

A certeza delirante no discurso psicótico e seus atravessamentos no contexto familiar**The delusional certainty in the psychotic discourse and its crossings in the family context****La certeza delirante en el discurso psicótico y sus atravesamientos en el contexto familiar**

 Marcos Aurélio Fonsêca¹,  Lígia de Laurentiis Sabino²

Recebido: 23/10/2021 Aprovado: 07/05/2022 Publicado: 30/09/2022

Objetivo: apresentar um caso de paranoia e a interação entre a equipe de saúde mental e a família. **Método:** relato de caso único, com abordagem qualitativa e descritiva, realizado no início de 2021 em um serviço hospitalar estadual de referência em atenção à crise psiquiátrica. A análise se constituiu no estudo aprofundado das anotações do prontuário. **Resultados:** a usuária considerada tinha 50 anos à época dos atendimentos; residia na região metropolitana de Belo Horizonte; procedente de família católica; casada há 30 anos; mãe de dois adolescentes; ensino médio completo; trabalhou por muitos anos como cabelereira, até assumir a carreira de fotógrafa, em sociedade com o esposo. Com as intervenções, foi atingida a redução do investimento afetivo nas certezas delirantes, com menor impacto no desempenho funcional e na dinâmica familiar da usuária. **Conclusão:** a atuação da equipe de saúde mental com a abordagem familiar mostrou-se resolutiva e promotora na responsabilização dos integrantes do núcleo.

Descritores: Assistência à saúde mental; Delírio; Família.

Objective: to present a case of paranoia and the interaction between the mental health team and the family. **Methods:** a single case report, with a qualitative and descriptive approach, carried out in early 2021 in a state reference hospital service for psychiatric crisis care. The analysis consisted of an in-depth study of the medical records. **Results:** the patient evaluated was 50 years old at the time of the consultations; resided in the metropolitan region of the city of Belo Horizonte; coming from a Catholic family; married for 30 years; mother of two teenagers; complete high school education; worked for many years as a hairdresser, until taking up a career as photographer, in partnership with her husband. With the interventions, the reduction of affective investment in delusional certainties was achieved, with less impact on the patient's functional performance and family dynamics. **Conclusion:** the performance of the mental health team with the family approach proved to be resolute and promoter in the accountability of the members of the nucleus.

Descriptors: Mental health assistance; Delirium; Family.

Objetivo: presentar un caso de paranoia y la interacción entre el equipo de salud mental y la familia. **Método:** relato de caso único, con abordaje cualitativo y descriptivo, realizado a principios de 2021 en un servicio hospitalario estatal de referencia en atención a la crisis psiquiátrica. El análisis consistió en un estudio en profundidad de las historias clínicas. **Resultados:** la usuaria tenía 50 años en el momento de la atención; vivía en la región metropolitana de Belo Horizonte; de familia católica; casada desde hace 30 años; madre de dos adolescentes; educación secundaria completa; trabajó durante muchos años como peluquera, hasta que emprendió la carrera de fotógrafa, en sociedad con su marido. Con las intervenciones se logró la reducción de la inversión afectiva en certezas delirantes, con menor impacto en el desempeño funcional y en la dinámica familiar de la usuaria. **Conclusión:** la actuación del equipo de salud mental con el enfoque familiar fue resolutiva y promovió la responsabilidad de los miembros del núcleo.

Descritores: Atención a la salud mental; Delirio; Familia.

Autor Correspondente: Marcos Aurélio Fonsêca - mfonseca@ufmg.br

1. Curso de Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte/MG, Brasil. E-mail: mfonseca@ufmg.br

2. Terapeuta Ocupacional da Rede de Saúde Mental de Belo Horizonte/MG, Brasil. E-mail: ligiadelaurentiis@gmail.com

INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) é um movimento social e significativo no âmbito da saúde pública que visa, através de políticas públicas, leis e portarias ministeriais, leis estaduais e municipais, modificar o atendimento ao usuário dos serviços de saúde mental, reformulando o anterior modelo de psiquiatria hegemônica, normalizadora e hospitalocêntrica¹ e foi responsável pela criação de um modelo que incluiu os contextos territorial, psicossocial e familiar na construção da atenção em saúde.

