



A família no acompanhamento de sujeitos psicóticos: os encargos subjetivos oriundos do sofrimento psíquico

**Nayara Gomes Braga
Nathália de Freitas Costa Fernandes
Tiago Humberto Rodrigues Rocha**

Resumo: O presente artigo teve como objetivo conhecer a história do tratamento em saúde mental a partir do relato de um usuário dos serviços e de um familiar responsável pelo cuidado, investigando as repercussões subjetivas de ser o familiar responsável pelos cuidados de um psicótico. Trata-se de um estudo qualitativo e exploratório. Para coleta de dados, optou-se pela entrevista semiestruturada, realizada com o usuário de um Centro de Atenção Psicossocial e com sua cuidadora. Os dados coletados foram organizados e analisados por meio da técnica de análise de conteúdo. Os resultados mostraram que a posição da mãe é de cuidadora exclusiva, o que repercute em encargos subjetivos que atingem níveis emocionais, físicos e inter-relacionais, dadas as dificuldades de se conviver com o sofrimento psíquico. Sugere-se que os serviços de saúde mental desenvolvam programas de orientação aos familiares cuidadores, bem como apoio no enfrentamento das situações de crise.

Palavras-chave: cuidadores; encargo subjetivo; psicose.

The family follow up of a psychotic person: Subjective burdens from distress

Abstract: This paper aimed to know the history of mental health treatment from report of an user of the services and his family care, and also investigating the subjective effects on the psychotic's family caregiver. The study is based on qualitative and exploratory research. The information was verified though a semi-structured interview held with an user of a Psychosocial Care Center and his caregiver. The information collected were organized and analyzed by the technique of content analysis. The results showed that position of mother is exclusive caregiver, being so the impact on caregiver is subjective burdens affecting emotional, physical and inter-relational levels, due to the reason of difficulties on living with mental suffers. The suggestion would be a development of orientation programs through mental health services governmental to family caregivers as well to support crisis situations.

Keywords: caregivers; subjective burden; psychosis.

Introdução

A reforma psiquiátrica tem como principal vertente a desinstitucionalização e desconstrução dos manicômios acompanhada por progressiva substituição por outras práticas terapêuticas alternativas à institucionalização (Gonçalves & Sena, 2006). Em consonância a esses apontamentos, Rocha (2012) salienta que esse movimento antimanicomial propõe uma mudança nas formas de se pensar e representar a loucura para além da pragmática do tratamento. Ainda que o modelo antigo de assistência psiquiátrica prevaleça no país, um novo modelo psiquiátrico propõe a desconstrução do antigo.

A Reforma Psiquiátrica começou no Brasil no final dos anos 70, após a visita do psiquiatra italiano Franco Basaglia ao Hospital Colônia de Barcelona, em Minas Gerais.

Rocha (2012) retomando Basaglia, afirma que o mesmo comparou as condições oferecidas pelo Hospital a um campo de concentração Hitlerista, devido às péssimas condições sanitárias e desumanas do local. A Reforma foi e ainda é um movimento que mostra as inconveniências do hospital psiquiátrico, fazendo parte atualmente, das políticas públicas de saúde. De acordo com Amarante (1995), no Brasil o movimento antimanicomial propunha as comunidades terapêuticas como alternativa à institucionalização psiquiátrica, objetivando implantar práticas democráticas e coletivas para transformar a dinâmica da instituição asilar.

Surgem então os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), promulgada pela lei 10.216, Lei da Reforma Psiquiátrica ou Lei Paulo Delgado, assumindo, assim, expressiva importância no cenário das novas práticas em saúde mental, considerado como um dispositivo estratégico para reversão do modelo asilar. Em consonância, Rocha (2012) acrescenta que esse modelo propõe um sistema comunitário mais humanizado para o tratamento das psicoses. Os CAPS, portanto, são serviços comunitários ambulatoriais e regionalizados onde os usuários têm consultas médicas, terapêuticas, atividades lúdicas e recreativas voltadas para o tratamento e reabilitação psicossocial. Além disso, é uma instituição própria dentro da gestão pública, em que seus principais norteadores são acesso, integralidade e resolutividade no serviço prestado onde os sujeitos são acolhidos por uma equipe multiprofissional (Onocko-Campos & Furtado, 2001). Ainda em tempo, cabe lembrar que o processo de desinstitucionalização não envolve somente a transposição dos muros da instituição manicomial. Assim, o processo de desinstitucionalização abarca além disso uma “*reconstrução subjetiva do paciente*, que vivencia a priorização de intervenções potencializadoras de sua saúde e que possibilitem sua reprodução social, tirando a exclusividade da cura” (Rocha, Soares & Freitas, 2012, p.235). Retirá-lo da condição *coadjuvante* de paciente e transformá-lo em sujeito, eis o mote que deve orientar a prática em saúde mental.

