

## **A REFORMA PSIQUIÁTRICA E O PAPEL DA FAMÍLIA NO RESTABELECIMENTO DE UM SUJEITO PSICÓTICO**

*Mayara Colleti*

*Cristina Bárbara Martins*

*Bruna Souza Tanios*

*Tiago Humberto Rodrigues Rocha*

Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, Brasil

### RESUMO

Este estudo retrata uma experiência de estágio básico do curso de Psicologia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da cidade de Uberaba (MG), para a disciplina Vivência Profissional V. Objetivou-se apreender a vivência concreta de quem assume o papel de cuidador do sujeito em sofrimento psíquico. Para tanto, foram realizados três encontros com uma cuidadora de uma usuária psicótica, utilizando-se de uma entrevista aberta. A construção do presente relato envolveu a articulação entre os dados obtidos e trabalhos presentes na literatura acerca da temática. A partir das falas da entrevistada foram selecionadas categorias que representam sua vivência enquanto cuidadora. Dentre os diversos aspectos identificados nesta experiência, destaca-se a sobrecarga produzida por tal cuidado.

Palavras-chave: psicose, reforma psiquiátrica, familiar, sobrecarga

### THE PSYCHIATRIC REFORM AND THE ROLE OF THE FAMILY IN THE RE-ESTABLISHMENT OF A PSYCHOTIC SUBJECT

#### ABSTRACT

This study depicts an experience of basic internship of the Psychology graduate course at Universidade Federal do Triângulo Mineiro at the Centro de Atenção Psicossocial (CAPs) in Uberaba, Brazil. It aimed at apprehending lived aspects of a caregiver of a subject in psychic suffering. Three meetings were held with a caregiver of a psychotic subject and an open interview was used. This report involves data obtained in the interviews and published work in scientific literature about the theme. From content present in the interviews, some categories were selected to represent her living experience as a caregiver. Along with many aspects identified in the interview, its burdensome nature is highlighted.

Key-words: psychosis, psychiatric reform, family, burden

## LA REFORMA PSIQUIÁTRICA Y EL PAPEL DE LA FAMILIA EN EL RESTABLECIMIENTO DE UN SUJETO PSICÓTICO

### RESUMEN

El presente trabajo es resultado de la experiencia de tres estudiantes de Psicología de la Universidad Federal do Triangulo Mineiro, en el Centro de Atención Psicossocial (CAPS) de Uberaba, durante la materia Vivencia Profesional. El objetivo fue aprender la vivencia concreta de quien asume el rol de cuidador del sujeto psicótico. Por lo tanto fueron realizadas tres reuniones con una cuidadora de una psicótica, en que se utilizó una entrevista abierta. La construcción del presente relato envuelve la articulación entre los datos obtenidos y trabajos presentes en la literatura acerca del tema. A partir de las conversaciones de la entrevistada fueron seleccionadas categorías que representan su vivencia como cuidadora. Dentro de los diversos aspectos identificados en esta experiencia se destacan la sobre carga producida por tal cuidado.

Palabras clave: psicosis, reforma psiquiátrica, familiar, sobrecarga

A Reforma Psiquiátrica constitui-se num conjunto de aparatos legislativos, jurídicos e administrativos, visando legalizar o processo de desinstitucionalização. De acordo com Campos e Soares (2005), apesar de ser fundamentada em modelos internacionais, os primeiros sinais de possibilidade de transformação da assistência psiquiátrica no Brasil tiveram início apenas no final da década de 1970.

Barroso e Silva (2011) ressaltam que além das manifestações sociais e dos avanços científicos, diversos fatores levaram a reforma psiquiátrica ocorrer no Brasil. Em 1964, iniciou-se por parte do governo a disponibilização aos manicômios particulares de recursos públicos destinados ao tratamento psiquiátrico no país. No entanto, a crise econômica da década de 1970 e início de 1980, apontou a necessidade de cortar os altos custos destes manicômios que, somada aos diversos protestos e greves contra os maus tratos dos internos de sanatórios, contribuiu na motivação para a reforma psiquiátrica, e em tentativas de reformulação da política de saúde por parte do Governo (Andreoli, Almeida-Filho, Martin, Mateus, & Mari, 2007).

No entanto, o movimento de desinstitucionalização psiquiátrica somente ganhou destaque nas discussões públicas a partir da 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental e 2º Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, realizadas no dia 18 de maio de 1987 em Bauru, São Paulo (Brasil, 1988). Desta forma, a partir desta data, o dia 18 de maio passou a representar o Dia Nacional da Luta Antimanicomial (Barroso & Silva, 2011). O impacto das propostas desses eventos contribuiu para a implantação do primeiro CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), em 1987, em São Paulo (Marzano & Sousa, 2003). Em 1989, o deputado Paulo Delgado apresentou ao Congresso Nacional

um projeto de lei que propunha a extinção dos manicômios e a oficialização da assistência psiquiátrica comunitária no Brasil (Gentil, 1999).

