

## O ESTIGMA DA DOENÇA MENTAL: SOFRIMENTOS E SUPERAÇÕES<sup>1</sup>

Maria Claudia FESTA<sup>2</sup>  
Mirian FAURY<sup>3</sup>

### RESUMO

O presente texto publiciza as reflexões de uma pesquisa realizada no município de Sorocaba/SP em 2003, por ocasião da finalização do curso em Serviço Social na PUCAMP, sob a orientação da Prof<sup>a</sup>. Dra. Mirian Faury. Buscou-se verificar a percepção da doença mental na vida das pessoas que vivenciam internações psiquiátricas, seus familiares e profissionais que atuam na área, destacando os estigmas que cercam aqueles que convivem com doenças mentais.

**Palavras-chave:** estigma, reforma psiquiátrica, doenças mentais.

O interesse na reflexão sobre o estigma que recai sobre as pessoas com doenças mentais advém de inquietações suscitadas

---

<sup>1</sup> Artigo realizado sob a orientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> em Serviço Social Terezinha Rodrigues.

<sup>2</sup> Bacharel em Serviço Social pela PUC-Campinas. Correspondência para e-mail: <quizfesta@bol.com.br>.

<sup>3</sup> Doutora em Serviço Social. Orientadora do Trabalho de Conclusão de Curso intitulado "Conhecendo o estigma que recai sobre os portadores de transtornos mentais", finalizado em dezembro/2003. E-mail: <mfaury@puc-campinas.edu.br>.

nas experiências nos campos de estágio<sup>4</sup> as quais possibilitaram a percepção de suas realidades marcadas por intensos sofrimentos e também, esperanças e superações. Situações observadas como as dificuldades nas relações interpessoais e nos vínculos afetivos instigou-nos a aprofundar os estudos sobre o tema.

Neste sentido, efetuamos intenso estudo bibliográfico sobre as questões afetas ao processo saúde – doença mental e através da pesquisa de campo, um estudo exploratório, de natureza qualitativa, realizado no ano de 2003<sup>5</sup> em Sorocaba/SP, verificamos a percepção da doença mental na vida de pessoas que vivenciavam o processo de internação psiquiátrica (06), seus familiares (06) e os profissionais da área (06), totalizando 18 sujeitos. Neste estudo, buscamos também identificar as representações construídas sobre as doenças mentais.

SPINK (2002) enfatiza que as representações fazem parte dos conceitos que orientam as pessoas em seu cotidiano, como uma forma de conhecimento prático que as orientam em suas ações e aparecem articuladas às determinadas visões de mundo.

Sendo assim, desvelar as representações no campo das doenças mentais é importante para compreendermos a vivência daqueles que convivem com esta realidade e enfrentam diversos estigmas. GOFFMAN (1982) conceitua o estigma como toda marca ou cicatriz, imputada a determinados indivíduos ou grupos sociais. Uma vez rotulada, a pessoa com sofrimento psíquico deixa de ser pessoa e passa a ser meramente uma marca. Os sintomas de sua doença ganham realce e ajudam no seu enquadramento diagnóstico de tal forma que em muitos momentos seu nome sequer é lembrado. O internamento e o diagnóstico propiciam a estigmatização daquele que necessita de ajuda. O diagnóstico da doença mental é um fardo pesado do qual não conseguem se desvencilhar e, enquanto uns acreditam na possibilidade de voltar a ter uma vida “normal”, outros duvidam que algum dia voltem a ser como os outros ou como eram antes de adoecer.

<sup>4</sup> Estágio acadêmico nos Hospitais Cândido Ferreira em Souza/Campinas-SP e Psiquiátrico Jardim das Acácias/Sorocaba-SP, no período de 2001 a 2003.

<sup>5</sup> Pesquisa para fins de elaboração da monografia de Conclusão do Curso – Serviço Social. PUC-Campinas, 2003.

