

Carlos Caroso
(org.)

CULTURA, TECNOLOGIAS EM SAÚDE E MEDICINA

PERSPECTIVA ANTROPOLÓGICA



13. Doença mental crônica e tecnologias comunitárias de manejo terapêutico¹

Carlos Caroso & Núbia Rodrigues

A cena cotidiana se dá num quarto pequeno e sem janelas, um beliche e várias prateleiras, cachos de banana, caixas de bebida, indicam o duplo uso como depósito e lugar de dormir. Uma cortina puída separa este pequeno cômodo do restante da casa e de um bar que garante parte do sustento de uma família. Um homem de trinta e três anos divide este quarto-depósito com seu irmão um pouco mais novo. Ele passa grande parte do dia recolhido a este espaço, pois não se sente acolhido pela família. Frequentemente seu sono diário é perturbado pela mãe ou outra pessoa qualquer à procura de alguma mercadoria, para o estabelecimento comercial. Não são raros os conflitos em consequência destes encontros. Se este homem não fosse diagnosticado “esquizofrênico” e, tal como seu irmão, somente entrasse neste quarto, para dormir, a vida da família seria muito mais tranqüila. Este homem esquizofrênico foi internado poucas vezes e por curtos períodos; a família experimentou sentimento de alívio e de culpa em doses iguais. Apesar dos conflitos e tensões, a mãe sempre preferiu cuidar dele em casa, por considerar o hospital psiquiátrico um lugar pouco adequado para seu filho viver.

O quadro descrito no parágrafo precedente resulta da observação etnográfica feita como parte de um estudo sobre redes comunitárias e manejo terapêutico em saúde mental, realizada numa comunidade litorânea na Bahia. Este põe a nu um dos principais desafios da reforma psiquiátrica: o hospício deixar de ser oficialmente o lugar predominante para o louco, sem negligenciar o impacto socioeconômico e emocional sobre a vida das famílias de pessoas com prognóstico de doença mental crônica. Neste artigo, levantamos alguns aspectos em relação a esta problemática, por exemplo, como equacionar as consequências da doença mental crônica frente às tecnologias comunitárias de manejo terapêutico. Pessoas portadoras de doenças crônicas geralmente necessitam de suporte familiar prolongado, o que é bastante comum entre grupos com idades mais avançadas. A peculiaridade da perturbação mental está na sua distribuição em todos os grupos de idade. Alguns tipos de problema, tais como Síndrome de Down, muitas vezes dificultam ou, mesmo, impedem que a pessoa venha a desempenhar os papéis sociais esperados nas várias etapas da vida. Como consequência, muitos destes quadros determinam seu isolamento temporário, ou permanente, a depender da gravidade, ou frequência de crises. Em alguns casos, a exclusão da vida social pode ser total e potencialmente definitiva.

Para tanto, neste artigo, interessa compreender como alguns signos comportamentais são reconhecidos pela comunidade como reveladores da gravidade dos problemas mentais; por conseguinte à interpretação dos significados, como cuidar destas pessoas para que

elas possam ultrapassar as fases mais graves das crises; enfrentar a rotulação e o estigma decorrente; se relacionar às expectativas cotidianas e demandas sobre seu desempenho social.

Com este objetivo, buscamos identificar e discutir algumas tecnologias comunitárias em saúde voltadas para o manejo do adoecimento mental crônico. Ao mesmo tempo, ressaltamos os esforços daqueles que fazem parte das redes de apoio social, no sentido de manter a pessoa que apresenta comportamentos problemáticos sob permanente cuidado. Este aspecto se torna ainda mais relevante particularmente naqueles casos em que a expectativa de uma vida normal é mínima; em alguns casos crônicos, mais severo, já desapareceram inteiramente. Neste sentido, entendemos tecnologia de *manejo terapêutico* em saúde mental como o conjunto de saberes, práticas e iniciativas de determinada rede de suporte social, destinadas a enfrentar as implicações decorrentes de um problema de saúde mental; o que inclui cuidados diários, busca de tratamento e reintegração da pessoa doente. Geralmente, os familiares são os principais agentes ou pessoas envolvidas.

Os dados analisados neste artigo resultam de um estudo das experiências de pessoas portadoras de perturbações mentais/emocionais crônicas e de redes de apoio social realizado através de dois tipos de narrativas: i) narrativas que visam esclarecer de que modo os envolvidos no grupo familiar e comunidade percebem a situação; ii) narrativas que são reflexão dos próprios *sofredores* em relação à atenção e cuidados que lhe são dados, bem como sua avaliação particular acerca das interações no âmbito doméstico e comunitário.

No contexto social onde esta pesquisa foi realizada, a situação descrita no primeiro parágrafo deste texto é bastante corriqueira. Antes mesmo da aprovação da Lei “Paulo Delgado”, e implantação de serviços abertos, muitas famílias locais já se ocupavam de doentes mentais crônicos, inclusive por considerar ineficaz a internação hospitalar prolongada; em alguns casos, reconhecida como fator de agravação. Ao mesmo tempo, não se pode negar que a doença crônica leva à exclusão do doente da vida social. Para a família, o doente mental crônico representa uma “cruz” a ser carregada, um “sofrimento” coletivo, em certa medida compartilhado com outros membros da comunidade. Para o portador, esta experiência não pode sequer ser compreendida pelos outros, em virtude das diferenças de percepção e experiências. Em outras palavras, a pessoa doente se vê confinada em sua própria experiência, como resultado das construções sociais a respeito de seu comportamento, que resultam da rotulação e estigmas decorrentes da imprevisibilidade, agressividade, recolhimento, exposição pública, amoralidade. Estes são apenas alguns dos comportamentos sociais geralmente associados aos doentes crônicos que podem resultar em exclusão do convívio social ou público.