Com a gradual implantação de serviços de saúde substitutivos ao hospital psiquiátrico, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), a responsabilidade pelos cuidados do indivíduo com sofrimento mental passou a ser compartilhado entre serviços e as famílias. Para a consolidação dos princípios da RPB, é essencial a dimensão da intersetorialidade, permitindo a criação de redes de possibilidades para as pessoas com sofrimento mental, promovendo a conquista de autonomia e a participação no território, com o pleno exercício da cidadania. Nesse sentido, a família ganhou relevância na atenção em saúde mental ao assumir novos papéis junto a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e parte das responsabilidades².

Admite-se que é necessário contextualizar o papel familiar na sociedade moderna, que se constituiu com a evolução do conceito de vida privada. A família passou a ser considerada a principal instância de proteção social, em detrimento das funções sociais do Estado. Esse processo pode ser caracterizado como “*familismo*” ou “*familiarismo*”, com a atribuição das maiores responsabilidades para o bem-estar de seus membros às unidades familiares. Pode-se dizer ainda que há a retomada e valorização das funções protetivas da família, o que também pode contribuir para a sobrecarga familiar, especialmente das integrantes femininas, culturalmente encarregadas das funções de cuidado².

Desde o final do período colonial no século XIX, com apoio do *higienismo*, a reprodução social e o cuidado foram edificados como atividades femininas, como um trabalho não remunerado. As mulheres foram primordiais nas relações sociais de produção. A compreensão desse processo, conhecido como divisão sexual e social do trabalho, aponta o lugar da família na construção do cuidado e da política de Saúde Mental, em vista que as figuras femininas ocupam, em maioria, o papel central de cuidadora e provedora de sustento nas famílias brasileiras. É comum que o trabalho doméstico, também efetuado majoritariamente por estas, continue não sendo considerado como trabalho, ocorrendo sem remuneração ou reconhecimento social. É esse trabalho “*invisível*” que é indispensável para a organização das famílias e a manutenção da vida de seus membros³⁻⁴.

A família é um organismo dinâmico e complexo, por se constituir como um ser coletivo, mas também como ser singular, composto por indivíduos reais e atribuídos de subjetividade. Na maioria das vezes, a família é a primeira instituição que o ser social experimenta e, mesmo único e singular, aquele contexto é delineado pela vida em sociedade⁴. Nesta perspectiva, uma das dimensões essenciais para a construção de novas formas de cuidado em saúde mental é a noção de território.

O cuidado deve emancipar os usuários, possibilitando o protagonismo de suas próprias vidas e a participação cidadã na comunidade. No entanto, permanecem as dificuldades de efetivar esse cuidado no território, por muitas vezes não extrapolar os serviços de saúde e/ou as práticas restritas aos seus limites, mantendo-se um cuidado institucional e não abarcando toda a dimensão relacional do cotidiano das pessoas⁵.

O cuidado efetivo deve ser construído pela ampliação da rede de apoio das instituições, família e comunidade. Ao se tratar de rede, há um redimensionamento do lugar da família no contexto da saúde mental, saindo de um papel passivo perante o processo de tratamento ao assumir papel na consolidação das diretrizes assistenciais como também o de mediadora nas relações sociais. Por séculos, as famílias delegaram ao Estado a função de “*cuidar*” dos seus entes. Todavia, é algo que ainda está em processo de consolidação no país.

O cuidado compartilhado da pessoa com sofrimento mental pode conduzir a família à crença de que é incapaz de lidar com a situação. A família aprende a cuidar a partir da interação com os dispositivos psicossociais e estes devem proporcionar suporte para que o grupo possa lidar com as sobrecargas advindas e atuar no combate do estigma, que pode culminar na rejeição do indivíduo, dificultando sua reintegração na comunidade⁶.

A paranoia, como diagnóstico, foi descrita no século 19 por Kahlbaum e posteriormente refinado por Kraepelin, com a noção de *dementia paranoides* como um processo psíquico degenerativo. Essa seria descrita por um período depressivo inicial, com subsequente floração de ideias delirantes utópicas e constantemente mutáveis, construídas em torno de interpretações e de ilusões de memória⁷.