Ainda conforme GOFFMAN (1982, p.39) é próprio de o estigma expandir-se do indivíduo estigmatizado para a socialização de seus relacionamentos,

“assim, a mulher fiel do paciente mental, a filha do ex-presidiário, o pai do aleijado, o amigo do cego, a família do carrasco, todos são obrigados a compartilhar um pouco o descrédito do estigmatizado com o qual se relacionam.”

Estas situações foram observadas no campo de estágio, quando em visitas domiciliares objetivando localizar a residência de alguns pacientes, nos deparamos com referências marcadamente de cunho estigmatizante, como: “aquela que esteve internada no hospício na semana passada? Ah, ela mora ali!”; “a mãe do perturbado mental está lá na casa da tia dela”; ou, “aquela louca que diz que é a Madona, mora na terceira casa”. A estas vivências somam-se os depoimentos dos entrevistados:

“os caras me chamam de pirado. Eu não gosto! Não me acho pirado”.

“tem uns seis ou quatro parentes que me tratam com ar de pouco caso, menosprezo. Eles falam: esse aí é louco, coitado. Deixa o louco lá se virar.. vão a tudo que é lugar e nunca me convidaram para nada.”

“eu não tenho amigos, daí fica chato para mim, eu canto, começo a rir, vou falar com os caras e eles pegam no meu pé...me acham pirado”.

Estas representações acerca da “loucura” estão presentes no imaginário social afetando duramente aqueles que convivem com as doenças mentais.

A história da loucura atribui à sociedade, altamente produtiva, à criação do “louco”, do marginal, que em nosso imaginário se apresenta como uma figura agressiva e amedrontadora, propiciando o fortalecimento dos estigmas.

Historicamente, os indivíduos considerados com uma “conduta desviante” representavam medo e perigo para a sociedade além de desonra para a família. ROTELLI (1990) analisa que a associação da loucura com a doença somente foi feita no século XIX, através da construção do conceito de doença mental pela psicopatologia geral positivista e da criação dos asilos psiquiátricos.

Na Idade Média a experiência da loucura não tinha o caráter negativo da exclusão social. O “louco” era marcado com um signo divino que garantia sua livre passagem e sua conservação na sociedade feudal. Com as transformações nos processos produtivos novas relações sociais são estabelecidas, donde milhões de seres humanos se tornam assalariados do capitalismo nascente ou então vagueiam na marginalidade por toda a Europa. Estas populações passam a constituir uma ameaça à segurança da cultura européia e suas cidades. Como solução, os Conselhos de Cidadãos (grandes comerciantes, donos de manufaturas, banqueiros, etc.), propõem à aristocracia e ao clero as Casas de Internamento. Nesta casa, os “miseráveis” permaneciam até que se tornassem “úteis” e “bons” ou até que morressem. Entre estes, encontram-se os “loucos”, misturados entre criminosos e pervertidos, marcando profundamente o rosto da psiquiatria no século XIX, cujo entendimento da loucura torna-se associado ao crime e ao vício.

No modo de produção capitalista a doença se fortalece, torna-se fonte de lucros e se consolida através do uso irrestrito de psicotrópicos, a partir das multinacionais farmacêuticas sendo as formas de tratamento voltadas à exclusão destes sujeitos da sociedade, com isto, isolados e excluídos do convívio social através de sua institucionalização em manicômios.

Como críticas à psiquiatria tradicional, Szasz (1980) aponta a segregação e violência da instituição psiquiátrica, bem como identifica processos de “sofrimento psíquico” como fruto de uma alienação político-social-existencial do indivíduo e propõe alternativas práticas no sentido de renovar a capacidade terapêutica da psiquiatria.

Este sofrimento pode ser percebido nos depoimentos quando os entrevistados relatam sentimentos e as modificações verificadas relativas aos históricos de internações psiquiátricas, afetando sua auto-estima.

“A minha vida é vida de cão. Você sabe o que é passar nesses órgãos sociais, asilos, lares? São verdadeiros campos de concentração! É terrível”.

