

Família, Doença Mental e Estigma

Reações de famílias de baixa renda no município de Salvador frente ao adoecimento mental de um dos seus membros.

Juliano Matos¹

Resumo

Conhecer as reações das famílias de baixa renda frente ao adoecimento de um dos seus membros revela os procedimentos simbólicos e morais na produção dos estigmas sobre o doente mental nesta faixa sócio/econômica da população, que se situa à margem dos circuitos das informações de qualidade, indicando as fontes culturais utilizadas para a articulação da discriminação, valorização ou indiferença no trato com a loucura, o que permite a visualização do itinerário terapêutico e da carreira moral percorrida pelo estigmatizado mental proveniente de famílias de baixa renda no município de Salvador.

Palavras-chave: Família, Saúde Mental, Estigma.

Abstract

Family, Mental Illness and Stigma

Knowing the reactions of low-income families to the mental disorder of one of their members discloses the symbolic and moral procedures in the production of the stigmata on the mentally ill in this social and economic band of the population, situated at the margin of the circuits of quality information, indicating the cultural sources for discrimination, overrating or indifference in the treatment of madness. This allows us to visualize the therapeutical and moral implications of stigmatizing people from low-income families in the borough of Salvador as "mental cases".

Key-words: Family, Mental Health, Stigma

Certamente alguém havia caluniado Josef K., pois uma manhã ele foi detido sem que tivesse feito mal algum.

Kafka - O Processo

INTRODUÇÃO

O transtorno mental enquanto noção leiga tem um papel radical na cultura. Conceito sempre presente de forma marcante na história das sociedades e culturas humanas, radical como indicador de subversão do sentido na linguagem e nos discursos, vínculo permanente com a diferença e o absurdo, limite da razão e da realidade. Fora dos códigos lingüísticos e semióticas convencionais, objeto de valorização e subversão estética, referência de vanguardas políticas e culturais, a loucura configura ao longo do processo civilizador um modelo preciso e definitivo de genealogia da alteridade. A família, neste contexto, ocupa uma posição difícil entre o estigma, estruturado socialmente como designação da diferença, da alteridade, e a sua relação afetiva com o seu membro usuário dos serviços de saúde mental. Interface entre o imaginário coletivo e cultural sobre o desatino, e a realidade do transtorno objetivado em uma personalidade.

Como uma instância permeável à sua cultura imediata, o grupo familiar reproduz, troca e utiliza seus bens simbólicos em uma complexa interatividade de comunicações sistêmicas, o que constitui a assimilação da economia simbólica da coletividade, rica em rituais, valores e atitudes. O presente artigo insere-se, portanto, numa linha interdisciplinar de pesquisa sobre família e saúde mental, que se propõe a integrar aspectos sociais e psicológicos envolvidos no processo saúde/doença/cuidado, considerando a família como espaço privilegiado de constituição, desenvolvimento, crise e resolução dos problemas de saúde do indivíduo.

Em meio à quantidade e à qualidade de fluxos simbólicos e relacionais, constituintes e resultantes da dinâmica do campo semântico dos membros de uma determinada comunidade, há dispositivos culturais especializados na indicação, constatação e valoração da diferença. Tais dispositivos, os estigmas, avaliam e coordenam a manutenção da norma no interior dos grupos sociais, recurso que garante à maioria dos integrantes de uma coletividade, uma identidade, um processo relativamente linear e seguro de sustentação do indivíduo, de seus papéis e valores no grupo. Através da articulação de referências padronizadas, relativas a um comportamento ou atitude em particular, os componentes de uma comunidade atribuem valor a uma determinada relação entre os estereótipos utilizados como recurso de formação de identidade e seus respectivos atributos.

A presença de mecanismos produtores de juízos excludentes, como o estigma, no interior da sociedade e da família, constitui para os inviabilizados de integração uma carreira moral (GOFFMAN, 1988) que os situa como indivíduos desacreditados em diversas perspectivas e dimensões sócio-relacionais. Tratamos aqui, portanto, da manipulação moral do transtorno mental através da família, quando ela passa a aplicar ao seu membro os dispositivos de alerta e denúncia da diferença do estigma, pois através dele à família sem informação promove e inviabiliza a identidade, solução fácil dada por um outro sem vínculo afetivo. A consequência é

a deterioração da credibilidade pessoal do transtornado, o que dificilmente irá conseguir reconquistar, frente à imposição da carreira moral de estigmatizado mental.

Chegamos, então, à questão da manipulação dos valores morais e científicos que correm à revelia da doença mental. A dinâmica do contexto simbólico e moral agregado ao estigma fixa-se no interior do discurso leigo e do discurso clínico imprimindo ao desatinado uma marca que o assinala como portador inequívoco de atributos nefastos, inerentes à insensatez: sofrimento psíquico intenso, irremediável, decrepitude que tem como desfecho último total ruína psíquica e afetiva. Acatar um valor, referendado pelo saber médico/científico em sua prática manicomial, gera uma poderosa normatividade entre os pacientes, seus familiares e a própria sociedade. E quanto à família, como se posiciona frente ao discurso médico? Resignasse? Tolera? Quais as ressonâncias que repercutem no grupo familiar diante da internação de um dos seus membros? Porque muitas famílias terminam por abandonar seus membros em asilos e manicomios? O presente estudo procura refletir sobre o tema Família, Estigma e Doença Mental, registrando quais mecanismos a família possui e dispõe como referência para elaboração do itinerário terapêutico e montagem do estigma de um de seus membros, adoecido mentalmente e internado.

Dos processos sociais de deterioração e manipulação da identidade desviante, o estigma constitui-se como o modelo de articulação padrão. Todo o desempenho da coletividade em assinalar seus sujeitos discrepantes passa pelo fracasso da previsibilidade de um determinado tipo prévio de identidade social. Esta, antecipatória, dotada de virtualidade, daí também ser chamada de identidade social virtual, demanda, através de elementos referenciais dos estereótipos sociais, determinados atributos próprios da identidade social real. Em função destes dois elementos necessários à articulação de juízos morais, conhecemos a produção e imputação do estigma. Segundo Goffman (1988, p.13): “um estigma é, então, na realidade, um tipo especial de relação entre atributo e estereótipo”.