Em 1987, a terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-III-R)⁸ reintroduziu o conceito de paranoia, similar ao proposto por Kraepelin, mas incluindo uma variedade de transtornos nos quais um delírio de longa duração se apresenta como a característica clínica mais saliente. Contudo, o quadro foi renomeado transtorno delirante. Os critérios diagnósticos incluíam delírios não bizarros e pontuava que o afeto e a conduta sofriam prejuízos mínimos, se é que ocorriam.

O transtorno delirante é fortemente caracterizado por discurso sistematizado de conteúdo delirante, e o indivíduo mantém afeto congruente ao conteúdo do delírio⁹. Na maior parte dos casos, os delírios são persecutórios, e no restante dos casos de referência, são de controle, grandiosidade, hipocondríaco, religioso, entre outros. O transtorno delirante pode ainda apresentar irritabilidade, isolamento social, autonegligência e ideias obsessivas.

Fenomenalmente, no espaço do seu delirar, o delirante interpreta e relaciona sinais. O pensamento é obscurecido pela sombra do delírio, cuja certeza se firma sobre a certeza implícita de uma essência precedente e inquestionável.

A interpretação delirante, consiste em tomá-la como certa, verdadeira, e não como provável ou verossímil, conferindo-lhe qualidade de evidência. Há quatro características definidoras: 1) interpretação e não explicação; 2) tomada como verdadeira; 3) caráter autorreferencial, e 4) sistematizar-se até constituir um delírio ou discurso delirante^{10:87}. Assim, este estudo teve como objetivo apresentar um caso de paranoia e a interação entre a equipe de saúde mental e a família.

MÉTODO

Trata-se de um relato de caso único, com abordagem qualitativa e descritiva, realizado com usuária de um serviço hospitalar que é referência estadual na atenção à crise psiquiátrica para indivíduos provenientes de municípios do estado de Minas Gerais que não disponibilizem um serviço especializado do tipo CAPS na sua rede ou que o serviço existente não conte com a assistência em tempo integral.

A coleta de dados foi realizada no período janeiro e fevereiro de 2021 e as análises consistiram no estudo aprofundado das anotações do prontuário. A pesquisa foi previamente submetida e aprovada pelo Comitê de Ética institucional, obtendo o parecer 4.576.528, de 06/03/2021, sob o CAAE 43041421.7.0000.5119 e a paciente considerada recebeu um nome fictício, visando sua proteção.

RESULTADOS

A usuária considerada recebeu o nome Beatriz e tinha 50 anos à época dos atendimentos; residia na região metropolitana de Belo Horizonte; procedente de família católica; casada há 30 anos; mãe de dois adolescentes, uma filha de 18 e um filho de 13 anos; ensino médio completo; trabalhou por muitos anos como cabelereira, até assumir a carreira de fotógrafa, em sociedade com o esposo.

Beatriz foi encaminhada ao atendimento de urgência pela equipe de saúde mental de seu município. Ela dizia ser perseguida por familiares, como o esposo, irmãos e sua mãe, que estariam envolvidos em atividades criminosas no território onde viviam. Ela afirmava que a equipe do serviço municipal estaria aliada com seus familiares, e que ainda que havia iniciado o processo de divórcio do esposo, sem comunicar a ele.

A usuária alegava que o esposo oferecia presentes e lanches gordurosos e açucarados para o filho do casal, de forma a conquistar o apoio do adolescente. Para ela, os cuidados com o corpo e a saúde eram significativos e se destacavam em seu discurso. Ela realizava atividades físicas diariamente, estudava sobre educação alimentar e prezava pelo bem-estar físico. Sem ser perguntada, ela falava com segurança: *“sou totalmente saudável, não há nenhuma doença ou problema em meu corpo. Por isso, não permito que ninguém coloque nenhum remédio nele”*.

O esposo e o irmão de Beatriz relataram que há cerca de um ano iniciou-se o quadro marcado por ideias persecutórias, intensa atividade psicomotora, e comportamento excessivamente altruísta, quando ela se desfazia de bens necessários aos familiares, utilizando justificativas religiosas. Beatriz apresentava restrição do sono, pois passava noites em oração, e se envolvia em situações de risco no território. Os episódios de agressividade se tornaram frequentes, com ameaças aos familiares, com uso de armas brancas, e anunciando que envenenaria a comida da família.