Assim, as mais significativas mudanças na história das políticas de saúde mental foram implementadas no período entre 1992 e 1995, a partir da aprovação das portarias 189/1991 e 224/1992 do Ministério da Saúde entre 1991 e 1992, que normatizavam o financiamento dos novos serviços de saúde mental para os usuários destes serviços e seus familiares, tais como programas de orientação, lares abrigados, Núcleos de Atenção Psicossociais (NAPS), entre outros. A portaria n. 224/1992 oficializou, ainda, as normas de funcionamento dos CAPS, especificando suas atribuições e diferenciando-os por ordem crescente de porte, complexidade e abrangência populacional.

Em 6 de abril de 2001 foi promulgada a Lei Federal n. 10.216, também conhecida como Lei Paulo Delgado, cuja entrada no Congresso Nacional se deu no ano de 1989, oficializando assim, o atendimento psiquiátrico comunitário no Brasil, na qual dispôs sobre o tratamento mais humanizado, a proteção aos usuários de serviços de saúde mental, a substituição gradativa dos hospitais psiquiátricos por leitos psiquiátricos e serviços abertos de atenção à saúde mental, a implantação em todo o território nacional destes serviços substitutivos e as bases de funcionamento dos mesmos (Brasil, 2001).

A criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) possibilitou a organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país (Portal da Saúde, 2010), em que as novas modalidades assistenciais compreendem o sofrimento psíquico como um processo crônico que requer cuidados, mas que, no entanto, não incapacita a pessoa com sofrimento psíquico a viver ou trabalhar em comunidade (Rosa, 2011), surgindo, portanto, como um modelo mais avançado, que envolve uma abordagem transdisciplinar e valoriza a participação da sociedade na discussão das propostas (Marzano & Sousa, 2003).

Neste contexto de desinstitucionalização, em que o modelo manicomial foi alterado para um modelo de atendimento comunitário, o papel dos familiares no tratamento da pessoa com sofrimento psíquico também sofreu modificações. Os sujeitos institucionalizados passaram e/ou voltaram a viver com suas famílias, tornando, assim, os seus familiares responsáveis por acompanhar a administração dos medicamentos, lidar com os sintomas, coordenar suas atividades cotidianas e, em alguns casos, garantir sua subsistência (Rosa, 2011).

Ainda a este respeito, Rosa (2011) ressalta que o provimento de cuidado à pessoa com sofrimento psíquico e o papel da família no mesmo modificou-se conforme as mudanças societárias, demarcando assim, três momentos destas transformações. O primeiro refere-se ao período da emergência da sociedade burguesa até o período que antecede a segunda guerra mundial, quando surge o modelo assistencial hospitalocêntrico, em que a relação da família com a pessoa com diagnóstico psiquiátrico é mediatizada pelo sistema asilar e pelos trabalhadores em saúde, cabendo a ela papel de informante e visitadora. No segundo período, que vai do pós-segunda guerra mundial até fins da década de 1970, em que há toda uma reconstrução societária e o capitalismo monopolista torna-se hegemônico, a psiquiatria desloca seu objetivo da doença mental para a saúde mental e a figura da família passa a ser objeto de

intervenções terapêuticas. No terceiro período, que vai dos anos 1970 até a contemporaneidade, a relação entre o sujeito com sofrimento mental e sua família é complexificada. Em meio à valorização da solidariedade e da parceria comunitária, a família é revalorizada como um lugar de cuidado e afeto.

Diante de todas estas mudanças, surgem algumas dificuldades enfrentadas pelos familiares, como o fato de lidar com a loucura de forma tão próxima (Pimenta & Romagnoli, 2008). O provimento de cuidado sobrecarrega e compromete a saúde e individualidade do cuidador, produzindo ônus subjetivo e econômico para o mesmo e/ou para grupo familiar (Rosa, 2011).

Pereira e Pereira (2003) apresentam a diferenciação entre dois tipos de encargos familiares, os objetivos e os subjetivos, no qual o primeiro inclui o tempo despendido na assistência do familiar, as dificuldades relacionadas aos aspectos econômicos e do trabalho, e a redução do tempo livre e do convívio social, enquanto que o segundo envolve sintomas de ansiedade, implicações psicossomáticas, desorientação e desconhecimento em relação à psicose e sentimentos de culpa e vergonha.

