familiar feminista, não é surpreendente que o sofrimento decorrente dessas expectativas seja uma realidade. Começando pelo sofrimento de Ana Clara, é evidente que sua família tinha expectativas e pressões em relação a ela, esperando que ela se encaixasse nesses padrões. Um aspecto que chamou a atenção foi a expectativa do pai, que não conseguia enxergá-la como uma pessoa individual com sua própria personalidade, mas sim como uma mão de obra “barata”, apenas destinada aos afazeres domésticos. Por outro lado, a mãe de Ana Clara incentivava sua busca por uma vida estruturada, especialmente por meio dos estudos, mas muitas vezes cedia às expectativas de Alex. Podemos interpretar isso como uma aliança entre os dois, buscando o bom funcionamento do sistema familiar.

O sofrimento da avó e das tias não foi muito descrito nos escritos acessados, mas foi possível analisar a existência de quatro mulheres: dona Joana e suas filhas. Elas enfrentam um grande sofrimento referente aos relacionamentos, especialmente nas relações entre mãe e filhas, e filhas com os pais. Ana Clara estava cercada por mulheres bastante desenvolvidas individualmente, e constantemente tentava igualar-se e agradar a essas mulheres.

Diante dessas questões de adoecimentos transgeracionais, esse estudo nos permite criar mecanismos para identificar doenças dentro do sistema em que a pessoa que sofre de grave sofrimento psíquico está inserida. Às vezes, seu próprio adoecimento pode ser causado pelo adoecimento de algum desses membros. Portanto, podemos fazer uma varredura desses membros e do sofrimento presente ali. Embora o GIPSI ofereça atendimento individualizado aos participantes do processo terapêutico familiar, o que ajuda a prevenir um maior adoecimento, não existe uma ferramenta que possa ser utilizada como uma varredura para possíveis adoecimentos que possam estar relacionados, seja de forma causal ou consequencial, ao adoecimento da pessoa que sofre de grave sofrimento psíquico. Dessa forma, ao realizar uma varredura do sofrimento presente no sistema familiar, é possível diminuir o peso do cuidado que muitas vezes recai sobre a figura feminina desse sistema familiar.

Diante dessas descobertas no estudo, é necessário fazer algumas observações, como por exemplo, o sofrimento e adoecimento da figura masculina em uma família, especialmente quando essa figura participa do processo terapêutico como uma das partes envolvidas e não como a pessoa que está sofrendo de grave sofrimento psíquico. É importante reconhecer quais são os problemas de saúde presentes nesse sistema, identificar os indivíduos que estão doentes de forma específica e oferecer cuidados especializados. Isso serve como uma forma de prevenir um adoecimento maior da pessoa que desempenha o papel de cuidador nesse sistema familiar. Lidar com os cuidados durante uma crise já apresenta suas próprias

particularidades e não é possível cuidar de um adoecimento que surge devido a um sistema danificado sem também abordar o sistema em si.

Floresta (1989) apresenta um pensamento socialmente preconceituoso que tem suas raízes em culturas europeias, nas quais os homens são considerados superiores. No entanto, como profissionais, não devemos internalizar essa ideia, especialmente quando percebemos os benefícios que os homens obtêm a partir disso. É nessa perspectiva de benefício que também encontramos várias lacunas, como a dificuldade em reconhecer os sinais de adoecimento masculino, sem que sejam confundidos com uma forma de viver a vida, uma vez que socialmente os homens têm uma espécie de carta branca cultural para beber e se comportar de maneira mais “bruta”, enquanto, se uma mulher reproduz esses comportamentos, é questionada. Conforme apresentado por Zanello (2018), os sofrimentos são construídos, inclusive na forma como são externalizados. As mulheres tendem a expressar o sofrimento, seja através do choro ou pedindo ajuda, enquanto os homens têm mais dificuldade em fazê-lo e tendem a internalizar o sofrimento (Baére & Zanello, 2020). Por exemplo, Alex, que frequentemente apresentava um padrão de “alcoolismo” fora do fim de semana, provavelmente sofria de alcoolismo, já que a família relatou que esse comportamento era recorrente, causava desconforto em outras pessoas e afetava negativamente sua vida. No entanto, ele não enxergava isso como um problema e sempre justificava que estava (*sic*) bebendo para relaxar. Esse sofrimento é visto como um comportamento prejudicial, mas não é questionado como um problema a ser investigado.

Muitos estudos abordam o sofrimento dos cuidadores, mas raramente se fala do sofrimento dos cuidadores de pessoas que enfrentam grave sofrimento psíquico. O cuidado nessas situações não é apenas temporário, requerendo uma adaptação na rotina para lidar com as demandas. Ao mesmo tempo, existem membros dessa família que também precisam de cuidado e muitas vezes têm seu próprio sofrimento aumentado devido à necessidade de abrir



mão de cuidar de si mesmos para cuidar da pessoa que está enfrentando um grave sofrimento psíquico.

Um dos fenômenos que pode ser observado nessa família, em todos os subsistemas, especialmente após o processo terapêutico familiar, é o “*family burden*”, que pode ser entendido como o peso e a carga que recaem sobre a família. Recapitulando a definição apresentada anteriormente, podemos entender o adoecimento dos membros da família como um adoecimento relacionado ao cuidado, tanto no aspecto psíquico quanto físico (Eugenio, 2023).

Essa sobrecarga não se limitou apenas ao sistema familiar nuclear de Ana Clara. Ao analisar os escritos, foi possível observar como a avó e as tias de Ana Clara também apresentavam um adoecimento mais acentuado devido à sobrecarga de cuidado, diretamente relacionado ao cuidado com o adoecimento de Ana Clara. Em muitas ocasiões, essa relação não foi compreendida ao se ler os relatos, tornando difícil entender a motivação por trás do adoecimento desse sistema. Além do adoecimento decorrente da sobrecarga de cuidado, também foi possível observar o sofrimento decorrente das próprias vivências e dos relacionamentos familiares.