Ou seja, através da gravidade do desvio produzido na equação identidade social virtual = identidade social real, temos uma incoerência atestada, uma *inequação* entre estereótipo e atributo. Com efeito, apoiados nesta relação pouco especular entre o que se espera de alguém e o que se é, o estigma fixa-se. A relação tipificada pela coletividade entre atributo e estereótipo não produz estigma: quando há coerência entre ambos, geramos status. Ressalte-se que, em si, não há atributo depreciativo, tampouco estereótipo. Os meios de exclusão que a própria sociedade produz, colocam a existência marginal em uma espécie de clausura da cidadania, de manipulação de identidades, cujos atributos possuem estereótipos fragmentados, postulando uma coerência radical entre atributos depreciativos e seus respectivos estereótipos.

Os discursos monológicos dos saberes que alienam identidades; a consciência crítica que historicamente põe o registro da verdade em nome da razão; o solilóquio que em toda a história da psiquiatria elabora construções estigmatizadas sobre a loucura (FOUCAULT, 1989); enfim, todo processo de execração social

de suas mazelas e minorias desenvolvem a relação elementar e covarde do “dispositivo estigma”. O estigma como função social coloca a questão da diferença como recusa, com reduzida possibilidade de aceitar a diversidade da identidade social dos membros de uma comunidade.

Como observamos ao longo da pesquisa a culpa, normalmente, aparece como o primeiro sinal nessas famílias. Se pensarmos mais detidamente na doença mental, isso se torna ainda mais complicado, pois onde não existe um comprometimento orgânico claro, visível mesmo através de exames, não se sabe o que ou onde falhou, mas temos o retorno constante, evidente, de que algo “não deu certo”. De fato, o sentimento de fracasso normalmente vem associado a esta experiência. Essa família viverá, por certo, ameaças de ruptura, momentos de desequilíbrio, ansiedade frente ao desconhecido, ao imprevisível. Alum tempo levará para que a família possa lidar, não só em termos práticos, mas também subjetivamente, com esse novo contexto. Podemos falar de reorganização, vinculada diretamente à competência da articulação simbólica dos discursos de referência que alcançam a família.

O que nos permite incluir o doente mental como um dos “responsáveis” pelo seu estado é pensarmos dentro da teoria sistêmica, que obedece aos pressupostos de que tem que se levar em conta o contexto mais amplo no qual está inserido o fenômeno estudado e de que se deve privilegiar o estudo do contexto comunicativo no qual ocorre o comportamento analisado. Hall e Fagen (apud BERENSTEIN, 1988, p.54) definem a teoria dos sistemas como: “um conjunto de objetos, assim como de relações entre os objetos e seus atributos, no qual os objetos são os componentes ou partes do sistema, os atributos são as propriedades dos objetos e as relações mantêm o sistema unido”. Associada à Teoria Sistêmica, está a Teoria da Comunicação, onde os objetos podem ser seres humanos individuais, identificados através de seus atributos.

Dessa forma, à luz desse novo paradigma, que visa ultrapassar o entendimento da psiquiatria tradicional, já não convém tratar o transtornado como vítima, mas alguém que está intrincado em uma rede familiar de referências. Logo, se queremos estudar o comportamento familiar, devemos remontar às relações interpessoais e a dos grupos mais amplos, ou seja, deve-se pensar na família e em qual contexto social esta se encontra, e mais, como se estabelece a comunicação entre essas posições, entre os sistemas sociais e os sistemas intrafamiliares.

Nessa perspectiva, observamos que a loucura atesta certo *status* dentro do grupo familiar, como por exemplo: menores exigências serão feitas ao estigmatizado mental, entenda-se por exigências não só o aspecto prático, como também psíquico. ou seja, o estigmatizado desfrutará de um elevado grau de tolerância, proporcional aos “desvios” do seu comportamento. O enfermo parece adquirir um lugar especial, de destaque na família ou fora dela. Alguns outros autores referem-se, ainda, à doença mental conferindo muitas vezes um “passaporte”, uma autorização sempre provisória para escapar à pressão familiar ou social, algumas vezes causando ciúme

ou inveja. Goffman coloca a questão como os “ganhos secundários da doença”. Como não podemos pensar no “benefício” da doença apenas para o enfermo, já que estamos teorizando em termos relacionais amplos, conclui-se que a loucura atestaria, também, um *status* para o resto do grupo, a saber, o da normalidade. A crise psicótica é um alerta para o padrão de interação familiar, mas também denuncia e abala o que supostamente era conhecido.

Neste contexto, nos deparamos com a idéia de um grupo cíndido: normal e anormal, saúde e doença, desviado e não-desviado. E só podemos compreender os sintomas de um integrante familiar quando identificarmos as normas, os padrões que regem este grupo, constituídos através de modelo exteriores na sociedade.

A ansiedade é também um sentimento freqüente na família. Qual a maneira correta de lidar com o enfermo? Quando será a próxima crise? Esse *nonsense* do transtorno mental, a sua imprevisibilidade, são elementos profundamente ansiogênicos. As relações terminam ficando comprometidas, há uma tensão constante que afetará a produção, o bem estar e a estabilidade emocional da família.

A ritualização dos conflitos familiares é procedimento poluído pelos padrões sociais, pelo outro típico da coletividade. Encontramos nesta perspectiva um dado que relata a família como portadora de poderes para desempenhar um jogo simbólico de ganhos e perdas na superação de seus desajustes. À semelhança de uma homeostase orgânica, a família possui recursos de retomada de equilíbrio. Apenas tais processos desenvolvem-se no nível de uma economia simbólica, ou seja, da troca de símbolos que portam determinados representantes de valor (antropológico, social, profissional, conjugal, existencial, político, etc.). Os valores são reequilibrados em função da redefinição interna das posições dos membros da família, uma reestruturação da trama discursiva da família. O rito é esta transmigração de valores, que tem por objetivo retomar os ganhos para cada posição no interior da família, garantindo vias relacionais consistentes. Os processos para o desempenho de tais ritualizações são externos à família, pertencem originalmente à sociedade, à uma determinada cultura que reveste todas as formas de lidar com trocas simbólicas.