A partir do exposto, este estudo apresenta um relato de experiência com um familiar-cuidador de uma sujeito psicótico com diagnóstico de esquizofrenia, tendo como objetivo apreender a vivência concreta de quem assume o papel de cuidador nestes casos.

## **CAMINHOS PERCORRIDOS**

Trata-se de um relato de experiência de caráter qualitativo realizado por três graduandas do curso de Psicologia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. O relato baseou-se em nossa experiência em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Uberaba, Minas Gerais, durante a disciplina Vivência Profissional V, ministrada no quinto período da graduação. Esta disciplina é parte do estágio básico, obrigatório para a formação do psicólogo, e teve como objetivo inicial possibilitar a vivência prática na área de saúde mental.

Durante a realização da prática, fomos estimuladas a entrar em contato não só com as pessoas com sofrimento psíquico, mas também com seus familiares. Desta forma, a partir da realização de entrevistas com uma cuidadora de uma usuária do CAPS, das supervisões realizadas com o professor orientador da disciplina e da construção do trabalho final, foi possível apresentar o presente relato de experiência.

## **DESCRIÇÃO DO LOCAL**

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Uberaba, Minas Gerais, foi criado em 1991 com a iniciativa de alguns profissionais, dentre eles, psicólogos, um assistente social, um psiquiatra e uma atendente. A instituição surgiu como uma ONG, não vinculada ao Sistema Único de Saúde, e contava com a colaboração da comunidade e dos próprios funcionários para manter-se ativa. Em 1994, a instituição foi credenciada

pelo SUS, apesar de já figurar como um dispositivo de saúde mental da cidade de Uberaba.

No local, são atendidos diariamente em média de 70 usuários do serviço de saúde mental, que recebem tratamento médico e acompanhamento psicológico por meio de oficinas, grupos e atendimento terapêutico individual, retornando todos os dias ao seio familiar. O CAPS conta com uma equipe multidisciplinar composta por médicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, enfermeiros e técnicos de enfermagem, que utilizam várias ferramentas e propostas terapêuticas como música, teatro, oficinas de artesanato, argila, sabão e as terapias individuais e coletivas.

## PROCEDIMENTO

Ao realizar a primeira visita ao CAPS, fomos orientadas a procurar uma das psicólogas do local, a fim de saber mais informações acerca da instituição, e também de um usuário do serviço com o qual fosse possível manter contato durante toda a vivência. Desta forma, a escolha da usuária se deu a partir da indicação de uma das psicólogas da instituição, em que se considerou o diagnóstico da usuária e a participação de um familiar no acompanhamento da mesma junto ao CAPS, facilitando assim o contato posterior das alunas com a cuidadora.

Inicialmente foram realizados dois encontros com Maria (nome fictício), usuária do serviço, 60 anos, histórico psiquiátrico extenso (44 internações) e diagnóstico de esquizofrenia. Ambos os encontros ocorreram no CAPS em dias consecutivos, com duração de 60 minutos cada, em que buscamos compreender um pouco da história da mesma e, posteriormente, pedir sua autorização para entrar em contato com sua irmã, apresentada pela usuária como sua cuidadora exclusiva.

Diante da permissão de Maria, entramos em contato por telefone com sua irmã, Isaura (nome fictício), 72 anos, doméstica aposentada e responsável exclusiva pelos cuidados da irmã desde 1996, agendando um primeiro encontro no CAPS. Foram realizados três encontros com Isaura, um a cada semana consecutiva, totalizando aproximadamente seis horas. Para tanto, nós utilizamos uma entrevista aberta, na qual foi pedido à participante que nos contasse da forma que desejasse sua vivência com Maria, permitindo assim o relato de suas experiências mais marcantes e na ordem optada pela mesma. Durante todos os momentos, nós três estávamos presentes, de forma que uma ocupou o papel de ouvinte ativa de Isaura, enquanto que as outras buscaram anotar fielmente o que estava sendo dito pela participante.

Após finalizar as entrevistas, com base nas falas presentes no discurso de Maria, em que se destacaram aspectos como seu papel enquanto familiar, a percepção acerca da irmã enquanto psicótica, o convívio com as crises e sua vivência e sentimentos enquanto cuidadora, elencamos quatro categorias, a fim de apresentar todos estes aspectos surgidos nas falas de Isaura, articulando-os com resultados de estudos presentes na literatura acerca de tal temática.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados serão apresentados em categorias identificadas durante a entrevista e que representam as falas de Isaura acerca de diversos aspectos de sua convivência com Maria, o que envolve, sobretudo, a questão da sobrecarga. Tal divisão foi realizada apenas com o intuito de facilitar o entendimento das vivências da participante, visto que ambas as temáticas se relacionam intimamente.