Várias abordagens na moderna psiquiatria, influenciadas pela sensibilidade aos fatores culturais, consideram que a vida em comunidade, longe de instituições psiquiátricas, é fundamental para a reconstrução da identidade e ressocialização dos portadores de perturbações mentais/emocionais crônicas que se situam nos limites das possibilidades de tratamento. Contudo, quando se encerram as crises que exigem alguma forma de institucionalização, as dificuldades para que isto se concretize plenamente ficam claras, como poderemos ver através de exemplos concretos de experiências de pessoas com perturbações mentais que serão apresentadas neste texto.

Contexto e pesquisa de campo

A produção do *corpus* etnográfico que dá suporte à discussão no presente artigo deu-se principalmente entre os anos de 1991 e 1996 em três localidades de um município do litoral norte da Bahia, quando aí realizamos uma pesquisa que objetivava, entre outros aspectos, conhecer as tecnologias e práticas familiares e culturais em saúde mental. Estas tecnologias e práticas são entendidas como todo e qualquer comportamento de uma rede familiar e de outras redes sociais próximas, no sentido de dar suporte e reintegrar uma pessoa portadora de qualquer comportamento considerado problemático na visão da comunidade, concretizados na experiência cotidiana destas redes sociais na relação com a pessoa afetada.

A produção de dados foi focalizada particularmente em entrevistas estruturadas com “interlocutores-chave para reconstrução de casos e reconstrução de histórias das famílias envolvidas”. Procuramos reconstruir tanto as “histórias de casos e a trajetória da doença/problema”, a partir de sua emergência, quanto à “experiência da família” em todo o processo. Através desta estratégia, buscamos uma aproximação do discurso sobre a doença mental, das práticas de suporte e dos tratamentos relacionados.

As entrevistas para reconstrução de casos foram realizadas com o objetivo de produzir informações sobre os cinco aspectos abaixo caracterizados:

1. *signos*, considerados *comportamentos* associados aos problemas de saúde mental, descritos como signos precursores (comportamentos que demarcam o início do problema); signos diagnósticos (comportamentos, através dos quais, os narradores não somente descrevem, mas emitem explicações no sentido de diagnósticos populares); signos utilizados para monitorar o agravamento e a melhora (percepção de alterações no comportamento geral da pessoa mentalmente perturbada); signos com valor prognóstico (comportamentos através dos quais os narradores emitem opiniões a respeito do futuro da pessoa mentalmente perturbada);
2. *gravidade* percebida do problema: dados relativos às razões dadas para justificar o grau de gravidade (em relação a sintomas, etiologia, peculiaridades contextuais, disponibilidade de tratamentos, reações sociais) e distinção entre gravidade e conseqüências de um problema para o caso e os que se encontram em torno deste;
3. explicações e interpretações sobre as *causas*; dados que dão conta de causas principais, secundárias e hipotéticas, bem como fatores de predisposição e de agravação, relacionados ao problema;
4. *reações* à pessoa afetada: dados que se referem aos “detonadores” de reações (sintomas, tipo de doença, características contextuais, causas) e oferecem um quadro de evolução das reações (ao primeiro signo; quando estes perduram; com a agravação e melhora); as reações são qualificadas em relação a várias categorias de pessoas (família, pessoas mais próximas, outras pessoas, reações gerais); reações concretas são classificadas como positivas, negativas e outras; elas também incluem o impacto do problema sobre o ambiente imediato;

5. comportamento de *busca terapêutica* em relação ao problema como resultado de várias categorias de procedimentos (reuniões familiares, ajuda informal, uso de recursos comunitários, terapias tradicionais, tratamentos modernos): quando relevantes, descreveu-se o alvo do tratamento (sintomas, causas, contexto) assim como a razão da escolha de recursos específicos (preferências, características dos sintomas, causas ou contextos, insucesso de outros tratamentos); por fim, descrevemos ainda a percepção do impacto dos tratamentos;

Por outro lado, foram realizadas entrevistas com vários atores sociais e estabelecidas rotinas de observação, objetivando a obtenção de informações específicas, tal como pode ser visto a seguir:

1. As entrevistas realizadas com *interlocutores-chave* tinham como objetivo explorar as concepções e experiências dos indivíduos com relação às doenças, no que se refere às causas e concepções de cura e formas de tratamento efetivamente utilizadas;
2. No que se refere aos *agentes terapêuticos* do setor popular, as entrevistas foram desenhadas com o objetivo de conhecer, de modo sistemático, suas representações acerca de suas práticas, bem como compreender a importância de seu papel no contexto terapêutico, para o manejo comunitário em saúde mental/emocional.
3. Os *acompanhamentos de caso* consistiram em quinze visitas/entrevistas às famílias de portadores de perturbações mentais/emocionais, através dos quais se buscava observar a interação do doente com a família e a comunidade e os resultados dos tratamentos.
4. As *reconstruções de história das famílias dos casos*, objetivando compreender o contexto de emergência do problema, bem como entender o que representa ter uma pessoa mentalmente perturbada em casa.
5. Por fim, a coleta da *história do caso*, quando este se apresentava disposto ou capaz de relatar sua própria percepção a respeito de sua experiência, alterou a relação de pesquisa que até então mantínhamos, promovendo a passagem da posição de *casos*, isto é, objetos de estudo, para *interlocutores de pesquisa*. Além disso, foi possível analisar ainda sua visão acerca das interações com diferentes grupos de apoio, aqui representados pela família e outras redes próximas.