Quanto à reforma do modelo manicomial e abertura dos primeiros CAPS, Amarante (1995) destaca que ainda em 1987, na cidade de São Paulo, foi criado o Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, exercendo forte influência nos serviços de todo o país. Ainda no estado de São Paulo, mais precisamente na cidade de Santos, após várias denúncias de maus-tratos, ocorreu a intervenção da Secretaria de Saúde na Casa de Saúde Anchieta, determinando o fechamento da mesma. O processo santista “foi, certamente, o mais importante da psiquiatria pública nacional e que representou um marco no período mais recente da reforma psiquiátrica brasileira” (Ibid, 1995, p.83).

A onda de reformas atingiu o país por inteiro. No Rio Grande do Sul, em 1988, entrava em vigor *O Projeto Nossa Casa*, na cidade de São Lourenço do Sul- RS, no qual ainda não era credenciado como CAPS, uma vez que esse conceito foi legalmente atribuído a partir da portaria 224/92, desempenhando, entretanto, tarefas similares aos CAPS quanto a ênfase no tratamento terapêutico, a reinserção social e ocupacional dos sujeitos (Hirdes, 2009). A Lei Estadual nº 9.716, foi aprovada somente em 1992, colocando o estado como um destaque no processo de implantação da reforma, já que a Lei nacional nº 10.216, foi consolidada apenas em abril de 2001 (Ibid, 2009).

Considerando o sofrimento psíquico como um processo multideterminado, ou seja, que requer uma atuação multiprofissional, os familiares e o meio social desempenham

igualmente papéis importantes para a reabilitação do sujeito (Rocha & Silva, 2013). A psicose influencia sobremaneira a vida dos familiares com quem eles convivem, sendo geralmente os pais os responsáveis pelos cuidados e os que mais sofrem com os encargos subjetivos relativos ao ato de cuidar. Por encargos subjetivos entende-se o impacto provocado pela presença do sujeito adoecido junto ao ambiente familiar. Com fins didáticos, na construção deste texto preservamos o termo *sobrecarga* sempre que se referir a pesquisas referenciadas, a fim de manter a fidedignidade ao original. Para nossa própria escrita, privilegiamos os termos *encargos subjetivos* e *mal-estar*, por acreditar que os mesmos estejam em maior consonância com a terminologia psicanalítica.

Trabalhos como o de Pegoraro e Caldana (2006) e Colleti, Martins, Tanios e Rocha (no prelo) apontam que circunstâncias de sofrimento psíquico envolve mudanças na estrutura dos familiares envolvidos com o cuidado, abarcando níveis emocionais, econômicos e práticos. Os encargos subjetivos podem ser apontados, por exemplo, no modo como o cuidador lida com sua realidade a partir do diagnóstico ou surgimento da psicose. Nesse sentido, surgem adaptações na vida familiar que ocasionam mudanças no cotidiano, envolvendo por vezes desistência de planos e abnegação de vontades para se viver uma realidade construída a partir das necessidades do psicótico. Rocha e Silva (2013) apontam que alterações no comportamento do sujeito psicótico e principalmente os sintomas que emergem durante as crises podem desencadear constrangimento no cuidador que geralmente encontra-se impotente para lidar com tais momentos.

A superproteção é outro encargo considerável, uma vez que os cuidadores tendem a superprotegerem os psicóticos, principalmente quando esse cuidado permeia a relação mãe-filho. Compreende-se, porém que esse cuidado excessivo veta a liberdade e autonomia do sujeito, o que impede o desenvolvimento do mesmo. A culpa também é outro signifiante que pode estar presente e que contribui para os sentimentos como solidão, ansiedade e vergonha, por parte de quem estão envolvidas nos cuidados do sujeito. Evidencia-se também a condição narcísica parental como um dos encargos subjetivos de forte expressividade nesse contexto. Os pais que desde a gestação criam fantasias e idealizações de um filho perfeito e saudável podem sentir-se feridos ao quebrar o ideal familiar ao enfrentar a realidade de lidar com um filho psicótico (Rocha & Silva, 2013).

O familiar responsável pelos cuidados acaba por ficar a maior parte do tempo dentro de casa e com grandes dificuldades de realizar atividades sociais. Esse cuidador pode ser prejudicado ao estar inserido nesse contexto que muitas vezes também o leva a sofrer. A desinstitucionalização tem consequências diretas na vida do responsável pelo cuidado do sujeito, pois ao retirar o psicótico do hospital psiquiátrico inevitavelmente receberá os encargos subjetivos relativos ao ato de cuidar. A esse familiar, muitas vezes, resta apenas os serviços substitutivos, como por exemplo, os CAPS, como fonte de apoio (Zanetti & Galera, 2007).