Ao realizar a revisão de escopo, encontramos alguns estudos sobre o sofrimento dos cuidadores de pacientes oncológicos, cuidadores profissionais e pacientes hospitalizados. Embora existam artigos que abordem essa temática, falta implementar na prática o conhecimento adquirido, tendo em vista que é estudo que o cuidar pode gerar sofrimento e sobrecarga. No entanto, quando se trata de sofrimento psíquico grave, que possui suas próprias peculiaridades, é necessário prestar atenção aos membros da família e ao sofrimento individual dos envolvidos.

Apesar das limitações da metodologia do estudo de caso apresentadas anteriormente, a experiência clínica e as discussões são fontes valiosas de conhecimento para análises como

o caso de Ana Clara. A escrita pós-processo terapêutico permite resgatar eventos e analisá-los de forma mais objetiva e com menor envolvimento emocional do que durante o próprio processo (Guimarães & Bento, 2008; Maffezzoli & Boehs, 2008). Além disso, há uma dificuldade em lidar com questões tão abrangentes como o sofrimento transgeracional, o sofrimento decorrente da sobrecarga de cuidado e o sofrimento dos homens. No entanto, como pesquisadora, observo que precisamos ser incomodados por essas questões e dar voz a esses incômodos para que ocorram mudanças não apenas teoricamente, mas também na prática.

Esta dissertação é apenas o início de uma série de estudos a serem desenvolvidos nessa temática, especialmente quando se trata de compreender o sofrimento transgeracional e a culpa silenciosa entre os pais, que reconhecem a existência de um problema e se culpam em silêncio. Precisamos de ferramentas que nos permitam mapear o sofrimento dentro da família e entender como esse sofrimento afeta o quadro, especialmente durante as primeiras crises psicóticas, que são comuns entre os participantes do grupo GIPSI, a fim de prevenir agravamentos no sofrimento psíquico grave.

## Considerações Finais

Escrever esse trabalho me permitiu, como profissional da área da saúde e como pesquisadora, estar atenta a algumas posturas que podem facilitar o manejo terapêutico, especialmente ao abordar o sofrimento dos cuidadores e a forma como esse sofrimento é expresso.

Relembrar e reconectar-me com as teorias e compreender, por meio da abordagem sistêmica, o conceito de família foi algo muito importante. Tendo em vista que toda convivência gera impactos, a melhor compreensão do conceito de família é abordada pela teoria de Costa (2001), na qual o autor destaca a dependência da interação e a constante mutação desse sistema. Não é necessário ter laços sanguíneos para constituir uma família. A convivência, a interação e até mesmo o estabelecimento de uma relação profunda podem formar um sistema familiar.

Além disso, também percebi a importância de relembrar e reafirmar a forma como os sofrimentos são gerados, tanto em relação aos seus conteúdos quanto à maneira como ocorrem e são expressos. Os homens têm uma tendência a internalizar o sofrimento e, quando adoecem, frequentemente experimentam um sofrimento intenso. Por outro lado, as mulheres tendem a ter mais facilidade em buscar ajuda e são menos propensas a serem julgadas por fazê-lo (Zanello, 2018). Não é à toa que estudos como o de Rosa (2011) e Rabasquinho e Pereira (2007) apresentam dados mostrando que as mulheres recebem mais diagnósticos em comparação aos homens. Portanto, é importante observar os sinais em cada indivíduo, os quais devem ser vistos como sintomas de um possível adoecimento em massa.

No caso de Alex, ele demonstrou estar muito adoecido, mas devido à falta de análise de seu comportamento de forma individual, isso foi ignorado. Como ele tinha dificuldade em externalizar esse sofrimento, o cuidado adequado não lhe foi oferecido, apenas à sua família. Já o sofrimento de Bruna era manifestado por meio de queixas, e muitas vezes o conteúdo

dessas queixas estava relacionado à pressão que sentia em seu papel de mãe em relação aos seus dois filhos, seu papel de filha e irmã, e também como esposa. Em diversas ocasiões, Bruna expressou como se sentia cobrada para ser uma boa mãe, tanto pelos filhos quanto quando Ana Clara mencionava que a mãe não lhe dava atenção quando chegava em casa, assim como pela própria mãe e irmãs, que apontavam seus erros e sua ausência. A ausência de Bruna em relação à sua maternidade é justificada pela necessidade de trabalhar para sustentar sua família. Ela percebia isso como algo adoecedor e angustiante. Esse sentimento foi evidenciado em seu discurso, especialmente em momentos em que ela tentava desesperadamente mostrar à família que, além de ser mãe, também era uma pessoa que às vezes desejava sair e se divertir.

Para compreendermos esse sofrimento de Bruna, que é um sofrimento gendrado, precisamos também compreender sobre gênero, é importante também considerar as teorias relacionadas ao tema. No entanto, devemos lembrar que essas teorias podem ser influenciadas pelo androcentrismo e pela cultura em que estão inseridas, e todas elas têm fundamentos na teoria feminista da família.

A terapia feminista da família não se trata de uma nova forma de ser terapeuta familiar, mas sim de uma perspectiva que pode ser adotada dentro da terapia familiar, uma vertente da terapia familiar. O objetivo dos terapeutas feministas da família é destacar as consequências de viver em uma família estruturada com base no androcentrismo, onde os homens detêm o poder. Por exemplo, as mulheres tendem a enfrentar mais opressão no local de trabalho, recebendo salários inferiores, justificando-se que, em algum momento, elas estarão ausentes e será necessário substituí-las. As mulheres só são permitidas a ter poder nas áreas em que os homens não têm interesse, como, por exemplo, no âmbito privado (Goodrich et al., 1989; Silverstein, 2003).