Além das entrevistas semi-estruturadas, foram ainda realizadas entrevistas não-estruturadas, com o objetivo de intensificar a interação entre pesquisadores e interlocutores, bem como melhor compreender a vida local através das múltiplas vozes dos seus narradores. Ao lado das entrevistas focalizadas, que apontam para a temática específica, o trabalho de campo não pôde prescindir daquilo que se convencionou denominar “observação participante”, observação direta ou, em outras palavras, a “interação face a face”. Durante visitas às casas das pessoas, encontros em eventos variados tais como cerimônias religiosas, festas populares e conversas pelas ruas da cidade, na

feira semanal etc., a observação se construiu de acordo com a rotina e ritmo dos acontecimentos.

Este trabalho é, portanto, parte das análises sobre as tecnologias e formas de manejo comunitário em saúde mental, destacando o papel desempenhado pela família como rede de suporte e rede terapêutica. A idéia de rede, particularmente a rede terapêutica formada pela família nos cuidados aos portadores de perturbações mentais/emocionais, é tomada a partir da perspectiva estabelecida por Bott (1976), que a considera “uma configuração social onde algumas, mas nem todas, das unidades externas componentes mantêm relações entre si” (p. 211). Neste sentido, objetivamos construir um modelo analítico como elemento mediador entre a realidade do pesquisador e dos pesquisados, em suas experiências reais. Desta forma, o modelo terapêutico deverá dar conta das experiências diferenciadas, que envolvem tanto os familiares e portadores de perturbações mentais quanto os aspectos sociais a estes relacionados.

Experiência do portador de problema mental crônico

Embora, como dissemos acima, a vida em comunidade, longe da instituição psiquiátrica, seja reconhecida como fundamental para a reconstrução da identidade e ressocialização dos portadores de perturbações mentais crônicas, não há garantia de que venha a acontecer. Após as crises que exigiram ou não a institucionalização do doente, as pessoas envolvidas encontram algumas dificuldades para que a ressocialização se concretize plenamente, como podemos ver através de exemplos retirados do acervo etnográfico desta pesquisa.

De um total de trinta e dois casos de pessoas, de diferentes grupos etários, com problemas mentais em diferentes níveis de cronicidade que foram sistematicamente acompanhados ao longo de mais de um ano, a maioria é composta por homens com menos de trinta e cinco anos de idade. Vale lembrar que está é a idade que coincide com a fase de maior produtividade de um adulto, tanto do ponto de vista pessoal - representado pelo casamento e procriação -, quanto do ponto de vista social, pela posição potencialmente conquistada no mercado de trabalho e na vida da comunidade. Na maioria dos casos verificamos uma tendência dos interlocutores para descrever seu deslocamento social em relação à convivência familiar, que freqüentemente se traduziu em sentimentos de inferioridade com relação aos aspectos sócio-existenciais acima apontados. As situações problemáticas, que envolvem sentimentos de inferioridade, geralmente começam na infância, a partir da percepção de tratamento diferenciado por parte dos pais em relação aos irmãos e irmãs, muitas vezes acentuado por atos de violência física e verbal; a comparação para com os colegas de classe, que obtinham “as melhores notas”; e exclusão por parte das professoras das atividades coletivas, entre outras formas de promoção do isolamento que freqüentemente vem a ser um fator de risco para o agravamento de situações que já se encontram presentes. São freqüentes nos relatos as queixas sobre dificuldades de relacionamento com as garotas na fase da adolescência. Da mesma forma, as queixas se referem ao afastamento dos amigos, a perda de oportunidades de trabalho, experiências de migração mal sucedidas, entre outros fatores de agravamento das condições emocionais. Estas experiências negativas surgem nos discursos de forma assistemática e, em geral, não relacionam estes eventos ao aparecimento dos comportamentos que as outras pessoas consideram problemáticos do ponto de vista social.

Nos momentos de crise, a pessoa portadora de perturbações mentais vive num mundo só seu, construído de forma diversa e de significados que lhes são exclusivos. Passada a crise, experimentam momentos de vergonha e tentativas, às vezes mal-sucedidas, de retomada da vida normal. O portador de problema mental crônico constantemente não se vê como *uma pessoa como as outras*, imagem esta que é reforçada por aqueles que o cercam, contudo, ele também não consegue se imaginar como uma pessoa *anormal*. A seus próprios olhos, o portador de perturbações mentais se percebe como uma pessoa *diferente*; no mínimo, *incompreendida* e, por diversas razões, “deslocada socialmente” no contexto familiar e da comunidade em que vive.

A trajetória de nossos interlocutores do sexo masculino revela as tensões familiares em torno de problemas emocionais. Para exemplificarmos o que nos referimos, como é de boa prática etnográfica, tomamos como exemplo o caso de um homem com 33 anos, que não exerce qualquer atividade produtiva e recebe uma aposentadoria por invalidez. Ele vive com a família em uma modesta casa de classe média baixa, dividindo o quarto em que passa grande parte de seu tempo com um irmão. Do ponto de vista de sua família, que se apropria e reproduz o discurso diagnóstico médico, ele é portador de *esquizofrenia*. De seu próprio ponto de vista, os problemas não se encontram nele, mas em outras pessoas de sua família, que passaram a lhe tratar com indiferença, desde que ele retornou à cidade, após uma longa e multivariada experiência de migração por diferentes cidades da Bahia. Em suas próprias palavras, afirma: “eu morei esses anos todos fora, quando cheguei aqui, eles estranharam, eles me tratam como estranho. Agora, quando chega uma pessoa da rua, aí eles tratam como amigo, que é prá dizer que gostam de mim” (J., 33 anos, Porto).