“(…) o lado ruim foi minha vaidade física. Eu perdi muito a beleza, meus cabelos eram mais bonitos, eu peguei piolho, estragou os meus cabelos. Estraguei os meus dentes. Fisicamente eu fiquei mais feia, mais acabada, muito sofrimento.”

“minha vida ficou mais ruim ....”

“depois de três internações a doença mudou a minha vida, fiquei mais pirado”.

Os depoimentos são significativos demonstrando a maneira como as pessoas que convivem com a doença mental “se percebem” no decorrer do tempo, afetando sua identidade e conseqüentemente a auto-estima, dificultando seus relacionamentos e mesmo, a inserção ao mundo do trabalho. Quando alguém adocece, por algum tempo necessita afastar-se do serviço. O sentimento relativo à exclusão não é tão forte porque existe a expectativa de retornar ao desempenho de suas funções. No caso das doenças mentais, isto muitas vezes não ocorre e as causas talvez estejam relacionadas mais em função do estigma que se cria do doente do que a incapacidade em si. O que percebemos é que os que não são totalmente afastados do trabalho passam a exercer funções menos qualificadas.

“tudo passou a ficar mais difícil, até perdi o meu emprego”.

“eu me sinto bem agora e estou disposto a ganhar um ganha-pão para não viver só de aposentadoria”.

“eu não vendo mais artesanato. Meu trabalho é fritar uma bacia de salgadinhos para vender no nosso bar”.

“trabalho é muito difícil de arrumar, sempre que trabalhei fiquei doente, por isso estou encostado”.

“sobre o trabalho dizem pra eu carregar pedras, construir, trabalhar de servente, mas eu não quero, eu prefiro serviço leve. Me chamam de malandro”.

Os avanços incontestáveis na história da Humanidade vêm possibilitando rever os modelos de atendimento. Familiares, usuários,

profissionais da área e outros sujeitos sociais têm sido fundamentais na luta pela reforma psiquiátrica no cenário brasileiro desde meados da década de 1970. Este movimento visa a transformação do paradigma tradicional da psiquiatria e a elaboração de propostas apontando para a desinstitucionalização do doente mental e a inserção da família como coadjuvante no processo terapêutico do sujeito doente mental, conferindo às pessoas com este sofrimento, o resgate de sua cidadania e a defesa de seus direitos.

A Reforma Psiquiátrica avança nos processos de discussão de reestruturação da atenção da saúde mental, ampliando a palavra “atenção”, que ultrapassa os limites dos atendimentos feitos em instituições psiquiátricas com a farmacoterapia.

Para AMARANTE (1998), a reforma psiquiátrica significa um conjunto de iniciativas políticas, sociais, culturais administrativas e jurídicas que visam transformar a relação da sociedade com o “doente”.

Falar em Reforma Psiquiátrica pressupõe falar na gradativa substituição do sistema hospitalocêntrico de cuidados às pessoas que padecem de sofrimento psíquico, por uma rede integrada de variados serviços assistenciais, tais como ambulatórios, emergências psiquiátricas e unidades de observação psiquiátrica em hospitais gerais, hospitais-dia, hospitais-noite, centros de convivência, centros comunitários, centros de atenção psicossocial, núcleos de atenção psicossocial, centros residenciais de cuidados intensivos, residências terapêuticas, lares abrigados, pensões públicas e comunitárias, oficinas de atividades construtivas. Estas premissas apontam uma reversão do modelo hospitalocêntrico por uma rede de serviços assistenciais e se consolidam com a aprovação da Lei 10.216, sancionada em 06/04/2001.

Os pressupostos da Reforma Psiquiátrica implicam na mudança de paradigmas sendo uma delas a capacidade de um “novo olhar” para aqueles que convivem com as doenças mentais e neste sentido, fundamental são suas redes de convivência, sendo relevantes a família e a comunidade.