Logo, podemos entender o gênero como um determinante social que difere do sexo, o qual é biológico. Cada cultura estabelece expectativas e responsabilidades com base no gênero. A terapia familiar feminista, também conhecida como terapia feminista da família, tem como objetivo examinar como o envolvimento do pai e da mãe difere dentro da família e como essa diferença pode se tornar problemática. Apesar da limitação de acesso à família ter sido feita por meio de registros arquivísticos (prontuários), é perceptível, como no caso da família de Ana Clara, que tanto Alex quanto Bruna têm um envolvimento com a família que difere das expectativas, inclusive com dificuldades em se posicionar dentro desse sistema e externamente perante a sociedade. Em determinado momento, Alex esteve mais presente em casa, enquanto Bruna esteve mais ausente devido ao trabalho, contrariando as expectativas da sociedade.

Além disso, de acordo com o livro “Terapia Familiar Feminista” (Goodrich et al., 1994), podemos analisar a concepção de gênero dentro do sistema familiar de Alex e Bruna com base nas perguntas anteriores. Um dos primeiros questionamentos é como os estereótipos de gênero afetam a distribuição do trabalho, poder e recompensas. No caso da família em estudo, conforme discutido anteriormente, é possível observar que Alex seguia de perto os estereótipos sociais não apenas de gênero, mas também de hierarquia em relação aos filhos e à esposa. Ele esperava que eles fossem seus subordinados e realizassem todas as atividades domésticas, por exemplo. Essa postura de Alex é evidente em sua interação com o adoecimento de Ana Clara, onde ele nunca reconhecia sua condição e até diminuía sua importância caso ela não cumprisse suas expectativas. Como consequência, podemos observar nessa família uma rigidez na mudança da distribuição do trabalho, especialmente no ambiente doméstico, e uma dificuldade em reconhecer os méritos e valores das demais pessoas, como mencionado anteriormente.

A terapia familiar tradicional frequentemente culpa a mãe por qualquer doença, especialmente em patologias como a esquizofrenia. Embora aborde a família como um sistema, não explora as diferenças culturais de cada indivíduo dentro desse sistema, ao contrário da terapia familiar feminista, que chama a atenção para esse aspecto (Goodrich et al., 1989; Machado, 2012; Silverstein, 2003).

Muitas vezes, como terapeutas familiares, pensamos na família apenas como o sistema nuclear, composto pelos pais e irmãos, ou pelos indivíduos que vivem juntos no mesmo local. O caso de Ana Clara nos mostra que o convívio social revela o que é a família, incluindo o relacionamento com tias e avó, especialmente no cuidado de uma pessoa doente. Isso nos mostra que o sistema familiar vai além do relacionamento com a família nuclear.

O estudo dos sistemas, especialmente quando se trata das partes do sistema e de como elas precisam funcionar individualmente para que o sistema como um todo funcione (Carr, 2016), me faz perceber que quando uma pessoa da família adocece, outras pessoas também podem apresentar um possível adoecimento ou estar propensas a adoecer. Isso ocorre devido à sobrecarga gerada pelo cuidado, como já observamos. Portanto, como profissionais interessados no cuidado e como terapeutas, precisamos começar reconhecendo o relacionamento dessa família, quem são os membros e como cada um se vê como indivíduo na sociedade dentro do contexto da terapia familiar.

Assim, a pesquisa nos mostrou a necessidade de acessar além da família nuclear e alcançar os indivíduos que convivem de forma mais contínua. Acredito que se as profissionais no caso de Ana Clara tivessem conhecimento e ferramentas para identificar o sofrimento dos cuidadores, os cuidados prestados à família poderiam ter sido redirecionados de maneira mais coesa e adequada. Isso poderia ter levado a uma minimização dos sintomas que surgiram após a melhora do quadro psicótico, como as questões de Alex em relação à

esposa e à filha, o relacionamento de Bruna com a família e a sobrecarga mencionada pelas tias e avó de Ana Clara, além da ausência de Bruna nesse cuidado.

Além disso, ao analisar o caso, chama a atenção o comportamento prejudicial de Alex em relação a si mesmo, como o problema do alcoolismo, já que ele chegou a participar de sessões de terapia familiar sob efeito do álcool, o que foi notado pelas terapeutas. No entanto, ao dar visibilidade ao sofrimento dos cuidadores homens, como profissionais, não devemos ser coniventes e reproduzir uma visão androcentrista. É importante reconhecer que o sofrimento masculino é diferente do feminino, e não devemos sempre atribuir o sofrimento feminino como uma reação ou algo ligado aos homens. Devemos considerar que estamos lidando com indivíduos com suas próprias histórias e particularidades.

Ao realizar este trabalho, enfrentamos algumas dificuldades ao longo do caminho. Uma delas foi a escassez de estudos recentes sobre terapia familiar feminista. Não encontramos muitas pesquisas que fossem além de resenhas ou resumos de livros já existentes ou sua aplicação em outras áreas da psicologia, que não o contexto de crises psíquicas graves, que é o enfoque deste trabalho.

Além disso, notamos a importância de abordar gênero e família de forma integrada, como enfatizado por Goodrich et al. (1989). Quando discutimos gênero, a família deveria ser um tema central, uma vez que é no ambiente familiar que se ensina e aprende o desempenho dos papéis de gênero. Portanto, esse ambiente também deveria ser um espaço de maior compreensão e abertura.

A grande maioria dos terapeutas feministas da família (Goodrich et al., 1989; Silverstein, 2003; Taggart, 1985; Thompson & Walker, 1995) ressalta a importância da relação entre a família e os terapeutas em relação ao gênero. Isso inclui considerar a identificação de um indivíduo da família com o gênero do terapeuta, pois essa relação pode ter tanto efeitos positivos quanto negativos para o paciente, e precisa ser abordada e

trabalhada. Além disso, discutem-se questões de gênero em si e como a família compreende e aplica essas questões.