A característica predominante em sua narrativa é a comparação constante com os irmãos, segundo ele, melhores situados na vida e mais valorizados pela família. Além disso, deixa transparecer frustrações e ansiedade com relação ao sexo oposto, quando se compara aos irmãos e amigos mais novos, a outros amigos mais velhos e, em sua opinião, mais feios que já conseguiram se casar ou “se amigar”. Por outro lado, a infância representa, para ele, a “idade do ouro”, quando todas as pessoas da casa “gostavam” dele e não lhe “abusavam”. Na idade adulta, ele considera que as tensões familiares se revelam em atividades cotidianas, tais como fazer refeições: “quando eu vou comer qualquer coisa, almoçar, eles ficam abusando, reparando o mal feito, contando ao pessoal da rua. Essas coisas que acontece dentro de casa têm que ficar dentro de casa, as pessoas não diz na rua não, porque aqui é um lugar pequeno” (J., 33 anos, Porto).

O sentimento de estranheza, e daquilo que chamamos de deslocamento social do portador de problemas psiquiátricos, para com a vida social, é acentuado à medida que a vida numa comunidade pequena, tal como pode ser visto na narrativa acima, torna-se muito mais visível que numa cidade grande, onde os espaços sociais são diversificados e podem garantir alguma privacidade. Em comunidades pequenas, ao contrário, as redes sociais têm as malhas mais estreitas, nas quais existem muitas relações entre as unidades componentes (BOTT, *op. cit.*), o que resulta em maior exposição da vida privada ao domínio público.

Não sendo única, esta é uma das razões para que dos trinta e dois casos que acompanhamos sistematicamente, vinte e quatro sejam do sexo masculino e apenas oito do sexo feminino. Segundo nosso ponto de vista, isto não significa que os homens estão ou são mais susceptíveis a problemas emocionais/mentais que as mulheres. Os dados etnográficos que dispomos não permitem que identifiquemos as relações de causalidade,

e, conseqüentemente, explicar a razão de maior prevalência de homens que de mulheres com este tipo de problema. Contudo, vale lembrar que a psiquiatria aponta para a existência de maiores fatores de risco de ter problemas mentais entre homens do que entre mulheres. Um destes fatores de risco pode ser identificado na clássica relação proposta por DaMatta (1985), em que o homem está para a rua (para o espaço público) como a mulher está para a casa (espaço privado), equivale a dizer que a **vida masculina** é, em um certo sentido, **mais controlada socialmente por fatores externos ao grupo doméstico**, enquanto **a vida e experiências sociais das mulheres adaptam-se mais facilmente ao espaço doméstico**.

Em certa medida, esta diferença de expectativas para com o comportamento masculino e feminino atua como fator de risco para os homens e como fator de proteção para as mulheres, contribuindo, em parte, para explicar a razão de termos encontrado um maior número de referências aos problemas comportamentais de homens do que de mulheres. Desse modo, conforme os padrões encontrados, para o grupo estudado, as expectativas de melhor realização social e pública são dirigidas aos homens e, nesse sentido, as frustrações dessas expectativas e de seus projetos pessoais se tornam igualmente públicas, trazendo graves conseqüências para sua convivência com os demais membros da comunidade.

Experiências dos familiares

Em um capítulo intitulado “A History of Madness”, Janzen (1978) traz à luz um caso de doença mental crônica muito semelhante em contexto aos que temos estudado, discutindo a trajetória de reconhecimento da doença, seleção terapêutica e ressocialização de uma mulher que passara por um surto psicótico.

Do ponto de vista teórico, o autor destaca o fato que, dentre outras diferenças entre os sistemas médicos ocidentais e nativos, uma das mais marcantes encontra-se na ênfase que é dada pelo segundo ao papel da família e das redes de parentesco no processo de reconhecimento e tratamento das doenças, o que contraria o modelo operado pela medicina ocidental. Nesta última, a doença é pensada em sua organicidade e, sendo assim tratada, desvincula-se, bem como desvincula o doente, dos condicionantes socioestruturais, o que pode dificultar, a depender do caso, para sua reinserção social.

Isto se torna mais claro quando se trata da doença mental crônica, devido ao estigma associado, quando comparado a outras manifestações físicas de doenças, por exemplo. Nestas situações, a atuação dos grupos de apoio cresce em importância, na medida em que a reconquista de um espaço social, por parte da pessoa mentalmente agravada dependerá em grande medida da confiança a ela concedida, pelo grupo primário do qual participa; na maioria das vezes, representado pela própria família. A despeito de todas as dificuldades e transtornos provocados pelo problema, é da família ou do grupo doméstico o maior esforço de utilização dos recursos sociomoraes disponíveis na tentativa de minimizar a situação, tanto no que se refere aos cuidados emergenciais, quando do surgimento do problema, quanto aos cuidados cotidianos que garantem a superação da crise e o bem-estar do portador de perturbações mentais crônicas e da família. Neste caso, é importante pensar que tanto a situação analisada por Janzen (*op. cit.*) quanto as que encontramos em nosso estudo dizem respeito a trajetórias de pessoas em idade produtiva e reprodutiva que passaram por experiências socioindividuais envolvendo

conflitos no relacionamento interpessoal, migração, descumprimento de obrigações morais e religiosas e, sobretudo, dependência socioeconômica.

No contexto analisado por Janzen (*op. cit.*), três elementos aproximam-se fortemente daquilo que temos estudado. Primeiro, a compreensão local da doença mental como um problema muito mais de ordem social que de ordem individual. Segundo, o papel da família como mediadora e fortalecedora de outras redes em torno da pessoa mentalmente afetada, o que ajuda a diminuir o estigma provocado pela doença. Terceiro, a solidariedade difusa que emerge das situações-limite envolvendo eventos de desordem emocional/psiquiátrica, que não permite o abandono e total negligência à pessoa doente, apesar do estigma e desagregação social que recaem sobre a família, em diferentes níveis. Ao contrário, na maioria dos casos que analisamos, a despeito das condições materiais e financeiras desfavoráveis, as famílias prestam assistência continuada aos seus doentes, limitada, contudo, às suas possibilidades econômico-financeiras, educacionais etc.