O relatório do serviço de origem corroborava com o quadro apontado pelos familiares. Beatriz havia sido atendida poucas vezes naquele estabelecimento e apresentava recusa insistente em fazer uso da medicação prescrita, além de episódio de agitação psicomotora e agressividade direcionada à profissional que a atendia. Então, eles encaminharam Beatriz para o manejo do quadro de crise, momento em que alegaram não estar sendo possível atendê-la devido a sua persecutoriedade com o serviço. A usuária foi então admitida pelo plantonista de urgência, quando foi decidida a internação, acompanhada por duas RT: uma residente multiprofissional de Saúde Mental e um residente de Psiquiatria.

Beatriz não se opunha às propostas de atendimento, ainda que, após poucos minutos de diálogo, o discurso já se apresentava autorreferente. No conteúdo de seu discurso havia diversos pontos de tensionamento relacionados à vida sexual. A usuária falava também sobre a decisão pelo rompimento das relações familiares com sua mãe e irmão, desde que *“descobriria que eles também estariam envolvidos no crime”*.

Apesar de não se opor ao diálogo, Beatriz resistia às medicações e outros recursos do tratamento proposto. A usuária foi orientada sobre o serviço e convidada a participar do cuidado, buscando (re)elaborar sua história e compreender o contexto que vinha provocando

atravessamentos em seu cotidiano e no de sua família. Em relação ao exame do estado mental, Beatriz mantinha a maior parte de suas funções psíquicas preservadas, apresentava prejuízo do juízo de realidade, mas não ocorriam alterações sensoperceptivas. A equipe compreendia que se tratava, assim, de um delírio interpretativo.

A usuária não aceitava medicações, manifestava gosto por atividades físicas e oficinas terapêuticas. O caráter religioso no discurso ainda era muito proeminente. Beatriz expressava lamentações em relação aos filhos, que se apresentavam em alguma medida resistentes e recuados diante as alterações de comportamento dela.

Beatriz dizia ser uma figura mística, santificada, com função de benevolência e caridade como princípios. Ela tentava ajudar as outras usuárias do serviço definindo ações que considerava mais adequadas para elas. Eram realizadas frequentes reuniões entre família e equipe, visando à escuta, sensibilização e responsabilização entre as partes.

A escuta e manejo familiar se mantinham, mas apesar das séries de encontros e orientações sobre o processo de cuidado, os familiares continuavam a apresentar comportamentos que reforçavam o investimento afetivo da usuária em suas certezas delirantes. Comportamentos estes que muitas vezes geravam ganhos secundários.

Houve avanços nas propostas terapêuticas de manejar a usuária e a família e de favorecer a conscientização e responsabilização sobre o quadro clínico, mas a construção delirante ainda se destacava no cenário. Apesar da intensa identificação que mantinha entre sua história de vida e a “missão” que carregava, Beatriz referia certa estafa por tamanha responsabilidade e dizia: *“Sou ‘A Santa’, as pessoas precisam de mim para serem salvas”*. As intervenções da equipe remetiam à dimensão de humanidade comum a todos, buscando apaziguá-la de tal responsabilidade grandiosa. Na sequência, Beatriz falava: *“você são cuidadosos e humanos com a gente, que é humana também”*.

Foram realizadas reuniões e discussões de caso com a equipe do município. Destacou-se a necessidade do acolhimento com a família, pois as relações familiares estavam marcadamente impactadas pelo quadro. A equipe se propôs a receber o esposo da usuária para uma conversa. Em atendimento posterior, Beatriz se queixou de ter sofrido injustiças naquele serviço, se mostrando persecutória com a técnica de referência que estava iniciando a construção do caso, sinalizando assim alguns dos manejos que o serviço deveria construir para continuidade do seu projeto terapêutico.