Apesar de uma das dificuldades encontradas ter sido a análise do estudo de caso a partir da perspectiva de outras pessoas, neste caso, os terapeutas que acompanharam o caso, a abordagem do grupo GIPSI e a minha participação no mesmo possibilitaram realizar essa análise além do que estava registrado no prontuário, trazendo à tona discussões e visões oriundas das supervisões.

Um dos planos para pesquisas futuras é continuar aprofundando o estudo dos sofrimentos gerados, principalmente pelos cuidadores de pessoas afetadas por transtornos psíquicos graves. Embora essas pessoas já recebam apoio de diversos profissionais para restabelecer a homeostase, nem sempre os membros da família buscam cuidados individualizados para si mesmos. No entanto, é importante destacar que essa necessidade de cuidado não se restringe apenas à clínica de transtornos psíquicos graves, mas também se estende a outros tipos de desordens e sofrimentos, pois é necessário cuidar de todo o sistema familiar.



## Referências

- Almeida, M. E. S. (2015). O ganho, a perda e os paradoxos no enfoque transgeracional. *Revista Interinstitucional de Psicologia*, 8(1), 33–48.  
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v8n1/v8n1a04.pdf>
- Almeida, M. M. D., Schal, V. T., Martins, A. M., & Modena, C. M. (2010). A sobrecarga de cuidadores de pacientes com esquizofrenia. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 32(3), 73–79. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082010005000003>
- Alves, A. A. M., & Rodrigues, N. F. R. (2010). Determinantes sociais e económicos da saúde mental. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(2), 127–131.  
<https://run.unl.pt/handle/10362/98901>
- Alves, C. F. O., Ribas, V. R., Alves, E. V. R., Tavares, M., Lima, D. C., & de Castro, R. M. (2009). Uma breve história da reforma psiquiátrica. *Neurobiologia*, 72(1), 85–96.  
[https://www.researchgate.net/profile/Valdenilson-Ribas/publication/341446537\\_Uma\\_breve\\_historia\\_da\\_reforma\\_psiquiatica/links/60d8d3a392851ca9448fd299/Uma-breve-historia-da-reforma-psiquiatica.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Valdenilson-Ribas/publication/341446537_Uma_breve_historia_da_reforma_psiquiatica/links/60d8d3a392851ca9448fd299/Uma-breve-historia-da-reforma-psiquiatica.pdf)
- André, M. (2016). Estudo de caso com metodologia de pesquisa aplicada. *Revista Gestão Universitária*, 13.
- Araújo, A. M. C., & Lombardi, M. R. (2013). Trabalho informal, gênero e raça no Brasil do início do século XXI. *Cadernos de Pesquisa*, 43(149), 452–477.  
<https://doi.org/10.1590/S0100-15742013000200005>
- Araújo, L. M. C. D., Godoy, E. F. M., & Botti, N. C. L. (2017). Situaciones presentes en la crisis de pacientes psicóticos. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 69(2), 138–152.  
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arbp/v69n2/10.pdf>

- Awad, A. G., & Voruganti, L. N. P. (2008). The burden of schizophrenia on caregivers. *Pharmaco Economics*, 26(2), 149–162. <https://doi.org/10.2165/00019053-200826020-00005>
- Badinter, E. (1985). *Um amor conquistado: O mito do amor materno*. Nova Fronteira.
- Baére, F. D., & Zanello, V. (2020). Suicídio e masculinidades: Uma análise por meio do gênero e das sexualidades. *Psicologia em Estudo*, 25, e44147. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v25i0.44147>
- Bailey, A. H., LaFrance, M., & Dovidio, J. F. (2018). Is man the measure of all things? A social cognitive account of androcentrism. *Personality and Social Psychology Review*, 00(0), 1–25. <https://doi.org/10.1177/1088868318782848>
- Barros, I. R. (2022). As interfaces entre sofrimento psíquico e gênero: Uma revisão de escopo [Trabalho de conclusão de curso, Universidade Federal de São Carlos]. <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/16074>
- Batista, E. C. (2015). A saúde mental do cônjuge cuidador familiar da parceira em sofrimento psíquico grave [Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Rondônia]. <http://www.ri.unir.br/jspui/handle/123456789/1195>
- Batista, E. C. (2019). Narrativas do cotidiano de um cuidador familiar da esposa em sofrimento psíquico. *Textos e Debates*, 1(32), 107–124.
- Beserra, E. P., Oliveira, F. C. D., Ramos, I. C., Moreira, R. V. O., Alves, M. D. S., & Braga, V. A. B. (2014). Sofrimento humano e cuidado de enfermagem: Múltiplas visões. *Escola Anna Nery*, 18(1), 175–180. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140026>
- Bezerra, K.S., & Neto, F. A. (2017). Visualizações de interações entre o direito e a teoria feminista de gênero a partir de aspectos controversos da lei 11.340/2006. *Revista da Faculdade de Direito*, (31), 166–184. <https://doi.org/10.12957/rfd.2017.7203>