Retornando à discussão anteriormente apresentada, um problema mental, para o grupo estudado por Janzen (*op. cit.*), é entendido muito mais como um reflexo de outros fatores de desagregação socioindividual do que como a causa de tal desagregação. De modo semelhante, temos encontrado o mesmo tipo de explicação para este fenômeno, sobretudo na tradição terapêutica afro-brasileira presente na área em que estudamos. Ao longo de nosso estudo, tivemos fortes indícios que estas práticas terapêuticas minimizam os riscos de rotulação, estigmatização e conseqüente exclusão social em decorrência de problemas mentais crônicos.

Considerando que uma das principais dificuldades enfrentadas pelas pessoas portadoras de perturbações mentais crônicas para sua reinserção na vida social é a estigmatização, as crises atuam como demarcadores do processo de rotulação da pessoa como “louca” o que representa perda significativa da confiança ou credibilidade social das outras pessoas para com a primeira. Constatamos, assim, que entre os fatores que aumentam o risco de rotulação mais grave ou mais atenuada, destaca-se o tipo de tratamento utilizado para a superação de uma crise, sobretudo aquele que apresentar melhores resultados. Quando levadas ao tratamento psiquiátrico, seja ambulatorial ou hospitalar, a pessoa que apresenta comportamentos considerados problemáticos é freqüentemente rotulada como “louca”, sendo o tratamento psiquiátrico considerado como confirmação desta condição, fato que reforça, portanto, o estigma que recai sobre a pessoa, acentuando o risco desta tornar-se um doente mental crônico.

Assim é que os mecanismos de seleção terapêutica neste contexto particular podem agir tanto como fator de agravamento do risco como de proteção da pessoa, uma vez que as categorias rotuladoras são utilizadas tanto na descrição, quanto na classificação dos comportamentos considerados anormais. Uma destas, a categoria “louco/doido”, relaciona-se à terminologia psiquiátrica biomédica, conseqüentemente, à necessidade de assistência terapêutica em esfera de igual natureza que, por sua vez, aumenta o risco de rotulação e estigmatização da pessoa. Por outro lado, a categoria “possuído/embruxado” relaciona-se à terminologia dos cultos afro-brasileiros, resultando no direcionamento dos esforços terapêuticos ao tratamento religioso, que atua como fator de proteção de rotulação e estigma em decorrência da doença. Embora na maioria das vezes estas duas categorias sejam utilizadas para descrever os mesmos comportamentos, a diferença fundamental está no significado social de cada uma delas e nos resultados socialmente produzidos. Enquanto o tratamento psiquiátrico reproduz o estigma associado à loucura, os resultados produzidos pelo reconhecimento da “posseção” ou “embruxamento”

diminuem, ou mesmo, o negam. Assim, ao invés de “louca”, a pessoa perturbada passa a ser considerada como “possuída”, “enfeitiçada”, condição que é reforçada pelo tratamento religioso. Neste caso, a categoria de “loucura” é tão somente utilizada como um parâmetro para comparação de comportamentos, por exemplo, quando a pessoa portadora de uma perturbação ressignifica a experiência do problema mental em seu discurso, dizendo: “eu estava como “louca”, mas era um “encosto” que estava em mim”. Nestes casos, o comportamento que poderia normalmente ser reconhecido como perturbado é atribuído à entidade dominante da cabeça da pessoa, portanto, isentando-a de qualquer estigmatização que se refira à doença mental crônica.

Por outro lado, os aspectos positivos dos tratamentos realizados em casas de culto afro-brasileiro devem-se, em grande parte, à proximidade entre suas dinâmicas e as dinâmicas familiares, interpretação que novamente nos aproxima dos achados apontados por Janzen (*op. cit.*). Se considerarmos que a doença mental, no contexto estudado, na maioria das vezes não é apontada como a **causa** da desarmonia familiar, mas, antes, como uma **consequência**, fica claro que este tipo de tratamento privilegia a participação da família em diferentes instâncias do processo terapêutico.

De modo diverso ao tratamento psiquiátrico, sobretudo o asilar, os tratamentos no culto afro-brasileiro, em alguns casos, promovem a aproximação ou reaproximação entre a família e o doente, através de um conjunto de prescrições, obrigações rituais e morais que, em muitos casos, os envolvem conjuntamente. No tratamento asilar, por outro lado, a participação da família não é possível, uma vez que o **internamento** significa **isolamento**, o que impõe severa reelaboração nas relações entre o **interno**, seus **familiares e amigos**. As rigorosas escalas de visitas, em intervalos de tempo pré-estabelecidos, restringem drasticamente os contatos do interno com sua realidade anterior aos problemas, o que dificulta, em diferentes graus, sua reinserção neste contexto após a superação da crise.

Nos cuidados familiares que são dispensados às pessoas que sofrem de problemas emocionais/mentais crônicos, é possível constatar dois tipos de ação. Uma destas ações pode ser resumida pela idéia de “tomar conta do doente”, que se inscreve no contexto diário de manutenção, alimentação e observação da pessoa que apresenta problemas no âmbito doméstico/comunitário. A outra se encontra mais relacionada aos esforços terapêuticos, em serviços formais ou tradicionais, na emergência das crises iniciais e em diferentes situações de agravamento do problema.