São várias as conceituações que o tema família abarca. A compreendemos como um grupo capaz de interagir e compartilhar

significados de suas experiências existenciais. Cada família carrega uma história de vida, permeada de valores e crenças que se solidificam e transformam-se ao longo de sua trajetória histórico-social. Como instituição social, algumas premissas estão presentes no imaginário coletivo voltadas a uma linhagem genética saudável e preparadas para assumir novos papéis sociais.

Neste contexto, o histórico familiar daqueles que convivem com pessoas com doenças mentais é marcado pela necessidade de aceitação da doença, tendo que assumir a responsabilidade do cuidado com aquela pessoa. Dentre as reações encontram-se a anuência ou a não aceitação da doença pela família. Estas reações atingem diretamente as pessoas com doenças mentais que são afetadas duplamente: primeiro, sua vivência pessoal e de acordo com o grau de manifestação de seus problemas e a consciência de seus limites implica em intenso sofrimento; e segundo, as reações (aceitação ou negação) de sua rede de convivência.

Muitas famílias ainda não estão preparadas para enfrentar os desafios sociais e a complexidade de demandas impostas pela doença mental. Esses familiares estão inseridos em um contexto social que ainda se mostra resistente na aceitação do transtorno psiquiátrico e com crenças alicerçadas no conceito de loucura vinculado à incapacidade, periculosidade e irreversibilidade da doença, o que potencializa os sofrimentos das pessoas que convivem com as doenças mentais que significam, segundo BASAGLIA (1985, p.69) em

“respostas desajustadas a fatores de estresse do ambiente interno e externo, evidenciadas por pensamentos, sentimentos e comportamentos que não são congruentes com as normas locais e culturais e interferem no funcionamento social, ocupacional e/ou físico do indivíduo”.

No que se refere aos profissionais que atuam na área, perguntados sobre as dificuldades apresentadas no trabalho, as respostas convergem para o excesso de burocracia e o assistencialismo das práticas. Ressaltam que os novos conceitos advindos com a Reforma Psiquiátrica ampliaram o campo de

intervenção, considerando as necessidades de socialização e exemplificam nesta direção, as Oficinas Terapêuticas, os Centros de Apoio Psicossocial e as residências terapêuticas. Destacam ainda que, as discriminações sofridas pelas pessoas com doenças mentais prejudicam o tratamento, necessitando de outras abordagens no sentido de se quebrar o estigma a estas pessoas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O saber centrado na doença tem possibilitado à manutenção de vários estigmas e rótulos que limitam o modo como as coisas e pessoas são vistas. Para COSTA (2002), o rótulo é uma tentativa de assegurar o controle e administrar a incerteza, pode nos dar a segurança e o conforto de uma conclusão mental e nos encorajar a não pensar mais no assunto.

A desconstrução deste muro, tão inerentemente arraigado ao nosso cotidiano, passa pela necessidade urgente de olhar de maneira diferente aquilo que rotineiramente julgamos familiar. Nas atitudes diárias podemos realizar o exercício do julgamento não habitual. Através de novos olhares podemos exercitar a redescoberta do real significado dos rótulos e estigmas presentes. Ao transpor, ir além da conclusão mental imediatista e, portanto meramente subjetiva, pode-se descobrir por trás de cada estigma um ser humano que a nossa imagem e semelhança clama por dignidade e respeito.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. (Coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2.ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

BASAGLIA, F. **A Instituição Negada**. 2.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

COSTA, A.C.F. **III Conferência Nacional de Saúde Mental - Por uma transformação cultural**. In: *Jornal Correio Brasiliense*, 11/12/2002.

GOFFMAN, E. **Estigmas, notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 2.ed. São Paulo: Editora Guanabara, 1982.

ROTELLI, F. **A instituição negada**. In: desinstionalização. NICACIO, F., (Org.). São Paulo: Hucitec, 1990.

SZASZ, T. **Ideologia e doença mental**. 2.ed. Rio de Janeiro: Zahar editores, 1980.

SPINK, M.J. **Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais**. In: GUARESCHI, P., JOVCHELOVITCH, S. 7.ed. Textos em representações sociais. Petrópolis: Vozes, 2002.