Como operar trocas simbólicas com indivíduos portadores de identidades discriminadas? Que tipo de ritualística envolve o sujeito em uma competência simbólica? Em princípio, colocamos a família como incapaz de gerir tais providências de forma autônoma, pois ela apenas situa-se ao fim de todo um processo social de repressão à diferença, instâncias de reprodução de bens simbólicos. Toda a coletividade ecoa, traduzida, no interior das famílias que a constituem. Ao ocupar os espaços sociais, as famílias estabelecem relações de convivência, conflituosas ou não, trocam experiências, acumulam saberes, habilidades, hábitos e costumes, reproduzindo concepções e conteúdos da própria cultura.

O instrumental das famílias para o exercício de sua função como instância de reprodução da consagração ou da estigmatização, através da articulação de bens simbólicos, é adquirido nos discursos que permeiam o social, produzindo noções

de estereótipo e qualificando seus atributos. As instâncias produtoras dos elementos centrais para o desempenho das famílias em sua economia simbólica são consideradas como centros legitimadores: a universidade, o hospital, o manicômio e os saberes institucionalizados que ali circulam, que legitimam e introduzem na coletividade os elementos que serão posteriormente reproduzidos nos núcleos familiares. No momento de um diagnóstico, o psiquiatra é capaz de *transformar o seu julgamento numa realidade social*. Há de se levar em conta que algumas instituições são suficientemente autocráticas a ponto de desempenharem ambos os papéis: legitimam e demonstram como reproduzir seus bens e valores simbólicos: “Segundo as tradições históricas próprias a cada formação social, as funções de reprodução e legitimização podem estar concentradas em uma única instituição, como no caso da Academia Real de Pintura (França) no século XVIII” (BOURDIEU, 1992, p.182).

Não apenas a Academia Real de Pintura desfruta deste privilégio totalitário de legitimar valores e fiscalizar seu desempenho e trajetória na sociedade. Ainda hoje, setores manicomialistas desenvolvem o trabalho de ruptura com uma possível relativização da reprodução de seus bens simbólicos, do questionamento de sua legitimidade, considerando seu desencontro com a cura. Hoje, a tarefa de legitimização dos bens simbólicos referentes à loucura, deixa de possuir um centro fixo. Há algumas décadas, os manicômios produziam o que Bourdieu chamou de “violência simbólica”, ou seja, o absoluto controle da produção de um estigma, oficial, um espectro de valores articulados como uma poderosa “linguagem de relação” no interior de uma instituição, que tomava toda a sociedade como uma mera reproduutora de suas posições. Hoje, estruturados na sociedade, encontramos novos centros legitimadores de valores, novas construções de estereótipos e atributos, e nesta perspectiva encontramos a família como essencial na reprodução de valores produzidos em esferas relativizadoras das opiniões formais, médico/psiquiátricas. De quais outros referenciais estas famílias irão dispor? De quais outros critérios para a ritualização de seus conflitos? Que outras alternativas existem para um de seus membros que enlouquece?

Com efeito, encontramos na sociedade os elementos para produção de estigmas volatizados. A solidez e sustentação destes valores desarticulados vem com a família. É através deste núcleo social que a decisão e o destino do paciente psiquiátrico se coloca de forma definitiva. Cabe a investigação de como, hoje, as instâncias legitimadoras se multiplicaram, e como as famílias comportam-se diante das novas referências discursivas presentes na sociedade, diante de um quadro de doença mental em seu interior.

Enfim, o que se entende por Família? Para tanto, dividiremos o estudo em dois tópicos: definição empírica e teórica do grupo familiar. Nesta ordem, pode-se incluir a família nuclear, ou aquelas que constituem o ambiente social imediato, ou ainda, aqueles que possuem laços psicológicos bem definidos. Agora, quando nos referimos ao sistema familiar, utilizamo-nos de um recurso metodológico que nos

permite considerar o conjunto e aquilo que o define como tal. Para Berenstein (1988, p.41), “a família teórica possui as três ordens de relações definidas na estrutura elementar do parentesco: a relação de consangüinidade, a relação de aliança e a relação de filiação”.

Este estudo pretende avaliar o que as famílias, onde um dos seus membros é um usuário dos serviços de saúde mental, têm em comum, na sua forma de agir e reagir. Partiremos, portanto, de certa homogeneidade, para apenas depois identificarmos as distinções. Em verdade, não convém pensar numa causalidade linear, isto é, a família como determinante da doença, ou ainda, que o paciente determina por meio da sua doença “natural” a organização familiar. Estudar a relação supõe a passagem a uma causalidade circular ou estrutural. Volta a questão: o que se entende por família? Escolhemos a “família esquizofrenogênicas” para ilustrar esse problema.

A linha de pensamento apresentada defende de uma maneira geral, pode-se dizer, que o estabelecimento de toda interação pessoal que vise a favorecer um conflito afetivo em outra pessoa - isto é, a fazer agir umas contra as outras em diferentes áreas de sua personalidade - tende a torná-la louca. Ou ainda, situações em que os pais insistem em negar uma realidade para a criança, a respeito de algo que esteja vivendo ou tenha vivenciado. Em quem acreditar? Nos pais ou na sua percepção, nos seus próprios sentidos?