A doença mental crônica freqüentemente exige ações destinadas a “tomar conta do doente” que implicam em cuidados diários com sua higiene, alimentação, segurança e administração de medicamentos quando prescritos pelo médico. Este empenho no diário no cuidado da pessoa que apresenta um problema mental crônico, além de objetivar o bem-estar da pessoa emocional/mentalmente afetada, constitui também uma obrigação moral e social para a família que, quando não corresponde a estas expectativas, poderá “ficar mal vista” aos olhos dos vizinhos e outros parentes. Por outro lado, a busca terapêutica representa cuidado mais específico na medida em que envolve outros fatores não presentes no dia a dia, exigindo, contudo, grande mobilização das redes sociais próximas, com vistas a decidir não somente o tipo, assim como o momento adequado para utilização de cada um dos tratamentos.

Para compreendermos estes esforços como tecnologias sociais de cuidado e busca de reabilitação social do doente mental crônico, é necessário imaginar a dimensão social das perturbações mentais e seus impactos sobre a vida da família e do doente. Ou seja, é

preciso se colocar no lugar de alguém que foi privado de bens materiais, simbólicos ou atividades, tais como o lazer e o trabalho, em consequência da gravidade do estado de um dos familiares. Estes impactos podem ser, principalmente, de três tipos: a) impactos econômicos; b) impactos sociais; c) impactos emocionais. Estes três tipos de impactos não podem ser compreendidos isoladamente, uma vez que os problemas gerados pelas perturbações mentais/emocionais, particularmente as que se tornam crônicas, repercutem simultaneamente em várias esferas da vida dos portadores, de seus familiares e de outras redes sociais das quais fazem parte.

Os impactos de ordem econômica são observados tanto no que se refere ao tratamento, quanto no que se refere à manutenção da família. Para uma família pobre, ou de poucas posses, ter, em seu meio, uma pessoa mentalmente perturbada significa perder um colaborador financeiro para a manutenção do grupo. Neste caso, deve-se considerar, ainda, o estigma social que se relaciona às perturbações mentais, o que reduz de modo considerável as oportunidades de trabalho aos portadores.

Além desse aspecto econômico direto, perde-se ainda a contribuição do trabalho físico necessário para o cultivo de roças, pesca, construção, dentre outras atividades comumente envolvidas na produção, reprodução e manutenção do grupo doméstico. Nestas situações, a família ainda é obrigada a arcar com os custos, muitas vezes altos, de tratamentos sobretudo nas crises que demarcam o início do problema, quando todos os esforços na tentativa de resolução são concentrados.

Os impactos sociais são representados pela exposição e conseqüente “vergonha” pública, pelos “vexames”, enfim pelos constrangimentos que a família é submetida quando o parente se encontra em crises agudas, particularmente quando interferem no cotidiano de pessoas ou da comunidade. Além disso, são impostas outras limitações à vida social, na medida em que, durante as crises, os familiares se revezam nos cuidados, sendo impedidos, muitas vezes de exercer atividades de trabalho e de lazer.

Tais limitações geram impactos de grande monta do ponto de vista emocional, na medida em que se instala um mal-estar e desarmonia familiar, em decorrência do comportamento perturbador de um dos seus membros. Isto se reproduz em intrigas, trocas de agressões física e verbal entre portadores de problema mental em crise, seus familiares e circunstantes, o que muitas vezes revela a dificuldade de compreensão de ambas as partes a respeito da questão.

Nos casos mais crônicos e mais antigos, a memória do grupo com relação ao surgimento do problema fica menos nítida. O tempo passa e o problema tende a ser naturalizado. Os familiares perdem um pouco a noção do que foi a doença em seu princípio, devido à longa convivência doméstica com as sucessivas e diferenciadas crises do doente. Entre famílias mais pobres, esta perda da memória emocional, com relação aos aspectos negativos da doença, vai sendo substituída pela lembrança das dificuldades financeiras representada, muitas vezes, pela dependência econômica do doente, fugindo do padrão de “normalidade” socialmente esperada.

À medida que, o doente se torna mais velho e os problemas mais graves, ele ocupa o lugar das gerações mais novas, que não raro, compõem o grupo doméstico (tais como netos, sobrinhos, enteados, filhos de criação). Nestes casos, o doente adulto na idade e na aparência passa a ocupar posição semelhante ou, às vezes, inferior, à das crianças e idosos não economicamente ativos. Vale lembrar que os idosos freqüentemente são os principais mantenedores do grupo doméstico, quando aposentadorias e pensões são a principal fonte de renda pecuniária de muitas famílias. Em alguns casos, estes avós são os proprietários do imóvel ou dos imóveis onde reside toda a família. As crianças podem

também ter importante papel na economia doméstica, pois, não raro, contribuem com pequenos serviços, às vezes remunerados. Durante o verão, muitas crianças são engajadas no setor de prestação de serviços para atender à demanda por mão-de-obra voltada para atendimento aos veranistas e turistas nas praias locais. Esta situação de dependência econômica se altera em alguns casos, quando a pessoa mentalmente desabilitada consegue se qualificar para receber pensão por invalidez. Desnecessário dizer, é verdadeiro alívio para a família do ponto de vista dos gastos, e, muitas vezes, se torna uma das fontes de ingresso de recursos financeiros na economia doméstica.

Entre as iniciativas que poderíamos caracterizar como tecnologias de manejo terapêutico por parte da família, são encontradas as tentativas de encontrar trabalho para a pessoa com comportamento problemático, e, desse modo, melhorar sua situação fora e dentro do grupo doméstico. O trabalho passa a ter um fim não somente econômico, mas, e, sobretudo, social e terapêutico. O caso de um homem jovem residente com a família na localidade de Praias é ilustrativo.

Trata-se de um homem de vinte e cinco anos, cuja família pertence à “pequena elite” local, constituída de minúsculos proprietários de terras, comerciantes no ramo de alimentos, além de pessoas com envolvimento com a política local. Ele completou o ensino médio e atualmente é funcionário público municipal. A família é composta pela mãe, uma filha, dois filhos (incluindo ele próprio) e um menino que foi “criado” pela família. O pai abandonou a casa quando os problemas comportamentais do rapaz tornaram-se mais graves.