A usuária sempre se lembrava da dificuldade de retornar para sua casa, dizendo *“eu quero outra família, isso é um plano de Deus. Eu não tenho mais família, todos são traficantes”*. Os residentes continuavam realizando reuniões com os familiares, abordando sobre o prognóstico,

acolhendo demandas e dúvidas e orientando sobre suporte familiar, buscando preservação em relação a sobrecarga e desgaste emocional. A mãe da usuária, bastante idosa, questionava se a filha se recuperaria. Foram esclarecidas as propostas terapêuticas. Ressaltava-se que a intenção era a autonomia e desempenho de Beatriz, mesmo que alguns aspectos do pensamento delirante não cessassem.

Com o decorrer do tempo, Beatriz observava que seus pensamentos de grandeza, supremacia e santidade, não se concretizavam do modo que ela esperava. Ela apresentou rebaixamento do humor e discurso de desesperança. A usuária dizia não compreender por que havia recebido tantas missões e revelações, que de fato não se efetivaram e se dizia desamparada. Tal processo desencadeou esvaziamento e distanciamento afetivo da usuária das suas certezas. Foi planejada uma intervenção em que Beatriz escreveria uma carta de sugestões e ponderações para o serviço, para sua casa e para as pessoas que ela quisesse. Nesta intervenção, foi demarcado que se tratava de propostas e observações compreensíveis e compartilháveis entre todos. Buscava-se deslocar o caráter grandioso e centralizado das “missões” que a usuária acreditava ter que cumprir. A usuária apresentou maior tolerância para permanecer em sua casa, com sua família.

As intervenções de acolhimento, manejo e educativas eram realizadas com a família, orientando sobre o cenário clínico e sobre o retorno ao cotidiano. Algumas reuniões coletivas ocasionavam hostilidade entre os membros, com acusações e ofensas, inflamadas pelas interpretações delirantes de Beatriz. Eventualmente, os profissionais optavam por interromper as reuniões, para evitar maior prejuízo emocional. Buscava-se favorecer os laços sociais a partir das abordagens familiares.

Com a sequência de atendimentos, já se observava redução do investimento afetivo nas certezas delirantes, com menor impacto no desempenho funcional. A equipe avaliou que seria um momento oportuno para a alta, com seguimento ambulatorial. O retorno ao contexto real de vida seria um aliado na continuidade do cuidado. No entanto, apesar das articulações do caso construídas com o serviço de referência, Beatriz não aceitava retornar para tratamento neste local.

Discutiu-se com a gerente e equipe do serviço sobre as estratégias de abordagem estendidas aos familiares, que também foram orientados a buscar suporte para lidar com os enfrentamentos inaugurados por Beatriz a cada período. A usuária optou por continuar o atendimento ambulatorial com o residente de psiquiatria na presente instituição. Na primeira consulta de retorno, ela compareceu acompanhada da mãe e do esposo. Os familiares

confirmaram boa aceitação da medicação via oral e retorno às atividades profissionais como fotógrafa.

DISCUSSÃO

O delírio interpretativo se refere a um raciocínio falso que parte de uma sensação real. A partir de associações de ideias, induções e tendências afetivas, tal raciocínio assume uma significação pessoal irreduzível para o sujeito, ao qual tudo se relaciona¹¹. A descrita paranoia verdadeira, que inclui em seu fenótipo clínico os delírios interpretativos, surge de um desenvolvimento desfavorável de uma personalidade paranoica. Os delírios se estruturam a partir de mecanismos de interpretação, e os sujeitos podem não apresentar alterações comportamentais bizarras¹².

No caso de Beatriz, observou-se como um processo de associação e interpretação de ideias delirantes que moldou um sistema de crenças e afetou intensamente o cotidiano da usuária e de sua família. Apesar de se manter preservada em diversas funções psíquicas, como o humor, o afeto e a sensopercepção, Beatriz apresentava juízo de realidade alterado, impactando em seu pragmatismo e prospecção, eventualmente gerando risco a si mesma e aos familiares. Sua produção delirante emergia a partir de um universo feminino e materno, principalmente.