- Breunlin, D. C., Schwartz, R. C., & Kune-Karrer, B. M. (2000). *Metaconceitos: Transcendendo os modelos de terapia familiar* (M. F. Lopes, Trad.; 2. ed.). Artes Médicas.
- Brito, R. C. F., & Rocha, S. H. N. (2021). Transtorno mental em mulheres em condições vulneráveis - Uma revisão da literatura. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(6), 25911–25925. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n6-187>
- Bruscagin, C. B. (2010). Terapia familiar sistêmica. *Psicoterapias*, 4, 37–65.
- Buss, P. M., & Pellegrini Filho, A. (2007). A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17, 77–93. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>
- Cambuí, H. A., & Neme, C. M. B. (2014). O sofrimento psíquico contemporâneo no imaginário coletivo de estudantes de Psicologia. *Psicologia: Teoria e Prática*, 16(2), 75–88. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v16n2/07.pdf>
- Carr, A. (2012). *Family therapy: Concepts, process, and practice* (3rd. ed.). John Wiley.
- Carr, A. (2016). The evolution of systems theory. In T. L. Sexton & J. Lebow (Eds.), *Handbook of family therapy* (pp. 13–29). Routledge.
- Costa, I. I. (2001). Mal-estar, subjetividade e psicose: Reflexões a partir do sistema familiar. *Revista Subjetividades*, 1(1), 124–137. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v1n1/08.pdf>
- Costa, I. I. (2003). *Da fala ao sofrimento psíquico grave: Ensaio acerca da linguagem ordinária e a clínica familiar da esquizofrenia*. Gráfica Positiva.
- Costa, I. I. (2008). Família e psicose: Reflexões psicanalíticas e sistêmicas acerca das crises psíquicas graves. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, (1), 94–100. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v8n1/v8n1a10.pdf>

- Costa, I. I. (2010). *Manual de orientação GIPSI - Grupo de intervenção precoce nas primeiras crises do tipo psicótico*. Kaco.
- Costa, I. I. (2013a). Alguns conceitos centrais para a compreensão do sofrimento e da crise psíquica grave. In I. I. Costa (Org.), *Intervenção precoce e crise psíquica grave: Fenomenologia do sofrimento psíquico* (pp. 75–113). Juruá.
- Costa, I. I. (2013b). Delimitação e gerenciamento da crise psíquica grave: Em busca de parâmetros. In I. I. Costa (Org.), *Crise psíquica grave e intervenção precoce* (pp. 33–74). Juruá.
- Costa, I. I. (2014). Sofrimento humano e sofrimento psíquico: Da condição humana às “dores psíquicas”. In I. I. Costa (Org.), *Sofrimento humano, crise psíquica e cuidado: Dimensões do sofrimento e do cuidado humano na contemporaneidade* (pp. 21–67). UnB.
- Costa, I. I., & Ramos, T. C. C. (2018). Primeiras crises psíquicas graves: O que a fenomenologia pode dizer?. *ECOS-Estudos Contemporâneos da Subjetividade*, 8(2), 251–264. <http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/2837/1565>
- Costa, L. B. L., & De Tilio, R. (2022). Revisão integrativa da literatura feminista sobre família. *Psicologia Revista*, 31(1), 90–113. <https://doi.org/10.23925/2594-3871.2022v31i1p90-113>
- Crowe, S., Cresswell, K., Robertson, A., Huby, G., Avery, A., & Sheikh, A. (2011). The case study approach. *BMC medical research methodology*, 11(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-11-100>
- Dicionário Etimológico. (2008). *Dicionário etimológico: Etimologia e origem das palavras*. A. R. T. E.
- Dinis, N. F. (2008). Educação, relações de gênero e diversidade sexual. *Educação & Sociedade*, 29(103), 477–492. <https://doi.org/10.1590/S0101-73302008000200009>

- Dourado, D. M., Rolim, J. A., de Souza Ahnerth, N. M., Gonzaga, N. M., & Batista, E. C. (2018). Ansiedade e depressão em cuidador familiar de pessoa com transtorno mental. *ECOS-Estudos Contemporâneos da Subjetividade*, 8(1), 153–167. <http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/2377>
- Endl, J. A., Girardi, M. H., & Moura, P. B. (2021). A mulher-mãe a partir dos dispositivos amoroso e materno em uma perspectiva de gênero. *Salão do Conhecimento*, 7(7). <https://www.publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/salaconhecimento/article/view/20573/19287>
- Esteves, L. M., & Maia, L. V. (2021). Trabalho doméstico não remunerado e a crise do cuidado: Uma visão feminista sobre os efeitos da covid-19. *Revista de Gênero, Sexualidade e Direito*, 7(1), 58–74. [https://doi.org/10.26668/2525-9849/index\\_law\\_journals/2021.v7i1.7722](https://doi.org/10.26668/2525-9849/index_law_journals/2021.v7i1.7722)
- Eugênio, C. S. (2023). *Sintomas psicológicos em familiares de pacientes críticos* [Tese de doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul]. <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/256592/001165073.pdf?sequence=1>
- Feitosa, A., Horvat, C. C., Diegues, D., Manuchakian, F., Ratcov, I., Muniz, J. A., Perez, L. B., Finotti, M., & Domingues, A. R. (2010). Estudo das experiências da reforma psiquiátrica - concepções de sujeito, comunidade e práticas terapêuticas. *Mnemosine*, 6(1), 111–133. <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/mnemosine/article/view/41518/28787>
- Fernandes, H. C. D., & Zanello, V. (2020). Escutar (as) vozes: Da qualificação da experiência à possibilidade de cuidado. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 36, e3643. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e3643>

- Ferreira, M. V., & Antúnez, A. E. A. (2014). Fenomenologia de Michel Henry e a clínica psicológica: Sofrimento depressivo e modalização. *Psicologia em Estudo*, 19(2), 309–319. <https://doi.org/10.1590/1413-737223524013>
- Figueiredo, M. G., & Diniz, G. R. S. (2018). Mulheres, casamento e carreira: Um olhar sob a perspectiva sistêmica feminista. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 27(60), 100–119. <https://doi.org/10.38034/nps.v27i60.393>
- Floresta, N. (1989). *Direitos das mulheres e injustiça dos homens* (4. ed.). Cortez.
- Foucault, M. (1972). *História da loucura na Idade Clássica*. Éditions Gallimard. <http://www.uel.br/projetos/foucaultianos/pages/arquivos/Obras/HISTORIA%20DA%20LOUCURA.pdf>
- Frankl, V. (1988). *Découvrir un sens à sa vie*. Éditions de l'Homme.
- Freitas, M. M., & Costa, I. I. (2017). Grupo de intervenção precoce nas primeiras crises do tipo psicóticas (GIPSI): Acolhendo o sofrimento humano. *Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental*, 6(2), 7–14. <https://revistapsicofae.fae.edu/psico/article/view/134/72>
- Freitas, M. M., & Puchivailo, M. C. (2017). História do Gipsi, 15 Anos: Uma revisão bibliográfica. *Caderno PAIC*, 18(1), 624–640. <https://cadernopaic.fae.edu/cadernopaic/article/view/266>
- Freud, S. (1996). A perda de realidade na neurose e na psicose. In J. Strachey (Ed.), *Edição standart brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão, Trad.; Vol. 19, pp. 205–209). Imago. (Original publicado em 1924)
- Goodrich, T. J., Rampage, C., Ellman, B., & Halstead, K. (1989). *Terapia familiar feminista*. Paidós.
- Goodrich, T. J., Rampage, C., Ellman, B., Halstead, K., & Garcia, R. M. (1990). *Terapia feminista da família*. Artes Médicas.