Periodicamente, o rapaz apresenta crises depressivas, seguidas por comportamento excessivo³, representado pelo uso de bebidas alcoólicas e violência verbal. Por duas vezes foi internado em instituições psiquiátricas, em Salvador, fato que o marcou profundamente.

Em uma de suas crises, foi levado a uma casa de culto afro-brasileiro, na própria localidade, para tratamento. Ficou em reclusão para tratamento por um período de sete dias, ao fim do qual apresentou sensível melhora e teve alta.

Entretanto, ele estava desempregado na época e migrou para o Rio de Janeiro, onde foi em busca de casamento com uma prima. Decorridos três meses, ele retornou a Praias, pois as tentativas de colocação profissional não lhes satisfizeram. As disputas com o irmão bem colocado profissionalmente, como professor e secretário de educação do município, provocavam tensões familiares. Por fim, a mãe conseguiu uma colocação para ele na prefeitura municipal. A partir destes acontecimentos, a situação doméstica melhorou e as crises depressivas se tornaram menos frequentes (também em consequência do tratamento com Carbolitium que o rapaz passou a seguir rigorosamente, estimulado pela nova condição socioprofissional).

Contudo, o prefeito da cidade decidiu realizar um concurso público para todos os níveis, incluindo os cargos de confiança (posto que o rapaz ocupava, na secretaria de obras do município). Sob fatores estressantes, o rapaz negligenciou o tratamento, provocando transtornos domésticos. A família temia que ele não conseguisse participar do concurso e ficasse novamente sem emprego, o que poderia agravar seu problema. O apoio dos familiares foi fundamental para sua aprovação no concurso e manutenção do emprego, resultando em normalização da situação e aumento das expectativas da família quanto à estabilização de sua situação de saúde.

O relativo sucesso deste caso se deve, em grande medida, ao equilíbrio financeiro, emocional e, sobretudo, social da família. Quando comparamos com outros casos, que compõem grupos domésticos de menores posses, percebemos a fragilidade das redes de apoio externas à família. No caso deste rapaz, a mãe e o irmão mobilizaram outras redes, isto é, os parentes e amigos ligados à política local, para conseguir a aprovação do rapaz

(uma vez que a grande maioria dos concorrentes foi reprovada e que a própria contagem de pontos do rapaz não indicava que ele fosse bem sucedido).

Entretanto, para aqueles pertencentes às camadas mais baixas, as oportunidades são mais difíceis. Tomemos, a título de comparação, o caso de um outro homem jovem, da mesma faixa etária e também residente em Praias. O grupo doméstico do qual pertence é composto por sua mãe, sua avó, ele e mais cinco irmãos de diferentes idades. Todos residem em uma casa de cinco cômodos. A renda familiar não ultrapassa um salário mínimo de aposentadoria da avó, somado aos ganhos irregulares da mãe, como prestadora de serviços domésticos, tais como lavagem de roupa e faxina. Duas irmãs mais velhas também contribuem ocasionalmente, pois desempenham a função de “ajudantes de cozinha” em um dos restaurantes da localidade; contudo, esta atividade está diretamente subordinada ao fluxo de veranistas e outros visitantes.

Este rapaz não trabalha e estudou até a quinta série do ensino fundamental. Nunca foi submetido a qualquer tipo de tratamento formal. Ele se define como alguém deslocado socialmente; e se julga, em suas próprias palavras, “melhor do que o povo” do local. Devido a sua baixa escolaridade, não consegue arranjar o tipo de emprego que ele considera adequado para si. Também não se satisfaz com as poucas oportunidades de emprego disponíveis no local, tais como pescador, ajudante de pedreiro, caseiro, comerciante, feirante.

São bastante frequentes os conflitos domésticos envolvendo a disputa pelos escassos bens materiais. Igualmente, seu comportamento moral e sexual é visto como inadequado pelos familiares, o que contribui para o agravamento das tensões. As principais reclamações das irmãs dizem respeito à prática da masturbação e atentado sexual contra elas. Por outro lado, a megalomania do rapaz é motivo de chacota e deboches por parte de todos, atitude que o irrita profundamente e o leva a ficar cada vez mais insatisfeito com a vida que leva.

É muito importante observar que, a despeito de todos os problemas, nenhum tipo de tratamento formal foi buscado para ele, embora o apoio de moradia e alimentação representem muito, considerando-se os poucos recursos da família. A nova economia de mercado que se instalou no local, como resultado da crescente demanda por bens e serviços por parte de veranistas e outros visitantes, que crescentemente acorrem ao local nos últimos anos, veio a tomar o lugar das formas tradicionais de obtenção de alimentos, tais como a pesca e agricultura de pequena escala. Nesta nova ordem econômica, muitas famílias vivem graves problemas para manutenção do grupo doméstico, sendo este exatamente o caso de várias famílias acompanhadas neste estudo. Neste contexto, as estruturas sociais comunitárias têm importante papel na resolução de problemas deste tipo. Do ponto de vista moral, uma família que abandona um parente incapacitado de colaborar financeiramente, seja por problemas físicos ou mentais, passa a ser mal vista socialmente, o que é indesejável numa sociedade de pequena dimensão onde predominam as relações do tipo face a face.