Um mecanismo de paradoxo situacional é freqüentemente encontrado nessas famílias, é o do duplo-vínculo. Duas condições são requeridas para instalação do duplo vínculo: 1. Duas ou mais pessoas vinculadas por uma relação intensa; 2. A experiência se repita sistematicamente; 3. Mensagens contraditórias que deixem o indivíduo sem saída. As mensagens não precisam ser necessariamente verbais, o comportamento não-verbal tem sempre muito a dizer, nos gestos, nos olhares, na voz, nos cuidados, etc: são características estruturais da instituição familiar.

Toda essa análise vai culminar num aspecto de extrema importância: a saúde mental da família. Algumas teorias defendem, como é o caso da teoria sistêmica, que se a família estiver presente no tratamento do enfermo, se é dado um espaço para que esta fale dos seus sentimentos, dificuldades, que seja orientada naquilo que não sabe, ao invés de ficar criando fantasias e medos, há probabilidade de uma melhora qualitativa na vida desse grupo. Este é um ponto delicado de ser tratado, pois não estamos falando do doente mental em si, mas de uma família, que necessita de uma atenção em termos de dinâmica de grupo. É preciso que o enfermo receba a permissão de existir, que construa uma individualidade frente ao grupo onde está inserido, e para tanto a participação da família no tratamento nos parece fundamental.

Sem dúvida, o contexto familiar pode apresentar situações e dinâmicas mais ou menos fragilizantes para a saúde. Por outro lado, uma vez diante do problema a família desenvolve mecanismos próprios de enfrentamento que podem variar de acordo com as crenças culturalmente instaladas, assim como pela oferta e disponibilidade de recursos sócio-sanitários.

Como ficam todas essas questões do ponto de vista social? Na nossa sociedade não há regras de conduta de como responder a uma família com um doente mental. Em um enterro, mandamos flores; em um casamento, parabéns, e assim por diante. E quando alguém enlouquece, o que fazer? Três possibilidades podem ocorrer, ainda segundo Goffman (1988, p.14): a primeira seria o “encobrimento” – ocultar as condições do enfermo; a segunda o “normalizar-se” – adaptar-se a nova situação sem grandes traumas ou prejuízos no que se refere aos contatos sociais; a terceira “dissociar-se” – de certa forma o oposto da segunda. Todas soluções apontadas por Goffman encontram motivação na dinâmica afetiva residente neste processo de assimilação de uma alteridade no interior do núcleo familiar. Segundo Philippe Ariès (1981), a grande revolução afetiva ocorrida no século XVII articula-se durante o período da Revolução Industrial, onde a afetividade, até então difusa, repartida e fragmentada entre uma certa quantidade de sujeitos naturais e sobrenaturais (Deus, Santos, cavalos, cães, pomares, jardins) deixa de existir para concentrar-se no interior da família, sobre o casal e os filhos, objetos de amor exclusivo, intensificado, que nem mesmo a morte fará cessar.

OBJETIVOS

A presente pesquisa pretendeu investigar as reações e atitudes de algumas famílias de baixa renda, frente ao adoecimento mental de um dos seus membros. Compreender os dispositivos sociais, simbólicos, morais e antropológicos que constituem o contexto do processo da reação familiar, evidenciando as ressonâncias deste fenômeno na situação específica do grupo. Este estudo visa compreender, particularmente, como irá se processar essa dinâmica do ponto de vista psicossocial, quais os saberes e os valores que estão disponíveis para a estruturação da resposta da família ao adoecimento mental de um dos seus membros, descrevendo os preconceitos e a construção do estigma no interior da família, as atitudes de encobrimento, as ações desagregadoras e quais comportamentos constituem uma normatividade de reação, com a finalidade de propor programas de intervenção e assistência à doença mental, culturalmente sensíveis, coerentes e adaptados ao contexto no qual vivem as populações às quais são destinados, especificamente quando se trata em condições de pobreza e miséria quase absolutas.

JUSTIFICATIVAS

Além dos aspectos teóricos, o tema família voltou ao centro das atenções em saúde mental devido aos debates sobre reforma psiquiátrica. Nos últimos anos, a qualidade da assistência psiquiátrica no Brasil tem sido alvo de inúmeras denúncias, às vezes feitas pelos próprios pacientes e suas famílias, e principalmente pelos agentes responsáveis pelo cuidado dispensado no interior dos serviços de saúde mental. Entretanto, apesar de muito se ter investigado – em especial nos últimos 30 anos –

sobre a problemática da instituição asilar como um espaço iatrogênico, e não terapêutico, pouco se fez para saber quais os posicionamentos e as participações das famílias dos doentes mentais na reformulação, ou mesmo no fim, dos hospitais psiquiátricos tradicionais. Ao realizar uma análise da situação da “Psiquiatria Pós-Asilar” no Brasil, Delgado (1987) comenta toda a agitação causada pelas denúncias sobre os hospitais psiquiátricos mineiros, durante o III Congresso Mineiro de Psiquiatria (1979), quando Franco Basaglia comparou a colônia de Barbacena a um campo de concentração. Não há registro de movimentos contundentes e espontâneos de familiares no processo de discussão da reforma psiquiátrica. Por quê? Onde estão as famílias dos doentes mentais? Verificou-se que a família do doente mental tem papel decisivo sempre que se apresentam propostas alternativas para o tratamento em saúde mental, pois é a primeira instituição a se mobilizar ou ser mobilizada para contribuir com a solução da questão. Portanto, também, será alvo desta pesquisa produzir um saber de como se compõem os fluxos de atitudes familiares relativos à transformação do modelo atual de assistência manicomial.