Sabemos que diferentes vivências são experimentadas por psicóticos, que frequentam instituições que os auxiliam em momentos de crise e na manutenção do tratamento. A vivência dos sujeitos nesses locais mostram diferentes formas de tratamento dado a eles. Diante dessa realidade o presente artigo objetivou conhecer a história do tratamento em saúde mental a partir do relato de um usuário dos serviços e de um familiar responsável

pelo cuidado, investigando as repercussões subjetivas de ser o familiar responsável pelos cuidados de um psicótico.

O sujeito e seu familiar cuidador

O presente artigo trata de um estudo exploratório, fundamentado na abordagem de pesquisa qualitativa. Constitui-se enquanto um relato de experiência das discentes a partir da disciplina Vivência Profissional V da matriz curricular do curso de Psicologia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Para fins de coleta das informações optou-se pela utilização de entrevistas semiestruturadas elaboradas a partir dos objetivos deste estudo. As entrevistas procuraram abordar questões relacionadas aos períodos de internações e ao histórico de tratamento em saúde mental direcionadas ao usuário, bem como questões quanto as implicações em ser cuidadora, reportadas a mãe do sujeito. As entrevistas realizadas tiveram duração aproximada de 50 minutos, sendo seis entrevistas com o usuário do serviço e duas com sua cuidadora. Os encontros com o usuário foram realizados no próprio CAPS, durante os intervalos entre suas atividades. Quanto a cuidadora, nos encontramos em sua residência de forma individual, com o consentimento tanto desta quanto do sujeito atendido. Os dados coletados foram organizados e analisados por meio da técnica de análise de conteúdo.

Este estudo teve como participantes um sujeito psicótico que possui histórico de internações psiquiátricas e também usuário dos serviços oferecidos pelo CAPS. Participou também desse estudo a mãe desse sujeito, que, por sua vez, é o familiar responsável pelo cuidado do referido. O entrevistado, José (nome fictício) tinha 48 anos quando foi abordado para o estudo. Sua hipótese diagnóstica apontava para um quadro de esquizofrenia. Sua mãe, Divina (nome fictício), trata-se de uma senhora idosa que reside com o filho e é responsável pelos cuidados do mesmo. Nos relatos da mãe, ela conta que seu filho foi internado pela primeira vez aos 20 anos de idade e, desde então, tem um histórico assíduo de internações em Hospital Psiquiátrico, sendo que sua última internação datava de aproximadamente 4 meses. Até a data da entrevista José realizava acompanhamento apenas no CAPS.

A convivência com a psicose

Na revisão de literatura, observa-se que o cuidado ao sujeito psicótico geralmente fica por conta da mulher, em específico a mãe, que, além de cumprir a função de cuidar tem ainda outras funções ligadas às tarefas domésticas e o cuidado com outros membros da família (Barroso, Bandeira & Nascimento, 2007; Brischiliari & Waidman, 2012; Pegoraro & Caldana, 2006), o que, de certa forma, está em consonância como caso aqui apresentado. Brischiliari e Waidman (2012, p.151) apontam que “presa à função de cuidadora, ela não se permite sequer adoecer, pois se encontra na posição de responsável pelos cuidados à família”. Esta centralização de papéis sobre a mulher traz-lhe consequências, tanto em assumir funções geralmente desempenhadas por homens que exigem força física, quanto ao custo que este encargo emocional possa acarretar para sua saúde e qualidade de vida, abstraindo-lhe tempo para cuidado próprio e lazer. Com relação a essa afirmação, Divina nos diz que a maior parte de seu tempo é despendido nos cuidados com o filho e nos

afazeres domésticos. Parece haver no imaginário do cuidador, uma espécie de possibilidade de cambiamento entre o cuidado de si pelo cuidado do outro, uma espécie de negociação por meio do esquecimento de si em prol das demandas do outro.

Para a família, o impacto dos sintomas e da vivência com o sujeito psicótico provoca grande sofrimento. Brischiliari e Waidman (2012) afirma que para aliviar esse sofrimento uma das formas mais utilizadas é o afastamento ou isolamento social, ou seja, os familiares deixam de frequentar sua casa e por outro lado, os que residem com o psicótico pouco saem ou não exercitam o convívio social, com receio de alguma atitude lhes cause constrangimento. Dessa forma, o afastamento ocorre como meio de se proteger dos desafios oriundos do mal-estar ocasionado pela psicose, em que o necessário seria a procura de ajuda de um profissional que esclarecesse sobre a mesma, auxiliando o familiar a manejá-la. Com relação a isso, Divina nos diz que seus filhos pouco frequentam sua casa, devido aos problemas enfrentados no que diz respeito a José, e em função dos cuidados que presta ao filho adoecido, relata que raramente faz visitas aos demais filhos que residem em sua cidade.