### A FAMÍLIA

Foi acolhendo a irmã após as diversas crises e internações, e a recebendo no mesmo espaço físico, que a vida de Isaura se transformou em torno da psicose de Maria. A entrevistada relatou que sua irmã foi diagnosticada aos 16 anos e, a partir de então, a família teve que se reestruturar para conviver e cuidar dela. Antes do falecimento de sua mãe, Isaura trabalhava como doméstica e lhe cabia apenas auxiliar em tal cuidado, quando estava em casa em suas horas vagas. No entanto, apesar da família ser composta por diversos membros, há 16 anos, após o falecimento de sua mãe, Isaura passou a ser a responsável exclusiva de Maria, o que, segundo ela, transformou totalmente sua vida: *“eu dediquei minha vida inteira a ela sabe, eu a espero todos os dias no portão e quando ela chega eu tranco (risos) ela me chama de guarda-costas, mas é assim todos os dias (...)”*

A fala de Isaura demonstra claramente a função assumida por ela como responsável por cuidar da irmã e zelar pelo seu bem estar. Tal cuidado foi colocado como prioritário em sua vida, na qual ela se reorganizou de maneira que não exercesse nada que pudesse comprometer este cuidado: *“(...) eu aposentei para cuida dela sabe (pausa) não dava pra cuida dela e trabalhar, coitadinha, ela precisa de mim, então parei de trabalhar, não casei e não tive filhos não”*.

O impacto gerado na vida daquele que assume o papel de cuidador é bastante discutido na obra de Rosa (2011). Assim como presente no relato de Isaura, a autora destaca o fato de que, ao assumir o papel de cuidador, o familiar tem sua individualidade comprometida, sendo, por vezes, tolhido de exercer trabalho extraluar. O fato de Isaura ter se tornado cuidadora exclusiva da irmã, apesar da família ser composta por outros irmãos, inclusive o filho de Maria, pode ser compreendido com base no destaque da autora em relação ao predomínio da figura feminina no provimento de cuidado doméstico ao sujeito com sofrimento psíquico, o que remete à família de origem e tem por determinante histórico a divisão sexual e etária do trabalho no meio familiar.

### MARIA

Ao longo de seus discursos percebemos que o relacionamento de Isaura com a Maria está permeado por uma ambiguidade de sentimentos, em que ao descrever o convívio e os cuidados despendidos à irmã, ela atribui esta dedicação aos sentimentos

positivos que possui em relação à mesma, ao passo que também relata este cuidado como responsável por muito sofrimento.

Tal sofrimento não se apresentou apenas como referente às transformações realizadas em sua vida para atender a necessidade de cuidado contínuo a irmã: “*então parei de trabalhar, não casei e não tive filhos não*”. O sofrimento mostrou-se também relacionado à percepção que a mesma tem sobre a condição da irmã enquanto alguém que sofre por ser psicótica, e com as repercussões que a psicose causa em suas vidas. Percepção esta que aparentou causar em Isaura um sentimento muito intenso de piedade em relação à Maria.

Em seu relato, Isaura repetiu diversas vezes que compreendia que seu sofrimento não era algo que a irmã lhe fazia propositalmente, nem algo desejado pela mesma. Nas palavras de Isaura, Maria não tem culpa por ser psicótica, e por isso os sentimentos positivos sentidos por ela, somados à compreensão da sua condição, possibilita-lhe tamanha dedicação e cuidado, ainda que esta função traga sofrimento. Estudos como os de Ortiz e Tostes (1992) e Navarine e Hirdes (2008) corroboram a compreensão deste resultado, na medida em que apresentam os diversos sentimentos que o convívio com o sofrimento mental desperta nos familiares. Ortiz e Tostes (1992) citam que o que se faz presente na família que convive com tal sofrimento é um aglomerado de ações ou efeitos do sentir.

A fala de Isaura acerca da ausência de culpa de sua irmã em relação à sua condição psíquica também pode ser alvo de algumas reflexões, visto que ao utilizar a palavra culpa e isentar a irmã da mesma, Isaura aparenta trazer à tona um questionamento acerca do por que da psicose e de quem seria o culpado por tudo o que ser psicótica envolve. Tal questionamento em relação a quem seria o culpado pela psicose se faz presente no estudo de Rocha e Silva (2013). Estes autores tratam não só a culpa relatada e sentida por uma mãe de um sujeito psicótico, que, ao receber o diagnóstico de um tipo de psicose durante a gestação, se vê diante da possibilidade de ser a responsável pela “transmissão” da psicose ao seu filho. Ainda para estes autores, podemos refletir que, por vezes, as explicações dadas para a psicose e os aspectos que esta envolve, servem para que o sujeito que convive com tal sofrimento e também sofre diante dele, signifique suas vivências e as angústias que emergem deste contato.