O modelo manicomial de assistência à saúde mental - modelo assistencial predominante nos últimos anos no Brasil, sustenta-se na dimensão biológica do processo saúde/doença, insistindo na concepção clínico/sanitarista tradicional, que define a condição de saúde como ausência de doença e não um estado completo e integrado bem estar biopsicossocial, como define a Organização Mundial da Saúde. As ações destas instituições, de assistência verticalizada, totais, que mortificam o eu do paciente (GOFFMAN, 1990), atuam apenas sobre a demanda espontânea, deixando de compreender e considerar os aspectos sócio-econômicos e culturais que revestem, enquanto contexto, o processo de saúde/doença/cuidado das pessoas de uma determinada população. O modelo tradicional de assistência psiquiátrica estrutura-se no cuidado através de ações curativas, privilegiando uma medicina cara e excludente, com poucos resultados efetivos na melhoria efetiva da qualidade de vida da comunidade. O reconhecimento da falência desse modelo, no âmbito da saúde coletiva, revelou a necessidade de emergência de um novo modelo estruturante que organize a prática da assistência de saúde mental em diferentes bases e critérios, no qual a família desempenha um papel estratégico. A Organização Mundial da Saúde vem incentivando a autoresponsabilidade e a participação da comunidade e dos cidadãos no planejamento, na organização, no funcionamento e no controle da atenção primária à saúde como requisitos indispensáveis à otimização do atendimento. Aspectos ligados a mudanças de comportamento, incluindo adesão à orientação fornecida, podem resultar desse engajamento ativo no controle social dos programas, com repercussões não apenas sobre os aspectos econômicos de eficiência e eficácia dos serviços, mas sobre a aceitabilidade social dos serviços.

Não há dúvidas de que atualmente a família é um tema que polariza discussões e reflexões. Leigos e especialistas questionam tanto a sua persistência, quanto suas transformações e indagam-se inclusive sobre o seu possível desaparecimento. Embora nas duas últimas décadas pesquisas sobre a família tenham

proliferado, o tema constitui há muito um campo de estudos das ciências sociais, entre outras disciplinas, e um número cada vez maior de especialistas ressentem-se de um conhecimento adequado no que se refere à dinâmica existente entre família/sociedade e mudanças sociais, como a reforma psiquiátrica. Além de se referirem a falta de estudos relativos a inter-relação entre família e mudança social, muitos autores criticam as limitações teóricas de grande parte da literatura existente, como comumente arraigados em erros referentes a fatos, e especialmente pseudo-fatos. E apesar da proliferação de novas pesquisas alguns estudiosos ainda criticam a bibliografia relacionada à família por ser ainda muito pequena e ainda bastante vaga e imprecisa.

Portanto tem-se tentado privilegiar os estudos de caso pelo exame detalhado das trajetórias de vida dos indivíduos e famílias específicas. A presente pesquisa insere-se neste contexto de questionamento, pretendendo ampliar o conhecimento relacionado à interação família/indivíduo/sociedade no processo saúde/doença/cuidado.

METODOLOGIA

Tendo em vista os objetivos que foram traçados na introdução, e em se tratando de uma pesquisa com fins qualitativos, a investigação foi realizada em função de estudos de caso. Para tanto, o instrumento da entrevista nos pareceu o mais adequado, na medida em que viabiliza o acesso a informações que não estão disponíveis objetivamente na realidade, informações subjetivas que, necessariamente, requerem a presença e a contribuição dos sujeitos em estudo.

As entrevistas foram semi-estruturadas, que segundo Honningmann (apud MINAYO, 1992, p.43) “combina perguntas fechadas (ou estruturadas) e abertas, onde o entrevistado tem a possibilidade de discorrer o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador.” Dessa forma, procura-se colocar as respostas do sujeito no seu próprio contexto, impedindo assim, perguntas tendenciosas e direcionadas. No contato direto com as famílias, registramos não só o que está manifesto, como também, na medida do possível, o que não foi dito e porque não o foi, pois além da fala observamos as relações, as práticas, os gestos e cumplicidades. Nesse ponto, inclui-se a premissa básica do que entende Minayo sobre entrevista: “a entrevista não é simplesmente uma coleta de dados, mas sempre uma situação de interação na qual as informações dadas pelo sujeito podem ser profundamente afetadas pela natureza de suas relações com o entrevistador” (1993, p.44). Logo, sempre estivemos atentos para as posições que ocupamos na situação de entrevistado/entrevistador no contexto da entrevista, com o objetivo de que essa relação fosse compreendida e assumida criticamente.

Outro aspecto importante dessa relação é metaforizado por Goffman, quando este compara a entrevista com o teatro, se referindo a uma divisão que haveria entre região interior (onde a representação de uma rotina é preparada), e região exterior

(onde ela é apresentada), ou seja, escolhe-se aquilo que vai ser mostrado e aquilo que deve ser ocultado. Infere-se daí que durante todo processo as informações foram controladas.

Uma vez determinada e discutida qual a técnica de investigação que utilizamos para atingir o nosso objetivo, cabe esclarecermos quais foram os nossos sujeitos, material/equipamento e procedimentos adotados, bem como, os seus critérios específicos e sua razão de ser.

Sujeito: Foram selecionadas 10 famílias que obedeceram aos seguintes pré-requisitos:

1. A família deveria estar vivendo a experiência da internação de um dos seus membros pela primeira vez. O interesse em um episódio novo, recente, emergente, deve-se ao fato de os sentimentos e emoções estarem todos presentes e aflorados, pois as famílias que já tenham vivido tal experiência, por certo, já possuem um encaminhamento e maior elaboração do fato. Foi também considerado um episódio novo uma internação de no máximo um mês.

2. A família deveria buscar o atendimento institucional; foi nos hospitais psiquiátricos que encontramos os nossos sujeitos, e nos foi dado um testemunho médico de que o paciente realmente era um doente mental segundo a perspectiva clínico/científica. Vale ressaltar que, em se tratando de hospitais públicos, os nossos sujeitos, em sua grande maioria, pertencem a uma população de baixa renda. Uma amostra de dez famílias foi-nos satisfatória, nos apoiando na argumentação de Bourdieu, quando discute a respeito da representatividade na pesquisa qualitativa, e diz que cada agente, ainda que não saiba ou não queira, produz e reproduz o sentido objetivo; cada indivíduo, assim, é marcado por uma posição presente e passada, e pode ser tomado como amostra de continuidade (BOURDIEU, 1992). Podemos ainda dizer, que estando os nossos sujeitos contextualizados (adequados) àquilo que procuramos investigar, considera-se essa fala típica, logo representativa.