A concepção de família a partir do modelo nuclear burguês produz uma expectativa idealizada de família, o que frequentemente gera frustração e sentimento de inadequação para as pessoas que não têm ou não convivem com um grupo familiar correspondente¹³. As famílias são produzidas socialmente, marcadas por contradições e conflitos específicos associados ao tempo histórico. Faz-se necessária a desconstrução daquele modelo idealizado, para assim legitimar outras configurações familiares possíveis. Compreendendo que o núcleo familiar de Beatriz era composto principalmente por sua relação conjugal, além de seu núcleo de origem – mãe e irmão - traçou-se um plano de intervenção que legitimasse e incluísse tais atores, utilizando da relação e da ressignificação dos papéis como estratégias terapêuticas¹⁴.

O acolhimento à família de Beatriz foi ponto crucial para a construção do caso, uma vez que os familiares apresentavam potenciais como parceiros e agentes do cuidado. A família pode ser compreendida como uma unidade básica de cuidado, em que os sujeitos se influenciam mutuamente. Portanto, é importante que os profissionais de saúde mental identifiquem recursos que esse grupo apresenta, tanto as potencialidades do contexto como os fatores de vulnerabilidade que dificultam ou impedem desempenho na função do cuidar¹⁵. As noções de identidade e de autoestima da usuária estavam fortemente associadas aos seus papéis de

mulher, mãe e esposa, e aos significados que ela atribuía a estes papéis¹⁶. Sua produção delirante a posicionava na dimensão de um ser superior-materno, associado à noção de pureza e de totalidade. Beatriz acreditava que todos os olhares, mensagens, funções eram direcionados a ela, por ocupar um espaço purificado e de grande responsabilidade.

Em termos gerais, o indivíduo em sofrimento mental muitas vezes assume a função de representante cristalizado dos sintomas da família. O ambiente familiar pode contribuir para agudizar o seu sofrimento. A equipe de saúde mental se depara com o desafio de lidar não somente com questões do sofrimento propriamente dito, como também de seu ambiente familiar disfuncional¹⁵. É importante saber sobre as histórias que constituem aquela família, pois estas podem ser importantes apostas da equipe para produção de cuidado que legitime o espaço familiar como potencializador das experiências^{5,17}.

Comumente, a temática religiosa se apresenta nos delírios paranoicos. O indivíduo, ao delirar, produz símbolos e crenças individuais, um sistema ideológico próprio, mesmo que tais crenças contestem sua trama social. O sujeito passa a viver sob uma produção tão individual e não compartilhável, ou seja, não compreendida ou vivenciada pela comunidade, o que pode acarretar prejuízos no desempenho ocupacional e rupturas em seus laços sociais. Nesse sentido, o trabalho das equipes de saúde mental e das instituições de cuidado se faz tanto no manejo da sintomatologia clínica, a partir da escuta qualificada, buscando a sistematização dos delírios, como no papel de secretariado, otimizando a participação nas áreas de vida incluindo a participação na comunidade, o envolvimento em atividades significativas e na gestão dos próprios cuidados de vida¹⁸.

Como constatado pela participação da família de Beatriz nas intervenções propostas pela equipe, a família passa a ser reconhecida como recurso na efetivação do cuidado comunitário, numa concepção de divisão de cuidados com as políticas e serviços públicos. É compreendida também como lugar de construção identitária e de vínculos, pela qual sua presença influencia a formulação das políticas públicas a partir das demandas anunciadas e das reivindicações por direitos. Acolher a família no processo de responsabilização pela pessoa em sofrimento psíquico, a partir de intervenções educativas, psicossociais, restauradoras e adaptativas favorece a abordagem do sujeito em crise¹⁹.

Nesta pesquisa, foi evidenciada a integralidade dos serviços em saúde mental como uma questão a ser problematizada e resolvida. Apesar dos avanços e da permanente construção de uma rede de serviços fortes e resolutivos, o município onde Beatriz reside utilizou uma estratégia terapêutica exclusiva para casos bastante particulares, que é a internação em um serviço de atenção à crise em ambiente hospitalar. Advoga-se a importância de que a assistência

em saúde mental seja territorializada, como preconizado no modelo atual, e que os municípios consigam oferecer os serviços para os seus habitantes, evitando-se não somente os deslocamentos, mas também os impactos destes nos laços sociais e familiares dos usuários.