A busca do culpado pelo sofrimento psíquico e a conformação de Isaura diante do exercício do papel de cuidadora, mesmo que este comprometa sua saúde e individualidade, pode ser pensada à luz do trabalho de Rosa (2011). Neste, ao demarcar as transformações sofridas no papel da família do sujeito com sofrimento mental ao longo dos anos, a autora destaca um período em que a mesma foi culpabilizada pela emergência da psicose, cabendo a ela apenas assumir um papel passivo diante das intervenções terapêuticas.

Tal autora ressalta ainda que, embora a relação de provimento de cuidado seja conformada social, política e culturalmente, e tenha sofrido diversas transformações ao longo dos anos, esta função ainda guarda algo que é de uma dimensão pessoalizada e amorosa, remetida, por vezes, à mulher, explicitando, assim, o motivo pelo qual o desencantamento da relação entre cuidador e o psicótico é complexo (Rosa, 2011).

## CRISES

As diversas internações de Maria foram atribuídas por Isaura às crises, nas quais ela considera não ter sido capaz de controlar. Esta visão de incapacidade também se fez presente no estudo empírico de Pinheiro, Cazola, Sales e Andrade (2010) com familiares de pessoas com esquizofrenia e com equipe de saúde, em que os autores identificaram que, por vezes, os familiares não se sentem capazes de conter a crise, optando por internar o sujeito. Dentre as causas mais frequentes das reinternações segundo a ótica dos familiares estão: nervosismo, agressividade, insônia, fugas de casa, episódios de violência, delírios, risco de vida para si, perda do pudor, irritação e agitação psicomotora.

Em seu relato, Isaura destacou que Maria passou por um longo período de tempo sem apresentar crises e sem necessitar de internações, porém, relatou ainda que, na época de nossos encontros, já havia aproximadamente seis anos que Maria sofria com insônia e delírios frequentes, exemplificados por ela pelas noites em que se deparava com a irmã acordada, e pelas falas da mesma acerca da presença de animais na casa e nos objetos: *“ela anda gatinhada pela casa toda noite, pega a vassora e bati no tapete dizem que tem que mata a cobra que ta ali”*.

Isaura afirmou ainda, que houve um tempo em que ela não conseguia lidar com estes sintomas, que na época eram constantes, no entanto, ressaltou que só recorria à internação quando Maria a agredia e fugia de casa:

*Às vezes ela me bate (suspiro) aí num tem jeito né, ela é muito forte e eu já sô de idade, tento fazê ela para, mais quando num dá tenho que pedir para interna (pausa) num gostou não (...) mas quando ela bate ou foge de casa eu interno.*

As fugas de Maria foram relatadas em meio a muitas pausas e suspiros de Isaura: *“(suspiro) num é fácil quando ela foge, fico sem podê fazê nada, fico desesperada, num sossego enquanto alguém num acha ela e me avisa, por isso que tranco o portão sabe, num sei o que vão fazer cum ela na rua (choro).”* Esta extrema preocupação de Isaura em relação à sua irmã permite o reconhecimento de uma tendência de superproteção do cuidador, já descrita por Rosa (2011) e presente também em grande parte das falas dos cuidadores de sujeitos psicóticos do estudo realizado por Rocha e Silva (2013). Ainda a este respeito, Rosa (2011) destaca a tendência dos familiares à infantilização em casos de psicose, em que lhe é retirado o lugar de um *sujeito* que tem sua história, sua individualidade, suas vontades e desejos.

Após se recompor, Isaura relatou que em uma das crises que Maria fugiu de casa ela ficou sete dias desaparecida, e quando retornou estava grávida. Segundo ela, este foi um dos momentos mais dolorosos para sua família, pois Maria não conseguiu explicar onde havia passado aqueles dias, e Isaura e sua mãe nunca conseguiram descobrir quem era o pai da criança:

*Mesmo ela num sabendo se cuida o médico acho que ela devia tê o bebê (...) a gravidez foi muito difícil e quando o menino nasceu ela deu eclampse e fico um*

*mês internada (...) hoje ele já tá cum 32 anos, eu que fui uma mãe pra ele, ele num mora com a gente, mais vem aqui todo dia depois do serviço (pausa). A Maria num gosta dele não, nunca gostô, manda ele embora, mais ele vem coitadinho, eu que criei né e ela é mãe (...).*

Isaura se emocionou ao relatar as crises, afirmando que as mesmas lhe causavam muito sofrimento, principalmente quando havia fugas e agressões, pois sabia que a única solução nestes casos seria a internação da irmã. Reafirmou seu amor pela mesma e seu desagrado com as internações, mas citou que infelizmente esta ainda era a única maneira encontrada para lidar com tais situações.