Local: utilizamos como local das entrevistas as salas de atendimento dos próprios hospitais psiquiátricos, áreas livres dos mesmos hospitais e a residência dos nossos sujeitos.

Instrumento e Equipamento: em cada entrevista utilizamos basicamente papel em branco e caneta. Essa foi a forma de registro dos dados que colhemos. Quando os entrevistados não se incomodaram, utilizamos um gravador.

Procedimento: O projeto constou de 3 (três) fases distintas. O que será descrito, a seguir, serve para cada uma das dez famílias que foram estudadas.

Fase 1- Informações preliminares- Neste primeiro momento, o pesquisador, depois de ter esclarecido à instituição qual o seu objetivo ali (pedida permissão ao diretor do hospital para realizar as entrevistas, bem como contactado o serviço social) deu informações de qual tipo de família desejava estudar e entrou em contato com ela, procurando certificar-se de que a família escolhida preenchia os critérios definidos na parte Sujeitos. Feito isso, buscou qual a forma de entrar em contato com essa família (telefones, horário de visitas, etc.). O objetivo desta fase foi o de buscar recursos para que se viabilizasse o primeiro contato.

Fase 2- Adaptação- Nesta fase, de extrema importância, os pesquisadores apresentaram-se e esclareceram qual o seu papel como estudantes de psicologia realizando uma pesquisa e explicaram não se tratar de uma psicoterapia. No tângente a essa questão, os pesquisadores procuraram concluir o seu estudo no menor número possível de entrevistas, não só evitando uma confusão com uma psicoterapia, bem como uma eventual alta do paciente. Quando o responsável concordou em submeter-se às entrevistas marcou-se, já, o próximo encontro, ao qual estava presente o responsável pelo paciente e pelo menos um outro membro da família. A presença do responsável foi fundamental, pois, como já diz o próprio nome, é quem "fala" pelo doente. Essa fase teve por objetivo fazer uma aproximação entre entrevistador/entrevistado (os), mencionar o interesse da pesquisa, explicar os motivos da pesquisa em linguagem de senso comum, justificar a escolha do entrevistado, garantir o sigilo e a anômialidade, ou seja, situar e delimitar o campo de pesquisa.

Fase 3- Entrevistas- Nesta fase foram realizadas 3 (três) entrevistas, uma das quais contou com uma observação participante. O tempo médio de duração ficou em uma hora e meia, exceto para aquelas com observação participante. Das entrevistas e da discussão participaram dois pesquisadores, um que conduzia a entrevista e o outro que se encarregava dos registros. Dessa forma, obtivemos um maior aproveitamento, e também uma forma de controlar possíveis enganos por parte dos entrevistadores. Esta fase colheu tantas informações quanto foi possível a respeito de cada caso, compreendendo como cada grupo experimentou e conheceu o adoecimento de um dos seus integrantes, registrando as diferentes informações individuais vividas por um grupo, captando não só aquilo que está sendo verbalizado, mas com que emoção foi verbalizado e o que não foi falado, os gestos, as mímicas, as atitudes, etc. Cabe agora descrever como se deram as três entrevistas, que estão descritas na ordem em que ocorreram:

1) Entrevistas semi-estruturadas com o paciente no hospital; ocorreram no hospital, tendo em enfoque não como se sentem os familiares, mas em como está o doente frente a este contexto. Nessa entrevista foi usado como referência metodológica o modelo médico da anamnese.

2) Entrevistas semi-estruturadas com a família no hospital (com a presença do responsável e pelo menos mais um membro que viva na mesma casa do paciente).

Tivemos acesso às primeiras informações sobre o caso por parte da família, às primeiras impressões do contexto do adoecido, levantamos nossas primeiras hipóteses. O que não era dito ou evitado, era retomado pelo pesquisador na situação de entrevista seguinte.

3) Entrevistas semi-estruturadas com a família no próprio ambiente familiar. Além da entrevista, foi utilizada como técnica complementar a observação participante. Além das informações verbais, focalizamos também o comportamento e as relações estratégicas no conjunto da investigação. Essa entrevista foi a única a não ter um tempo médio de duração fixado, para colher mais informações a respeito da dinâmica cotidiana de cada grupo. A observação se procedeu num momento escolhido pela família. Assim, tudo que foi captado pelos investigadores teve relevância enquanto fonte de dados para posterior análise.

Fase 4- Construir o caso- Esta foi a última fase, e corresponde a uma espécie de síntese. Foi reunido aqui tudo o que foi anotado em cada uma das fases anteriores, tendo como resultado um quadro de análise qualitativa, no qual estabelecemos identificações e descrições do que estas famílias possuem em comum, seus pontos de convergências e divergências. Os pesquisadores disponibilizaram todos os registros feitos para cada família, desde o momento em que foi esclarecido quais os motivos das entrevistas, do primeiro encontro, até o momento da observação participante. Como resultado desta fase, obtivemos uma tabela em que estão presentes todos os dados das dez famílias estudadas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

IT - (itinerário terapêutico)

Os resultados nos mostraram a variedade de lugares por onde passam os familiares antes de levar o paciente ao hospital psiquiátrico. Foram registrados o candomblé, os médicos homeopatas, a igreja, até a delegacia. Registramos, ainda, que alguns familiares se dirigiram diretamente para o hospital. Acreditamos que essa variação se deve ao repertório simbólico e moral de cada uma das famílias. Há predominância do hospital psiquiátrico, que como sabemos é ainda a oferta melhor estruturada de atendimento aos pacientes mentais do ponto de vista quantitativo.