- Gradvohl, S. M. O., Osis, M. J. D., & Makuch, M. Y. (2014). Maternidade e formas de maternagem desde a idade média à atualidade. *Pensando Famílias*, 18(1), 55–62. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v18n1/v18n1a06.pdf>
- Guahyba, B. L., Scheeren, P., & Falceto, O. (2019). Feminismo na terapia familiar. *Pensando Famílias*, 23(1), 213–224. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v23n1/v23n1a16.pdf>
- Guedes, R. N., Silva, A. T. M. C. D., & Fonseca, R. M. G. S. D. (2009). A violência de gênero e o processo saúde-doença das mulheres. *Escola Anna Nery*, 13(3), 625–631. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452009000300024>
- Guimarães, R. M., & Bento, V. E. S. (2008). O método do “estudo de caso” em psicanálise. *Psico*, 39(1), 91–99. <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/1484>
- Hare-Mustin, R. T. (1978). A feminist approach to family therapy. *Family Process*, 17(2), 181–194. <https://www.jssa.org/wp-content/uploads/2017/12/A-Feminist-approach-to-family-therapy-with-resources-packet.pdf>
- Hedler, H. C., Faleiros, V. D. P., Santos, M. D. J. S., & Almeida, M. A. D. A. (2016). Representação social do cuidado e do cuidador familiar do idoso. *Revista Katálysis*, 19, 143–153. <https://doi.org/10.1590/1414-49802016.00100015>
- Heilborn, M. L. (1994). De que gênero estamos falando. *Sexualidade, Gênero e Sociedade*, (2), 1–6. <http://www.clam.org.br/bibliotecadigital/uploads/publicacoes/de%20que%20genero%20estamos%20falando.pdf>
- Henry, M. (2003). Souffrance et vie. *PSN*, 1, 35–39.
- Hilliard, R. B. (1993). Single-case methodology in psychotherapy process and outcome research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(3), 373–380. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.61.3.373>

- Hoffman, L. (1992). Primeras investigaciones de grupos familiares. In L. Hoffman, *Fundamentos de la terapia familiar: Um marco conceptual para el cambio de sistemas* (pp. 26–44). Fondo de Cultura Económica.
- Hohendorff, J. V. (2014). Como escrever um artigo de revisão de literatura. In S. H. Koller, M. C. P. P. Couto & J. V. Hohendorff (Orgs.), *Manual de produção científica* (pp. 39–54). Penso.
- Jenkins, J. H., & Schumacher, J. G. (1999). Family burden of schizophrenia and depressive illness. *British Journal of Psychiatry*, *174*, 31–38.  
<https://doi.org/10.1192/bjp.174.1.31>
- Kon, A. (2012). A distribuição do trabalho informal no Brasil em uma perspectiva de gênero. *Revista Venezolana de Análisis de Coyuntura*, *18*(1), 201–229.  
<https://www.redalyc.org/pdf/364/36424414010.pdf>
- Kuipers, L. (1993). Family burden in schizophrenia: Implications for services. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *28*(5), 207–210.  
<https://doi.org/10.1007/BF00788738>
- Lefley, H. P. (1989). Family burden and family stigma in major mental illness. *American Psychologist*, *44*(3), 556–560. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.3.556>
- Liberato, E. S. D. O. (2021). Sexo, gênero & feminismo: Para uma vindicação contemporânea dos direitos das mulheres. *Revista Estudos Feministas*, *29*(1), e71698.  
<https://doi.org/10.1590/1806-9584-2021v29n171698>
- Lowyck, B., De Hert, M., Peeters, E., Wampers, M., Gilis, P., & Peuskens, J. (2004). A study of the family burden of 150 family members of schizophrenic patients. *European Psychiatry*, *19*(7), 395–401. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2004.04.006>
- Machado, J. S. D. A., Penna, C. M. D. M., & Caleiro, R. C. L. (2020). Cinderela de sapatinho quebrado: Maternidade, não maternidade e maternagem nas histórias contadas pelas



- mulheres. *Saúde em Debate*, 43(123), 1120–1131. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912311>
- Machado, M. (2012). Compreender a terapia familiar. *Psicologia. Pt. O Portal dos Psicólogos*. <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0626.pdf>
- MacKinnon, C. A. (1987). *Feminism unmodified: Discourses on life and law*. Harvard University Press.
- Maffezzoli, E. C. F., & Boehs, C. G. E. (2008). Uma reflexão sobre o estudo de caso como método de pesquisa. *Revista da FAE*, 11(1), 95–110. <https://revistafae.fae.edu/revistafae/article/view/262>
- Maraldi, E. O., Zangari, W., & Machado, F. R. (2011). A Psicologia das crenças paranormais: Uma revisão crítica. *Boletim-Academia Paulista de Psicologia*, 31(81), 394–421. <https://www.redalyc.org/pdf/946/94622764010.pdf>
- Medeiros, S. M. D., Ribeiro, L. M., Fernandes, S. M. B. D. A., & Veras, V. S. D. (2006). Condições de trabalho e enfermagem: A transversalidade do sofrimento no cotidiano. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 8(2), 233–240. <https://doi.org/10.5216/ree.v8i2.7038>
- Milfont, C. R. (2019). *Aspectos subjetivos da maternidade: O mito do amor materno* [Trabalho de conclusão de curso, Centro Universitário Doutor Leão Sampaio – Unileão]. <https://leaosampaio.edu.br/repositoriobibli/tcc/TCC%20Camila.pdf>
- Ministério da Saúde. (2011). *Portaria n.º. 3088, 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. Ministério da Saúde. [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)