Devido ao acúmulo de tarefas tanto domésticas quanto de cuidados com o sujeito psicótico, o familiar cuidador recebe, então, encargos que podem atingir níveis emocionais, físicos e financeiros. De acordo com Barroso *et al.*, (2007, p.271) a sobrecarga subjetiva refere-se “às percepções, preocupações, sentimentos negativos e incômodos gerados por tornar-se cuidador de um paciente psiquiátrico”, mais especificamente refere-se à percepção ou avaliação pessoal do cuidador sobre a situação. Enquanto que, a sobrecarga objetiva refere-se às dificuldades concretas e observáveis geradas pelo papel de cuidador, como por exemplo, mudança das atividades cotidianas, limitações no estabelecimento de vínculos sociais, perdas financeiras, realização de múltiplas tarefas e constante supervisão de comportamentos problemáticos (Barroso *et al.*, 2007; Brischiliari & Waidman, 2012; Estevam, Marcon, Antonio, Munari & Waidman, 2011). Pode-se constatar que, as diversas restrições a que o cuidador está sujeito, como seu lazer e atividades sociais prejudicadas, tem elevado potencial para gerar encargos subjetivos nesses familiares.

No relato da cuidadora entrevistada, ela destaca que sua rotina, desde o início das crises do filho, se resume a “*ser uma dona de casa*” (SIC), pois, como ela mesma expõe, não recebe visita de familiares, mas, ocasionalmente, visita alguns de seus filhos. Portanto, seu dia a dia compreende-se a ficar em casa e cuidar do filho psicótico. Quanto a isso, Santos e Cardoso (2012) afirmam que restrições quanto à vida social e pessoal são passíveis de afetarem a qualidade de vida do familiar cuidador, contribuindo para a sobrecarga dos mesmos. Pode-se pensar então, que, essa mudança na rotina da cuidadora, a restrição do convívio social e de lazer, podem já demarcar um indicativo de mal-estar da cuidadora em evidência.

De acordo com relatos de Divina o primeiro surto de seu filho ocorreu enquanto o mesmo servia ao Tiro de Guerra em Brasília (DF), ocasião coincidente com a crise política e econômica que assolava o país na década de 90, período este governado por Fernando Collor de Melo. Devido à crise na economia brasileira, a inflação beirava 2.000% ao ano, na circunstância, a medida adotada foi o confisco pelo Banco Central de quantias superiores a 50 mil cruzados novos depositados em poupança. Divina associa a ida do filho para o Tiro de Guerra e a crise econômica ao primeiro surto de José.

O cuidado nos períodos de surto

Em relação ao próprio desejo, Divina nos relata submeter-se a vontade de José, como forma de evitar conflitos e tentar minorar o mal-estar oriundo da fase aguda de seus momentos de surto. De acordo com seus relatos, o filho mostra-se desnordeado e agressivo, comportando-se de maneira destoante de seu modo comum de ser quando não está em crise. Em tais períodos, Divina acaba encontrando na internação do filho em hospital psiquiátrico, uma alternativa para amenizar o sofrimento enfrentado. De acordo com Pegoraro e Caldana (2006) o medo ou o estado de alerta que alguns cuidadores experienciam durante um surto psicótico, seja pelos comportamentos apresentados ou mesmo por uma possível agressão à família, contribuem para os encargos emocionais. Essas mesmas autoras verificaram maior grau de encargos subjetivos em momentos de crise, quando comparados a momentos sem crise, pois na crise, o familiar cuidador se depara com a sensação de impotência quanto ao modo de atuar diante dos comportamentos apresentados, de forma que recorrem ao auxílio e cuidado dos serviços de saúde. Santos e Cardoso (2012) apontam que no cuidado da pessoa em sofrimento mental, o cuidador necessita desenvolver recursos internos bem como estratégias para lidar com as situações vividas e se adaptar às mesmas. O que pode ser percebido nas atitudes que Divina toma para evitar que José se altere.

Apesar do mal-estar vivido por Divina ela não se permite abandonar o filho, pois como a mesma relata “*ele não tem condições de ficar sozinho*” (SIC). Além disso, ela não possui saídas para deixá-lo, visto que seus outros filhos se distanciaram e não a ajudam no cuidado de José. Essa mãe e cuidadora expressa sua dificuldade em lidar com José, mas afirma que deve ter paciência, acrescentando que “*só mãe consegue*”. Assim, ela assume um papel de cuidadora que lhe foi atribuído pelas situações em que vive, apesar de também considerar como uma incumbência própria (Estevam *et al.*, 2011). Percebe-se assim, sua fala corrobora este estudo ao enfatizar que esse papel de cuidadora de um sujeito psicótico é algo tão natural quanto ser mãe. Em seu imaginário, Divina parece estar margeada pelas características da beleza da mulher da era Vitoriana, quando a presteza com os afazeres do lar e o cuidado com o outro diziam dos valores atribuídos ao feminino.