SRpr - (sentimentos e reações dos parentes frente ao adoecimento de um familiar)

Esta categoria sentimento e reação ficou junta, pois durante a análise dos dados sentiu-se dificuldade em delimitar um e outro, na medida que um sentimento já se constitui como uma reação frente à doença mental. Mais manifesto no discurso dos parentes, diante do impacto da loucura, foi o medo, em seguida apareceram a ansiedade, o susto, a tristeza, a agressividade, o desespero, o pesar e a vergonha. Também foi percebido que o adoecimento gerava uma desorganização da rotina familiar. A loucura é de fato uma experiência complexa, na qual se registram sentimentos e reações contraditórios, que no final das contas só fazem se complementar. Veremos também que embora os comportamentos se repitam entre as famílias, cada qual terá uma forma muito particular de compor estas manifestações.

SRpc - (sentimentos e reações do paciente frente ao seu adoecimento)

Esta categoria é de certa forma um contraponto da anterior, visto que não é mais a doença vista pelos parentes, mas vivida pelo próprio sujeito. Aqui também aparecem sentimentos variados e ambíguos; alguns, porém se repetem mais que outros: a tristeza, o medo, a raiva, o ódio, a negação da doença, o desejo de ir embora do manicômio, a agressividade, o desespero, e em alguns o sentimento de bem-estar. Podemos notar que a tristeza, o medo, a agressividade e o desespero são manifestados em ambas as partes. Não seria plausível supor que parentes e pacientes, na medida em que partilham da mesma experiência, e expressam os mesmos sentimentos, estariam formando um mesmo núcleo, uma certa sincronicidade com a doença, onde o louco nada mais é que o resultado de uma complexa dinâmica familiar?

TApr - (teoria do adoecimento pelos parentes)

A teoria à qual os parentes atribuem o adoecimento também apresenta algumas interseções, como acreditar que a doença se deve a possessões demoníacas ou motivos espirituais; em segundo lugar aparecem o uso de drogas e o consumo de bebida alcóolica; uns acreditam que a causa seja “safadeza” ou vagabundagem. Há também aqueles mais originais: “ficou louco porque era *lua cheia*”. Aqui encontramos as articulações da família para produção de seus estigmas em função do seu repertório cultural, os quais não resistiram ao estigma totalitário do manicômio.

TApC - (teoria do adoecimento pelo paciente)

Do lado do paciente há a tendência em atribuir sua doença aos outros, aos familiares ou a marginais, a Deus ou o demônio, ou à bebida. Há a tendência de se isentar de qualquer responsabilidade: é sempre o outro, ou alguma outra coisa (droga, bebida). Aqui poderíamos colocar o surpreendente compartilhamento de teorias sobre os motivos do adoecimento. De certa forma, o estigmatizado compartilha e concorda com seu estigma do lado de “dentro” do bem simbólico.

RC - (reação da comunidade)

A reação da comunidade é também marcada por muitas variações; alguns ajudam na internação, outros fazem um enfrentamento, na medida em que chamam e tratam o sujeito como “louco”. Ocorre também de incluir nesta categoria toda a família, com a qual muitas vezes são cortadas as relações, isolando-a. Há também aqueles que compreendem, e até mesmo fazem visitas. A relação da comunidade com a loucura, em geral, é próxima, mas com o louco é distante e discriminatória na maioria das vezes.

EC - (expectativa de cura)

Quanto à expectativa de cura registramos o mais alto índice: das 10 famílias estudadas, 50% não sabia dizer nada do futuro, e a outra metade ficou dividida entre ter expectativas positivas ou dúvidas. Um dado relevante é a confiança que as pessoas têm na medicação, como se a cura estivesse diretamente associada ao efeito que a medicação faz nos pacientes, e, como não podia deixar de ser, a fé em que tudo está nas “mãos de Deus”.

Na tabela a seguir, panorama geral dos dados colhidos na pesquisa de campo com as famílias que preencheram os critérios metodológicos de investigação; dados coletados nos hospitais psiquiátricos Juliano Moreira e São Paulo e nas residências dos entrevistados.

IT	SRPr	SRPc	TAPr
casa - hospital (2) condonável - hospital (2) médicos homossexuais - hospital (2) espaço - hospital (2) delegacia - hospital (2)	ansiedade “choque” ansiedade (2) medo (4) susto (2) insecuriça agressividade (2) pesar (2) estrangheza insegurança impotência culpa “dar trabalho” (2) vergonha (2) sofrimento desespero (2) se lembar de responsabilidade chorar	ansiedade ansiedade medo (2) culpa insegurança impotência vergonha medo (3) depressão bem-estar (2) “dor-no-coração” desespero (2) ódio (2) ansiedade negação da doença (2) briçal recusa de ir à igreja agressão física (2) querer ir embora (2) crianças determinadas assumidos se queixa xingamentos	medo de morrer (3) medo de morrer dos amigos e da cama ansiedade (2) medo de morrer possessão demoníaca/ assustadoras histórias (4) presença vagabundagem (2) aversão exacerbada medo rancor medo de bondade medos em horário desesperança falta de convicção medo de morte medo de morte relacionado com os filhos briçal (3) desespero

TAPc	RC	EC
atribuição ouvir seu estado devido ao maltrato que estes lhe causaram descaso psicológico briçal (2) desespero susto de morte longos espirros pescoço medo de morte de parente querido divisões	medo isolamento (2) não cooperação briçal associação causal da doença à sexualidade fato da relação com os entubares tentativa de esquecimento urinar/ defecar como medo (3) vaginismo intensão sexual vaginas (2) ajudar na imitação (3) medo recusa exigências na família	possível (2) medo diminuir medo do medo (2) associada à medo aceita a possibilidade de medo não haver depressão na resiliência medo das (5)

CONCLUSÃO

Considerando os aspectos simbólicos e materiais da cultura hospitalar e suas apropriações na produção dos estímulos mentais e no repertório de ações que se realizam nesse espaço, é possível pesquisar a produção de estímulos (físicos e científicos) sobre a insensatez e a proximidade das dinâmicas sociais e culturais que ocorrem no interior do município de Salvador. O materialismo epistemológico (KROHN, 1990) produz estereótipos e atribuições de elevar a visão quanto ao que é normal e o que é estigma como bem simbólico do materialismo social, mas também dão uma visão ampliada que atinge o universo semântico de famílias, comunidades e cidadãos, acreditando que é essa mesma qualidade humana que é capaz de transformar a realidade social em qualitativa e qualitativa, desrespeito perante o estigmatizado material.