O discurso doloroso de Isaura acerca de suas dificuldades em lidar com as crises da irmã, em que a internação se apresenta para ela como única forma de lidar com as mesmas, vai ao encontro com os dados encontrados no estudo de Waidman (2004). A autora relata acerca da dificuldade dos familiares que convivem com psicóticos, atribuindo assim, às recidivas do sujeito em forma de crise, certo grau de responsabilidade por este sofrimento e dificuldade do cuidador. Em sua longa experiência com familiares e sujeitos psicóticos, Waidman relata ainda, já ter vivenciado inúmeras histórias como essa, em que a tristeza e o choro se fizeram presentes, assim como os momentos em que a vontade de alguns cuidadores era de continuar, enquanto que a de outros era de abandonar tudo, devido à impotência com que se defrontavam diante de determinadas situações.

No que diz respeito ao fato das internações ocorridas ao longo dos anos terem sido, e, ainda ser, a única forma encontrada por Isaura para lidar com as crises de sua irmã, Waidman e Elsen (2006) destacam que, ainda que não seja a melhor, cada família desenvolve sua própria maneira de cuidar do sujeito psicótico, buscando assim viver em harmonia dentro da sua casa.

#### SOBRECARGA OBJETIVA E SUBJETIVA

O convívio com a psicose e com o sofrimento psíquico grave de um familiar, além de produzir mudanças na rotina e nos hábitos da família, pode ocasionar sobrecarga nos membros da mesma e/ou no cuidador do sujeito adoecido. Tal aspecto tem sido estudado por diversos autores (Barroso, Bandeira, & Nascimento, 2007; Hirdes & Kantorski 2005; Koga & Furegato, 2002; Pereira & Pereira, 2003) em sua dimensão objetiva e subjetiva.

Segundo Hirdes e Kantorski (2005) a sobrecarga objetiva está relacionada às demandas reais que a convivência com o sujeito psicótico impõe, como tempo utilizado para a assistência, redução das relações sociais e do tempo livre, dificuldade econômica, dificuldade quanto ao trabalho, entre outros. Enquanto a sobrecarga subjetiva é caracterizada pelo universo de sentimentos vivenciados pelo cuidador, como o desenvolvimento de sintomas de ansiedade, efeitos psicossomáticos, sentimentos de culpa, de vergonha, de desorientação quanto às informações sobre a psicose e isolamento social.

Em estudo realizado especificamente com cuidadores de pessoas com esquizofrenia que exerciam esta atividade há mais de cinco anos, Koga e Furegato (2002) identificaram três tipos de sobrecarga impostos à família: (1) sobrecarga financeira, (2) sobrecarga nas rotinas familiares e (3) sobrecarga em forma de doença física ou emocional. Em relação à sobrecarga financeira, foi identificado que antes de adoecer o sujeito psicótico contribuía com o orçamento doméstico, mas, a partir de certo tempo manifestação da psicose, o mesmo abandonou o trabalho e alguns familiares tiveram que deixar de trabalhar para cuidar dos sujeitos.

Destacou-se, em relação à sobrecarga nas rotinas familiares, que alguns familiares tiveram que assumir as atividades que os sujeitos psicóticos faziam e ainda interromper suas próprias em função dos mesmos. No que diz respeito à sobrecarga em forma de doença física ou emocional, verificou-se que o convívio com o esquizofrênico não se constitui em uma tarefa fácil, visto que este, por vezes, manifesta atitudes agressivas, fica acordado a noite inteira, dentre outros. Tais atitudes, ao ocorrer repetidas vezes, altera o clima dentro de casa, o que constitui desgaste físico e mental para a família. (Koga & Furegato, 2002).