- Minkowski, E. (2000). Breves reflexões a respeito do sofrimento (aspecto prático da existência). *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 3(4), 156–164.  
<https://doi.org/10.1590/1415-47142000004012>
- Moore, H. (1997). Understanding sex and gender [Compreendendo sexo e gênero]. In T. Ingold (Ed.), *Companion encyclopedia of anthropology* (pp. 1–17). Routledge.
- Mousinho, C. E. C. (2021). *Avaliação do uso de medicamentos psicotrópicos durante a gravidez e a lactação: Overview de revisões sistemáticas* [Trabalho de conclusão de curso, Universidade Federal da Paraíba].  
<https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/22775>
- Muylaert, C. J., Delfini, P. S. D. 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>
- Narvaz, M. G., & Koller, S. H. (2006). Metodologias feministas e estudos de gênero: Articulando pesquisa, clínica e política. *Psicologia em Estudo*, 11(3), 647–654.  
<https://doi.org/10.1590/S1413-73722006000300021>
- Narvaz, M. G., & Koller, S. H. (2007). Feminismo e terapia: A terapia feminista da família por uma Psicologia comprometida. *Psicologia Clínica*, 19(2), 117–131.  
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pc/v19n2/a09v19n2.pdf>
- Noor, K. B. M. (2008). Case study: A strategic research methodology. *American Journal of Applied Sciences*, 5(11), 1602–1604.  
<https://thescipub.com/pdf/ajassp.2008.1602.1604.pdf>
- Oliveira, A. R. F., & Azevedo, S. M. (2014). Estigma na doença mental: Estudo observacional. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 30(4), 227–234.  
<https://doi.org/10.32385/rpmgf.v30i4.11347>

- Padilha, C. R. M., & Barbieri, V. (2020). Transmissão psíquica transgeracional: Uma revisão da literatura. *Tempo Psicanalítico*, 52(1), 243–270.  
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tpsi/v52n1/v52n1a10.pdf>
- Palazzoli, M. S., & Prata, G. (1980). *Rumo a uma metaterapia: Uma prescrição em níveis múltiplos*. Conferência Internacional de Terapia Familiar, Lyon.
- Palazzoli, M. S., & Prata, G. (1983). A new method for therapy and research in the treatment of schizophrenic families. In H. Stierlin, L. C. Wynne & M. Wirsching (Orgs.), *Psychosocial intervention in schizophrenia* (pp. 237–243). Springer Berlin.
- Palazzoli, M. S., Cirillo, S., Selvini, M., & Sorrentino, A. M. (1998). *Os jogos psicóticos na família*. Summus Editorial.
- Palma, L., Richwin, I. F., & Zanello, V. (2020). Dispositivos de subjetivação e sofrimento das mulheres: Para uma escuta gendrada das emoções no campo da psicoterapia. *Caderno Espaço Feminino*, 33(2), 107–130. <https://doi.org/10.14393/CEF-v33n2-2020-6>
- Pedro, E. N. R., & Funghetto, S. S. (2005). Concepções de cuidado para os cuidadores: Um estudo com a criança hospitalizada com câncer. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 26(2), 210–219.  
<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/23627/000710036.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Pegoraro, R. F., & Caldana, R. H. L. (2008). Sofrimento psíquico em familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 12(25), 295–307. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832008000200006>
- Peres, R. S., & Santos, M. A. (2005). Considerações gerais e orientações práticas acerca do emprego de estudos de caso na pesquisa científica em Psicologia. *Interações*, 10(20), 109–126. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/inter/v10n20/v10n20a08.pdf>

- Pessotti, I. (1999). *Os nomes da loucura*. Editora 34.
- Rabasquinho, C., & Pereira, H. M. (2007). Gênero e saúde mental: Uma abordagem epidemiológica. *Análise Psicológica*, 439–454.
- Rangel, B. L., & Santos, A. (2013). Aspectos genéticos da esquizofrenia revisão de literatura. *Uningá Review*, 16(3), 27–31.  
<https://revista.uninga.br/uningareviews/article/view/1477/1090>
- Rocha, T. H. R. (2012). Costuras da construção identitária de um jovem psicótico usuário de um CAPS. *Revista da SPAGESP*, 13(1), 79–88.  
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v13n1/v13n1a09.pdf>
- Rosa, L. C. D. S. (2011). *Transtorno mental e o cuidado na família* (3. ed.). Cortez.
- Rosa, L. C. S. (2005). A inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental. *Psicol. Rev.*, 11(18), 205–218.  
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v11n18/v11n18a05.pdf>
- Santos, A. M. C. C. D. (2009). Articular saúde mental e relações de gênero: Dar voz aos sujeitos silenciados. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(4), 1177–1182.  
<https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000400023>
- Savassi, L. C. M., & Modena, C. M. (2013). As diferentes facetas do sofrimento daquele que cuida: Uma revisão sobre o cuidador. *Revista de APS*, 16(3), 313–319.  
<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15204/8024>
- Schroeder, V. (2006). *O paradoxo na comunicação humana: Múltiplos e duplos vínculos* [Dissertação de mestrado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro].  
[https://www.bdttd.uerj.br:8443/bitstream/1/15309/1/Dissert\\_Vera%20Schroeder.pdf](https://www.bdttd.uerj.br:8443/bitstream/1/15309/1/Dissert_Vera%20Schroeder.pdf)
- Seima, M. D., Lenardt, M. H., & Caldas, C. P. (2014). Relação no cuidado entre o cuidador familiar e o idoso com Alzheimer. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(2), 233–240. <https://doi.org/10.5935/0034-7167.20140031>