A distinção radical entre a alienação cultural e a alienação médica é que a alienação cultural é uma manifestação de preconceito imposto ao doente materialmente, enquanto a alienação médica é a diferença de forma intensa: enquanto a alienação cultural é uma manifestação de tipo social, seu efeito, encontramos no itinerário terapêutico do paciente mental, o manicômio como fim inescapável e único do desenrolar da clínica. O hospital psiquiátrico médico, no poder simbólico e moral de unir todos os aspectos da vida social e cultural, tem um destino magnético e nefasto. Magnetismo que não só é político, mas também é médico, no poder simbólico e moral de unir todos os aspectos da vida social e cultural. Ora, o magnetismo clínico: “[...] o objeto da clínica é essencialmente que afetive o mundo e o mundo afete a clínica de um processo metódico e globalizante de atribuição de que se destaca, e sempre mais, destacando diferenças em processos de doença e cura e visões institucionais” (FOUCAULT, 1989, p.121; grifo meu), que consistem na capacidade de transformar poucos em nossa cultura.

Podemos levantar uma hipótese para explicar. Porque é que o hospital não é a primeira instituição a ser procurada pelos familiários do doente mental, como fica evidente no quadro panorâmico de resultados. Por que é que é que esse desejo persiste e sustenta essa resistência ao hospital psiquiátrico? A produção de bens simbólicos por uma instituição total como o hospício não é, entretanto, o que pode ser atraído para suscitar de imediato e sem hesitação a sugestão de seus serviços? E se é este o caso? O estigma é a infecção moral que acomete o doente mental mas também é transcendente. A hipótese consiste em afirmar que o hospício é uma cultura que resiste, enquanto produção cultural e, mesmo, comunitária, não é sua cultura, é a cultura do hospício. O louco não tem a mesma sorte, não escapa da exclusão e da alienação. Isso equivale a dizer que a loucura resiste na cultura, sobretudo enquadramento antropológica do louco, antes de ceder à abordagem clínico/sanitária, que é envolvida na reclusão e preconceito institucional. Quem está nos hospícios não é a sociedade, são os loucos.

Segundo uma outra hipótese, falta às políticas de saúde pública e comunitária competência comunicacional que viabilize a circulação de informações de

“qualidade” nas comunidades de baixa renda, indicando o tratamento médico/psiquiátrico. Como saber que esta informação tem clínica ou antropológica? Necessariamente clínica, uma vez que trata-se de uma instituição total, produtora de bens simbólicos capitalizados em função, principalmente, do medo e da autoridade com licença para punir, como podemos constatar nas entrevistas realizadas. Logo, não seria uma informação idônea, neutra moralmente. Tratar-se-ia de um discurso desterritorializador (GUATTARI - DELEUZE, 1970), desubstancializador de referências populares e antropológicas da cultura para um entendimento mais humano da loucura.

A presente pesquisa revela, então, recursos simbólicos alternativos e intermediários utilizados pelas famílias de baixa renda em Salvador frente ao adoecimento mental de um dos seus membros. Pensamos que as famílias resistem à alternativa dos serviços do hospício como tratamento, elaborando toda uma construção própria das origens e desenlaces da doença. É em função da sua produção própria de estigmas que a família resguarda seu familiar, insistindo em abordagens de seu universo semântico, todas de origem antropológica, na nítida tentativa de não ter que optar pelo pior: a internação no hospital psiquiátrico. Essa resistência sempre foi elaborada com muito sofrimento, uma vez que as famílias relatam sentimentos graves e angústias intensas. A alternativa do hospício é cogitada como última possibilidade, quando há uma integração familiar maior, pois há uma quadro de formação de tolerância mais amplo. O que encontramos, em realidade, foi a clássica resistência das motivações gregárias e afetivas da família, diante de agentes com potencial de sua dissolução. Em termos mais amplos, resistência da subjetividade, dos afetos, frente à desterritorialização promovida pela objetividade da razão enquanto consciência crítica (FOUCAULT, 1989) e saber institucional e científico da loucura.

Considerando, portanto, o que se colocou acima, concluímos que o hospital psiquiátrico, assim como qualquer instituição total, não só é ineficaz no tratamento de transtornos mentais, como já tem sido desmascarado em suas propostas de cura; a comunidade, mesmo a de baixa renda, pouco ilustrada, desconfia de sua eficácia, duvida com petulância da competência do saber médico/psiquiátrico através da elaboração de resistências culturais/antropológicas ao tratamento manicomial: nas famílias, em sua maioria, não há expectativa de cura frente ao adoecimento mental de um dos seus membros.

NOTA

¹ O autor é psicólogo clínico, professor de Psicologia das Organizações na Escola de Administração da UCSal e doutorando em Educação pela UFBA. Este artigo foi redigido como resultado de pesquisa realizada na disciplina Prática de Pesquisa, do curso de Psicologia da UFBA, sob a orientação do professor Marcus Vinícius.

REFERÉNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARIÈS, Philippe. **Família, Psicologia e Sociedade**. Rio de Janeiro: Campus, 1981.
- BERENSTEIN, Isidoro. **Família e Doença Mental**. São Paulo: Escuta, 1988.
- BOURDIEU, Pierre. **A Economia das Trocas Simbólicas**. São Paulo: Perspectiva, 1992.
- FOUCAULT, Michael. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1989.
- GOFFMAN, Erving. **Estigma: Notas Sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada**. Ed. Guanabara, Rio de Janeiro, 1988.
- . **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1990.
- GUATTARI, F. DELEUZE, G.O **Anti-Édipo: Capitalismo e Esquizofrenia**. São Paulo: Assírio e Alvim, 1978.