Considerações finais

O principal papel das redes de apoio e, particularmente, da família, quando são confrontadas com situações de perturbação mental crônica, é o de prover apoio necessário para que a pessoa mentalmente perturbada possa ultrapassar as fases mais difíceis, enfrentar

a rotulação, o estigma e diferentes padrões de pressões sociais. E é nesse sentido que se configura o que definimos como tecnologia de manejo terapêutico, ou práticas familiares em saúde mental, ou seja, um conjunto de ações relacionadas à preservação da integridade do doente. Em outras palavras, estas ações se caracterizam pelos esforços terapêuticos domésticos, pela busca terapêutica subsequente, o encaminhamento para as instâncias terapêuticas julgadas adequadas, os gastos com o “re-estabelecimento” da saúde. Não menos importante, é o apoio moral continuado e a esperança de que a pessoa possa se recuperar e desempenhar os papéis que lhe estão reservados na família e na sociedade.

A maioria dos casos que foram sistematicamente acompanhados, com regularidade quinzenal durante o período de residência em campo, se caracteriza pela cronicidade da doença, tomados os padrões psiquiátricos vigentes como referência. O reconhecimento desta condição tem como pior efeito a redução da busca terapêutica e dificuldade de acesso a serviços de saúde e terapias em cidades vizinhas. Contudo, o cuidado em prover alimentos diários e abrigo para pessoas, que apresentam perturbações mentais crônicas, mesmo que estas, por diversas razões, não alcancem sucesso individual do ponto de vista da plena aceitação social, já é de grande importância. Desta forma, é possível reconhecer o importante papel das redes terapêuticas formadas em torno da doença e a utilização dos recursos comunitários em saúde, uma vez que estas oferecem ao portador de problemas mentais crônicos o suporte que ele, de outra forma, não teria nas instituições psiquiátricas hospitalares e, sobretudo, criam condições para que estes permaneçam em intensos contatos sociais que têm importante papel para sua recuperação das crises e eventual reabilitação.

Notas

¹ A pesquisa intitulada “Práticas Terapêuticas e Culturais em Saúde Mental na Bahia” teve suporte financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico-CNPq. Processo número 523829/94.9.

² A Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, tornou-se conhecida como Lei Paulo Delgado e como Lei da Reforma Psiquiátrica, que instituiu um novo modelo de assistência aos transtornos mentais no Brasil.

³ O “comportamento excessivo” do rapaz em questão caracteriza-se pelo alto consumo de bebidas alcoólicas, cigarros, maconha, agitação, insônia.

Referências

ALMEIDA-FILHO, Naomar CAROSO, Carlos. Social and Cultural Landmarks for Community Mental Health: Phase I - Signs, Meanings and Practices Related to Mental Health in Bahia, Brazil. Salvador: Projeto de Pesquisa, 1991.

BOTT, E. *Família e rede social*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1976.

CAROSO, Carlos; RODRIGUES, Núbia; ALMEIDA FILHO, Naomar. Manejo Comunitário em Saúde Mental e Experiência da Pessoa. *Horizontes Antropológicos*, v.9, p.63 - 83, 1998.

CAROSO, Carlos; RODRIGUES, Núbia. Nativos, veranistas e turistas: identidades, mudança e deslocamento sociocultural no Litoral Norte da Bahia. *Turismo em Análise*. , v. 9, p.61 - 75, 1998.

CORIN, E.; Bibeau, G. *et ali. Comprendre pour soigner Autrement: repères pour regionaliser les Services de Santé Mentale*. Montreal: Les Presses de l'Université de Montréal, 1990.

DAMATTA, R. *A casa & a rua*. Rio de Janeiro: Rocco. 1985.

FRY, P. H.; HOWE, G. N. Duas respostas à aflição: umbanda e pentecostalismo. In: *Debate e Crítica*. São Paulo, n° 6, jul/1975.

GOOD, B. J. “Culture and Psychopathology: Directions for Psychiatric Anthropology”. In: SCHWARTZ, T.; White G. M.; Lutz, C. A. (eds.) *New Directions in Psychological Anthropology*. Cambridge: Cambridge University Press.

GREENLEY, James R. (ed.) *Research in Community and Mental Health - Mental Disorder in Social Context*. London: Jai Press Inc. v. 6, 1990.

HAHN, R.; KLEINMAN, A. Biomedical Practice and Anthropological Theory: Frameworks and Directions. In: SIEGEL, Bernard J., (ed.) *Annual Review of Anthropology*. Palo Alto, California, v. 12, 1983.

INECOM. *The International Network for Cultural Epidemiology and Community Mental Health*. Montreal: WHO Collaborating Center for Research and Training in Mental Health.

JANZEN, J. M. *The Quest for Therapy in Lower Zaire*. Berkeley: University of California Press, 1978.

KLEINMAN, A. *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland Between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press, 1980.

MONTERO, P. *Da doença à desordem: a magia na umbanda*. Rio Janeiro: Graal, 1985

PONDÉ, Milena; CAROSO, Carlos. Lazer como fator de proteção da saúde mental. *RCM. Revista de Ciências Médicas*. , v.12, p.03-18, 2003.

POOL, R. *Dialogue and the Interpretation of Illness*. Oxford: Berg Publishers, 1994.

RODRIGUES, N.; CAROSO, C.; ALMEIDA-FILHO, N. Uma leitura antropológica sobre as causas da loucura, no município de Conde. Salvador. Trabalho apresentado no I Encontro Nacional de Antropologia Médica, 1993.

RODRIGUES, Núbia; CAROSO, Carlos. A sina de curar: a palavra de um terapeuta religioso. *Horizontes Antropológicos*. v.12, p.183-212, 1999.

When Healing is Prevention: Afro-Brazilian Religious Practices Related to Mental Disorders and Associated Stigma In Bahia, Brazil. *Curare* (Berlin). v.12, p.195-214, 1997.

YOUNG, James C. *Medical Choice in a Mexican Village*. New Jersey: Rutgers, 1981.