Em seus relatos sobre as dificuldades de convivência com os períodos de crise, Divina deixa claro o desejo de que os outros, principalmente seus familiares, aceitem José, assim como ela o aceita. Brischiliari e Waidman (2012) corroboram em seus estudos ao dizerem que o desejo de ver a união da família com o sujeito psicótico, onde haja compreensão, aceitação e amizade entre eles demonstra a busca por superar os problemas relacionados à psicose. Porém, essa preocupação em obter a união da família pode indicar que o cuidador esteja considerando um substituto para assumir seu papel. Os cuidadores imaginam que em sua ausência os conflitos podem se intensificar, para tanto, tentam unir os membros da família, e assim, juntos, busquem soluções para seus problemas.

Apesar de toda adversidade dos momentos de crise. Divina afirma que jamais se desesperou com a circunstância em que vive, enfatizando que deve seguir a vida. O estudo de Estevam *et al.*, (2011) e Colleti *et al.*, (no prelo) confirmam a posição da mãe, ao considerarem que apesar de os familiares expressarem que a vida segue seu curso, percebe-se que as circunstância vividas lhes causam muito sofrimento. Diante do exposto, denota-se no discurso de Divina seu mal estar expresso por uma emotividade contida e

uma fala engasgada ao referir-se ao filho, simultaneamente a sua tentativa de conseguir superar a situação. Barroso *et al.*, (2009) chegam à mesma conclusão em seus estudos aos afirmarem que os familiares mesmo ao se sentirem sobrecarregados, demonstram satisfação em cuidar do ente, o que pode ser explicado pela companhia que esse familiar, mesmo adoecido, proporciona. De certa forma, parece ser o caso de Divina, já que ela é uma senhora que mora sozinha com o filho e quase não tem convívio social.

Com relação a tal situação, somos também levados a refletir sobre uma possível modalidade de regulação de gozo que pode estar como pano de fundo de tal estado de mal-estar suportado. Devemos lembrar que o conceito de gozo, como bem nos lembra Lacan (1985/1973) pode levar o sujeito à experiência das mais elevadas condições de êxtase aos mais funestos estados de destrutividade. Por não se tratar de um estudo com substancial aprofundamento vertical, mas sim de natureza mais exploratória, não podemos conjecturar em que medida tal extração de gozo possa estar presente no estabelecimento do laço entre a mãe e o filho. Porém tal colocação não poderia deixar de ser mencionada e carece de uma investigação mais aprofundada em estudos futuros.

Percebe-se na fala de Divina certa valorização do hospital psiquiátrico especialmente para os períodos agudos dos surtos, dizendo que “*eles tratam bem também, mal de nós se não fosse lá*” (SIC), remetendo-se ao serviço oferecido pelo hospital. Ela demonstra receio de que algum dia o hospital psiquiátrico possa ser fechado, se apoiando na oferta do hospital de tal forma que atribui a ele uma entidade salvadora, pois, quando José entra em crise, Divina solicita o serviço do hospital psiquiátrico que prontamente o busca e o interna. Como ela mesma diz “*ele vai ruim e volta bom do sanatório*” (SIC). De acordo com Estevam *et al.*, (2011) e Colleti *et al.*, (no prelo) a internação por vezes torna-se uma alternativa para a situação insuportável de ansiedade e temor diante de um surto, e, de certa forma, representa uma via de manutenção da estrutura familiar.

Divina parece desconhecer as demais alternativas em saúde mental, como por exemplo, os serviços ambulatoriais ou o próprio CAPS, atribuindo ao hospital psiquiátrico um local privilegiado para os momentos de crise do filho. Divina, assim como grande parte da própria população que faz uso dos serviços de saúde mental parece não estar informada sobre todo o processo da reforma psiquiátrica iniciada ainda em fins da década de 80. O conhecimento da possibilidade e participação para criação de uma rede de apoio integral da qual seu filho possa se beneficiar evitando a internação no hospital psiquiátrico, auxiliaria no progresso e bem-estar mental de ambos. De acordo com Paiva e Yamamoto (2007) por falta de opção, os familiares acabam por ceder a opção de levar o sujeito em crise para o hospital psiquiátrico, colocando em risco os ganhos de ressocialização obtidos nos Centros Psicossociais. Dessa maneira, a reforma psiquiátrica precisa de avanços para que os usuários dos serviços substitutivos sejam beneficiados nos momentos críticos e sejam sanados do enclausuramento do hospital.