Em vários momentos de nossa conversa com Isaura conseguimos identificar falas que remetiam a estas sobrecargas, em ambas as dimensões:

*Tem tempo que ela tá em crise viu (pausa) aí é uma peleja, ela num dorme, anda a noite inteira pela casa, tira tudo que tem no guarda roupa e joga no chão (...) ah eu também num durmo né, fico andando atrás dela, ela fuma, joga cinza no chão, anda gatinhada pela casa (suspiro). Quando ela vem pro CAPS, aí é só correria, passo o dia arrumando toda bagunça que ela faz a noite, é todo dia assim, é o tempo de arruma tudo, lava roupa aí ela chega e faz tudo de novo, assim vai levando né, si eu num fizer quem faz? (...) as vezes eu fico estressada, não é fácil, fico só por conta dela, mal saiu de casa. Mas quando fico assim (suspiro) desanimada, triste aí penso num posso fica doente não, quem vai cuida dela? (pausa) ela não tem culpa né, é assim desde menina (...).*

As pausas e suspensões do discurso de Isaura pareciam reafirmar seu cansaço físico e emocional. O trabalho e o tempo despendidos para arrumar e limpar a casa, o cansaço físico, ocasionado por acompanhar a irmã em suas noites de insônia, e a espera constante pela mesma, no portão da casa, relatados neste fragmento, representa a sobrecarga em sua dimensão objetiva, podendo ainda, ocasionar desgaste físico e emocional na mesma.

Em seu relato, Isaura afirma que o exercício da função de cuidadora da irmã e das atividades que esta função envolve, é estressante, desanimador e entristecedor, sentimentos estes que representam a sobrecarga subjetiva. Ainda a este respeito, Bandeira e Barroso (2005), ao considerar a natureza crônica da psicose e o efeito prolongado de eventos estressores envolvidos na experiência enquanto cuidador, chamam atenção para a possibilidade da sobrecarga envolvida neste cuidado afetar a própria saúde mental do cuidador, ocasionando mal-estar psíquico, manifestados sob a forma de ansiedade e depressão.

A escolha deste fragmento para elucidar a sobrecarga de Isaura diante de sua função de cuidadora de Maria, se deu apenas para facilitar o entendimento claro das dimensões dos encargos recebidos, tanto objetivos quanto subjetivos. No entanto, verificamos que ao relatar as transformações ocorridas em sua vida ao assumir o cuidado da irmã, Isaura apresentava em cada uma de suas falas diversos aspectos e acontecimentos que se somam dia-a-dia lhe gerando sobrecarga:

*(...) ela é assim desde menina, mais de 40 anos, eu aprendi a viver com ela, num jeito né, coitadinha, mais num é fácil, nunca pude sair de casa e deixá-la sozinha, num posso ir pra lugar nenhum sem ela.*

Esta fala demonstra que o convívio com a psicose, ainda que esteja presente há anos na vida de Isaura, não deixou de representar encargos. A demanda de cuidado é diária, e ainda que haja uma redução ou um período sem crises, ela não se desliga de sua função, que lhe exige atenção constante. O fato de Isaura não se desligar de sua função de cuidadora, independente da presença ou ausência de crises, corrobora o resultado do estudo de Barroso, Bandeira e Nascimento (2007), em que destacou-se que as restrições do lazer e de atividades sociais são alterações permanentes na vida dos cuidadores.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em seu estudo, Waidman, Jouclas e Stefanelli (2002) destacam a importância de um serviço especializado que apoie e oriente os cuidadores em suas dificuldades, possibilitando assim, que estes conduzam suas vidas com qualidade e sem o comprometimento de sua saúde mental. Waidman (2004) acrescenta que, apesar das mudanças ocorridas na política de saúde mental e no paradigma que a sustenta, ainda há uma grande distância entre o que se escreve e o que se quer com esse cuidado. Desta forma, a autora ressalta que o cuidado ao cuidador não deve apenas se restringir a algumas estratégias de atuação, mas sim atingir uma dimensão ampla, em que o cuidador seja olhado pelos profissionais da saúde enquanto alguém que precisa ser cuidado, e não apenas como colaborador da equipe.

Consideramos, portanto, que a vivência oportunizada durante a disciplina em questão, ultrapassou o propósito de prática na área de saúde mental e, posteriormente, apreensão da vivência concreta da cuidadora, na medida em que possibilitou que nós nos atentássemos à importância desse espaço para Isaura, propiciando assim um ambiente em que ela pudesse, além de relatar sua trajetória enquanto cuidadora, ser ouvida e expressar seus sentimentos e emoções.

Diante da possibilidade de propiciar este espaço e da percepção da importância deste cuidado ao familiar do sujeito psicótico, nossa vivência adquiriu sentido rico, despertando em nós a necessidade, enquanto futuras profissionais da Psicologia, do exercício constante deste olhar atento e sensível àquele que cuida, já destacado por Waidman (2004). Ainda que o presente relato de experiência tenha sido baseado em um único caso, o que atribuí aos resultados algumas particularidades, acreditamos que o

mesmo possa contribuir nas reflexões acerca das práticas de estágio realizadas durante a graduação de Psicologia, uma vez que ao pensar no contato dos alunos com a área de saúde mental, a vivência em questão nos oportunizou o contato com os diferentes atores presentes neste âmbito, focando no sujeito como um todo e não apenas com um suposto transtorno mental.