- Serralta, F. B., Nunes, M. L. T., & Eizirik, C. L. (2011). Considerações metodológicas sobre o estudo de caso na pesquisa em psicoterapia. *Estudos de Psicologia*, 28(4), 501–510. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2011000400010>
- Shaughnessy, J. J., Zechmeister, E. B., & Zechmeister, J. S. (2012). *Metodologia de pesquisa em Psicologia*. AMGH Editora.
- Silva, J. M. R. F. O. (2017). *Estigma na doença psicótica no jovem* [Tese de doutorado, Universidade de Lisboa]. <https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/31714/1/JoanaMOSilva.pdf>
- Silverstein, L. B. (2003). Classic texts and early critiques. In L. B. Silverstein & T. J. Goodrich (Eds.), *Feminist family therapy: Empowerment in social context* (pp. 17–36). APA.
- Sluzki, C. E. (1997). *Rede social na prática sistêmica*. Casa do Psicólogo.
- Smoliak, O., LaMarre, A., Rice, C., Tseliou, E., LeCouteur, A., Myers, M., Vesely, L., Briscope, C., Addison, M., & Velikonja, L. (2022). The politics of vulnerable masculinity in couple therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 48(2), 427–446. <https://doi.org/10.1111/jmft.12530>
- Souza, C. I. C. (2016). *Contextualizando o desempenho ocupacional de pessoas em primeiras crises do tipo psicótica* [Trabalho de conclusão de curso, Universidade de Brasília]. [https://bdm.unb.br/bitstream/10483/17368/1/2016\\_CamilaIsabelSouza\\_parcial.pdf](https://bdm.unb.br/bitstream/10483/17368/1/2016_CamilaIsabelSouza_parcial.pdf)
- Souza, L. B. P. (2023). Os Corpos do sistema sexo/gênero: Contribuições teóricas de Judith Butler. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 9(3), 1409–1423. <https://doi.org/10.51891/rease.v9i3.8950>
- Stevens, C., Oliveira, S. R., & Zanello, V. (2014). *Estudos feministas e de gênero: Articulações e perspectivas*. Mulheres. <https://repositorio.unb.br/handle/10482/16349>

- St-Onge, M., & Lavoie, F. (1997). The experience of caregiving among mothers of adults suffering from psychotic disorders: Factors associated with their psychological distress. *American Journal of Community Psychology*, 25(1), 73–94.  
<https://doi.org/10.1023/a:1024697808899>
- Taggart, M. (1985). The feminist critique in epistemological perspective: Questions of context in family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 11(2), 113–126.  
<https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1985.tb00600.x>
- Thompson, L., & Walker, A. J. (1995). The place of feminism in family studies. *Journal of Marriage and the Family*, 57(4), 847–865. <https://doi.org/10.2307/353407>
- Ventura, M. M. (2007). O estudo de caso como modalidade de pesquisa. *Revista SoCERJ*, 20(5), 383–386.  
[http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2007\\_05/a2007\\_v20\\_n05\\_art10.pdf](http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2007_05/a2007_v20_n05_art10.pdf)
- Zanella, A. V., & Sais, A. P. (2008). Reflexões sobre o pesquisar em Psicologia como processo de criação ético, estético e político. *Análise Psicológica*, 4(26), 679–687.  
[https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/6115/1/2008\\_26%284%29\\_679.pdf](https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/6115/1/2008_26%284%29_679.pdf)
- Zanello, V. (2014). Saúde mental, mulheres e conjugalidade. In C. Stevens, S. R. Oliveira & V. Zanello (Orgs.), *Estudos feministas e de gênero: Articulações e perspectivas* (pp. 108–118). Mulheres. <https://repositorio.unb.br/handle/10482/16349>
- Zanello, V. (2016). Dispositivo materno e processos de subjetivação: Desafios para a Psicologia. In V. Zanello & M. Porto (Orgs.), *Aborto e (não) desejo de maternidade(s): Questões para a Psicologia* (pp. 103–222). Conselho Federal de Psicologia.  
[https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/24587/1/LIVRO\\_AbortoNaoDesejoMaternidade.pdf](https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/24587/1/LIVRO_AbortoNaoDesejoMaternidade.pdf)

Zanello, V. (2018). *Saúde mental, gênero e dispositivos. Cultura e processos de subjetivação.*

Appris.

Zanello, V., & Bukowitz, B.(2011). Loucura e cultura: Uma escuta das relações de gênero nas falas de pacientes psiquiatrizados. *Revista Labrys Estudos Feministas*, 20-21, 1–22.

[https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/19544/3/ARTIGO\\_LoucuraCulturaEscuta.pdf](https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/19544/3/ARTIGO_LoucuraCulturaEscuta.pdf)

Zanello, V., & Porto, M. (2016). *Aborto e (não) desejo de maternidade(s): Questões para a Psicologia.* Conselho Federal de Psicologia.

[https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/24587/1/LIVRO\\_AbortoNaoDesejoMaternidade.pdf](https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/24587/1/LIVRO_AbortoNaoDesejoMaternidade.pdf)

Zanello, V., Fiuza, G., & Costa, H. S. (2015). Saúde mental e gênero: Facetas gendradas do sofrimento psíquico. *Fractal: Revista de Psicologia*, 27(3), 238–246.

<https://doi.org/10.1590/1984-0292/1483>