Divina diz que as internações no hospital psiquiátrico não duram mais que 40 dias, mas que, como José apresentava crises muito frequentes, ela chegou a oferecer que seu filho morasse na instituição, prometendo até um abono caso eles o aceitassem, porém seu pedido foi negado. Santos e Cardoso (2012) afirmam que a busca pela internação psiquiátrica pode ser devido à falta de suporte para lidar com a situação de surto, objetivando assim, alívio do sofrimento tanto de si próprios quanto do familiar

adoecido. Muitas vezes, dadas as condições sociais de miserabilidade, vilipêndio e descartabilidade das classes mais baixas de uma sociedade, conviver com a loucura se torna insuportável.

Ao ser introduzida a questão dos CAPS, como possível suporte também para os momentos de crise, Divina demonstra não conhecer os princípios que regem essa instituição. Apesar do desconhecimento, afirma ter notado melhoras em José desde que ele a tem frequentado, uma vez que suas crises não têm sido tão frequentes, atribuindo a isso o efeito das medicações que ele toma e do suporte psicológico que ele recebe. Divina diz apenas frequentar as reuniões que acontecem no CAPS, quando sua presença é solicitada. Embora não questione o tratamento concedido ao filho, ela diz sentir-se desconfortável ao ouvir do mesmo, reclamações sobre medicamentos e injeções. Os estudos de Estevam *et al.*, (2011) indicam que o desconhecimento sobre o sofrimento psíquico e de sua sintomatologia, deixam uma lacuna na compreensão do quadro do familiar, carecendo, assim, de informações qualificadas. José relata que frequenta o CAPS duas vezes na semana há aproximadamente dez anos, declarando que se sente “*estruturado físico e mentalmente*”(SIC) ao conversar com a psicóloga e em atividades grupais.

A desinstitucionalização tem a ver com a mudança na forma da concepção de sujeito pelo saber psiquiátrico. Anteriormente, este conferia à suposta “doença” o foco de sua intervenção, ao invés de trabalhar o sofrimento do sujeito. A instituição como forma de separação entre o sujeito e meio social não perderá suas forças se apenas desospitalizarmos, no sentido de retirarmos o sujeito dos hospitais psiquiátricos. Faz-se necessário a mudança do paradigma sobre a loucura. A desinstitucionalização segundo Rotelli (2001, p.94) é voltada então para “reconstruir as pessoas como atores sociais, para impedir-lhes o sufocamento sob o papel, o comportamento, a identidade estereotipada e introjetada que é a máscara que se sobrepõe à dos doentes”. Para tanto, a ênfase não mais recai sobre a “doença” e sim sobre o sujeito, no qual surge a importância de sua reinserção social e da consideração de sua subjetividade.

Instituições, alienação e o sujeito psicótico

Após a ocorrência do primeiro surto, iniciou-se o percurso de José pelos serviços de Saúde Mental. Com relação às internações em hospital psiquiátrico, Divina conta que nas primeiras vezes o filho voltava para casa machucado, desconhecendo quem ocasionava as agressões. Ele não sabia se eram causadas pelos próprios profissionais do hospital psiquiátrico ou demais internos. Com relação a esse recorte do caso, Basaglia (1985) diz que em instituições totalitárias a violência é difundida como forma de dominação e de exclusão. Violência essa provinda dos próprios técnicos do hospital psiquiátrico, buscando legitimação a partir de seu conhecimento técnico-científico para a propagação de formas de violência, como essa brevemente elucidada no caso de José. Por vezes essas formas de violência são veladas, e o indivíduo sequer chega a ter consciência dela, por isso a dúvida da mãe de José em reconhecer se o filho foi de fato violentado.

Em relação ao Hospital Psiquiátrico, José afirmou gostar muito da instituição, embora relate não ter abertura para conversar com os profissionais que trabalham no

local, ressaltando que, diferentemente do CAPS, participou apenas uma vez de um grupo dirigido por uma psicóloga. Chauí (1980) pontua que esse contrassenso é uma consequência da própria contradição do mundo social. As relações do indivíduo com sua classe apontam para uma relação alienada. A sociedade, o estado e as instituições aparecem para o sujeito com sua força, com seu poder, numa posição já concebida, os dominando e os fazendo submissos. Tal relação de dominação e submissão acontece de maneira tão imediata e determinada, que não permite ao indivíduo pensar ou agir por si só, mas sim, ser e agir a partir do que é infligido a ele. Percebe-se, pois, que a ideologia é um fenômeno utilitário, que acontece pelas condições concretas da existência social do sujeito. A partir do momento que permeia esse tipo de relação, os sujeitos passam a não reconhecer-se como os próprios fazedores e mantenedores da circunstância. A autonomia da instituição para com eles acaba acontecendo inversamente, enquanto aqueles são os impulsionadores das ações destes (Chauí, 1980). Esse processo se concretiza, portanto, por meio da alienação. As condições reais de existência do sujeito não são mais produzidas por si, mas, como consequência das forças externas institucionais.