## REFERÊNCIAS

- Andreoli, S. B., Almeida-Filho, N., Martin, D., Mateus, M. D., & Mari, J. J. (2007). Is psychiatric reform a strategy for reducing the mental health budget? The case of Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 29*(1), 43-46.
- Bandeira, M., & Barroso, S. M. (2005). Sobrecarga das famílias de pacientes psiquiátricos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 51*, 34-46.
- Barroso, S. M., Bandeira, M., & Nascimento, E. (2007). Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública. *Revista de Psiquiatria Clínica, 6*(34), 270-277.
- Barroso, S. M., & Silva, A., M. (2011). Reforma Psiquiátrica Brasileira: O caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia. *Revista da SPAGESP, 12*(1), 66-78.
- Brasil, Ministério da Saúde. (1988). *Primeira Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília, DF.
- Campos, P. H. F., & Soares, C. B. (2005). Representação da sobrecarga familiar e adesão aos serviços alternativos em saúde mental. *Psicologia em Revista, 11*(18), 219-237.
- Gentil, V. (1999). Uma leitura anotada do projeto brasileiro de “Reforma Psiquiátrica”. *Revista USP, 43*, 6-23.
- Hirdes, A., & Kantorski, L. P. (2005). A família como um recurso central no processo de reabilitação. *Revista Enfermagem UERJ, 13*, 160-166.
- Koga, M., & Furegato, A. R. (2002). Convivência com a Pessoa Esquizofrênica: Sobrecarga Familiar. *Ciência, Cuidado e Saúde, 1*(1), 79-63.
- Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001 (2001, 6 de abril). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*, seção 1.
- Marzano, M. L. R., & Sousa, C. A. C. (2003). Um relato de experiência de quem vivencia a reforma psiquiátrica no Brasil. *Revista Brasileira de Enfermagem, 56*(5), 577-580.
- Navarini, V., & Hirdes, A. (2008). A família do portador de transtorno mental: Identificando recursos adaptativos. *Texto & Contexto Enfermagem, 17*(4), 680-688.
- Ortiz, M. A., & Tostes, V. M. C. S. (1992). Uma experiência com grupo de familiares no hospital-dia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 41*(6), 305-308.
- Pereira, M. A. O., & Pereira, A. J. (2003). Transtorno mental: Dificuldades enfrentadas pela família. *Revista da Escola de Enfermagem - USP, 37*(4), 92-100.

- Pimenta, E. S., & Romagnoli, R. C. (2008). A relação com as famílias no tratamento dos portadores de transtorno mental realizado no centro de atenção psicossocial. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 3(1), 75-84.
- Portal da Saúde (2010). Recuperado em 20 de outubro, 2013, de [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=29797&janela](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29797&janela).
- Portaria n. 224, de 29 de janeiro de 1992 (1992, 29 de janeiro). Estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, seção 1.
- Pinheiro, T. L. S., Cazola, L. H. O., Sales, C. M., & Andrade, R. O. (2010). Fatores relacionados com as reinternações de portadores de esquizofrenia. *Cogitare Enfermagem*, 15(2), 302-307
- Rocha, T. H. R., & Silva, M. R. (2013). A estrutura familiar e a infantilização no cuidado de sujeitos psicóticos. *Analytica*, 1(2), 117-141.
- Rosa, L. (2011). *Transtorno mental e o cuidado na família*. São Paulo: Cortez.
- Waidman, M. A. P. (2004). *O cuidado às famílias de portadores de transtornos mentais no paradigma da desinstitucionalização*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC.
- Waidman., M. A. P., & Elsen, I. (2006). Os caminhos para cuidar da família no paradigma da desinstitucionalização: Da utopia à realidade. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 5, 107-112.
- Waidman, M. A. P., Jouclas, V. M. G., & Stefanelli, M. C. (2002). Família e reinserção social do doente mental: Uma experiência compartilhada pela enfermeira. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 1(1), 103-06.

### Sobre os autores

**Mayara Colleti** é graduanda do curso de Psicologia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

**Cristina Bárbara Martins** é graduanda do curso de Psicologia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

**Bruna Souza Tanios** é graduanda do curso de Psicologia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

**Tiago Humberto Rodrigues Rocha** é doutorando em Psicologia Social pela Universidade de São Paulo (USP). Professor assistente do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).

E-mail para correspondência com a autora: [mayara\\_colleti@hotmail.com](mailto:mayara_colleti@hotmail.com)

*Recebido: 30/11/2013*  
*1ª reformulação: 10/02/2014*  
*Aceite final: 25/04/2014*