CONCLUSÃO

A partir da construção deste caso, foi possível demonstrar junto à equipe e ao serviço de saúde mental e para a família da usuária a importância da articulação de todos, em sintonia, na elaboração do cuidado. Sem a abordagem familiar, promovendo a responsabilização dos integrantes do núcleo, as intervenções dos profissionais têm grande chance de serem pouco resolutivas.

O cuidado ainda permanece centralizado no serviço de saúde, não abarcando a amplitude dos contextos reais de vida e dos papéis ocupacionais dos usuários atendidos. Continua sendo importante demarcar que a manutenção dos laços sociais e a participação na comunidade devem ser incluídas como propostas centrais.

É fundamental superar os desafios da rotina e da burocracia institucional para acessar os contextos de vida real dos usuários, já que não há como ajudá-los a entender e lidar com as contradições sem conhecê-los. O caso pesquisado demonstrou que a referência técnica e a equipe escolheram estratégias adequadas quando promoveram a articulação com a família e os pontos de rede existentes, incluindo o serviço no qual a usuária estava referenciada.

O relato de caso único, alinhado aos princípios da RPB, favorece a produção teórica do campo da saúde mental e incrementa a clínica na elaboração e condução de estratégias de cuidado, em abordagens que priorizem o saber do indivíduo e seu exercício de cidadania. Por outro lado, por tratar de um indivíduo singular, com características subjetivas e realidade social particulares, este estudo apresentou como principal limitação a impossibilidade de generalização, o que não comprometeu a sua viabilidade e importância.

REFERÊNCIAS

1. Berlinck MT, Magtaz AC, Teixeira M. A reforma psiquiátrica brasileira: perspectivas e problemas. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam.* [Internet]. 2008 mar [citado em 22 jun 2021]; 11(1):21-8. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1415-47142008000100003>
2. Pereira SLBP. Intersetorialidade, políticas sociais e família na saúde mental. In: Rosa LCS, Vilarinho LS., organizadores. *Família na desinstitucionalização em saúde mental.* Teresina: EDUFPI; 2020. p. 21-45.
3. Federici S. *Calibã e a bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva.* São Paulo: Editora Elefante; 2017. 464p.
4. Cavalcante R, Carvalho CO. Participação da família na saúde mental brasileira: acessórios da atenção psicossocial e sujeitos dessa política. In: Rosa LCS, Vilarinho LS. *Família na desinstitucionalização em saúde mental.* Teresina: EDUFPI; 2020. p. 47-70.