Outro ponto relevante do discurso do sujeito aponta que seus dias eram monótonos e sua rotina consistia em fazer as refeições diárias básicas, ser medicado e relaxar no pátio, onde permanecia a maior parte do tempo. O hospital psiquiátrico pode ser visto, na perspectiva ideológica, como um lugar zero de troca. Isso quer dizer que, enquanto seus internos são as mercadorias que detêm um valor de troca baseado no seu tempo de investimento, de engajamento, cuidado e serviço dedicado aos mesmos, essa instituição sequer parece investir nos sujeitos (tornados eternos *pacientes*) para que socialmente sejam mais valorizados e reinseridos com maior dignidade no meio social (Chauí, 1980).

Em um fragmento do seu discurso, José relata um mal-estar comum de ocorrer na instituição. Na ocasião, um dos profissionais da enfermagem, estava “*dominando os mais fracos*” (SIC), o que despertou sentimentos de raiva e levou José a agredir o profissional. De acordo com Basaglia (1985) uma das características mais marcantes de uma instituição é a clara divisão entre os que tem poder e os que não o tem, resultando na divisão das funções e o estabelecimento de uma relação de opressão e de violência. O autor destaca ainda que os detentores do saber médico utilizam-se de seu conhecimento técnico para fazer com que seu objeto de violência, no caso o sujeito institucionalizado, se adapte a violência, sem sequer chegar a ter consciência dela e sem poder reagir a ela. Uma das formas de poder descritas por Foucault (1988) em relação aos corpos, diz respeito à domesticação exercida pelos dispositivos do biopoder. Para tanto, há necessidade de se adestrar o homem, moldá-lo segundo as necessidades e interesses da instituição, torná-lo dócil para facilitar a adaptação aos sistemas de controle, que caracterizam, entretanto, as instituições de disciplina. Como já identificado, no relato de Divina há evidências da ocorrência de hematomas no corpo do filho que, poderiam ter acontecido em decorrência de comportamentos considerados indevidos pelos profissionais que “*dominam os mais fracos*” (SIC), em um local onde o cuidado humano deveria ser referencial.

José não se reconhece mais como produtor de sua própria história, sendo

progressivamente submetido ao meio que o insere, o hospital psiquiátrico. Basaglia (1985, p.121) diz que ao ser inserido em uma instituição, o sujeito não é mais visto como sujeito, e sim como um corpo doente, sendo levado “a fazer dessa instituição seu próprio corpo, incorporando a imagem de si que a instituição lhe impõe”. O sujeito se torna então, objeto da instituição, subordinado a dominação técnica enquanto que seus desejos e seu Eu lhe são negados. No caso de José, pode-se pensar que, devido ao seu longo histórico de internações psiquiátricas, tenha perdido parte de sua identidade ao se identificar com a instituição. Assim, podemos conjecturar que, ao se referir a esse estabelecimento, faz menção a ele como um lugar bom e agradável, ainda que o mesmo seja lócus de tamanhas mazelas.

Considerações

No processo de escuta de Divina, pudemos perceber que o convívio com a psicose exigem que ela assuma posições para além de ser mãe, a de cuidadora exclusiva do filho, que, por sua vez, são passíveis de acarretar encargos físicos e emocionais, provocando um constante estado de alerta à espera de um iminente surto de José. Percebemos, dessa forma, o desamparo e a falta de apoio da mesma no que se refere aos serviços de saúde mental disponíveis a ela, tanto o hospital psiquiátrico quanto o CAPS, pois, tais instituições não conseguem suprir sua demanda emocional, além de não receber também apoio dos familiares nos cuidados do filho psicótico. Diante disso, a evidente vulnerabilidade da cuidadora, clama pelo apoio das equipes atuantes nos serviços de saúde mental, no sentido de acompanhá-la em suas vivências com o filho e esclarecer-lhe sobre estratégias de enfrentamento nas situações de crise.

Quanto a José, ao ser inserido em uma instituição totalitária, parece vivenciar uma relação de dominação e submissão nas ocasiões de internação em alguma instituição manicomial. Tal modelo de tratamento que vigorou desde fins da idade média, não zela pela autonomia, alienando ainda mais o sujeito em dispositivos protecionistas e que não permitem o deslizamento de novos sentidos à psicose.

Em relação às acadêmicas, o presente relato de experiência propiciou, além do acréscimo de conhecimento, o desenvolvimento de estratégias para a conduta profissional em situações de vulnerabilidade e risco. O referido trabalho oportunizou também, ampliar o conhecimento acerca da temática discutida, que abarca o histórico de saúde mental e o papel do cuidador envolvido no processo, população esta que desfruta de pouco zelo apesar do sofrimento que permeia suas vidas.

Pensando que a proposta do CAPS é o tratamento do mal-estar e reinserção do indivíduo à sociedade, deve-se também incluir a família ligada a esse sujeito fazendo a articulação conjunta entre serviço e familiares para que a internação em hospital psiquiátrico seja de fato o último recurso. Por se tratar de um relato de experiência, o presente estudo traz consigo algumas limitações, sendo apenas um recorte da realidade das vivências de todos os envolvidos, o que, de certa forma, não permite generalizações. Embora, seja perceptível a presença de encargos subjetivos na cuidadora, avaliou-se esse aspecto apenas de modo subjetivo por meio de relatos da participante em momentos pontuais de sua história de vida.

Referências

- Amarante, P. (1995). *Loucos pela vida: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Barroso, S. M., Bandeira, M. & Nascimento, E. (2007). Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública. *Revista Psiquiatria Clínica*, São Paulo, 34(6), 270-277.
- Barroso, S. M., Bandeira, M. & Nascimento, E. do (2009). Fatores preditores da sobrecarga subjetiva de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(9), 1957-1968.
- Basaglia, F. (1985). *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. (F. Basaglia coord.). (Tradução de Heloisa Jahn). Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Brischiliari, A., & Waidman, M. A. P. (2012). O portador de transtorno mental e a vida em família. *Escola Anna Nery*, 16(1), 147- 156.
- Chauí, M. S. (1980). *O que é ideologia (31 ed.)*. (Coleção primeiros passos). São Paulo: Brasiliense.
- Colleti, M., Martins, C. B., Tanios, B. S. & Rocha, T. H. R. (no prelo) A reforma psiquiátrica e o papel da família no restabelecimento de um sujeito psicótico. *Revista da SPAGESP*, Ribeirão Preto.
- Estevam, M. C., Marcon, S. S., Antonio, M. M., Munari, D. B. & Waidman, M. A. P. (2011). Convivendo com transtorno mental: perspectiva de familiares sobre atenção básica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, 45(3), 679-86.
- Foucault, M. (1988). *História da sexualidade I: A vontade de saber* (13 ed.). Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Gonçalves, A. M. & Sena, R. R. (2001). A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o Doente mental na família. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 9(2), 48-55.
- Lacan, J. (1985). *O Seminário 20: Mais, ainda*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Obra original publicada em 1973)
- Hirdes, A. (2009). A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 297-305.
- Onocko-Campos, R. T. & Furtado, J. P. (2006). Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(5), 1053-1062.
- Paiva, I. L. & Yamamoto, O. H. (2007). Em defesa da reforma psiquiátrica: por um amanhã que há de nascer sem pedir licença. *Histórias, Ciências, Saúde*, Rio de Janeiro, 14(2), 549-569.
- Pegoraro, R. F. & Caldana, R. H. L. (2006). Sobrecarga de familiares de usuários de um centro de atenção psicossocial. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 11(3), 569-577.
- Rocha, T. H. R. (2012). Costuras da construção identitária de um jovem psicótico usuário de um CAPS. *Revista da SPAGESP*, Ribeirão Preto, 13(1), 79-88.

- Rocha, T. H. R.; Soares, J. B. & Freitas, L. M. (2012). Atividades de extensão em oficinas sobre situações de risco psicossocial e violência com usuários de um serviço de saúde mental: relato de experiência. *Aletheia*, (38-39), 228-239.
- Rocha, T. H. R. & Silva, M. R. (2013). A estrutura familiar e a infantilização no cuidado de sujeitos psicóticos. *Analytica – Revista de Psicanálise*, 1(1), 117-141.
- Rotelli F. (2001). A Instituição inventada. In: Rotelli F, Leonardis O, Mauri D. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec.
- Santos, A. F. O. & Cardoso, C. L. (2012). Autopercepção do estresse em cuidadores de pessoa em sofrimento mental. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 17(1), 93-101.
- Zanetti, A. C. G. (2007). O impacto da esquizofrenia para a família. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 28(3), 385-92.

Recebido em maio de 2014

Aceito em julho de 2014

Nayara Gomes Braga: Acadêmica de Psicologia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

Nathália de Freitas Costa Fernandes: Acadêmica de Psicologia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

Tiago Humberto Rodrigues Rocha: Psicólogo, Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU), Doutorando em Psicologia Social pela Universidade de São Paulo (USP), Professor Assistente do Departamento de Psicologia Clínica e Sociedade da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Membro do Laboratório de Teoria Social, Filosofia e Psicanálise da USP-SP (LATESFIP).

Endereço para contato: tiagohrr@hotmail.com