5. Ferreira TPS, Sampaio J, Souza ACN, Oliveira DL, Gomes, LB. Produção do cuidado em saúde mental: desafios para além dos muros institucionais. *Interface* [Internet]. 2017 abr/jun [citado em 22 jun 2021]; 21(61):373-84. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0139>
6. Ribeiro ALS, Rosa LCS. Os desafios e as potencialidades na participação da família do CAPS. In: Rosa LCS, Vilarinho LS, organizadores. *Família na desinstitucionalização em saúde mental*. Teresina: EDUFPI; 2020. p. 159-91.
7. Oda AMGR, Dalgalarondo P. A paranóia, segundo Juliano Moreira e Afrânio Peixoto. *Rev Latinoam Psicopat Fundam*. [Internet]. 2001 abr/jun [citado em 16 jun 2021]; 2010 4(2):125-33. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/37DrTzQHB74RB8LCGvy7gJk/?format=pdf&lang=pt>
8. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Arlington, VA: APA; 1987. 3 ed rev.
9. Baldaçara L, Borgio JGF. Tratamento do transtorno delirante persistente. *Arq Méd Hosp Fac Ciênc Méd St Casa São Paulo* [Internet]. 2009 maio/ago [citado em 16 jun 2021]; 54(2):56-61. Disponível em: <https://arquivosmedicos.fcmsantacasasp.edu.br/index.php/AMSCSP/article/view/370/554>
10. Patricio AD. Creencia y delirio. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr*. [Internet]. 2011 [citado em 16 jun 2021]; 31(109):71-91. Disponível em: <https://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/16119/15976>
11. Sérieux P, Capgras J. As loucuras racionantes: o delírio de interpretação. *Rev Latinoam Psicopat Fundam*. [Internet]. 2007 abr/jun [citado em 16 jun 2021]; 10(2):340-5. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/85XKxTrNs9MQTK6MMjG9NNh/?format=pdf&lang=pt>
12. González-Rodríguez A, Guàrdia A, Álvarez A, Fucho GF, Farré JM, Betriu M, et al. Trastorno delirante. *Psicosom Psiquiat*. [Internet]. 2021 [citado em 29 set 2021]; 16:56-67. DOI: <https://doi.org/10.34810/PsicosomPsiquiatnum1610>
13. Waller S, Reupert A, Ward B, McCormick F, Kidd S. Family-focused recovery: perspectives from individuals with a mental illness. *Int J Ment Health Nurs*. [Internet]. 2019 Feb [citado em 07 fev 2022]; 28:247-55. DOI: 10.1111/inm.12528
14. Gatsou L, Scott Y, Goodrich N, Pearson D. The challenges presented by parental mental illness and the potential of a whole-family intervention to improve outcomes for families. *Child Fam Soc Work* [Internet]. 2017 [citado em 07 fev 2022]; 22:388-97. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/cfs.12254>
15. Moen ØL, Aass LK, Schröder A, Skundberg-Kletthagen H. Young adults suffering from mental illness: Evaluation of the family-centred support conversation intervention from the perspective of mental healthcare professionals. *J Clin Nurs*. [Internet]. 2021 Oct [citado em 07 fev 2022]; 30(19-20):2886-96. DOI: 10.1111/jocn.15795
16. Mizock L, Salmonsén J, Smith S. Family challenges experienced by women with serious mental illness. *Family Relations* [Internet]. 2022 Feb [citado em 07 fev 2022]; 71:426-38. DOI: 10.1111/fare.12566
17. Coelho RS, Velôso TMG, Barros SMM. Oficinas com usuários de saúde mental: a família como tema de reflexão. *Psicol Ciênc Prof*. [Internet]. 2017 abr/jun [citado em 29 set 2021]; 37(2):489-99. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703002612015>
18. Dalgalarondo P. *Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais*. 3 ed. Porto Alegre: Artmed; 2018. 520p.
19. Leopoldo AP, Rosa LCS. Direitos dos familiares cuidadores de pessoas com transtornos mentais: direitos incontáveis? In: Rosa LCS, Vilarinho LS, organizadores. *Família na desinstitucionalização em saúde mental*. Teresina: EDUFPI; 2020. p. 105-123.

Editor Associado: Vítor Augusto Cavaleiro Corrêa.

Conflito de Interesses: os autores declararam que não há conflito de interesses.

Financiamento: não houve.

CONTRIBUIÇÕES

Marcos Aurélio Fonsêca contribuiu na concepção, análise de dados e revisão. **Lígia de Laurentiis Sabino** participou na concepção; coleta e análise dos dados e, redação.

Como citar este artigo (Vancouver)

Fonsêca MA, Sabino LL. A certeza delirante no discurso psicótico e seus atravessamentos no contexto familiar. *Rev Fam, Ciclos Vida Saúde Contexto Soc.* [Internet]. 2022 [citado em *inserir dia, mês e ano de acesso*]; 10(3):542-53. Disponível em: *inserir link de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*

Como citar este artigo (ABNT)

FONSÊCA, M. A.; SABINO, L. L. A certeza delirante no discurso psicótico e seus atravessamentos no contexto familiar. **Rev Fam, Ciclos Vida Saúde Contexto Soc.**, Uberaba, MG, v. 10, n. 3, p. 542-553, 2022. DOI: *inserir link do DOI*. Disponível em: *inserir link de acesso*. Acesso em: *inserir dia, mês e ano de acesso*.

Como citar este artigo (APA)

Fonsêca, M.A., & Sabino, L.L. (2022). A certeza delirante no discurso psicótico e seus atravessamentos no contexto familiar. *Rev Fam, Ciclos Vida Saúde Contexto Soc.*, 10(3), 542-553. Recuperado em *inserir dia, mês e ano de acesso* de *inserir link de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*.



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons