

C 727245  
R1484737102  
"BCS - R" 02-05-02

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
FACULDADE DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA  
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**



**O VIVER COM O TRANSTORNO MENTAL NO CONTEXTO  
FAMILIAR: ABORDAGEM CULTURAL.**

**NORMA FAUSTINO ROCHA**

616.8915  
R 574v  
ex. 2u

**FORTALEZA-CEARÁ**

**2002**

**NORMA FAUSTINO ROCHA**

**O VIVER COM O TRANSTORNO MENTAL NO CONTEXTO  
FAMILIAR: ABORDAGEM CULTURAL.**

**FORTALEZA-CEARÁ**

**2002**

**NORMA FAUSTINO ROCHA**

**O VIVER COM O TRANSTORNO MENTAL NO CONTEXTO  
FAMILIAR: ABORDAGEM CULTURAL.**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Curso de Mestrado em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, área concentração – Epidemiologia.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Maria Grasiela  
Teixeira Barroso

**FORTALEZA-CEARÁ**

**2002**



R574 Rocha, Norma Faustino

O viver com o portador de transtorno mental no contexto familiar:  
abordagem Cultural/ Norma Faustino Rocha.- Fortaleza, 2002.

150f.

Orientadora: Profª. Drª. Maria Grasiela Teixeira Barroso.

Dissertação ( Mestrado). Universidade Federal do Ceará. Curso  
de Mestrado em Saúde Pública.

1. Saúde Mental- Família 2. Etnografia

I. Título

CDD 616.8915

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**CURSO DE MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

**O VIVER COM O TRANSTORNO MENTAL NO CONTEXTO  
FAMILIAR: ABORDAGEM CULTURAL.**

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Grasiela Teixeira Barroso.  
Presidente.

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Neiva Francenely Cunha Vieira.  
Examinadora.

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Júlia Boucher.  
Examinadora.

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Violante Augusta Batista Braga.  
Examinadora Suplente.

## O LOUCO

Perguntais-me como me tornei um louco. Aconteceu assim:

Um dia, muito tempo antes de muitos deuses terem nascido, despertei de um sono profundo e notei que todas as minhas máscaras tinham sido roubadas e corri sem máscaras pelas ruas cheias de gente, gritando:

Ladrões, ladrões, malditos ladrões!

Homens e mulheres riam de mim e alguns correram para casa, com medo de mim. E quando cheguei à praça do mercado, um garoto trepado no telhado de uma casa gritou:

É um louco!

Olhei para cima, para vê-lo. O sol beijou pela primeira vez, minha face nua. Pela primeira vez, o sol beijava a minha face nua e minha alma inflamou-se de amor pelo sol, e não desejei mais minhas máscaras. E como num transe, gritei:

Benditos, benditos os ladrões que roubaram minhas máscaras!

Assim me tornei louco.

E encontrei tanto a liberdade como a segurança na minha loucura. A liberdade da solidão e a segurança de não ser compreendido, pois aquele que nos compreende escraviza alguma coisa em nós.

KALIL GIBRAN

Dedicamos este trabalho a todos os “usuários” do Hospital-dia **LUGAR DE VIDA** e em especial às famílias de **FLÁVIO, AMÂNCIO, RITA, ALONSO, HÉLIO, CLÉBER, VLÁDIA e GABRIEL** que, ao me acolherem na intimidade de seus lares, contribuíram de forma valiosa para sua realização.

## MINHA GRATIDÃO

A Deus, por me haver presenteado com a vida. Aos meus pais, Antonio e Adelaide, que em vida me despertaram a inquietude, o desejo, a crítica, a fé, a autoconfiança, a humildade e o amor. À minha filha e amiga, Tatiana Victor, com quem compartilho alegrias e tristezas do cotidiano nestes vinte e quatro anos de vida em comum. Ao meu sobrinho Silano Bluhm, por seu companheirismo, apoio e valiosa contribuição na confecção gráfica deste trabalho. À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Grasiela Teixeira Barroso, pela orientação, incentivo, apoio, carinho e disponibilidade dispensados ao longo desta jornada. À Prof<sup>a</sup> Dra<sup>a</sup> Júlia Bucher, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Neiva Francenely Cunha Vieira e Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Violante Augusta Batista Braga, por aceitarem o convite para participar da comissão de defesa da dissertação. À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Luiza Jane Eyre de Souza, pela inestimável ajuda. À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Lígia Regina S. Kerr Pontes, coordenadora do Curso de Mestrado, por acreditar e incentivar minha vitória. Aos docentes e funcionários do Curso de Mestrado em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, pela atenção e disponibilidade mostradas. Aos colegas do Curso de Mestrado em Saúde Pública, pela amizade, incentivo e companheirismo. Ao Dr. Prof. Vianey Mesquita pela correção gramatical e Norma Linhares, pela bibliográfica. À equipe de profissionais do Hospital-dia LUGAR DE VIDA do Hospital de Saúde Mental de Messejana, seus clientes e familiares, pelo incentivo e cooperação. Aos demais que de alguma forma contribuíram para a construção da minha trajetória profissional e realização deste trabalho.

## SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>2 NOSSA INSERÇÃO NA SAÚDE MENTAL</b> .....	11
2.1 Objetivo do Estudo .....	17
<b>3 O PERCURSO DA ANTROPOLOGIA À ETNOGRAFIA</b> .....	18
<b>4 O CAMINHAR METODOLÓGICO</b> .....	24
4.1 Natureza do Estudo.....	24
4.2 O Contexto da Pesquisa .....	24
4.3 Instrumentos e Procedimentos.....	25
4.4 Os Informantes .....	25
4.5 Seleção das famílias e modos de acesso .....	29
4.6 A ética norteando os caminhos da Pesquisa .....	30
4.7 Análise dos dados.....	31
<b>5 RESULTADOS: Retratando a cultura</b> .....	35
5.1 Cenários culturais .....	35
5.2 Mapeando as famílias .....	47
5.3 Descrição e análise dos Domínios Culturais.....	76
5.4 As Taxonomias .....	120
5.5 Tema cultural: <b>CONVIVER COM A DOENÇA É DIFÍCIL!</b> .....	131
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	140
<b>7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	146
<b>8 APÊNDICE</b> .....	150

## RESUMO

O presente trabalho explora o viver com o transtorno mental por portadores e familiares, e foi realizado mediante inserção intensiva do pesquisador no contexto cultural dos informantes. Tendo como referencial metodológico os conhecimentos da Antropologia e delineado de forma qualitativa com enfoque etnográfico, o estudo descreve a experiência de oito famílias de portadores de transtorno mental, clientes de um hospital-dia, destacando o significado desta, com ênfase no discurso dos participantes através do qual foram construídas categorias sob formas de domínios e taxonomias para deles extrair o tema cultural: **Conviver com a doença é difícil!** que vem representar o conhecimento cultural dos pesquisados acerca da realidade que os cerca. Os resultados apontam para a necessidade de se repensar a prática em saúde mental nos contextos de família e de se centralizar os cuidados, levando em conta diagnósticos a serem realizados dentro do espaço familiar e comunitário a fim de que se possa construir um modelo de assistência em saúde consoante com a realidade sociocultural das famílias contempladas.

## ABSTRACT

The present study looks into the consequences that living with a mental disorder may bring to both patients and their families. The research was done through

the intensive insertion of the researcher in the cultural context of the informants, adopting concepts from Anthropology as a methodological reference and giving the data a qualitative treatment under an ethnographic perspective. This study describes and highlights the experiences the families of eight mental disorder patients went through during the period that patients were being treated in the same hospital. The focus is on the research domains and taxonomies. Through these categories the theme **Living with a mental disorder is difficult** was extracted, which represents the cultural knowledge of the informants about the reality that surrounds them. The results point out to the necessity of re-thinking the practice of mental health services in familiar contexts and of re-focusing these services, taking into account the diagnoses to be made into familiar and community environments, so that a new health care model can be built according to the sociocultural reality of its target families.

## 1 INTRODUÇÃO

O viver com o transtorno mental no contexto cultural familiar foi uma das inquietudes surgidas ao longo da nossa prática profissional. No capítulo 2 buscamos descrever esta experiência e a construção do objeto de estudo que culminou com um projeto de dissertação de mestrado. No capítulo 3 traçamos o percurso histórico da Antropologia à Etnografia, destacando as principais escolas e suas premissas básicas, exploramos, dentre outros conceitos de cultura, aquele que melhor se adequa ao nosso estudo e discorremos sobre o método etnográfico, justificando a escolha ao direcionar esta pesquisa. No capítulo 4, descrevemos o caminho metodológico, discorrendo ainda sobre os pressupostos éticos que nortearam nossa atuação como pesquisadores e limitações configuradas no curso desta experiência. No capítulo 5, retratamos os cenários culturais percorridos. Com o auxílio de genogramas realizamos o mapeamento das famílias estudadas, descrevemos os domínios e taxonomias que emergiram ao explorar os domínios revelando a realidade cultural na perspectiva dos informantes e discorremos sobre o tema cultural que representou a essência deste estudo e que se evidenciou como **CONVIVER COM A DOENÇA É DIFÍCIL!**. No capítulo 6, procedemos a breve reflexão sobre os resultados e finalizamos a pesquisa, correlacionando-os com a proposta deste estudo.

## 1 INTRODUÇÃO

O viver com o transtorno mental no contexto cultural familiar foi uma das inquietudes surgidas ao longo da nossa prática profissional. No capítulo 2 buscamos descrever esta experiência e a construção do objeto de estudo que culminou com um projeto de dissertação de mestrado. No capítulo 3 traçamos o percurso histórico da Antropologia à Etnografia, destacando as principais escolas e suas premissas básicas, exploramos, dentre outros conceitos de cultura, aquele que melhor se adequa ao nosso estudo e discorremos sobre o método etnográfico, justificando a escolha ao direcionar esta pesquisa. No capítulo 4, descrevemos o caminho metodológico, discorrendo ainda sobre os pressupostos éticos que nortearam nossa atuação como pesquisadores e limitações configuradas no curso desta experiência. No capítulo 5, retratamos os cenários culturais percorridos. Com o auxílio de genogramas realizamos o mapeamento das famílias estudadas, descrevemos os domínios e taxonomias que emergiram ao explorar os domínios revelando a realidade cultural na perspectiva dos informantes e discorremos sobre o tema cultural que representou a essência deste estudo e que se evidenciou como **CONVIVER COM A DOENÇA É DIFÍCIL!**. No capítulo 6, procedemos a breve reflexão sobre os resultados e finalizamos a pesquisa, correlacionando-os com a proposta deste estudo.

## 2 NOSSA INSERÇÃO NA SAÚDE MENTAL

A experiência com portadores de transtorno mental se deu no curso de nossa vida profissional. Os primeiros contatos ocorreram ainda no início de formação acadêmica, através da disciplina Enfermagem Psiquiátrica, cuja estruturação, na época, privilegiava o estudo dos quadros nosológicos emergentes do saber psiquiátrico, com pouca ênfase na compreensão e desenvolvimento das relações humanas, razão por que esta fase caracterizou-se por muita angústia e dificuldades. Ocorria, porém que, durante o estágio curricular, tínhamos pouco ou nenhum contato com os familiares destes. O muito que sabíamos dele dizia respeito a uma doença e seus sintomas, um remédio que tomava e quase nada sobre a pessoa humana, seu cotidiano, relacionamentos, sonhos e aspirações interrompidos pela doença, assim como os planos de intervenção terapêutica, centrados nos sintomas, não ensejavam a promoção e manutenção das funções sadias que deles restara. Consideramos ainda que um dos fatores que interferiram negativamente nesta vivência inicial foram, os preconceitos arraigados que trazíamos em torno do portador e sua doença, tais como: doença sem cura, ser o portador de transtorno mental uma pessoa agressiva, imprevisível, não sociável e, portanto, aquele que mobiliza sentimento de medo, pena ou atitudes de repulsa ou controle. Pereira (1993), em pesquisa junto a universitários paulistas, identificou dentre as aceções atribuídas à loucura uma forte tendência em descrevê-la como uma falha da forma consciente, normal, equilibrada e sadia de ser, um desvio do grupo social. Tais aceções serviram e ainda hoje, servem para dar suporte a condutas de segregação social impostas aos portadores desses transtornos. Posteriormente, ao ingressar na vida profissional como enfermeira assistencial numa clínica para tratamento de transtorno mental, percebemos que a clientela em sua maioria era submetida a longos períodos de internação, segregada da vida social, distanciada de seu contexto de origem e sem contato com suas famílias. A angústia desta constatação nos conduziu por diversos caminhos onde, ensaiávamos estratégias, na sua maioria infrutíferas, dada à ideologia adaptativo-repressiva que secularmente reinava nestas instituições. Moffat (1991), aponta a estrutura e a ideologia do manicômio como responsáveis pelo brutal

empobrecimento da vida dos portadores com efeitos deletérios na sua autonomia e respeito. O aprofundamento da visão crítica nos revelou o hospital psiquiátrico como lugar de miséria, ociosidade, isolamento social, abrigo daqueles que não pertenciam à produção e racionalidade da ordem social vigente. Naquela época, ainda predominava a abordagem terapêutica medicamentosa. Desde então passamos a nos indagar sobre as circunstâncias que contribuíram para o adoecer dessas pessoas, transformando-as em sujeitos à margem de sua própria história, como também passamos a perceber que a tentativa de se compreender o adoecer mental dos portadores somente a partir da perspectiva intrapsíquica limitava a compreensão do contexto relacional onde ela se instaurava. Na medida que nos inseríamos na área da saúde mental, em detrimento da doença mental tanto mais sentia necessidade de entender a experiência do portador com a doença e pudemos observar que, a despeito do discurso familiar sobre a expectativa de cura, era difícil para as famílias se deslocarem dos espaços instituídos em decorrência da emergência do transtorno, uma vez que sua expectativa visava ao retorno das condições relacionais que se configuravam antes do adoecimento de seu membro e a conseqüente manutenção de papéis preestabelecidos no contexto familiar.

Em 1987, ao ingressar na Universidade de Fortaleza como docente da disciplina Enfermagem Psiquiátrica, passamos a adotar, como prática de estágio, o planejamento assistencial do portador, contemplando a participação familiar, através de acompanhamento domiciliar periódico. Esta experiência nos motivou a aprofundar estudos sobre o sistema familiar e sua experiência com o adoecer mental de seus membros. Pudemos ainda perceber que as famílias também careciam de intervenções que possibilitassem compreender e aceitar a experiência de conviver com o portador de transtorno mental e que estas intervenções envolveriam a descoberta de significados culturais das mesmas no enfrentamento do transtorno mental e, conseqüentemente, melhor utilização de seus recursos culturais para o processo de recuperação do portador. Além disso, a implementação do planejamento assistencial, não raro, trazia resultados insatisfatórios em razão das dificuldades das famílias e portadores em aderir às prescrições de condutas e comportamentos, uma vez que, ao recebê-las, não tinham oportunidades de expressar suas idéias acerca desta experiência, seus sentimentos e dificuldades ao

conviverem com o transtorno mental, seus modos de enfrentamento utilizados para se adaptarem a situações delas decorrentes. Refletindo este quadro, percebemos que nossas intervenções eram pautadas numa concepção muito pessoal e estritamente científica do que são o transtorno mental, suas causas e modos de tratá-lo e que, na maioria das vezes estavam distante dos referenciais e concepções da clientela assistida. A tentativa de superar essa dificuldade foi aumentando nosso interesse para desenvolver estudos sobre portadores de transtorno mental crônicos e seus familiares, visando a uma melhor compreensão acerca da complexidade da situação. Com o passar do tempo, novos discursos surgiram para referendar as práticas terapêuticas na área, em defesa do portador de transtorno mental como cidadão e no questionamento da eficácia da prática assistencial nos manicômios. Estes tinham como eixo principal o Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica que, nos meados da década de 90, experimentava em Fortaleza, seu período de efervescência. Com a implementação da política de ressocialização dos portadores crônicos, passou-se a preconizar a redução do tempo de internação destes, privilegiando o tratamento com seguimento ambulatorial e a transição do espaço terapêutico para o contexto da família, medida esta que provocou impacto na organização e dinâmica do sistema familiar, uma vez que este, subitamente, foi transformado em principal agente de assistência, assumindo responsabilidades que antes eram exclusivas do Estado. Macedo (1997) salienta que a intensificação da convivência dos familiares com o portador de transtorno mental produz uma sobrecarga intensa que acaba por comprometer a saúde, a vida e a relação social de outros membros da família, obrigando-os a refazer seus planos de vida e redefinir integralmente seus objetivos. Esta realidade contribuiu para que percebêssemos a importância do engajamento da família no tratamento do portador, bem como, para a necessidade de explorar novas formas de relação que possibilitassem a reinserção dele na rede sócio-familiar a fim de ajudá-lo a reorganizar seu mundo e construir um projeto de vida.

Em 1993, iniciamos trabalho como docente na Universidade Estadual do Ceará e, nesta ocasião, incluímos o estudo de abordagem de famílias no conteúdo das disciplinas Enfermagem Psiquiátrica e Psicologia Aplicada. Neste período, como graduanda do Curso de Psicologia da Universidade de Fortaleza, desenvolvemos um

projeto para estágio em clínica no NUSPA (Núcleo Universitário de Psicologia Aplicada), denominado GISC (Grupo de Integração e Socialização Criativa). Destinado a crianças portadoras de transtorno mental, pertencentes ao grupo de espera para atendimento psicoterápico no Núcleo, o projeto tinha como proposta básica criar um espaço para o desenvolvimento das relações interpessoais grupais através de atividades de mediatização corporal, visando a explorar a manifestação espontânea da criatividade, expressão máxima das potencialidades, conteúdo emocional e exercício da relação gregária, a fim de superar dificuldades o campo da socialização. No decorrer desse processo de trabalho fez-se necessária formação de um grupo terapêutico destinado aos familiares das crianças assistidas para fazer face à ansiedade que estas expressavam em decorrência do convívio com o membro adoecido, bem como, possibilitar-lhes compartilhar suas vivências pessoais. Foi a partir da intensificação de trabalho com grupos de famílias, ouvindo-as expressarem seus sentimentos e percepções, que pudemos perceber que sua experiência no processo saúde-doença é singular e sua interpretação se dá de acordo com sua cultura. Whitaker (1992), ao refletir a “doença mental” a partir do enfoque sociológico acentua a necessidade de se pensá-la como algo produzido pelas dificuldades de adaptação do indivíduo a sua cultura e enfatiza a importância da adequada compreensão das relações entre cultura, subcultura e transtornos mentais para o conhecimento mais competente da questão. Atualmente, é consenso entre grande número de estudiosos, dentre eles, Minuchin (1990), Andolfi (1984), Berestein (1988), a necessidade de privilegiar o estudo das relações familiares na compreensão mais efetiva dos distúrbios emocionais que acometem a maioria das pessoas. A família é, usualmente, a mais importante unidade social do indivíduo. É neste contexto que as doenças surgem e, é dentro dele que as ações de promoção e manutenção da saúde são definidas e executadas. A experiência nos tem mostrado que, tanto no âmbito familiar como no contexto das práticas assistenciais, lidar com portadores de transtorno mental não parece ser uma tarefa simples. A percepção do modo de lidar com essa clientela por familiares e profissionais é fortemente influenciada por suas vivências e conhecimentos pessoais que, por sua vez, são diferenciados entre si. O conceito que a família tem de si própria, as expectativas atribuídas aos membros do grupo, no sentido de preservar a auto-imagem da família,

são seriamente abalados em face da emergência do transtorno mental, o que pode desencadear condutas sócio-excludentes que favoreçam o processo de cronificação. Ademais, o choque de conceitos existentes entre profissionais e familiares acerca da doença/saúde; normalidade/anormalidade; capacidade/incapacidade; invalidez/cura, bem como a adoção de medidas visando à promoção e manutenção da saúde, podem produzir resultados indesejáveis, como ineficácia na prática de cuidado e conseqüentemente, ausência de credibilidade pelos membros da rede de relações sócio-familiar ou a omissão dos familiares no processo de cuidado, onde a custódia institucional e a marginalização social do portador tornam-se prevalentes. Percebe-se também que o tratamento com ênfase na “doença” acentua o processo de exclusão social acabando por situar os terapeutas num eixo de abordagem acrítica que culmina com a persistência de práticas assistenciais, apesar dos portadores e de seus contextos socioculturais. Duarte Jr. (1983) atenta para este fato ao apontar como causa desse reducionismo a tentativa de se compreender e explicar o comportamento humano, levando em conta o estudo dos sujeitos isolados, à margem das condições socioeconômicas e culturais que determinam sua existência ou, por outro lado, enfocando tão-somente, as condições objetivas dos grupos sociais a que pertencem. O autor enfatiza a necessidade de se adotar um enfoque compreensivo do sistema relacional do portador, apreendendo os aspectos emocionais e afetivos presentes no contexto e modos como são expressos, a fim de penetrar nesta dimensão para além dos termos lógico-conceituais. Ackerman (1986, p.20) enfatiza a “doença mental” como expressão das relações significativas do indivíduo com seu grupo social, ao assinalar: *Os critérios para a doença e saúde mental não podem ser restritos aos indivíduos, eles devem englobar o indivíduo dentro do grupo bem como o grupo.* O Referido autor acredita que é neste espaço de troca emocional que se concentram as forças que constroem e destroem a saúde mental. Costa (1998) assinala a importância do sistema familiar como suporte de ajustamento de maturação do indivíduo e que tanto a estrutura, como a organização familiar e suas experiências estão ligadas à cultura. A autora, citando Zimmerman (1997), acentua que, a família é um grupo social delimitado e identificável, cujas dinâmicas possuem estreita relação com o contexto social mais amplo. Este grupo recebe influências dos membros que o compõem, compartilham significados

presentes nos mitos históricos, códigos e lógicas que configuram uma cultura particular. No sistema familiar, portanto, os valores, crenças e costumes constituem uma subcultura, são repassados aos membros através da rede de comunicação e servem de substrato na formação da identidade individual e grupal. O transtorno mental, na visão de Ackerman (1986), surge como expressão das relações do indivíduo com seu meio, notadamente com seu sistema familiar. Logo, consideramos de fundamental importância que o profissional compreenda a experiência da família e portador com o transtorno mental a fim de que possa promover o cuidado com base na especificidade cultural.

Neste trabalho, optamos por adotar a expressão transtorno mental no lugar da usual denominação "Doença mental", por compreendermos ser esta última, dicção estigmatizante a abrigar um conceito negativo que traduz anormalidade ou deficiência. Pereira (1993), ao abordar perspectivas que definem a doença mental apresenta a corrente organicista, que a concebe como um processo de origem endógena, e a corrente psicofuncional, que a define como uma alteração na estrutura da personalidade e desvio progressivo de seu desenvolvimento. Ambas, segundo o autor, desprezam o caráter relacional da doença e contexto onde ela se instaura. O significado da palavra "transtorno", presente no dicionário Luft (1996, p.609), definido como *...ação ou efeito de transtornar-se, desarranjo, por em desordem, desarrumar, contratempo, (perturbação mental)*, nos pareceu ser aquele que melhor reflete a nossa concepção de doença enquanto expressão da personalidade, de caráter transitório, representando maneiras do indivíduo enfrentar desafios, conflitos, reveses, agressões e mudanças da vida cotidiana, e que, ao nosso ver, embora em alguma época de sua vida possa levá-lo a entrar em sofrimento psíquico e a apresentar graus variados de desorganização, esta mesma experiência, se bem conduzida, poderá levá-lo a inovações positivas futuras e instauração de uma nova ordem.

Este estudo busca compreender a inserção do transtorno mental no contexto familiar mediante descrição do significado cultural desta experiência, tal como é percebida e compartilhada entre membros do grupo. A relevância deste trabalho deve-se à necessidade de motivar os profissionais de saúde mental a compreenderem o transtorno, levando em conta a óptica dos sujeitos envolvidos e

fornecer-lhes base para uma prática culturalmente sensível, possibilitando-lhes conhecer e compreender os padrões culturais que fundamentam os comportamentos humanos relacionados à saúde e doença, a fim de reorientar as condutas terapêuticas. Doença e saúde podem possuir significados diferentes para portadores, familiares e terapeutas. O processo terapêutico se conduzido às cegas pode resultar num longo percurso no curso do qual predominem mais retrocessos do que avanços. Qualquer atuação terapêutica que se pretenda eficaz passa pela capacidade do profissional em favorecer a integração do portador de transtorno mental, mediante reorganização dos processos do sentir e pensar, bem como a reestruturação das relações sócio-familiares envolvendo o intercâmbio da subjetividade, levando em conta contextos socioculturais específicos.

### Objetivo do estudo

Compreender o modo como familiares e portadores percebem e vivenciam a experiência com o transtorno mental dentro do contexto cultural, a fim de contribuir para uma prática terapêutica culturalmente sensível.

### 3 O PERCURSO DA ANTROPOLOGIA À ETNOGRAFIA

A experiência com o binômio saúde-doença é marcada por valores e crenças, que guardam relação intrínseca com os fatores culturais, numa dada sociedade ou grupo. Autores como Leininger (1978), Kleinman (1978), Helman (1994) e Lea (1993) compartilham a idéia de que a maneira como as pessoas lidam com estes fenômenos reflete percepções construídas em contextos socioculturais específicos.

Para desenvolver este trabalho, usamos como referencial os conhecimentos da Antropologia, envolvendo conceitos de cultura e etnografia.

Etimologicamente, o termo antropologia deriva da palavra *anthropos*, homem e *logos*, estudo, significando o estudo do homem. Como ciência, ela se propõe estudar o homem em sua totalidade. Na atualidade, é consenso entre autores, tais como Hoebel & Frost (1999), Marconi e Presotto (1998) e Laplantine (2000), que a Antropologia é uma ciência que busca conhecer o homem através dos aspectos pluridimensionais de sua totalidade a fim de elaborar uma compreensão da existência humana.

Gonçalves (1997) e Laplantine (2000), em seus relatos sobre a construção da Antropologia, acentuam que ela deriva da reflexão do homem sobre si mesmo e sua sociedade, e remonta aos primórdios da humanidade.

No Renascimento, ao se iniciar a exploração geográfica dos continentes desconhecidos, emergiram as primeiras indagações sobre os nativos e sua diversidade, possibilitando a construção de um saber especulativo sobre o homem e despertando a curiosidade dos viajantes. Estas viagens principiavam, no dizer de Laplantine (2000, p.58) *mais uma busca cosmográfica que etnográfica*. O objeto de investigação era a natureza e o interesse pelo estudo do homem em si centralizava-se no seu aspecto físico. No século XVI e XVII os viajantes passaram a coletar curiosidades e posteriormente a interpretar o material coletado. A partir de então, segundo o autor, criaram-se os “gabinetes de curiosidades”, tomando a atividade epistemológica cada vez organizada, porém é no século XVIII que surgirá uma atividade de organização e elaboração que foi denominada “Etnologia”. No final do

século XVIII uma nova postura epistemológica introduzida pelos filósofos defende a idéia de que se faça uma reflexão crítica e observação sistemática do homem social e cultural como resultado da participação ativa do investigador no campo. No entanto esse empreendimento só será possível a partir do século seguinte.

No século XIX, ocorre a partilha do Continente Africano entre as potências européias, dando início à conquista colonial. Neste contexto, nasce a Antropologia moderna que tomará como primeiro objeto de estudo as sociedades primitivas. A partir deste período, floresceram escolas que contribuíram para a emancipação do discurso antropológico. A primeira delas foi denominada Evolucionismo, tendo como seus principais representantes: Spencer (1820 -1903), Maine (1822 – 1888), Tyler (1838-1917). Inspirado na geologia e pré-história, o Evolucionismo considera que o conhecimento de nossas sociedades de origem está ligado ao conhecimento das sociedades primitivas, uma vez que estas se constituíam formas simples de organização social e mentalidade que em nossa sociedade contemporânea evoluíram com o tempo. Busca compreender, a partir do estudo do primitivo, a origem das sociedades complexas, reconstituindo historicamente os estágios de evolução da civilização e da cultura.

No início do século XX Franz Boas criticou a noção de reconstituição dos estágios, enfatizando a importância do contexto no significado de um costume. Defendendo a idéia de que a transformação da cultura se dá por contato e difusão limitada a conjuntos etno-geográficos que ele denominou *Áreas Culturais*, inaugurou com outros representantes, a Escola Norte-americana, que ficou conhecida como Difusionismo.

Nas décadas que se sucederam, o crescimento da Antropologia tornou-se patente e novas escolas foram surgindo. Dentre elas, podemos destacar o Funcionalismo: B. Malinowski- (1884-1942) e A. R. Radcliff-Brown (1881- 1955); O Configuracionismo: Sapir, Benedict, M. Mead; Estruturalismo: C.Lévi Strauss (1908), dentre outros.

O Funcionalismo surgiu a partir dos trabalhos de Malinowski (1884-1942), Ao propor uma teoria funcional para o estudo da cultura, ele afirma que para atender a sua necessidade de sobrevivência o homem constrói um ambiente secundário e este se constitui a cultura propriamente dita.

Autores como Kaplan & Manners (1981), Marconi e Presotto (1998), Minayo (1999) e Laplantine (2000), sustentam que o Funcionalismo, ao explicar a estrutura social e diversidade cultural, parte da premissa de que as sociedades são sistemas vivos compostos por elementos em interação interrelacionados e interdependentes. Esses elementos integram-se ao todo como subsistemas e buscam o equilíbrio mediante reajustes, desenvolvem mecanismos de controle para regular desvios que são absorvidos e integrados aos sistemas de crenças, valores e normas, compartilhados consensualmente pelos subsistemas em constante interação e consensualmente reforço mútuos. O pressuposto básico do Funcionalismo implica em afirmar que todos os sistemas culturais funcionam de acordo com certos requisitos, visando a atender às necessidades funcionais para a sua sobrevivência e que se, presumivelmente não forem atendidos, resultará na sua desintegração ou mudança. Nesta perspectiva, as instituições, atividades e complexos culturais são explicados por suas relações específicas com um sistema mais amplo, bem assim pelo modo como essas relações contribuem para a manutenção do supra-sistema.

Com base no exposto faz-se necessário, neste trabalho, discutir alguns significados do termo cultura para articulá-la nos modos de percepção dos transtornos mentais a serem estudados junto ao portador e família.

Gonçalves (1998) informa que os antropólogos divergem na definição de cultura, o que permite apreendê-la sob diversos enfoques; consiste para uns em comportamento aprendido, para outros, numa abstração do comportamento representada por símbolos, havendo ainda aqueles que a consideram a soma total de idéias, reações emocionais condicionadas a padrões de comportamento habitual de seus membros, adquiridos por meio de instrução ou da imitação.

Em Leininger (1978), cultura é constituída por valores, crenças, normas de comportamento e práticas relativas ao estilo de vida aprendidos, compartilhados e transmitidos por um grupo específico, que orientam o pensamento, as decisões do grupo e as ações dos elementos pertencentes ao grupo.

Hoebel & Frost (1999) asseveram que cultura não é resultado de herança biológica, pois é um sistema integrado de padrões de comportamentos característicos dos membros de uma sociedade.

Geertz (1989) define a cultura como uma ciência que busca interpretar os sentidos construídos pelo próprio homem e que servem de mecanismo de controle que visam governar seu comportamento social.

Santos (1973) faz referência a duas concepções básicas que orientam o conceito de cultura. A primeira trata da totalidade de uma realidade social e a segunda do conhecimento que a sociedade tem dessa realidade e formas de expressá-la. Desta forma, ele define cultura como a dimensão social que inclui todo o conhecimento num sentido ampliado e maneiras como ele é expresso.

Spradley (1979, p.5) conceitua cultura como sendo, *conhecimento adquirido pelas pessoas para interpretar sua experiência e gerar comportamento social*. Consideramos este conceito como aquele que melhor se adequa ao nosso estudo porque acreditamos que portadores de transtorno mental e seus familiares possuem conhecimentos próprios acerca do processo saúde-doença mental resultando em formas específicas de interpretar e se comportar em face essa experiência e que, para compreendê-la, devemos levar em conta suas próprias concepções culturais do fenômeno e sua inserção no contexto social. De acordo com o autor, todo grupo social elabora regras culturais para agir e interpretar sua própria experiência. Esse conhecimento adquirido, que ele denomina, Conhecimento Cultural, possui significado comum, sendo, portanto, compartilhado por todos os membros da cultura e se constitui um mapa cognitivo que serve como guia e que lhes permite atuar frente a diversas ocasiões sociais antecipadas ou não. O conhecimento cultural pode estar presente no indivíduo de forma consciente (explícito) ou não (tácito). Seu uso é universal e produz comportamento cultural, presente não apenas nas atitudes e sentimentos expressos, como também no ambiente físico e eventos da vida cotidiana. O mesmo não pode ser apreendido mediante simples observação direta, mas por inferências culturais, ao observarmos o comportamento cultural, através dos artefatos culturais (aquilo que as pessoas usam e fazem) e das mensagens discursivas (aquilo que as pessoas falam):

*...Em cada sociedade as pessoas podem fazer uso de um complexo sistema de significados para organizar seu comportamento, para compreenderem a si mesmas e aos outros e dar sentido ao mundo em que vivem. Estes*

*sistemas de significados constituem sua cultura.*  
(SPRADLEY; p.5,1979).

Torna-se imperativo, portanto, que pesquisador e pesquisados compartilhem dos modos culturais que constituem a realidade cotidiana para melhor compreendê-la. Para se obter o conhecimento cultural os estudiosos da cultura propõem o método etnográfico.

Parse, Coyne e Smith (1985) descrevem a Etnografia como um ramo da Antropologia relativo à descrição dos grupos culturais. O pesquisador, ao penetrar no mundo cultural de um grupo, explora sistema de símbolos, rituais e costumes, adquirindo conhecimento de uma cultura particular a partir do qual poderá fazer conceituações desse mundo.

Triviños (1987) define a Etnografia como o "*Estudo das Culturas*", destacando que uma de suas premissas básicas é, que existe um mundo cultural que precisa ser conhecido. Conclui a partir desta premissa que existem duas realidades culturais - a do etnógrafo e a dos sujeitos pesquisados, que o estudo pretende desvendar.

Laplantine (2000) assinala que a Etnografia propriamente dita só começou a existir a partir do momento em que o pesquisador se deu conta de que ele próprio deveria efetuar a pesquisa de campo, a partir do trabalho de observação direta. Ao abandonar seus gabinetes de trabalho para compartilhar da intimidade dos membros da sociedade estudada, ele aprende não só a viver e pensar como eles, mas também a sentir suas emoções.

Winkin (1998), ao traçar seu percurso histórico, relata: Inicialmente voltada para a reconstituição da cultura a partir dos objetos, a Etnografia realiza sua primeira revolução com Malinowski, que, em sua obra intitulada *Os Argonautas do Pacífico Ocidental* (1922), procura reconstituir a vida social do nativo, captando seu ponto de vista e sua compreensão do mundo, através da observação participante. A segunda revolução da Etnografia ocorreu por volta de 1930 e 1935, quando antropólogos realizam estudos sistemáticos de pequenas cidades americanas como se fossem microssociedades. A terceira revolução se dará nos anos 50 quando os antropólogos abandonam a pesquisa tendo como foco os grupos de minorias e se empenham em compreender como as pessoas vivem. Nesta perspectiva, o trabalho etnográfico não

se restringe ao estudo da cultura das sociedades primitivas, mas consiste também em compreender as regras implícitas e explícitas e o saber manifesto e latente, que permitem os indivíduos adquirirem comportamentos previsíveis e se tornarem membros de uma cultura em qualquer sociedade.

A Etnografia, para Spradley (1979) consiste num trabalho de campo que visa a descrever a cultura, com o objetivo de compreender outro modo de vida sob o ponto de vista dos membros da cultura pesquisada, como também as regularidades e variações do comportamento social. A abordagem etnográfica mostra-se adequada à realização deste estudo porque permite explorar a experiência cotidiana dos portadores de transtorno mental e de seus familiares, desvendar seus conhecimentos próprios e formas peculiares de interpretá-la e lidar com ela. Ao estudar o universo cultural dos indivíduos portadores de transtorno mental no contexto familiar, partimos da crença de que a família em sua convivência diária, ao construir conhecimento cultural próprio, contribui para edificar dinâmicas relacionais específicas. Ao penetrar neste universo para compreendê-lo esperamos estar prestando com seus resultados uma contribuição através da qual o profissional de saúde possa planejar uma assistência com base na visão de portadores e familiares acerca do fenômeno saúde-doença, possibilitando uma abordagem global dos indivíduo com vistas à adoção de medidas de intervenção mais eficazes.

## **4 O CAMINHAR METODOLÓGICO**

### **4.1 Natureza do Estudo**

O estudo da cultura familiar de portadores de transtornos mentais se baseia na apreensão do comportamento e seus significados implícitos e explícitos presentes no relacionamento cotidiano e que são expressos por seus membros através de valores, crenças e atitudes peculiares que eles adotam em face desta experiência. Como nossa intenção neste trabalho consistia em desenvolver uma compreensão deste fenômeno passamos a refletir sobre qual método melhor se adequava a nossa proposta de investigação.

Minayo (1999) atenta para o fato de que a escolha do método não pode ser realizada com base na opção pessoal do pesquisador, devendo levar em conta o caráter específico do objeto de conhecimento. Com efeito, o percurso metodológico deste estudo foi delineado de forma qualitativa e o enfoque etnográfico evidenciou-se como o mais adequado na busca da compreensão das experiências dos atores envolvidos no fenômeno estudado.

### **4.2 O Contexto da Pesquisa**

O estudo teve início no hospital-dia em instituição psiquiátrica de referência em assistência no nível secundário, pertencente à rede pública do serviço de saúde da cidade de Fortaleza-Ceará-Brasil, mediante visitas semanais ao hospital-dia e participação nas atividades diárias. A etapa anterior à entrada no campo foi realizada através da instituição hospitalar, juntamente com profissionais, portadores e familiares, e tinha como objetivo iniciar um relacionamento que possibilitasse a seleção dos informantes. A opção por este tipo de instituição como porta de entrada para que pudéssemos travar os primeiros contatos ateu-se ao fato de que sua modalidade de assistência busca tratar o indivíduo preservando o vínculo existente entre eles e sua família. Posteriormente, foi considerado o domicílio dos portadores. A nossa inserção no campo foi precedida de etapas necessárias à preparação para realizar a observação de campo, escolha dos informantes e entrevista. Para tanto começamos por submeter o projeto à apreciação da Comissão de Ética do hospital.

Após o cumprimento das formalidades legais, nos encaminhamos ao campo e entramos em contato com a coordenadora a qual se encarregou de nos apresentar à equipe e aos portadores.

### 4.3 Instrumentos e Procedimentos

Segundo Gonzalez (1993), o principal instrumento para a pesquisa do tipo etnográfico é o pesquisador o qual desenvolve seu trabalho de campo através de uma convivência assídua com o fenômeno estudado. Os instrumentos eleitos para o desenvolvimento deste trabalho foram a observação participante, o diário de campo e a entrevista etnográfica. A observação participante foi escolhida para ser utilizada neste estudo porque, levando em conta suas características, permite reconhecer as peculiaridades do comportamento humano e sua vida em grupo. Neste estudo, utilizamos o modelo de observação participante proposto por Spradley (1980). De acordo com o autor, a observação participante é freqüentemente utilizada como estratégia para assistir às pessoas em seu ambiente natural. Na observação participante, o pesquisador, presente em uma determinada situação social, desenvolve uma relação face a face com os participantes, realizando com eles suas atividades do cotidiano enquanto procede à observação e à coleta de dados. O autor ensina que a observação participante se inicia pela identificação da situação social a ser observada mediante definição do local, atores e atividades. No decorrer da investigação, o observador participante adota diversos papéis conforme seu grau de envolvimento, podendo ser:

não participação - situações em que o pesquisador coleta dados apenas observando, sem se envolver com a cena;

participação passiva - o pesquisador, embora esteja presente na cena não participa dela, sendo apenas um expectador;

participação moderada - o pesquisador observa e participa de maneira equilibrada;

participação ativa - o pesquisador procura fazer o que as outras pessoas estão fazendo visando aprender as regras culturais; e

participação completa - o pesquisador observa enquanto participa mantendo alto nível de envolvimento.

O autor nos ensina que, a observação é um processo que deverá contemplar as seguintes fases: o pesquisador inicia fazendo observações descritivas e que deverão ser realizadas até a fase final da pesquisa, objetivando obter uma visão ampla da cena cultural. Após o registro e análise inicial dos dados, prossegue fazendo observações focalizadas, e, por último, após análise e observações repetidas no campo, passa a realizar observações seletivas. A princípio procuramos observar sem participar das atividades, apenas registrando nossas observações no diário de campo. Na fase de participação passiva, intensificamos presença junto ao grupo inserindo-nos em outros cenários culturais a fim de possibilitar nosso contato com portadores e respectivas famílias, tais como, festividades de confraternização de Natal, carnaval, passeios. Em seguida, iniciamos a fase de participação moderada, quando passamos a fazer contatos informais com os participantes, procurando estabelecer uma relação de empatia que nos possibilitasse a seleção das famílias que participariam do estudo. Nesta fase ouvimos suas queixas, trocávamos impressões sobre o estado do portador e acompanhamos a equipe do hospital às visitas domiciliares. A fase de participação ativa possibilitou maior grau de intimidade com portadores e famílias, destacando nossa inserção nas dinâmicas grupais familiares como membro do grupo contribuindo verbalmente na etapa de integração. Neste período, sinalizamos nosso interesse em fazer acompanhamento domiciliar e percebemos a receptividade das famílias abordadas. Os familiares expressavam satisfação ante a possibilidade de nos receber em suas casas. Uma delas assim se expressou *...me avise o dia pra eu reunir o pessoal lá de casa...* (familiar)

*...Se a Sra. não se importa, a casa é pobre, más vamos ficar muito feliz.* (familiar).

A fase de participação completa caracterizou-se pela inserção no contexto familiar e a convivência íntima com as famílias. A ocasião da minha presença já não constituía fato inédito. A receptividade demonstrada pelas famílias nos fazia sentir, em alguns momentos, como se fossemos membro da família.

As transições através das fases acima descritas não foram estanques, mas realizadas de forma gradual e descontínua respeitando o tempo de cada portador e família, foi necessário, então, um período aproximado de seis meses para selecionar aquelas que participariam da pesquisa fazer uma abordagem mais direcionada para o objeto de estudo. No diário de campo foi registrado o material colhido durante a observação participante. Spradley (1979) sugere que as anotações de campo sejam organizadas obedecendo às seguintes etapas: primeiramente, sob forma de registro condensado, anotando-se palavras simples, frases e termos usados pelo informante. Uma segunda etapa denominada registro expansivo, consiste numa descrição detalhada dos registros condensados. Neste trabalho, sem perder de vista as recomendações propostas por Spradley (1979), para proceder à seleção e à organização dos registros, o diário de campo foi composto por uma parte descritiva e outra reflexiva, conforme proposto por Ludke & André (1986), baseados nas sugestões de Patton (1980) e Biklen (1982). A parte descritiva compreendeu a caracterização dos sujeitos, enfatizando os aspectos peculiares distintivos, reconstrução dos diálogos, descrição do ambiente aonde ocorreram observações de eventos especiais, atividades e comportamento das pessoas observadas. A parte reflexiva incluiu nossas observações pessoais no decorrer da pesquisa, compreendendo sentimentos, especulações, dúvidas, idéias e impressões, relacionados com o material observado, evolução, dilemas e conflitos éticos. Para os registros, utilizamos dois diários: o primeiro destinava-se ao registro da parte descritiva, seguida de registros reflexivos, e um diário individual para cada família, contendo observações ampliadas. Após o período de observação e aproximação com as pessoas e seleção dos participantes do estudo, passamos a proceder às entrevistas. A entrevista etnográfica ocorreu numa etapa posterior, com a seleção de informantes e por ocasião das visitas domiciliares. Consistiu em conversas informais com os informantes-chaves, objetivando principalmente o relato e significado da experiência para os indivíduos e obter sua visão do fenômeno.

Para Spradley (1979), a entrevista etnográfica consiste numa série de conversações amigáveis mediante as quais o respondente se converterá em informante. No decorrer dessas conversações, o etnógrafo gradualmente explicitará o propósito do trabalho, solicitando que o entrevistado expresse ponto de vista que

permita evidenciar seu conhecimento cultural. Nesta pesquisa, foi solicitado ao portador que falasse um pouco de sua vida e relatasse sua experiência ao viver como portador de transtorno mental e aos familiares foi solicitado que falassem sobre sua experiência em terem um portador de transtorno mental como membro de sua família. À medida que os informantes se expressavam, focalizávamos nossas indagações, solicitando que eles relatassem sua experiência diária com o membro portador de transtorno, expressando o significado desta vivência, bem como, os modos de enfrentamento utilizados por eles ao lidarem com as situações delas decorrentes. As entrevistas iniciais visaram ao maior número possível de membros da família, razão por que, foram realizadas nos finais de semana de forma que pudéssemos observar os cenários culturais, comportamento no contexto de família e os artefatos culturais julgados importantes. Na maioria das visitas procuramos conciliar o trabalho com o convite para almoçar na casa dos informantes ou passar o dia com eles, o que possibilitou uma maior intimidade com a família e desenvolvimento de uma relação menos formal. À medida que nos envolvíamos com o grupo familiar, percebíamos a necessidade de fornecer momentos de intimidade com alguns membros a fim de que eles pudessem falar mais abertamente de sua experiência. Então, agendávamos novas entrevistas que eram realizadas individualmente, algumas delas ocorreram nos dias úteis da semana quando o fluxo de membros da família no domicílio era menor. Essa manobra favorece a emergência de novas informações, no entanto, para não criar um clima de desconfiança entre os membros, tomamos o cuidado, durante as entrevistas grupais, de esclarecer aos membros da família a natureza dos meus questionamentos e o enfoque que seria dado. Após as primeiras entrevistas, foram escolhidas como informantes-chaves pessoas que, por conviverem diariamente com o portador, se mostrassem mais habilitadas para fornecer dados significativos e aspectos relevantes das experiências cotidianas no contexto familiar, porém, no decorrer das entrevistas contamos também com a contribuição de outros membros cujas informações complementares foram bastante valiosas, contribuindo para consolidar nossos objetivos. Alguns informantes foram entrevistados mais de uma vez a fim de que se pudesse realizar a validação dos dados. As entrevistas foram gravadas em fitas cassetes e os conteúdos transcritos na íntegra em impressos próprios,

identificados pelo sobrenome e nomes fictícios da família e informantes e data da entrevista.

#### 4.4 Os Informantes

Em nossa pesquisa foram considerados dois grupos de informantes-chaves: os portadores de transtornos mentais crônicos clientes do hospital-dia e seus cuidadores, sendo estes compostos por familiares responsáveis pelo portador que demonstrassem estar engajados em seu processo terapêutico. Como critérios para a escolha dos informantes, consideramos sua familiaridade com o fenômeno estudado mediante envolvimento com a cena cultural, o que implica ser ou conviver com o portador de transtorno mental e estar habilitado a falar desta experiência a partir da perspectiva de sua cultura, bem como demonstrar receptividade em participar da pesquisa. A abordagem aos informantes foi realizada num período aproximado de um mês e meio e foi feita de forma lenta e gradual quando procurávamos estabelecer contato diário através de conversas informais e participar quando solicitada das atividades desenvolvidas pelo grupo. Posteriormente, passamos a participar das reuniões familiares.

#### 4.5 Seleção das famílias e modos de acesso

O contato com as famílias se deu no hospital-dia por ocasião das reuniões familiares. No início destas reuniões, fomos apresentados pela equipe terapêutica. Explicamos que éramos estudante de mestrado e que estávamos fazendo uma pesquisa que envolveria observação e posteriores entrevistas com portadores e familiares em seus domicílios. Após observar as reuniões familiares, começamos selecionando dez famílias, dentre as quais oito, foram incluídas no estudo. A decisão por excluir duas delas se deu por considerar que o rapport estabelecido não permitiu o grau de envolvimento almejado.

Dentre as maiores dificuldades encontradas para a seleção das famílias, podemos citar o comparecimento irregular dos familiares às reuniões semanais e rotatividade de usuários na instituição, fazendo-se necessário que a cada reunião fôssemos apresentada e obtivéssemos permissão dos familiares novatos. Também

podemos observar que o aumento de conflitos entre portadores e familiares significa a ausência destes da instituição, resultando em perda de contato. O acesso à residência dos usuários foi outro fator de dificuldade, pois a maioria morava em bairros distantes, muitas vezes desconhecidos para nós. Alguns deles não possuíam telefone para que se pudesse realizar contatos. Para superar essa dificuldade os acompanhamos no final do dia, ao retornarem para suas residências. Após cada visita procurávamos, se possível, aprazar o retorno para a semana seguinte, quando não, aguardava o contato confirmando a data com os familiares, de acordo com sua disponibilidade.

#### 4.6 A Ética norteando os caminhos da Pesquisa.

A observância de princípios éticos na abordagem aos informantes é de fundamental importância, considerando serem eles pessoas humanas cujos interesses nem sempre coincidem com os do pesquisador e suas agências de fomento, sendo, portanto, imprescindível salvaguardar o direito, interesses sensibilidade dos informantes. São inúmeras as situações que o pesquisador enfrentará, muitas das quais poderá colocá-lo frente a frente com dilemas éticos.

Spradley (1979), baseado nos Princípios de Responsabilidade Profissional da Council of de American Association (1971), ensina que o antropólogo deverá contemplar os interesses dos informantes ao se deparar com esse tipo de conflito. Tomando como base a Resolução do CNS nº 196 de 10/10/1966, consideramos como critério principal para escolha das famílias o respeito à disponibilidade de participação. Para tanto, foi esclarecido aos membros das famílias sobre o trabalho que estava sendo desenvolvido e a natureza dos nossos questionamentos, bem como, explicamos que eles poderiam, por livre e espontânea vontade, deixar de participar da pesquisa em qualquer etapa do processo, se assim desejassem. Procuramos também adequar nosso comportamento de modo a preservar os valores culturais, sociais, morais religiosos, éticos, hábitos e costumes dos grupos pesquisados. Para não violar a privacidade das famílias o período das visitas domiciliares era sempre combinado antecipadamente com os informantes. Ao descrever as famílias, foram utilizados nomes fictícios, a fim de proteger a identidade

de seus membros, assegurando-lhes a garantia de sigilo e anonimato. No decorrer do trabalho, em virtude da convivência íntima com as famílias, fomos testemunha de relatos, que se configuraram como *segredos*, os quais, nos abstermos de publicá-los ou interpretá-los, a fim de honrar a confiança em nós depositada. Após haver oferecido oportunidades para os participantes fazerem perguntas acerca dos objetivos e procedimentos relacionados ao estudo, foi-lhes solicitado que assinassem um termo de consentimento livre e esclarecido para participação na pesquisa, gravação e registro do material.

#### 4.7 Análise dos Dados

Com base nos dados das observações, que permeou todas as fases da pesquisa, e dos conteúdos obtidos após a realização das primeiras entrevistas, deu-se início a análise etnográfica, seguindo o método proposto por Spradley (1979). De acordo com o autor, a análise etnográfica compreende a busca dos aspectos de uma cultura e suas relações contextualizadas pelos informantes, realizada através do exame sistemático do fenômeno para dividi-lo em seus aspectos e identificar a relação entre esses aspectos com o todo. Ele propõe quatro tipos de análise de dados. Para este trabalho foram utilizados: Análise de domínio, Análise Taxonômica e Análise Temática.

##### Análise de Domínios.

O Domínio compreende a primeira e mais importante unidade de análise na pesquisa etnográfica e consiste numa categoria simbólica que inclui outras categorias menores. O processo de categorização do Domínio leva em conta as similaridades entre os termos populares identificados e registrados nas anotações de campo. Segundo Spradley (1979), o primeiro termo da estrutura do Domínio denomina-se Termo Coberto, denominações das categorias do conhecimento cultural presentes na fala do informante. O segundo denomina-se Termo Incluídos e consiste em termos populares que pertencem à categoria nomeada pelo Termo Coberto. A relação que estabelece ligação de significado entre esses termos constitui o terceiro termo do Domínio é chamado de Relação Semântica e sua função

é definir termos incluídos e situá-los no Domínio cultural. Para identificar os domínios culturais, iniciamos com a seleção de fragmentos do discurso de cada família em separado, agrupamos o maior número possível de termos populares, procurando estabelecer a relação semântica entre os Termos Incluídos e os Termos Encobertos. Repetimos este procedimento em outras partes do discurso e a seguir realizamos agrupamento e listagem de todos os Domínios identificados. As dificuldades encontradas no decorrer do estudo para selecionar e agrupar os Domínios culturais foram superadas com auxílio de colegas, que em seus estudos etnográficos utilizaram o mesmo método aliado a leituras de trabalhos com abordagem cultural realizados por outros pesquisadores, dentre eles: Souza (1997), Gonzalez (1893), Canhestro (1996) e Frota (1998), bem como, mediante retornos diversos ao campo, aonde, com a colaboração dos informantes, íamos aprofundando e clarificando os Domínios. Seguindo a orientação de Spradley (1980), optamos pela realização do estudo aprofundado de poucos Domínios, dentre os quais aqueles que fossem mais diretamente relacionados ao objeto de investigação a fim de obter uma visão mais geral do cenário cultural. Explicitando o que seja um Domínio e como ele se apresenta no contexto do objeto de estudo apresentamos seguinte ilustração baseado em modelo proposto por Spradley (1980).

<b>Termos Incluídos</b>	<b>Relação Semântica</b>	<b>Termo Encoberto</b>
Louco		
Doente mental		
Doido		
Lunático	é uma forma para	portador de transtorno
Abirobado	denominar o	mental
Doidin		
Maluco-beleza		

De acordo com Souza (1997), a Relação Semântica serve de eixo norteador para orientar a análise dos termos identificados no discurso e guiar a interpretação do pesquisador. Spradley (1979), baseado em sua pesquisa e nos

trabalhos de outros etnógrafos propõe que se utilizem os seguintes tipos de Relações Semânticas para se iniciar a análise de Domínios:

1- Inclusão Estrita	X é um tipo de Y
2- Espacial	X é um lugar ou parte de Y
3- Causa-Efeito	X é o resultado de Y
4- Racional	X é uma razão para Y
5- Localização para a Ação	X é um lugar para fazer Y
6- Função	X é usada para Y
7- Meio-Fim	X é uma forma para fazer Y
8- Seqüência	X é um passo (etapa) de Y
9- Atribuição	X é uma característica de Y

SPRADLEY (1980)

Para facilitar a compreensão acerca da nossa explanação, citaremos alguns termos populares que originaram Domínios culturais e sua respectiva Relação Semântica:

#### **Meio-fim**

*A gente não chama de louco... A gente diz que tem um problema são formas de denominar* o portador de transtorno mental.

#### **Causa-efeito**

*... problemas na vida interna de uma pessoa são causas* do processo do adoecer mental.

#### **Inclusão Estrita**

*Eu tenho pena, ninguém tem paciência com ele... são tipos de sentimentos* do portador e família acerca do doente mental.

Ao realizarmos a descrição e análise dos domínios culturais, adotamos os termos referidos pelos informantes durante a produção do discurso, denominados

termos populares, porém, em diversos momentos, fez-se necessário utilizarmos termos do pesquisador, os chamados termos analíticos, para propiciar melhor compreensão do domínio.

#### Análise Taxonômica.

A Taxonomia consiste num conjunto de categorias organizadas com base numa relação semântica simples, revelando o subconjunto dos termos populares e o modo como estão relacionados ao Domínio como um todo. Souza (1997,p.52) afirma que ... *A Taxonomia revela sub-séries e o modo como estas são relatadas pelos informantes*. Ela difere do Domínio somente no aspecto em que demonstra a relação entre todos os termos populares do Domínio a fim de aprofundar e demonstrar a sua organização interna.

#### Análise de Temas

O conceito de tema cultural foi introduzido por Morris Opler para descrever características gerais da cultura Apache. Ele assinala que podemos entender melhor, os padrões gerais de uma cultura, identificando as temáticas recorrentes. Definiu tema como um postulado ou uma posição declarada ou explícita que usualmente controla o comportamento ou estimula atividade tacitamente aprovada ou abertamente promovida numa sociedade. Spradley (1979) define tema cultural como princípios que as pessoas aceitam como verdadeiros e válidos, que se apresentam sob forma de domínios recorrentes, servindo para estabelecer relações entre subsistemas de significado cultural. A identificação dos temas culturais implica a imersão do pesquisador no ambiente cultural onde realizará sua pesquisa mediante descrição da cultura como parte do processo de descoberta etnográfica, porquanto, à medida que se descreve, novos *insight* e idéias surgirão para a pesquisa. Neste trabalho, após havermos realizado a análise taxonômica dos domínios culturais, o tema recorrente que se evidenciou presente de maneira mais significativa no discurso dos informantes e que representou a essência da investigação foi **“Conviver com a doença é difícil!”**.

## 5 Resultados: Retratando a Cultura

### 5.1 Cenários Culturais

O contexto do cenário cultural do estudo situa-se em Fortaleza, capital do Estado do Ceará-Brasil. Segundo Girão (1982), as primeiras ocupações das terras cearenses foram feitas por Pero Coelho de Sousa, nobre açoriano residente em Paraíba que, tendo obtido a patente de capitão-mor da Capitania do Ceará, fundou em 1603, às margens do rio “Siará”, a povoação denominada Nova Lisboa, dando a região apossada o nome de Nova Lusitânia, aonde levantou o fortim São Tiago. Em 1612, o capitão-mor Martins Soares Moreno constrói uma fortificação às margens do rio Ceará a que daria o nome de São Sebastião. Após promover melhorias no povoado e restabelecer harmonia entre as tribos selvagens, retorna definitivamente para Portugal. Com sua retirada, a colônia do Ceará passou a sofrer séria desorganização resultando na dissolução do núcleo colonial. Essa situação permaneceu até 1637, quando o então governador de Pernambuco, o príncipe Holandês João Maurício, conde de Nassau-Siegen, enviou do Recife uma expedição para tomar por assalto o forte São Sebastião. Após sofrerem diversas baixas em conflitos com indígenas e forças portuguesas, foi enviada, em 1649 uma nova expedição pelos holandeses ao Ceará sob o comando de Mathias Beck, que, se apoderando da Capitania, construiu o forte Schoonenborch na colina de Marajaitiba, à margem do rio Pajeú aos 10 de abril de 1649, data simbólica da fundação da cidade de Fortaleza.

No início no século XIX, com o surgimento das primeiras atividades de exportação pelo Ceará, Fortaleza chega em 1726 à condição de cidade. De uma pequena vila sem importância funcional tornou-se, com o passar do tempo, uma cidade de porte metropolitano. A característica física da população de Fortaleza é mestiça. A miscigenação no Ceará começou no século XVII, com a introdução da pecuária no interior do Estado pelos portugueses, atividade esta que suplantou o cultivo da cana-de-açúcar, favorecendo a mestiçagem entre o índio e o branco. O caboclo, também chamado mameluco, constitui o tipo físico predominante. Dentre as manifestações folclóricas, podemos citar: a música e a dança popular que guardam

traços do maracatu africano, as danças indígenas e fado português, merecendo destaque o coco, o milindó, maneiro-pau, trancelin, cirandas etc. Entre os divertimentos populares, os mais festejados são as vaquejadas e festas juninas. Estas festas são tipicamente sertanejas, mas fazem hoje, parte do repertório de eventos culturais urbanos de grande atração turística. Os jogos e brincadeiras tradicionais da infância mais conhecidos são arraia, jogo de bila, baladeira, pião, cabra-cega, esconde-esconde, dentre outros. A mulher rendeira, o jangadeiro, o sertanejo constituem traços culturais das crenças existentes e representam as características psicológicas que habitam o imaginário da população. A mulher rendeira é conhecida por seu trabalho artesanal de renda de bilros, praticada em todo o litoral do Estado. Segundo Girão (1982), ela representa aquela que não tem preguiça, cuida da casa, dos filhos, do marido, que nem sempre freqüentou escola, mas que aprendeu seu ofício com outras mulheres, se aperfeiçoou e ensina suas filhas. O jangadeiro, valente e generoso, encarna a coragem, a fibra e resistência de uma raça. O vaqueiro, vestido com suas roupas de couro para se proteger do Sol e dos espinhos da caatinga, recorda a sua vida difícil, sua natureza ágil e corajosa, seu espírito combatente e retraído. A religiosidade, presente na figura dos beatos, líderes fanáticos que eram endeusados pelos flagelados se consubstancia nas inúmeras igrejas da cidade onde são realizadas procissões que, vez por outra, são vistas percorrendo a ruas com suas ladainhas, ou nas festas de quermeses, comuns nas áreas da periferia, palco das disputas festivas entre o partido azul e o encarnado.

Cidade plana, clima tropical, ornamentada por belas praias, caracteriza-se por rápidas transformações e modificação substancial na fisionomia urbana, tendo no turismo uma das suas principais fontes de investimento. Nas últimas décadas tornou-se o principal centro de redistribuição de produtos industrializados e coletor da produção agrícola, resultando no incremento do setor terciário. No entanto, as secas periódicas que assolam o interior do Estado provocaram intensificação dos fluxos imigratórios. Por não possuir um setor industrial capaz de absorver essa massa populacional de imigrantes, verifica-se aumento alarmante dos índices de pobreza evidenciados pela formação de extensas periferias urbanas e déficits de infraestrutura nos setores de saneamento básico, saúde, habitação e educação, apresentando com isto um quadro extremamente contraditório de sua realidade

urbana. De acordo com Pina (1995), mais de 600.000 famílias moram em favelas e cerca de 200.000 estão sem casa, sendo que, a maioria está desempregada ou recebe um salário mínimo e não podem pagar aluguel. Em Fortaleza, existem, aproximadamente, 313 favelas e 42 núcleos de favelados. Ao estudar o impacto da produção capitalista na saúde mental de grupos e classes sociais, Tundis e Costa (1994) citando autores tais como Seguin (1956), Fried (1959) e Rotondo (1963), aponta a migração, a pobreza, o choque cultural e as pressões do ambiente urbano como fatores nocivos ao processo de adaptação. A saúde mental neste contexto deve se constituir uma prioridade, uma vez que estudos epidemiológicos evidenciam correlações entre os transtornos mentais e a modernização capitalista.

O Cenário onde iniciamos nossas observações é uma estrutura anexa ao Hospital de Saúde Mental de Messejana (HSMM), situado na zona leste da cidade de Fortaleza. O referido hospital foi fundado em 23 de março de 1963 com objetivo inicial de funcionar como Colônia de Alienados. Seguindo por mais de duas décadas o modelo de assistência tradicional, foi somente a partir de 1992, com a 1ª Conferência Estadual de Saúde Mental e a Lei Estadual nº 12.151, de 29.07.93, da Reforma Psiquiátrica que o hospital passou por diversas transformações tendo em vista atender a sua clientela na perspectiva proposta pela Reforma. Neste contexto surgiu o Centro de Reabilitação psicossocial "Lugar de Vida". O hospital-dia foi fundado em junho de 1963, seguindo os moldes da "Casa Nossa" (RS), como resultado da desativação de quarenta leitos tradicionais do HSMM, os quais foram transformados em vagas para a Unidade-Dia. O Hospital-dia tinha como proposta básica prestação de assistência de saúde ao portador de transtorno mental crônico por equipe interdisciplinar que comungasse com os princípios da Reforma Psiquiátrica. Embora sob a denominação de hospital-dia, teoricamente a instituição devesse servir de etapa intermediária entre a internação e o regresso domiciliar, Na prática isto não funciona porque a demanda é oriunda de fontes diversas, quer como procura espontânea, quer como encaminhamento da rede ambulatorial e de consultórios privados. Na atualidade, o hospital-dia que funciona de 2ª a 6ª feiras das oito às dezesseis horas, tem como objetivo promover a ressocialização gradativa de sua clientela favorecendo sua integração psíquica, promovendo melhoria nas suas relações sócio-familiares e atuando nas crises para reduzir o número de internações

no hospital psiquiátrico. Admite pessoas de ambos os sexos, portadoras de transtorno mental que não estejam apresentando quadro agudo da doença e quadro de deficiência mental ou demência, situadas na faixa etária entre 16 a 60 anos, residentes na capital, Com adesão espontânea ao tratamento e cujos familiares se comprometam a cooperar e participar de forma ativa no processo terapêutico. As pessoas admitidas são avaliadas como aquelas que requerem cuidados semi-intensivos e que não estão aptas ao acompanhamento ambulatorial, uma vez que necessitam de supervisão da terapêutica medicamentosa e das atividades da vida diária. A pessoa, ao ser aceita para participar do programa, inicia comparecendo diariamente a hospital no período de dois turnos, devendo entrar em alta progressiva à medida que apresente evidências de estabilização do estado psíquico e gradual inserção na vida social e familiar. Embora a alta progressiva seja um dos recursos utilizados para prevenir a dependência institucional, percebemos que, para alguns portadores a desvinculação, é bastante difícil, porque, quando a condição social deles não oferece melhores perspectivas, a instituição passa a ser encarada por alguns como seu espaço familiar.

*Minha família é esta, não aquela que tenho lá em casa...* (portador).

No início o hospital abrigava em média 30 clientes diaristas e 40 eventuais. A frequência deles na instituição era distribuída na semana, de modo a não ultrapassar 40 portadores por dia.

*... não tinha nada, era só o prédio, não tinha jardim, era só barro... uma coisa que a gente foi ajeitando... quem limpava era os usuários, eles mesmos ajeitavam, limpavam, parecia coisa de interior* (Aux. Enf.).

O hospital-dia dispõe de 30 vagas com 25 diaristas, dentre eles, 01 portador de alta progressiva. Este quadro foi se modificando no decorrer da realização deste trabalho, em razão da demanda e saída de alguns portadores. Uma das funcionárias nos explica que a denominação *usuário* foi escolha da primeira coordenadora do serviço porque considerava termos estigmatizantes, doente mental ou paciente.

*... pra tirar a pecha de doente...* (Aux. Enf).

Atualmente, a equipe é composta por 1 psicólogo, 1 médico psiquiatra, 1 sociólogo, 1 terapeuta ocupacional (T.O), 1 educador físico, 2 assistentes sociais, 1

copeira, 1 jardineiro, 2 auxiliares de enfermagem, 1 zelador, 3 auxiliares de Terapia Ocupacional, 1 enfermeiro e 1 engenheiro agrônomo. Embora cada membro da equipe desenvolva atividades cujas funções são específicas da sua área profissional, em sua maioria, são freqüentemente executadas por dupla de técnicos, o que dificulta a discriminação de seus papéis profissionais. Dentre estes, a figura do médico é quem me pareceu ser mais facilmente identificada pelos portadores, no entanto a relação de proximidade dos profissionais e portadores é maior com outros técnicos do que com o médico, uma vez a participação destes nas atividades de grupo ocorre na maior parte do dia. À equipe como um todo cabe o papel de manter o médico informado de alterações percebidas para que ele norteie as medidas terapêuticas. O hospital inicia suas atividades às 7h da manhã. Portadores e funcionários dispõem de quinze minutos tolerância para o início do trabalho.

*Alguns chega aqui às 6h, quando o portão ainda ta fechado...moram longe e não querem se atrasar pro café...* (portador).

Embora esta regra seja prescrita para todos, um portador assinala que a exigência não se aplica a todo mundo, sinalizando que uma das portadoras chega diariamente atrasada e não sofre nenhum tipo de repreensão, atribuindo a ocorrência ao fato de ela pertencer a uma classe social mais elevada. O início da rotina caracteriza-se pela entrada dos portadores. Pouco a pouco eles vêm chegando, alguns silenciosos e apáticos, outros ativos e barulhentos. Dirige-se em grupo para a fila do café. São em grande parte, provenientes de classe social desfavorecida que, que em razão da doença ou anos de internações reiteradas perderam sua perspectiva de vida e vêm aqui com o objetivo de recuperá-la ...*aqui é um trabalho muito bom... a gente ta que se preparando pra sair lá fora, viver em sociedade* (portador).

Esta expectativa também é compartilhada pelos familiares que, ao trazerem seu membro, buscam também solucionar as dificuldades advindas desta convivência.

*...a gente já tinha lutado muito, nada dava certo, fazia terapia, eu só pagando tudo. Já tava sufocado mesmo, não sabia por onde começar* (familiar).

*Vejo o HD com uma luz no fundo do túnel* (familiar).

Após a medicação, que é dada no posto de enfermagem, e uma breve pausa para o cigarro, o grupo se divide em duplas para atividades de limpeza e manutenção do hospital. Aqui, cada dupla de portador escolhe que atividade vai realizar durante cada semana, mas seu grau de participação varia de acordo com o estado psíquico que ele apresenta no dia. Alguns varrem o pátio, as salas, outros lavam banheiros ou regam o jardim. Após o término destas, os portadores realizam sua higiene pessoal, assinam o livro de presença dirigem-se para o pátio, onde serão distribuídas atividades grupais previstas no cronograma semanal. Estas ocorrem em duas etapas por turno. No período da manhã o grupo se divide para cada um participar de duas atividades diferentes que se iniciam por volta das 8:30 minutos e terminam às 9:30 minutos, ocasião em que eles vão para o refeitório para fazerem um lanche. No período da tarde, é dada seqüência às atividades, tais como pintura, condicionamento físico, grupo de cidadania, oficina de reciclagem, oficina de cuidado pessoal (corte de cabelo, barba e unhas) e jogos, com a presença reduzida do número de técnicos que se revezam durante a semana neste turno. O refeitório fica situado no final do corredor possui um portão de ferro e, no seu interior, diversas mesas e cadeiras, uma copa, e cozinha com geladeira, fogão, pia, e uma despensa. Há um bebedouro pequeno e um suporte de madeira na parede para guarda de canecas. O lanche é composto por suco com bolacha ou caldo de carne. Rapidamente eles pegam um copo de alumínio com seu nome escrito na fita de esparadrapo pregada no fundo da caneca e se dirigem para a fila. Um portador se apressa em nos dar uma caneca com a inscrição, VISITANTE. Aos poucos eles vão se sentando ao meu redor na mesa, alguns se apresentam e me desejam boas vindas. Após o lanche novos subgrupos são formados e iniciam-se outras oficinas ou grupos, conforme previsto no cronograma, que terminam às 11 h, ocasião em que se encaminham para o banho e almoço. Com a finalidade de vivenciar maior interação e obter a confiança dos portadores e familiares, passamos a acompanhá-los diariamente em diversas atividades, dentre os quais; grupo educativo, lanche, oficinas terapêuticas, grupo de auto-estima, relaxamento, reuniões com familiares, grupo comunitário e grupo educativo. A observação realizada diariamente no período da manhã durante o mês de outubro de 2000 a fevereiro de 2001 era, a princípio, limitada e sem nenhuma participação. Foi neste contexto que estabelecemos os

primeiros contatos com portadores e familiares. Durante reunião matinal sob a palhoça para divisão semanal das tarefas, ao ser apresentada aos portadores percebemos que a maioria nos observava com curiosidade e desconfiança. Paulatinamente foram se aproximando, questionavam sobre o nosso trabalho, quanto tempo duraria, o que faríamos. Alguns indagavam se éramos *Usuária*, se tínhamos sido admitida na instituição. A medida em que nos fomos familiarizando com o ambiente, passamos a ser solicitada pelos portadores para ajudar nas atividades, participar com eles da oficina ou simplesmente conversar. Tempos depois começaram a surgir convites para visitá-los em suas residências. Percebemos que todos os portadores são incentivados a conviverem em grupo, já que o objetivo é a ressocialização. Na convivência diária, podemos observar que existem regras institucionais que regulam o comportamento dos portadores. Os membros do grupo cuidam para que estas não sejam desobedecidas...*De agora em diante vai haver multa para quem cuspir no chão.* (portador).

A prescrição de condutas se revela também em cartazes elaborados pelos portadores por ocasião das oficinas e, tem por finalidade, educar e fortalecer os bons princípios de convivência.

“É necessário ter bom relacionamento”

“Se usar e não limpar vira bagunça”

“Cigarro incomoda”

Nesta oficina, o grupo é dividido em subgrupos e a seguir são distribuídos materiais, como canetas de cor, tesouras, revistas e folhas de cartolinas. O técnico discute com os portadores as temáticas e orientam sobre a confecção dos cartazes, bem como explicitam as regras que são seguidas pelos portadores sob constante observância daqueles mais orientados. As tarefas são divididas entre eles, aqueles que são alfabetizados e de boa letra escrevem os cartazes, alguns escolhem e recortam as figuras, outros colam, outros sugerem os enunciados.

Situado numa região arborizada, o hospital possui área externa com estacionamento, quadra de esportes e um campo de futebol. A entrada é ornamentada por árvores e plantas variadas, seu muro pintado de um branco desgastado pelo tempo, ostenta uma placa com sua denominação – LUGAR DE VIDA. O portão de acesso está sempre aberto, ensejando liberdade de escolha dos

portadores na adesão ao tratamento. A parte interna do hospital é composta por nove compartimentos dispostos ao longo de um corredor aberto, em forma de L. Nele encontramos a sala de relaxação, destinado a terapias corporais e repouso dos portadores, cujo interior contém algumas mesas e cadeiras, almofadões, um armário e paredes repletas de cartazes confeccionados pelos portadores durante os trabalhos grupais. A seguir, encontramos uma sala destinada a reuniões privadas. Neste espaço acontecem todas as 6ª feiras pela manhã reuniões de equipe onde são discutidas estratégias de intervenção. Composta por diversas cadeiras de plástico branco e um armário, a sala dispõe de vários colchonetes, um conjunto de som portátil e mesa de sinuca, demonstrando ser este lugar também utilizado para lazer e descanso. Nela ocorrem reuniões de família, realizadas semanalmente às 5ª feiras pela manhã. Estas reuniões duram cerca de uma hora e meia e usualmente são coordenadas por dois técnicos da Instituição. Desde o início percebo em todas as reuniões que os familiares são tomados pela ansiedade de falar de seu membro portador, da repercussão da doença no cotidiano dos outros membros, de seu sofrimento ...*È mais um desabafo!* (mãe do portador). Estas reuniões têm início com a apresentação de familiares ou técnicos novatos, porém sua dinâmica se processa de formas diversas: Algumas vezes os terapeutas sugerem uma dinâmica que suscita uma temática para posterior reflexão e discussão grupal. Outras vezes, um familiar abre a sessão falando de sua convivência atual com o portador e como vem percebendo sua evolução, em outras reuniões a temática já tem sido selecionada previamente pelo grupo na reunião anterior. As interações são permeadas de muita afetividade e identificação mútua, que conferem uma característica de grupo de auto-ajuda. Não raro, alguém desata no choro, outros acompanham a dor, chorando também, outros consolam, dizem palavras de conforto, falam de suas fases ruins, como vêm superando. As expressões mais frequentes são como os familiares vêem a doença, seus sentimentos e como lidam com ela. O membro que frequenta o grupo é aquele que comumente cuida do portador em casa, são pessoas angustiadas, seus sentimentos são ambivalentes e buscam aqui apoio e ajuda que já não encontram em lugar algum, conforme expressões colhidas:

portadores na adesão ao tratamento. A parte interna do hospital é composta por nove compartimentos dispostos ao longo de um corredor aberto, em forma de L. Nele encontramos a sala de relaxação, destinado a terapias corporais e repouso dos portadores, cujo interior contém algumas mesas e cadeiras, almofadões, um armário e paredes repletas de cartazes confeccionados pelos portadores durante os trabalhos grupais. A seguir, encontramos uma sala destinada a reuniões privadas. Neste espaço acontecem todas as 6ª feiras pela manhã reuniões de equipe onde são discutidas estratégias de intervenção. Composta por diversas cadeiras de plástico branco e um armário, a sala dispõe de vários colchonetes, um conjunto de som portátil e mesa de sinuca, demonstrando ser este lugar também utilizado para lazer e descanso. Nela ocorrem reuniões de família, realizadas semanalmente às 5ª feiras pela manhã. Estas reuniões duram cerca de uma hora e meia e usualmente são coordenadas por dois técnicos da Instituição. Desde o início percebo em todas as reuniões que os familiares são tomados pela ansiedade de falar de seu membro portador, da repercussão da doença no cotidiano dos outros membros, de seu sofrimento ...*È mais um desabafo!* (mãe do portador). Estas reuniões têm início com a apresentação de familiares ou técnicos novatos, porém sua dinâmica se processa de formas diversas: Algumas vezes os terapeutas sugerem uma dinâmica que suscita uma temática para posterior reflexão e discussão grupal. Outras vezes, um familiar abre a sessão falando de sua convivência atual com o portador e como vem percebendo sua evolução, em outras reuniões a temática já tem sido selecionada previamente pelo grupo na reunião anterior. As interações são permeadas de muita afetividade e identificação mútua, que conferem uma característica de grupo de auto-ajuda. Não raro, alguém desata no choro, outros acompanham a dor, chorando também, outros consolam, dizem palavras de conforto, falam de suas fases ruins, como vêm superando. As expressões mais freqüentes são como os familiares vêem a doença, seus sentimentos e como lidam com ela. O membro que freqüenta o grupo é aquele que comumente cuida do portador em casa, são pessoas angustiadas, seus sentimentos são ambivalentes e buscam aqui apoio e ajuda que já não encontram em lugar algum, conforme expressões colhidas:

portadores na adesão ao tratamento. A parte interna do hospital é composta por nove compartimentos dispostos ao longo de um corredor aberto, em forma de L. Nele encontramos a sala de relaxação, destinado a terapias corporais e repouso dos portadores, cujo interior contém algumas mesas e cadeiras, almofadões, um armário e paredes repletas de cartazes confeccionados pelos portadores durante os trabalhos grupais. A seguir, encontramos uma sala destinada a reuniões privadas. Neste espaço acontecem todas as 6ª feiras pela manhã reuniões de equipe onde são discutidas estratégias de intervenção. Composta por diversas cadeiras de plástico branco e um armário, a sala dispõe de vários colchonetes, um conjunto de som portátil e mesa de sinuca, demonstrando ser este lugar também utilizado para lazer e descanso. Nela ocorrem reuniões de família, realizadas semanalmente às 5ª feiras pela manhã. Estas reuniões duram cerca de uma hora e meia e usualmente são coordenadas por dois técnicos da Instituição. Desde o início percebo em todas as reuniões que os familiares são tomados pela ansiedade de falar de seu membro portador, da repercussão da doença no cotidiano dos outros membros, de seu sofrimento ...*É mais um desabafo!* (mãe do portador). Estas reuniões têm início com a apresentação de familiares ou técnicos novatos, porém sua dinâmica se processa de formas diversas: Algumas vezes os terapeutas sugerem uma dinâmica que suscita uma temática para posterior reflexão e discussão grupal. Outras vezes, um familiar abre a sessão falando de sua convivência atual com o portador e como vem percebendo sua evolução, em outras reuniões a temática já tem sido selecionada previamente pelo grupo na reunião anterior. As interações são permeadas de muita afetividade e identificação mútua, que conferem uma característica de grupo de auto-ajuda. Não raro, alguém desata no choro, outros acompanham a dor, chorando também, outros consolam, dizem palavras de conforto, falam de suas fases ruins, como vêm superando. As expressões mais freqüentes são como os familiares vêem a doença, seus sentimentos e como lidam com ela. O membro que freqüenta o grupo é aquele que comumente cuida do portador em casa, são pessoas angustiadas, seus sentimentos são ambivalentes e buscam aqui apoio e ajuda que já não encontram em lugar algum, conforme expressões colhidas:

*...A gente agüenta porque é o jeito... ninguém gosta dele, só eu que sou mãe é que não vou desfazer do meu filho* (mãe do portador).

*...E a cruz que a gente carrega* (mãe do portador).

*...A gente se aborrece com o paciente sem querer e a gente se sente mal com isso* (mãe do portador)

*...Eu tenho uma preocupação muito grande se eu estou fazendo certo. Eu sei que me dou demais, esqueço um pouco de mim... às vezes acho que isso me prejudica* (esposa do portador).

*...sinto neste hospital toda a segurança na sua recuperação* (mãe do portador).

Neste grupo, também percebemos que as relações com a equipe são mais próximas, menos hierarquizadas. Os terapeutas assumem a função de facilitadores. Após o término de cada dinâmica, o coordenador do grupo realiza o fechamento, sintetizando as expressões e fornecendo orientações sobre como melhor se conduzir ao lidar com o portador. Todos os participantes assinam uma ata e a equipe reitera o convite para a próxima reunião. Além da reunião com familiares, a equipe também realiza visitas domiciliares periódicas à casa dos portadores, motivados quer pela ausência deles do hospital-dia, quer pela omissão dos familiares no processo terapêutico destes ou quando se suspeita que conflitos presentes no contexto familiar estejam interferindo na evolução favorável do portador. As visitas têm como objetivo diagnosticar as relações familiares para se poder intervir e também manter os familiares comprometidos com o tratamento de seu componente. Durante este trabalho, tivemos oportunidade de acompanhar a equipe a uma visita domiciliar, na companhia do médico e de uma auxiliar de enfermagem. Uma perua do hospital nos levou ao destino, duas residências próximas localizadas em um bairro de periferia. Embora os familiares tivessem sido notificados desta visita, não encontramos ninguém esperando no primeiro domicílio, e no segundo fomos atendidos pelos genitores do portador na varanda da casa, e que, embora gentis, não pareciam estar à vontade com a equipe. O hospital-dia possui duas áreas destinadas a ambulatorios: o primeiro funciona as quartas e quintas feiras pela manhã e atende portadores de transtorno mental, encaminhados pelo ambulatório do HSMM, uma

demanda atípica oriunda de outros ambulatórios e consultórios privados e integrantes da clínica de tratamento continuado, composta por aqueles que fazem uso de psicofármacos de ação prolongada que requerem apenas uma dosagem mensal. Este ambulatório consiste em área retangular com duas salas anexas onde funcionam os consultórios. Dispõe de uma mesa com recepcionista, bancos para a clientela que espera a consulta médica, um armário para guarda de material, um escaninho para guarda de prontuários, e é decorada com vasos com flores artificiais e quadros pintados pelos portadores. Após haver sido encaminhado para a consulta médica, o portador recebe um cartão de aprazamento para a próxima consulta mensal ou quinzenal e medicamentos que serão administrados em domicílio ou, se injetável, na farmácia do HSMM. O segundo ambulatório atende *ex-usuários* do hospital-dia que, tendo recebido alta, dão continuidade ao tratamento pela rede ambulatorial. Este funciona numa sala menor próxima da sala de coordenação da Instituição. Seguem-se duas salas utilizadas para oficinas de Terapia Ocupacional e carpintaria. A sala de Terapia Ocupacional é um espaço onde são realizados trabalhos manuais de pintura em tecido, escultura em argila, *crochê*, dentre outros. Todas as peças confeccionadas por eles são vendidas aos moradores da comunidade numa feirinha que é periodicamente realizada no hospital. O espaço dispõe de duas mesas grandes de forma retangular com bancos de madeira, uma máquina de costura, um armário para guarda de material utilizado nas oficinas e uma prateleira onde estão expostas algumas peças de arte produzidas pelos portadores. As paredes servem de galeria para exposição de trabalhos de pintura em tela e desenhos a lápis de cera. Nesta sala realizam-se as oficinas terapêuticas, que consistem num grupo de atividades realizadas pelos portadores, na maioria das vezes sob a supervisão da terapeuta ocupacional, outro técnico, auxiliares e estagiárias de Terapia Ocupacional. A seleção dos participantes é realizada pelos terapeutas sem a anuência deles, uma vez que é o técnico quem convoca os portadores para participar das oficinas. O grupo é encaminhado para sala de terapia ocupacional e instruído a desenvolver atividades cujos objetivos são explanados no início das sessões, bem como as regras a serem obedecidas, ocasião em que se lhes pede que as repitam verbalmente para validar sua compreensão. Percebemos pouca oportunidade dos portadores para se expressarem verbalmente durante a

realização dos trabalhos. Manifestações individuais não são estimuladas e os comportamentos desviantes são desconsiderados ou são adotadas atitudes que favorecem sua pronta correção. Um exemplo observado foi durante uma das atividades na oficina em que um dos usuários expressa desejo de parar por estar com sono.

*...Ta com sono?.. então ta! ...vá fazendo a atividade que depois passa... (terapeuta).*

O mundo reproduzido no discurso institucional é aquele, onde as relações são harmônicas, sem conflitos, sem atrito entre os semelhantes:

*...Agora vocês vão sair daqui imaginando como vocês pode ter um dia bom dia, calmo, relaxado, sem brigar com ninguém... tem que manter o controle, a calma, ter paciência, não falar alto... (terapeuta).*

A visão dos portadores acerca da doença mental não difere das concepções da sociedade em geral.

*Doido é aquele que grita... rasga dinheiro... (portador).*

*...o raciocínio deles é muito curto, eles ouvem más não usam raciocínio (portadora acerca de outros portadores).*

O trabalho nas oficinas de T.O enfatizam participação coletiva e, ao final de cada atividade, pede-se aos participantes que expressem como se sentiram, se gostaram ou se tiveram dificuldades, no entanto, ainda percebemos que o discurso incentivado é aquele que confirma as práticas terapêuticas da instituição com tendência a coibir aqueles que assim não procedem.

A oficina de carpintaria é um espaço onde a frequência é predominantemente masculina. Impregnada pelo cheiro de tinta e verniz, possui duas mesas grandes, 1 armário, folhas de madeira e feixes de palha amontoam-se num canto; há, ainda, o banheiro e uma porta conjugada. O banheiro, para portadores do sexo masculino, possui ainda uma porta de acesso externo para o corredor. Ao lado, um "orelhão" (aparelho de telefone público) e bancos de madeira. A sala da Coordenação situa-se ao lado direito do corredor, possui um banco de madeira, mesa e cadeira de escritório e um computador e frente a esta, um outro consultório médico, de pequena dimensão, com uma mesa e cadeira. Aqui, é comum

encontramos a equipe de técnicos reunida quer para conversas entre si quer para atender portadores e familiares. Nesta sala, realiza-se triagem para ingresso do cliente na Instituição e somente depois é que ele é encaminhado para a consulta médica. A triagem é realizada pela psicóloga ou pela assistente social. O posto de enfermagem é composto de uma sala utilizada como recepção e secretaria, possui dois *birôs*, um banheiro para funcionários, uma enfermaria para intercorrência clínica, contendo um banheiro e três camas de madeira pintadas em azul. Não há janelas nesta enfermaria. Neste espaço, funcionam a sala de medicação e um pequeno ambulatório. A atuação do enfermeiro na Instituição, no presente momento, mostra-se pouco expressiva. Grande parte da atividade é realizada pelos auxiliares de enfermagem e, alguns deles, são fundadores do hospital-dia. Há vários meses, após a aposentadoria da enfermeira do serviço, o hospital funcionou sem este profissional. Recentemente foi admitida uma enfermeira que ainda se encontra em fase de adaptação. Sua função, além da supervisão do trabalho do auxiliar, consiste em fazer as evoluções nos prontuários, coordenar o grupo de auto-estima e participar de outras atividades terapêuticas do grupo. Em sala contígua ao posto de enfermagem, separada por um balcão de alvenaria, há uma sala de estar, com televisor, conjunto de som e, como divisória, um pequeno balcão de madeira servindo de “brechó” para venda de roupas, sapatos, bolsas e adornos usados. Este espaço foi adaptado para montar uma sala de leitura, onde ocorrem semanalmente atividades de leitura de textos, livros, artigos de revistas e jornais e discussão sobre os mesmos. O ambiente é todo decorado por peças de arte feita pelos portadores, conferindo-lhe um tom alegre e acolhedor. Na parede de azulejos brancos, encontra-se registrado à caneta, o cronograma de atividades do hospital. Este cronograma não é estático, estando sujeito à reavaliação periódica e reconstrução por portadores e técnicos. O hospital ainda possui uma horta, um amplo jardim com árvores frondosas e plantas diversas, uma área com gramíneas, que dispõe de bancos de cimento e uma placa com a inscrição FUMÓDROMO, como para delimitar o espaço. Ao centro, um pátio com cobertura de palha que os portadores chamam de “palhoça”. Neste espaço tivemos oportunidade de participar de reuniões abertas com familiares e portadores, e eventos festivos, como festa junina, carnaval, comemoração da Páscoa e festa de despedida das acadêmicas da Terapia Ocupacional.

## 5.2 Mapeando as famílias

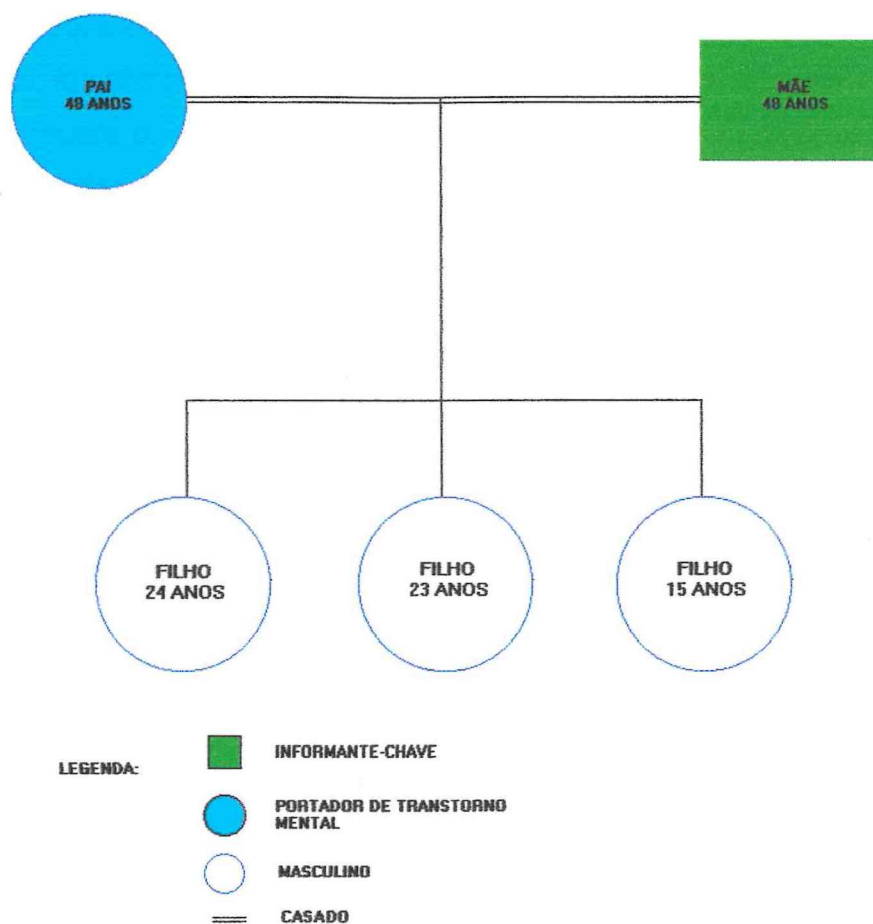
Foram realizadas quatro visitas em oito domicílios. Visando a uma melhor compreensão de sua estrutura, iniciamos o mapeamento das famílias com ajuda delas, e para cada uma, construímos um genograma, representado por cores e sinais. A figura geométrica de um círculo representa o sexo masculino, o retângulo, o sexo feminino, a cor azul representa portadores de transtorno mental e a verde indica o informante-chave. O tom laranja representa dependentes de álcool e o amarelo, os membros que apresentam alterações de comportamento significativas sem diagnóstico médico de transtorno mental. Alguns sinais foram utilizados para representar os hólons parentais, quebra de vínculos e grau de permeabilidade entre os subsistemas, conforme demonstrados na legenda. Seguindo a linha pensamento de Gerveny (1985), que define família como um sistema de relações significativas mesmo que não haja interdependência dos subsistemas, também foram representados neste genograma núcleos familiares que não compartilham necessariamente do mesmo espaço da família de origem, mas cuja influência, contribui para configuração da dinâmica das famílias em questão. Ao descrevê-las neste este trabalho, foram escolhidas as famílias de: **FLÁVIO, AMÂNCIO, RITA, ALONSO, HÉLIO, CLEBER, VLÁDIA e GABRIEL**. As famílias selecionadas possuíam no mínimo um membro portador de transtorno mental que residia com familiares, exceto um deles que, durante a pesquisa, por conflito com os familiares, passou a morar sozinho. Dentre as famílias que participaram do estudo, algumas pertenciam à classe média, outras se caracterizaram por viverem em condições de extrema pobreza, a maioria residente nas regiões periféricas da cidade de Fortaleza, em conjuntos habitacionais ou favelas. A composição e a organização familiar foram variadas, incluindo família nuclear, composta por cônjuges do primeiro casamento com seus filhos biológicos, família extensa vertical constituída de três ou mais gerações, e lateral, com outros núcleos familiares e membros agregados residentes no mesmo domicílio. As fronteiras que separam esses núcleos familiares evidenciaram-se na sua maioria como permeáveis do tipo emaranhadas, sinalizando pouca diferenciação de sua família de origem.

O conhecimento da composição e organização familiar tem respaldo nos trabalhos de autores tais como Minuchin & Fishman (1990); Watzlawick et alii (1979) e Winkin (1998), que consideram de fundamental importância o estudo dos padrões de interação e comunicação do sistema familiar, uma vez que elucidam os meios pelos quais as famílias preservam e perpetuam seus padrões culturais de interação através de gerações. Os indivíduos, segundo eles, exibem comportamentos que são retidos pela cultura e estes, quando expressos, só têm significados dentro de um contexto cultural de interação específico. Observamos, destarte, padrões de comportamento patológico que se repetem entre membros da mesma geração ou intergeracionalmente. Encontramos também outros membros que apresentam indícios de transtorno psíquico como alcoolismo, drogadicção, depressão, isolamento etc, sem diagnóstico e acompanhamento médico, por estarem dinamicamente adaptados ao sistema sócio-familiar onde vivem, confirmando autores tais como, Berestein (1988) e Duarte Jr. (1983) que afirmam a existência de um precário equilíbrio psicoemocional e a eleição de um ou parte de seus membros para sintomatizar a patologia do grupo familiar, cindindo o sistema entre doentes e não doentes. Ao refletirmos a dinâmica relacional dos sistemas familiares estudados, tornou-se evidente que, embora estes apresentem prevalência da autoridade patriarcal, em sua maioria, a figura do pai é ausente ou enfraquecida, evidenciando a mãe como a cuidadora da família, ocupando o lugar simbólico do pai. Os padrões de interação e a comunicação entre os membros, apontam predominância da comunicação analógica (não verbal), com a suplantação do diálogo pelos silêncios, não-ditos, mitos e segredos, bem como a formação de alianças que propiciavam a polarização de seus \*Hólons. Percebemos ainda a predominância de padrões de interação de complementaridade rígida, caracterizada pelo predomínio da desconfirmação do Eu pelo Outro e manifestações de sentimentos de profunda auto-alienação e dependência de alguns membros em relação aos outros.

---

\*Hólons- *"Artur Koesler cunhou este termo para designar ...aquelas entidades com cabeças de duas faces contrapostas nos níveis intermediários de qualquer hierarquia. O termo, do grego holos (todo) com o sufixo on (como em próton e nêutron), sugere uma partícula ou parte"* (Minuchin & Fishman, 1990).

## FLÁVIO E SUA FAMÍLIA: Genograma 1



A família de Flávio, de constituição nuclear, é composta por 5 membros; Flávio, 48 anos, *usuário* do hospital-dia, é portador de transtorno psíquico há 19 anos, funcionário público aposentado, 2º grau completo; a esposa Lia, 48 anos, doméstica, 2º grau completo, e os filhos: Júlio, 24 anos, solteiro, estudante universitário; Gerson, 23 anos, solteiro, 2º grau completo, funcionário numa empresa privada; Junior, 15 anos, estudante, solteiro, secundarista. A família reside num

condomínio fechado situado na zona oeste da Cidade de Fortaleza, em cuja avenida asfaltada e bastante movimentada concentram-se diversos estabelecimentos comerciais. O apartamento alugado é constituído de sala de estar, sala de jantar, 3 dormitórios, 1 suíte, 1 banheiro social, cozinha e uma pequena área de serviço. O casal ocupa o quarto com suíte, os filhos mais novos ocupam o mesmo quarto e o filho mais velho ocupa sozinho um quarto pequeno. Ele nos explica que precisa de espaço próprio para estudar até tarde da noite. O apartamento possui poucos móveis e a disposição dos cômodos não oferece nenhuma privacidade, uma vez que não há corredor que separe os dormitórios da sala. Para tanto, eles mantêm as portas dos dormitórios fechadas. Lia informa que eles possuem um apartamento próprio, porém a unidade se encontra alugada para ajudar na renda familiar, uma vez que o padrão de vida caiu, pois, com a doença do marido, ela teve de parar de trabalhar para cuidar dele. Atualmente a única fonte financeira é aposentadoria do Sr. Flávio e do filho que trabalha. Os episódios de transtorno mental do Sr. Flávio começaram em 1982, quando ele foi injustamente acusado de haver cometido uma irregularidade no trabalho. Submetido a inquérito administrativo, foi comprovada sua inocência, mas, a partir deste fato, ele passou a ficar cada vez mais inseguro, com pensamentos delirantes de cunho persecutórios, ouvindo vozes acusatórias e crises de ansiedade intensa que evoluíam para episódios de pânico.

*...Comecei a achar que todo mundo estava atrás de mim para me encurralar ... essa idéia foi para o meio da rua, passei a fugir de um lugar para outro, uma coisa danada! (Sr. Flávio).*

O portador acredita que o transtorno irrompeu em razão da falta de estrutura familiar na infância. Sr. Flávio nasceu numa família pobre e de prole numerosa. Quando ainda contava com um ano de idade foi adotado por uma família protestante de classe média para fazer companhia ao filho caçula desta família. Segundo ele, sofria discriminação de outras crianças por ser negro e de origem pobre. A formação de sua família adotiva, por outro lado, era caracterizada pelo rigor patriarcal com prescrição de condutas e normas inflexíveis. Com o passar do tempo à medida que os membros mais jovens desta família foram crescendo e mostrando indícios de diferenciação, o então pai-adotivo do Sr. Flávio passou a expulsá-los de casa um a um. O Sr. Flávio foi expulso de casa quando tinha 11 anos e cedo teve de trabalhar

para sobreviver. Após ter passado por uma série de privações, casou-se aos 25 anos, com objetivo de constituir sua própria família *...Resolvi casar porque era solitário, achava que encontrando uma companheira eu iria proporcionar maior bem estar* (Sr. Flávio).

Na primeira visita, fomos recebidos pelo filho mais velho, Júlio, nos informou que o pai estava dormindo e a mãe tinha dado uma saída, mas que voltaria em breve. Iniciamos conversando trivialidades para “quebrar o gelo”. Minutos depois Sr. Flávio saiu do quarto para participar da conversa. O filho informa que a família já viveu momentos difíceis, mas que agora estavam vivendo em paz, apesar das dificuldades financeiras. Ele recorda o alcoolismo do pai e conflitos resultantes dele *...Eles não estavam preocupados com a família, a gente começou a se esfacelar, cada um tava preocupado com o seu, hoje a gente discute os problemas e procura resolver juntos...apesar das dificuldades a gente tá bem* (Júlio).

Percebemos pelos discursos que o transtorno mental do Sr. Flávio produziu mudanças nos papéis de seus membros no contexto familiar. Lia é responsável pela administração financeira, embora o marido ainda seja o provedor. Este fato serve para mantê-lo numa posição significativa no seio da família. Embora o Sr. Flávio mantenha um bom relacionamento com os filhos, possui um espaço restrito ao quarto, onde ele passa a maior parte do tempo quando está em casa *...Minha vida mudou muito com a doença. Eu era mais participativo, mais aberto, em casa mudou muito porque a gente se retrai, fica mais deprimido, isolado* (Sr. Flávio). Li é que toma a frente nas decisões do grupo. Percebemos ainda, nítida influência da mãe na formação dos filhos. A mãe confessa um desejo não realizado no campo das artes e todos os filhos cultivam o gosto pela música e tocam instrumentos musicais. Ela desempenha no grupo familiar uma função de agregação dos membros e é responsável pela estabilidade do sistema, no entanto, percebe-se que ela se ressentia pelo excesso de atribuições *...O dinheiro é pouco e eu tenho que me desdobrar para não faltar...* (Lia). A relação com outros núcleos familiares é restrita. Sr. Flávio não se relaciona bem com a família de Lia, por isso não frequenta a casa deles. Há alguns anos, restabeleceu contato com sua família

biológica e irmãos da família adotiva, a quem visita esporadicamente. A recepção da família a nossa presença foi a principio seletiva, aos poucos fui travando contato com outros membros da família. Procurávamos deixa-los à vontade e com o tempo, todos passaram a participar das reuniões. Os encontros se realizavam na sala, algumas vezes aceitávamos o convite para almoçar e a conversa se prolongava por horas. Lia demonstrava preocupação em nos servir café, água, lanche; e sua participação era descontínua, entre uma ou outra atividade do lar. Paulatinamente, íamos introduzindo questões específicas do estudo e todos demonstravam disposição para contribuir com suas experiências.

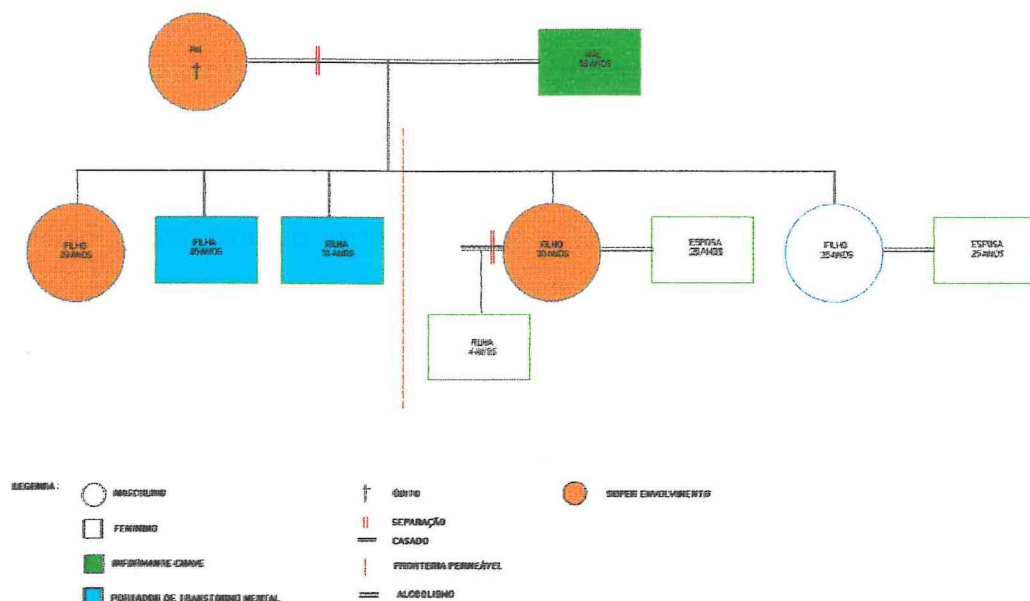


mesmo espaço, preservam relações significativas e cujas fronteiras apresentam pouca diferenciação de sua família de origem, e o filho caçula que, por morar em outro estado, há muitos anos está afastado da família. A residência da família é uma casa própria do tipo dúplex, situada na zona norte da Cidade de Fortaleza, num bairro residencial de classe média alta, com infra-estrutura de saneamento, ruas asfaltadas próximo da orla marítima, onde se concentram hotéis, restaurantes, cinemas, clubes, igreja, hospital, colégios. A casa ocupa um pequeno trecho da rua onde se concentram algumas casas antigas de pequeno porte, habitadas por famílias de condições sociais menos favorecidas. A casa possui varanda, uma pequena sala de estar, com dois sofás, televisor, algumas fotos de família na parede, uma rede e uma cadeira de balanço. Os compartimentos são escuros e pouco ventilados. Um longo corredor liga a sala aos outros ambientes da casa; nele encontramos um banheiro social e um quarto que eles não nos mostraram referindo que serve para guardar *“tralhas”*. A cozinha é o local mais espaçoso da casa, de forma retangular, com um fogão, geladeira, armários suspensos, uma grande mesa onde a família se reúne para fazer refeições e conversar. Uma escada de cimento nos leva à parte superior da casa, onde ficam um banheiro e três quartos. O primeiro deles é ocupado por Amâncio e seu irmão, o segundo pelas netas e o terceiro pela mãe e duas filhas. Em seu quarto, Amâncio me apresenta seu irmão Aécio, dizendo *...esse é meu irmão, meu pai, meu amigo... ele é que cuida de mim, me leva pras festas, pros shows...* (portador). O quarto é pequeno e aconchegante, possui duas camas, um guarda roupa, uma escrivaninha e vários pôsteres de artistas pregados na parede. Amâncio ainda me conduz ao quarto das sobrinhas gêmeas, mas antes me pede para aguardar, pois vai avisá-las *...elas são um pouco chatas, são meio bestas...* (portador), Fizemos um breve contato da porta do quarto já que não fomos convidados a entrar, as mesmas permanecem lá dentro durante toda tarde. Amâncio nos esclarece que elas são como hóspedes, não se envolvem com a família. Na sala de estar, na companhia da mãe, Amâncio e do irmão Aécio, iniciamos a primeira entrevista. Posteriormente juntou-se a nós a irmã Otília, que estava de passagem para a missa. A família convive com o transtorno de Amâncio há 14 anos, desencadeada pela morte do pai *...quando meu marido morreu ele*

*ficou baqueado, chorando, dizendo que não queria ver calção, e começou a sentir dor no coração...* (mãe). No entanto, a mãe informa que desde pequeno ele afirmava ouvir vozes *...Ele dizia que tinha dupla personalidade...mas eu acho que a família tem tendência...a família do meu marido, todos eles têm problema de cabeça* (mãe). Os irmãos fazem referência ao hábito de Amâncio de ler livros satânicos, de exorcismo, entidades espirituais e de São Cipriano, e acreditam que seu interesse por espiritismo possa ter desencadeado seu transtorno. *Ele começou fazendo a historia do copo, depois chegou chorando em casa...ele achou que o copo girou e ficou com aquilo na cabeça...ficou obsedado, parecia que estava possesso...* (Otilia). Amâncio tem outra explicação para o transtorno. Ele acredita que foi devido a sentimentos de culpa com relação ao pai morto *...quando meu pai era vivo nunca me aproximei dele, ele era muito carrasco...eu achava que odiava ele, quando ele morreu me senti culpado...* (Amâncio). Na cozinha, enquanto tomávamos café com bolacha, o transtorno mental é abordado pela família sem tabus e logo fica claro que esta convive com outros membros que apresentam transtornos menos graves *...Ele não é tão doído, não toma remédio*, fala a mãe de Amâncio referindo-se ao neto portador transtorno depressivo. Amâncio nos informa que a casa da mãe é ponto de encontro de toda a família nos finais de semana e onde o movimento é bastante intenso. Percebemos que o transtorno da Amâncio é um fato incorporado à vivência cotidiana da família. O irmão Aécio acentua que convive naturalmente com Amâncio, indo a *shows*, cinema, praia *...Ele sabe que só não pode beber...* (Aécio). O ambiente é descontraído e todos falam quase que ao mesmo tempo, os episódios do transtorno de Aécio são relatados de forma cômica. Um recorda um episódio, todos apresentam sua versão, irrompem-se as gargalhadas *...Aqui todo mundo é doído, maluco-beleza* (Aécio). Ao discorrer sobre o processo do adoecer do seu membro pude observar que família ao privilegiar as explicações de cunho místico, torna-se impossibilitada de questionar as características da relação familiar, notadamente, a influência da personalidade e função paterna na estrutura psíquica do portador, bem como, a iminente irrupção de novos episódios de transtorno mental em outros membros da família, como nos evidencia o genograma, e conseqüente retardo de medidas de prevenção ao

transtorno mental. No decorrer da pesquisa novos questionamentos ensejaram nosso retorno ao domicílio, onde tivemos oportunidade de conhecer outros membros e aprofundar conhecimentos, ocasiões em que fomos bem recebida e a família se reunia em torno de nós para compartilhar suas experiências.

## RITA E SUA FAMÍLIA: Genograma 3

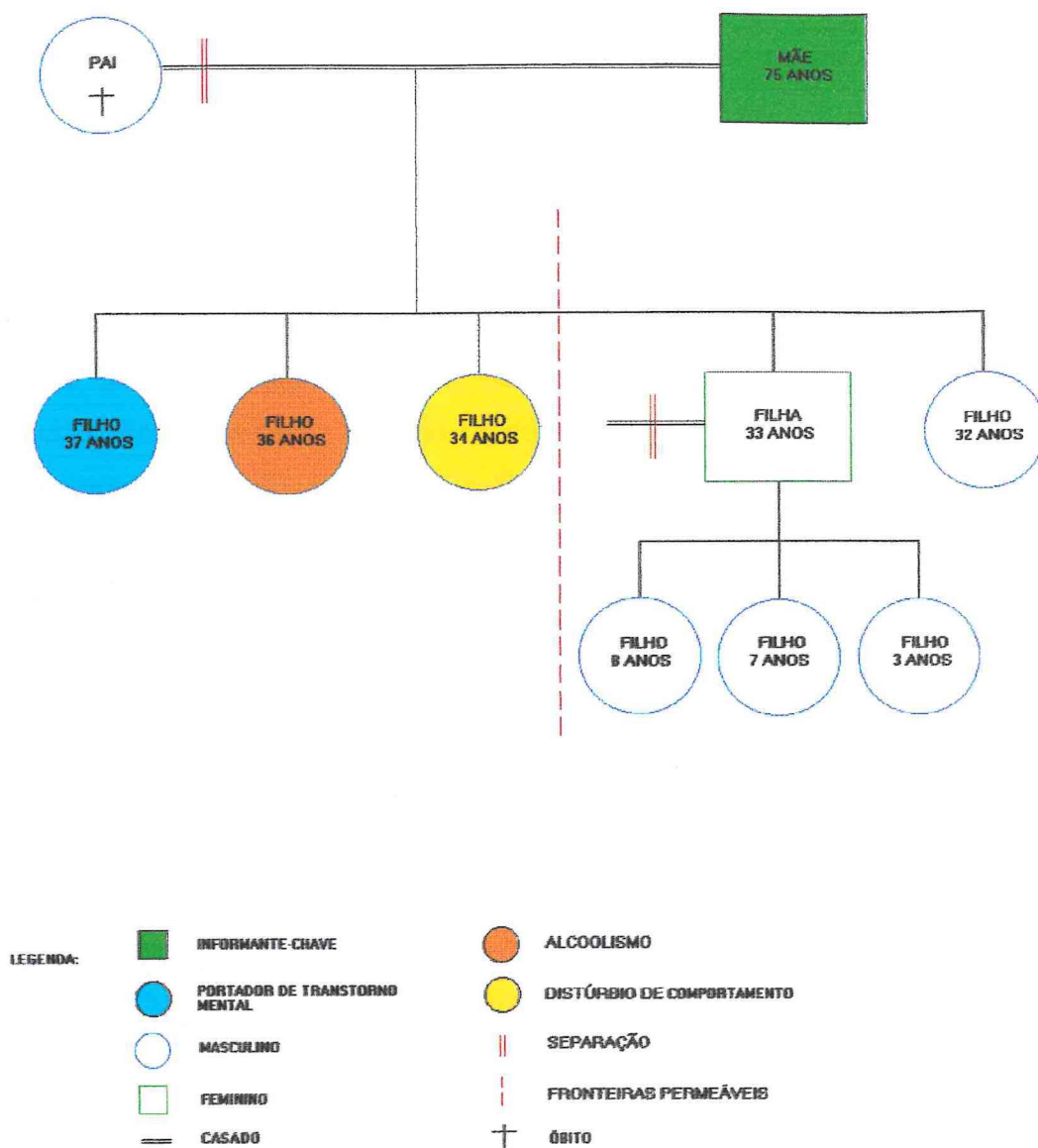


A família de Rita reside em conjunto residencial na zona sul da Cidade de Fortaleza, composta por população de baixa-renda, com infra-estrutura de saneamento, malha viária, uma escola, igreja evangélica, centro comunitário e delegacia. A casa é própria, com cinco cômodos pequenos, varanda, jardim e quintal onde a família possui uma criação de aves para consumo alimentar. Em precário estado de conservação, a casa, de aspecto humilde e carecendo de limpeza e organização, situa-se numa rua estreita, sem calçamento, onde se enfileiram diversas outras casas de estrutura similar. Nela residem; Rita, 35 anos, solteira, 2º grau completo, desempregada, portadora de transtorno mental, *usuária* do hospital-dia; Adélia, 58 anos, viúva, doméstica; a irmã Regina, 31 anos, solteira, desempregada, também portadora de transtorno mental e *usuária* do hospital-dia; e o irmão Reinaldo, 33 anos, operário, atualmente desempregado, portador de alcoolismo crônico. D. Adélia ainda possui dois filhos homens: Sérgio, 30 anos, está no curso do segundo matrimônio e que possui uma filha, Arlete, de quatro anos de idade, fruto de um relacionamento anterior, e Paulo, 25 anos, casado, sem filhos. Ambos mantêm constantes contatos com a família de origem, promovem auxílio

financeiro e exercem influência nas decisões familiares. A renda principal da família provém atualmente do dinheiro da pensão do marido de D. Adélia. Este quando bebia, era violento, espancava os filhos e esposa e os expulsava de casa. Após sua morte acidental, Rita afirma passou a sentir-se culpada, achando que fora a responsável. Nesta época, foi ficando retraída, apresentou baixo rendimento escolar. De acordo com sua mãe, Rita sempre apresentou comportamento diferenciado de sua irmã mais nova, tinha poucos amigos, não gostava de sair, era obediente e sempre aceitava passivamente as imposições maternas. Posteriormente, dedicou-se a religião evangélica. Esta, acredita que o fato de ter se dedicado ao estudo da bíblia a deixou esgotada *...exagerei no estudo, me aprofundei muito comecei a sentir cansaço mental...* (Rita). O transtorno foi desencadeado com dois assaltos no mesmo mês em uma farmácia onde trabalhava. A partir de então passou a ficar deprimida, não comia, não tomava banho e não dormia. Seguiram-se os episódios de crise com nove internações em hospital psiquiátrico. As crises caracterizam-se por episódios de euforia, em que ela apresenta agressividade dirigida à mãe seguida por intensos sentimentos de culpa e depressão. Atualmente, em tratamento no hospital-dia, Rita e sua mãe afirmam ter aprendido a conhecer e a conviver com o transtorno. Na primeira entrevista, participaram Rita e a mãe. Regina pouco falou e logo pediu para ir deitar-se. Ela encontra-se convalescente de um aborto espontâneo. Este fato constitui um segredo entre mães e filhas, que não é compartilhado com o irmão Reinaldo, pois temem sua reação. O discurso é entrecortado às vezes proferido em voz baixa para que o irmão não ouça. Esta atitude sugere que o irmão repete o papel paterno no contexto familiar, fortalecendo aliança entre as mulheres da família. Também relatam conflitos entre Rita e Regina, em virtude das diferenças no comportamento, mas que se atenuaram após o transtorno de Regina *...Ela tornou-se mais compreensiva com meu problema* (Rita). A portadora ressentia-se por não ter lazer, amigos e pelo isolamento imposto pela doença e o controle da mãe *...eu queria falar dos meus problemas e não tinha ninguém...* (Rita). A mãe aponta as condições financeiras como um dos fatores que a impedem de sair e se divertir. Embora tenha retornado outras vezes ao domicílio, a participação efetiva dos membros da família limitou-se a Rita e sua mãe, não teve oportunidade de abordar o irmão e irmã, pois eles não demonstraram

disposição para participar. Este fato, embora tenha limitado a percepção da diversidade da experiência de seus membros, esclareceu a dinâmica da relação familiar caracterizada pelo isolamento de seus membros e o superenvolvimento entre a portadora e sua mãe.

## ALONSO SUA FAMÍLIA: Genograma 4

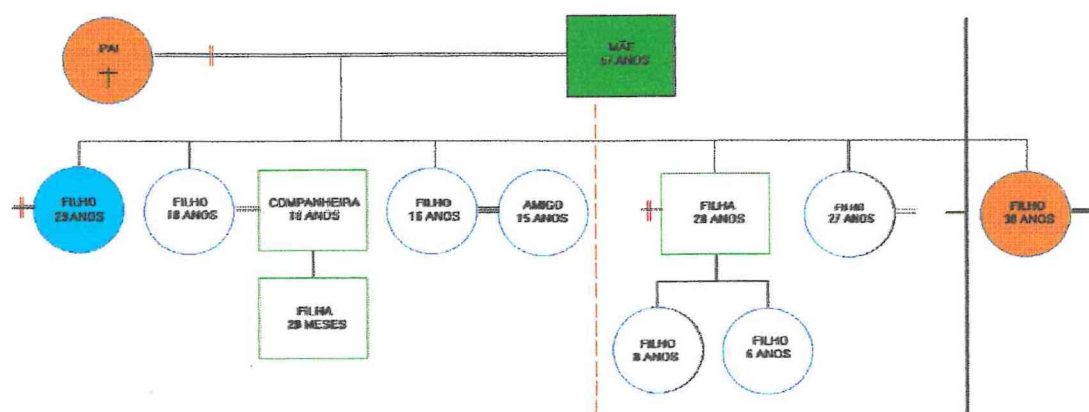


A família de Alonso reside em uma residência cedida por um amigo, localizada num bairro populoso de classe média na zona sul da Cidade, arborizado, com infra-estrutura de saneamento e malha viária. A rua é perpendicular à avenida principal, asfaltada, possui comércios pequenos, com intenso intercâmbio de seus moradores, quer na praça principal, quer na igreja evangélica situada nas

proximidades, para onde os fiéis se encaminham com a bíblia na mão cumprimentando uns aos outros *...na paz do Senhor, irmão*. As mulheres conversam sentadas nas cadeiras dispostas na calçada ao entardecer. As crianças brincam de bola num campo improvisado no meio da rua pouco movimentada, enquanto os homens se reúnem nas mesas de um pequeno bar. Esse quadro sugere o modo pelo qual D. Eunice, a mãe de Alonso, hoje com 75 anos, viúva, doméstica, analfabeta, conseguiu criar sozinha os cinco filhos, protegida pela caridade das famílias da comunidade *...contava com ajuda das famílias de amigos*. (D.Eunice). Atualmente a família tem como fonte de renda a aposentadoria do INSS e auxílio do filho casado. D. Eunice compartilha sua casa com os filhos: Alonso, 37 anos, solteiro, 2º grau completo, desempregado, portador de transtorno mental e *usuário* do hospital-dia; Márcio, solteiro, 2º grau incompleto, 36 anos, eletricitista, desempregado, etilista crônico; e Eduardo, 34 anos, solteiro, 2º grau completo, desempregado. Os outros irmãos de Alonso são; Mariana, 33 anos, separada e que mora em outra residência com seus três filhos; e o irmão Everardo, 33 anos, solteiro, comerciário e que também mora nas proximidades da residência materna. A casa é pequena, aspecto humilde e descuidado. Possui uma pequena varanda, sala de estar com um conjunto de som e televisor, dois quartos pequenos, onde dormem a mãe e Alonso, um banheiro social, cozinha e quintal. O quarto de Alonso possui uma cama, uma cômoda. Em uma das gavetas, fechada com cadeado, Alonso guarda seus livros, bíblia, e poesias que ele mesmo escreve. Os outros dois irmãos dormem na sala. Alonso me conta que seu transtorno surgiu aos 14 anos, dois anos após a morte do pai, de quem ele guarda vagas lembranças *...eu acordei no meio da noite, atarantado, querendo sair para a rua...* (Alonso). Estudioso, chegou a trabalhar em um banco como bolsista, tinha planos e ambições de uma vida melhor, ter dinheiro, freqüentar bons lugares, ter amigos influentes *...ele não gosta de pobre* (mãe). O portador acredita que a pobreza é um dos fatores responsáveis pelo transtorno... *a condição social mexe com a cabeça das pessoas* (Alonso). A religião evangélica também contribui para uma concepção mística do transtorno, favorecendo a forte crença de que essa desordem decorra de um *...intento do diabo* (mãe). Atualmente, como membro do hospital-dia, Alonso

vem apresentando, segundo a família, melhora progressiva. Os membros da família demonstram preocupações com Eduardo, um dos irmãos de Alonso, que foi descrito como uma pessoa de comportamento estranho, caracterizado por isolamento, desconfiança e medos infundados. No entanto, os familiares asseguram que ele se recusa a procurar um tratamento.

## HÉLIO E SUA FAMÍLIA: Genograma 5



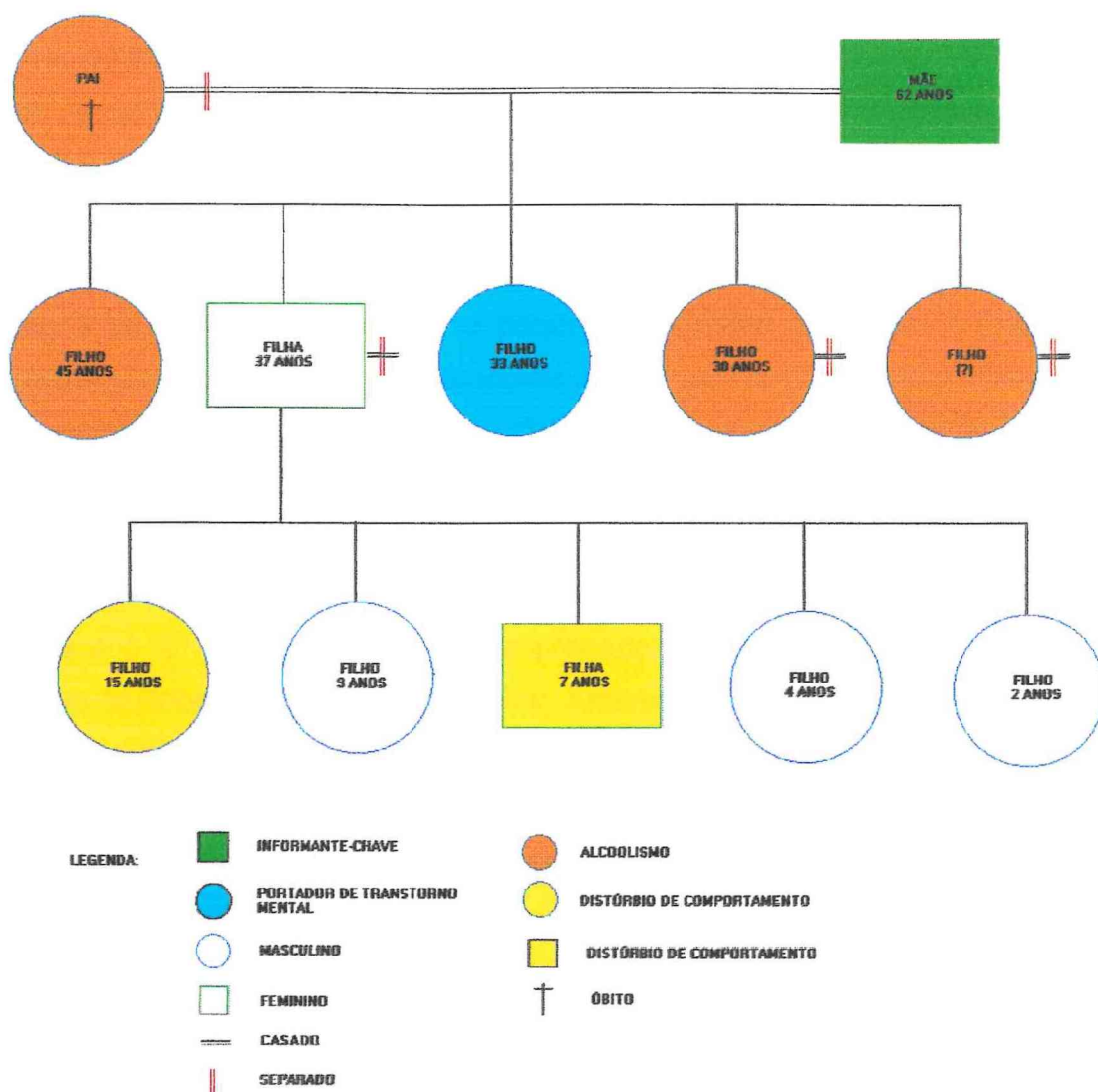
Família ampliada composta pelos seguintes membros: a genitora D. Claudia, 57 anos, viúva, doméstica e seus filhos; Hélio, 29 anos, separado, desempregado, portador de transtorno mental há oito anos ex-usuário do hospital-dia; Daniel, 16 anos, estudante atualmente cursando a 7ª série do 1º grau e que trabalha como entregador numa farmácia; Leandro, 18 anos, estudante da 5ª série do 1º grau, trabalha numa empresa de reciclagem de lixo. Ele vive maritalmente com Hilda, 18 anos, solteira, estudante, e a enteada, Janine, de 20 meses de idade. Na casa ainda mora como agregado um amigo dos filhos, Luis Eduardo, 15 anos, solteiro, não estuda nem trabalha. D. Cláudia ainda possui um filho mais velho, Carlos, 30 anos, que possui um pequeno comércio porque foi expulso de casa por maltratar a mãe; Elisa, 28 anos, separada, e João Marcelo, 29 anos, casado, que moram próximo da casa da mãe. A residência fica na zona sul da periferia de Fortaleza, numa pequena

vila ao lado de um cemitério. A rua é bastante tranqüila, pois quase não se vê movimento de carro. Possui asfalto e rede elétrica. O acesso à malha viária é um pouco distante. O bairro é típico de classe social de baixa renda, onde há ausência de infra-estrutura, casas pequenas, alguns botecos, próximo a um matagal o que lhe confere um ar bucólico de cidade de interior. A casa possui uma sala com um sofá, um quarto com cama e um guarda-roupa, e lá dormem o irmão, esposa e enteada. Noutro quarto, sem mobília, acomodam-se o portador, o irmão mais novo e o amigo. D. Cláudia dorme numa rede na sala. A cozinha é composta por mesa, prateleiras para utensílios e um fogão. O quintal é pequeno com uma lavanderia e varal com muitas roupas. A casa sem janelas e pouco ventilada é escura e úmida. Anexos a casa há dois quartos que D. Cláudia aluga, contribuindo para a única renda familiar, R\$ 150,00. Em nossa primeira visita, fomos recebidos por Hélio, o portador. D. Cláudia estava deitada numa rede na sala, veio nos cumprimentar e logo trouxe duas cadeiras. Ficamos sentadas à porta da casa, enquanto iniciávamos uma conversa informal. Ela diz que Hélio não está mais querendo ir para o hospital-dia *...ele diz que não é doido pra ficar no meio de doido* (mãe). No primeiro dia de visita a participação dele foi restrita, mas procuramos deixá-lo à vontade, sinalizando que voltaríamos outras vezes para conversarmos. Aos poucos, foram chegando outros filhos, a nora e alguns amigos. A mãe informa que, antes do transtorno, ele era um menino normal, gostava de desenhar e tinha talento para ser um grande pintor, porém nunca foi incentivado pelo pai *...Ele nunca se interessou pelos filhos, queria que eles fossem aprender por conta deles* (mãe). O pai faleceu há seis anos. Segundo D. Cláudia, ele era alcoólatra, bebia quase todos os dias *...ele era muito bruto com os filhos... batia neles com muita violência* (mãe).

O transtorno de Hélio surgiu quando ele tinha vinte e um anos, estava casado, tinha dois filhos e morava com os pais. Na época, ele começou a se interessar pela religião protestante e iniciou um jejum de quarenta dias para se tornar pastor. Foi ficando agressivo, gritava com os familiares, dizendo que eles estavam com o demônio. Seu comportamento resultou em separação conjugal *...ele dizia que ela tava com o demônio e que tinha que ir para a igreja, por causa disso começou a desarmonia aí ela enjoou dele* (Leandro). Após um período em que

esteve afastado da igreja, ele voltou a se comportar de forma habitual, chegando a trabalhar. Com a morte do pai, Hélio voltou a freqüentar a igreja e foi novamente acometido de uma crise mais grave. A família passou a isolá-lo, instalando-o em um quarto na parte lateral da casa porque ele não deixava ninguém dormir, falando a noite inteira. À medida que o tempo foi passando, seu estado mental se agravou, tornando-se mais isolado, negligenciando sua higiene e fazendo suas evacuações no chão do quarto. Este quadro motivou a mãe a optar por seu internamento em hospital psiquiátrico. Ao sair do hospital foi encaminhado para o hospital-dia, no entanto, nunca se integrou de forma efetiva e há cerca de um mês atrás passou a se recusar a freqüentar a Instituição e a se voltar novamente para a religião. Os familiares não compartilham da mesma visão acerca da problemática do portador; alguns até acreditam que é sabedoria dele para não trabalhar. A relação entre Hélio e outros membros da família é distanciada e a ausência de interação consiste numa das formas utilizadas pela família para conviver com ele *...a gente deixa ele pra lá...num incomoda ele...pra ele não se exaltar* (Daniel).

## CLÉBER E SUA FAMÍLIA: Genograma 6

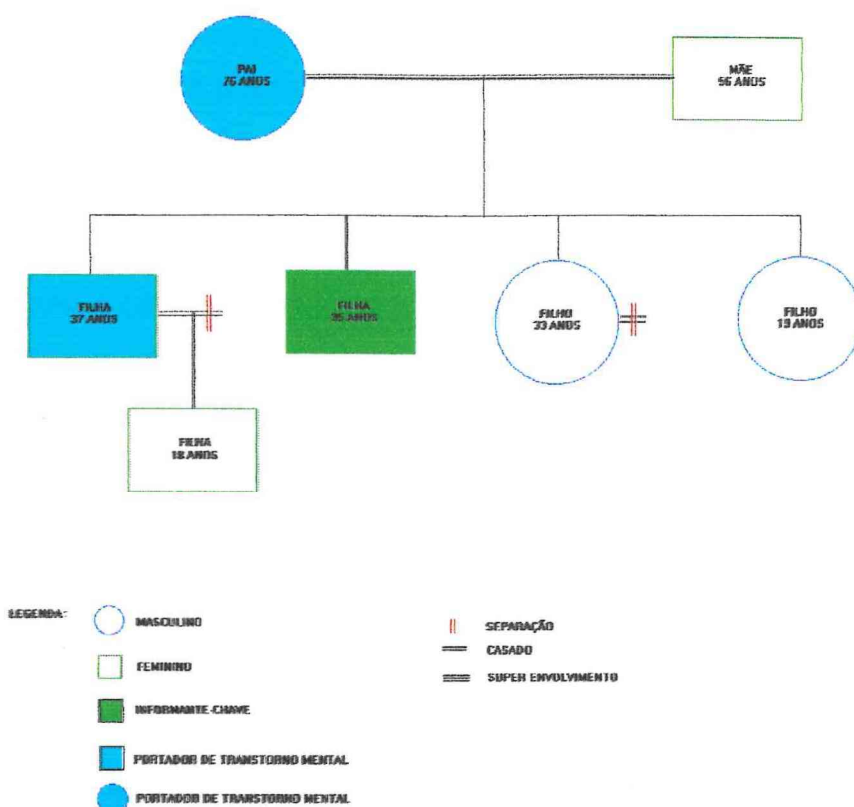


A família de Cléber mora em casa própria, em terreno da Prefeitura, situada numa grande favela urbanizada na zona central da Cidade. A casa fica numa região próxima a um antigo trilho de trem, hoje desativado, onde se aglomeram casas de pequeno porte pertencentes a famílias de baixa renda. O acesso à rua é difícil em virtude da ocupação não planejada, de modo que precisamos de orientação dos

moradores para encontra-la. A região é populosa, com saneamento básico, rede elétrica, praça, malha viária nas proximidades, delegacia, pequenos comércios dos moradores da localidade, uma praça com uma quadra onde são vistos muitos jovens jogando bola, outros conversando e onde as mulheres estendem roupas num varal improvisado. Quando estávamos próximo de sua casa encontramos Cléber, que já nos esperava na esquina. Adentramos a favela, seguindo a indicação de Cléber, por entre becos estreitos com estrada de barro. A residência é própria e foi construída no pé de um barranco por onde passava o trilho de trem. Parte do caminho até a casa foi realizado a pé, após descermos uma pequena escadaria de tijolos. A nossa chegada despertou a curiosidade dos moradores que se aglomeravam nas portas ou ao redor do carro. Ao chegarmos à casa do Cléber fomos apresentados ao irmão e irmã que foram nos convidando para entrar. O ambiente é composto por oito cômodos pequenos, sem janelas, escuro e com pouca mobília. A família é composta por onze membros: Cléber, que faz tratamento no hospital-dia, tem 33 anos, é solteiro, possui o 2º grau completo, desempregado; D. Josefa, 62 anos, viúva, trabalha como lavadeira em casas de família; Antônio, 45 anos, solteiro, 1º grau completo, é operário de construção, alcoólatra e atualmente desempregado; Márcia, 37 anos, 1º grau incompleto, lavadeira, separada e mãe de cinco filhos, dentre eles, uma filha que já apresentou quadro de depressão e um filho de 15 anos que tem envolvimento com drogas e pertence a uma *gang* de bairro, já tendo cumprido pena na FEBEMCE por ter assassinado um menor. Atualmente eles ocupam um quarto conjugado na casa da mãe; Jairo, 30 anos, separado, 1º grau completo, alcoólatra, desempregado; e Marcílio, idade desconhecida, 1º grau incompleto, separado, trabalha prestando serviço em construção como ajudante de pedreiro. Na família alguns membros freqüentam a igreja evangélica, outros são católicos não praticantes. A fonte de renda familiar consiste de um salário mínimo da pensão da mãe, o dinheiro que esta ganha como lavadeira e algum auxílio de suas patroas ...*o dinheiro num dá não! mas a gente vai levando, tudo é eu, essa privação...* (D. Josefa). Na primeira visita não houve participação de todos os membros, pois só estavam na casa Cléber, a irmã Márcia e o irmão Antônio. Este, embora desconfiado, tratou de nos oferecer café e varreu a sala para que pudéssemos nos acomodar. Nas visitas subseqüentes, tivemos oportunidade de conhecer novos

membros da família. A mãe relata que sua vida sempre foi muito sacrificada. O pai de Cléber era alcoólatra e nunca participou da vida familiar de forma efetiva, morava no Rio de Janeiro, em razão do trabalho e só vinha a Fortaleza nos finais de ano. Ao retornar, após seis anos, morreu atropelado por estar alcoolizado. Dentre os problemas que tem que enfrentar aponta a carência financeira, o transtorno de Cléber e o alcoolismo dos outros filhos, que às vezes chegam até a agredi-la. Como forma de resolver esses problemas de convivência, a mãe pretende mudar-se com o portador e a filha Márcia para uma outra residência. O transtorno de Cléber surgiu há oito anos, após ter sido vítima de um assalto *...eles me bateram muito, um mês depois eu fiquei perturbado da cabeça...* (Cléber). A mãe primeiramente buscou ajuda junto à igreja evangélica. Como não obteve resultado e com o agravamento do quadro, decidiu interna-lo. Após a primeira internação, seguiram-se mais duas crises e em uma delas, Cléber foi encaminhado ao Hospital Psiquiátrico e posteriormente ao hospital-dia. Atualmente, ele se encontra em alta progressiva. A mãe vem buscando conseguir junto ao INSS um auxílio doença e tem como plano, montar uma banca de bombons para ele ganhar a vida *...é melhor que ficá dentro de casa só gastando dinheiro e fumando* (D. Josefa).

## VLÁDIA E SUA FAMÍLIA: Genograma 7

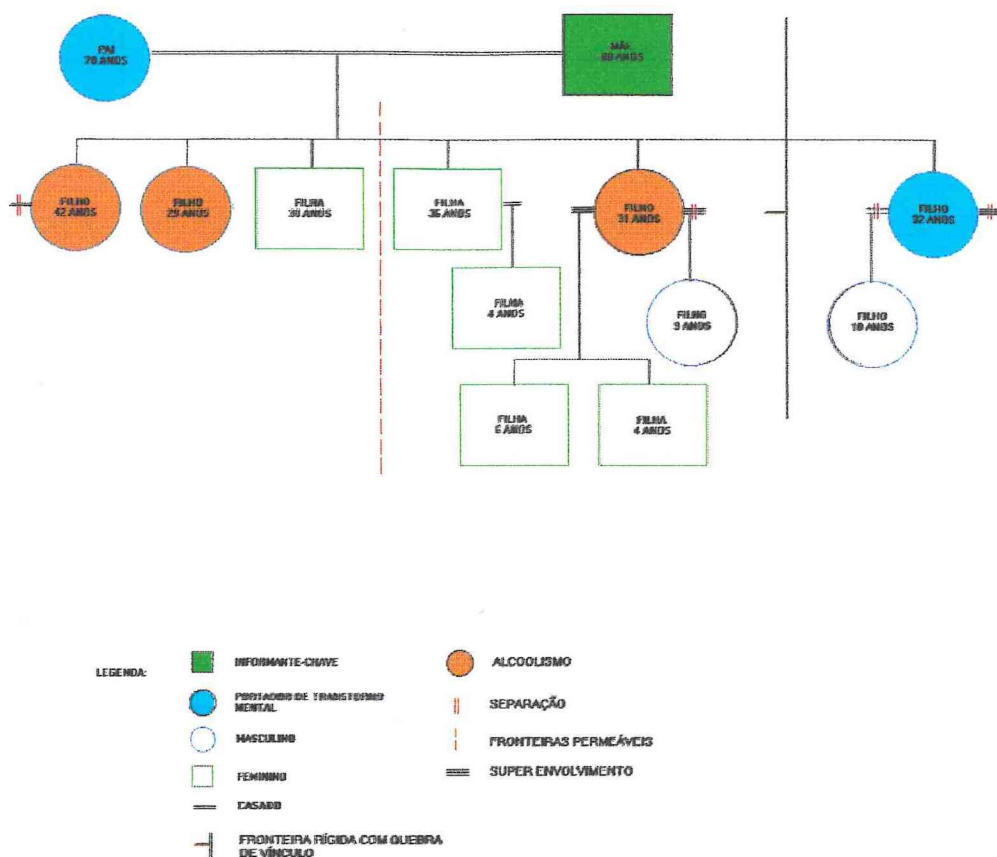


A família de Vlândia é composta por seis membros: D. Fátima, 56 anos, é a genitora, casada, doméstica, 1º grau incompleto; o genitor, Sr. Alberto, 76 anos, 1º grau incompleto, aposentado e portador de transtorno mental; Vlândia, 37 anos, divorciada, 2º grau incompleto, atualmente desempregada, é portadora de transtorno mental, fez tratamento no hospital-dia, tendo recebido alta há aproximadamente 3 meses, e sua filha, Vânia, 18 anos, solteira, estudante secundarista; Cíntia, 35 anos, solteira, 2º grau completo, funcionária numa empresa privada; Renato, 33 anos, solteiro, 1º grau incompleto, vendedor; e Alex, 19 anos, solteiro, estudante secundarista. A residência da família de Vlândia fica situada em uma zona populosa da região sul da Cidade, num bairro de classe média. A rua é asfaltada, possui rede elétrica, malha viária e saneamento básico, próxima de hospital, igreja, escola e pequenos comércios. A casa é um dúplex com 9 cômodos amplos, varanda, garagem, área de serviço, quintal e jardim de inverno, onde foi construída uma

pequena gruta de pedra que abriga uma imagem de Nossa Senhora de Fátima, revelando a religiosidade profundamente presente na família ...*Somos uma família de fé* (Cíntia). A decoração se caracteriza por seu bom gosto, simplicidade e funcionalidade. Embora possua boa ventilação, a parte inferior da casa não possui janelas, é úmida em razão de pontos de infiltração, e escura, o que exige o uso de energia elétrica para mantê-la clara durante o dia. A entrada principal está quase sempre fechada por um grande portão de ferro para evitar que o Sr. Alberto fuja de casa. A família é católica e cultivam o hábito de freqüentar a igreja aos domingos. A renda familiar é composta pela aposentadoria do Sr. Alberto e dos filhos que trabalham. D. Fátima, que tinha o ofício de costureira afirma que já trabalhou muito, mas que, atualmente, não pode trabalhar, em razão do agravamento do estado mental do seu marido e o surgimento do transtorno de Vlândia. A família convive com transtorno mental desde o início de sua formação, pois, de acordo com D. Fátima, seu marido apresentou a primeira crise logo no primeiro ano de casada, quando ainda estava grávida de Vlândia. O casal morava em São Paulo e tiveram que retornar para a fazenda dos pais dela no interior do Ceará. Após diversas tentativas frustradas de engaja-lo num tratamento, D. Fátima comprou uma casa na Cidade, onde passou a morar com o marido e os filhos que foram nascendo. A partir de então, ela assumiu o comando da casa e a educação dos filhos, passando a trabalhar para sustentá-los com ajuda dos familiares e da aposentadoria do marido. O pai, embora não tenha tido um papel atuante na formação da família, é descrito pelos filhos como um bom homem, carinhoso e goza da atenção redobrada de todos na família. Percebemos que a relação dos membros família, seu cotidiano, até mesmo a disposição dos móveis, giram em torno dos portadores, principalmente do Sr. Alberto que, que em razão do avançado grau de deterioração psíquica, exige mobilização dos familiares para o cuidado e antecipação de suas atitudes com vistas a acidentes ou fugas. O transtorno de Vlândia começou quando ela já estava próxima dos trinta anos. Após dois relacionamentos conjugais fracassados, ela retornou para a casa da mãe com a filha e passou a ocupar uma pequena morada no fundo do quintal, onde reside até hoje. Anterior ao transtorno, ela foi descrita como uma pessoa cheia de vida, alegre e divertida. A mudança ocorreu quando passou a ficar isolada, tímida e ressentida com os familiares e vizinhos. No início a família diz que

não encarou como “doença”, mas, na medida que os sintomas foram se agravando, Vlândia passou a ter conflitos com a mãe, deixou de comer e cuidar de sua higiene e aparência pessoal ... *ela foi se fechando, se fechando...a gente não queria enxergar, de novo?!... a mesma coisa dentro de casa?!... (Cíntia)*. Temendo que ela fosse ficar igual ao pai, a família a convenceu a aceitar ajuda profissional ...*O médico lá foi horrível!, ele disse assim na cara da gente que ela era esquizofrênica e que não tinha cura... (Cíntia)*. A experiência foi também traumática para Vlândia que afirma ...*queriam me deixar lá à força, foi muito negativo e ficou dentro de mim até hoje (Vlândia)*. Ao tomar ciência das condições a que o membro portador ficaria submetido no hospital psiquiátrico, a família decidiu suspender a internação e posteriormente procurou tratamento ambulatorial de onde foi encaminhada para o hospital-dia ...*quando eu vi as condições eu disse, tira! Tira!...esse lugar é uma máquina de fazer louco, se não é, fica! (Cíntia)*. Após oito meses de tratamento no hospital-dia, Vlândia retornou ao convívio contínuo com a família e paulatinamente retoma sua vida. Tem planos de voltar a estudar e ir a busca de um novo emprego. Em outra visita, tivemos oportunidade de participar de almoço em família. Os membros declaram ser este um evento raro em virtude do transtorno mental do pai. Durante o almoço, as interrupções eram contínuas, ora Sr. Alberto gritava que queria café, batia nas portas para sair, ora tinha atitudes inusitadas como tirar a roupa ou banhar-se vestido. A preocupação é constante, fazendo-se necessária uma supervisão contínua ...*é pior que uma criança. (D.Fátima)*. Para lidar com o problema, percebemos que D. Fátima possui forte aliança com a filha Cíntia, com quem compartilha os problemas, e o filho Alex, com quem reveza os cuidados com o marido. Eles declaram que se sentem esgotados... *a gente desde pequeno é nessa vida, tem hora que cansa, eu vivo numa eterna fuga (Cíntia)*. A experiência em conviver com essa família foi muito enriquecedora, pois nos mostrou o cotidiano de uma família que ao longo dos anos desenvolveu mecanismos para lidar com os portadores de transtorno mental e a forma como nos acolheram permitiu aprendermos muito com eles.

## GABRIEL E SUA FAMÍLIA: Genograma 8



A família de Gabriel é composta pelos seguintes membros: o pai, Sr. Raimundo, 70 anos, analfabeto, aposentado do INSS após acidente de carro que lhe afetou a coluna vertebral. Ele é alcoólatra e se encontra em abstenção já há alguns anos, tendo também se submetido a quatro internações em hospital psiquiátrico por crise depressiva; a genitora D. Alice, 60 anos, analfabeta, doméstica, e os irmãos: Ronaldo, 42 anos, solteiro, analfabeto, alcoólatra, operário de uma fábrica de móveis; Betina, 30 anos, solteira, 1º grau incompleto, possui um pequeno comércio instalado na residência da família onde ela e seu pai, vendem frutas, legumes e peixe; Cícero, 29 anos, solteiro, analfabeto, alcoólatra, trabalha ajudando a irmã Betina no mercadinho. Os outros irmãos não compartilham do mesmo espaço da família de origem são: Joana, 36 anos, casada e mãe de uma filha de 4 anos. Coursou até a 7ª série do 1º grau e trabalha como copeira numa instituição

filantrópica; Cesário, 31 anos, solteiro, analfabeto, trabalha como lavador de carro e possui três filhos, um do primeiro relacionamento marital e duas filhas do atual. Gabriel, o portador tem 32 anos, é solteiro, analfabeto, aposentado do INSS, portador de transtorno mental crônico e atual *usuário* do hospital-dia. A família é católica não praticante. A relação com Gabriel e sua família é marcada por conflitos que já datam de longo tempo, caracterizados sobretudo, por brigas entre Gabriel e sua irmã Joana, com episódios de agressões físicas e trocas de insultos, algumas vezes com intervenção policial e que culminou com o afastamento de Gabriel do núcleo familiar. Joana, por sua vez, apesar de não compartilhar o mesmo espaço geográfico da família, exerce influências nas relações cotidianas em razão da mesma possuir, segundo Gabriel, situação social mais favorável que os outros membros da família e que lhe confere prestígio e poder dentro do grupo.

No decurso deste trabalho, Gabriel, após desentendimento com a família, saiu de casa e mora atualmente num quarto alugado próximo ao hospital-dia. O quarto situa-se no quintal de uma pequena residência onde se aglomeram outros inquilinos. O cômodo é constituído de um vão e em seu interior uma meia parede separa a dependência de um banheiro improvisado, com vaso sanitário e chuveiro. Gabriel possui apenas o indispensável: uma cama de ferro, uma mesa e dois bancos. O local carece de limpeza e organização. Ele realiza suas refeições no hospital-dia ou num boteco conjugado à casa da locatária. Gabriel expressa insatisfação com sua vida atual ...*Minha vida não tá muito boa ...eu não gosto de viver sozinho ...é ruim não ter com quem conversar* (Gabriel). A residência da família de Gabriel é de fácil acesso. Consiste num pequeno dúplex no final de uma rua asfaltada, pouco movimentada, entrecortada por uma linha de trem, na zona oeste da Cidade, num bairro de periferia, com diversas casas de pequeno porte, rede elétrica, malha viária, saneamento básico, escolas, posto policial, praça, igrejas e comércios variados. De aspecto humilde, a casa é própria e em sua entrada foi construído um pequeno comércio da família. Na parte inferior ficam; uma sala de estar, um quarto, cozinha, despensa e banheiro e na parte superior, dois quartos e uma suíte. A casa possui aspecto descuidado e se encontra em estado precário de conservação. Na sala encontramos um televisor, duas cadeiras e, nos cantos da parede, diversas sacas de legumes e frutas. O quarto onde dorme o Sr. Raimundo é

um vão sem porta e possui uma cômoda e uma cama com um amontoado de roupas. A cozinha possui geladeira, fogão, pia e mesa com cadeiras e armários e é o local onde dorme D. Alice. A escada que conduz ao andar superior é de cimento, assim como grande parte do piso da casa, com exceção da sala, que é de cerâmica. Os quartos pequenos possuem apenas camas e uma cômoda, além de uma pequena varanda que dá para a fachada da casa. O encontro com a informante foi marcado por muitas dificuldades, pois ela se divide entre a família e o filho Gabriel, tomando difícil encontra-la em casa. As visitas foram realizadas nos finais de semana e a entrevista contou apenas com a participação da informante, pois os filhos nunca estavam em casa e o marido estava sempre trabalhando na venda. Com seu jeito de mulher do interior, D Alice começa falando das mazelas do corpo *...minha cabeça parece que vai se lascas, sinto cansaço, dor no corpo, às vezes fico toda quebradinha...acho que é por causa de tanto problema!* (D.Alice). Ao falar de seu sofrimento com o filho portador, ela chora, disfarçando as lágrimas para o marido. Em tom de voz baixa, ela me pediu que não abordasse os outros membros. *...eu num queria butar ninguém no meio de coisa nenhuma, só eu mesmo cuido dele...eu resolvo sozinha...* (D.Alice). A mesma afirma que toda a vida Gabriel teve conflito com os irmãos, mas que o transtorno irrompeu após um atropelamento, quando este sofreu *pancada na cabeça*. Ao falar da convivência com o portador, recorda *...O Gabriel caçava briga com tudim...é muito lundunzeiro, uma pessoa que quer ter opinião...depois do acidente foi um sofrimento, ele ficou agressivo...* (D.Alice). Com o transtorno, Gabriel passou a viver nos hospitais psiquiátricos. Foram mais de vinte internamentos e após dois anos a mãe conseguiu sua aposentadoria *...quando ele adoeceu eu botei ele pra se encostar no INSS...* (D.Alice). Os conflitos, no entanto, permaneceram. Usuário de álcool e viciado em jogo, ele gastava todo o dinheiro da aposentadoria e tinha sérios problemas de relacionamento com os familiares, que redundavam em crises e internamentos subseqüentes *...O negócio é minha família, um lado do problema...que não me compreende aí se torna ruim para mim, se torna cruel...* (Gabriel). Encaminhado para o Hospital de Messejana, há cerca de um ano Gabriel, foi engajado para tratamento no hospital-dia, onde permanece até hoje.

*...Aqui todos me respeitam...(Gabriel). Embora Gabriel esteja afastado do convívio familiar, continua contando com o apoio da mãe. Nela, percebemos a ambigüidade de sentimentos com relação ao membro portador ...*prá mim piorou porque falta um, né?. Das brigas eu tinha vergonha, más tá mais tranqüilo porque ele ficava esculhambando muito a gente* (D.Alice).*

Dentre alguns aspectos que caracterizam este sistema e que acreditamos possuir vinculação com o processo do adoecer Gabriel podemos citar: relação entre os membros do grupo familiar distanciada, a carência econômica, o baixo nível sociocultural, o alcoolismo dos filhos, a idade avançada dos genitores com o conseqüente declínio de sua autoridade e capacidade de administração satisfatória da vida familiar.

### 5.3 A descrição e análise dos Domínios Culturais

O estudo permitiu identificar os seguintes Domínios culturais:

1- Formas como portador e os familiares denominam e expressam o conhecimento sobre transtorno mental (**O problema que ele tem**).

2- Formas de denominar o portador de transtorno mental (**Pessoa com problema**).

3- Formas de do portador e familiares perceberem o início da crise (**Surgindo de acordo com as coisas que vão acontecendo**).

4- Causas do processo do adoecer mental (**Coisas que aconteceram**).

5- Tipos de recursos utilizados pela família e portador frente ao transtorno mental (**Entrego na mão de Deus**).

6- Tipos de sentimentos do portador e família com relação ao transtorno mental (**O sentimento que a gente tem**).

7- Formas de o portador de transtorno mental perceber, sentir e se relacionar com sua família (**Tem família que não ajuda**).

8- Formas de a família perceber e lidar com o membro portador de transtorno mental (**É a cruz que a gente carrega**).

9- Formas de o portador e a família perceberem e avaliarem o tratamento no hospital (**No hospital-dia isso não acontece**).

## DOMÍNIO CULTURAL 1

### FORMAS COMO O PORTADOR E OS FAMILIARES DENOMINAM E EXPRESSAM O CONHECIMENTO SOBRE O TRANSTORNO MENTAL

#### O problema que ele tem

Relação Semântica: Meio-fim

Forma: X é uma forma de fazer Y

As formas como os informantes denominam o transtorno mental refletem as vicissitudes que ele acarreta na vida cotidiana dos portadores e seus familiares, contribuindo para uma concepção negativa desta experiência.

*O problema que ele tem é...* (Mãe de Cléber).

*O que provocou o mal foi...* (irmã de Cléber).

Ao expressar seu conhecimento sobre o transtorno, observamos que na concepção dos informantes trata-se de um processo que pode ou não evoluir para a loucura. Caracteriza-se por etapas evolutivas na escala de gravidade.

*É um processo que pode não ter mais cura... pode estar num estágio mais simples e passar para um estágio mais grave* (esposa de Flávio).

A fase inicial do processo é desencadeada pela presença de distúrbio, algo que pertence ao indivíduo e que está presente no cerne de sua personalidade. Do distúrbio previamente existente, de acordo com as circunstâncias, o portador pode desenvolver um stress emocional, descrito como forte experiência subjetiva que pode deixar seqüelas ou favorecer a eclosão das crises.

*A doença se apresenta com o decorrer dos tempos, mas o distúrbio, a pessoa já vem com ela* (esposa de Flávio).

*Tive um estressamento emocional, nunca mais fui a mesma* (irmã de Amâncio).

*Foi uma coisa que estourou, explodiu!* (mãe de Rita).

Os informantes utilizam o termo crise para designar uma etapa desse processo. Nesta fase, a vida subjetiva conflituosa do portador se exterioriza e caracteriza-se por mudanças bruscas no modo de ser e de se comportar frente aos outros.

*Da depressão acontece as crises* (mãe de Rita).

*Quando eu tô em crise faço coisa que no meu normal eu não faço* (Rita).

As crises, segundo os informantes, se manifestam de forma abrupta, com sintomas variados e duração momentânea ou não, podendo evoluir para a loucura ou doença.

*Surgiu tão de repente...* (Vlândia).

*Na crise pode-se estar louco ou pode-se ficar louco de vez* (esposa de Flávio).

A gravidade da crise pode estar conjugada a outros fatores, como o uso de bebida ou problemas da vida cotidiana.

*Cada crise é diferente, depende do fator que desencadeia* (esposa de Flávio).

Percebemos pelos depoimentos dos informantes que o transtorno mental e a loucura são entidades diferenciadas. A loucura pode se instalar a partir da crise e implica um estado de desatino permanente sem possibilidade de cura, enquanto o transtorno pode resultar em cura, se forem oferecidos suportes sociais que favoreçam sua evolução positiva.

*Conheço uma pessoa que se trata e não ficou mais bom nunca, isso é a loucura* (esposa de Flávio).

*Ele num é desses que rasga nada, num joga fora nada, num corre atrás do trem, por isso que eu digo que num é loucura, é doença mesmo* (irmã de Cléber).

*Pode-se ficar louco e nunca mais voltar se de repente tiver perdido o emprego, na tiver a família perto dele, se entregar à bebida, não procurar se tratar* (esposa de Flávio).

O transtorno é descrito pelos informantes como alterações específicas que ocorre no organismo ou na mente de cada pessoa, que surge de forma abrupta, recursiva e de curso imprevisível.

*Na doença mental algo está descontrolado no organismo* (esposa de Flávio).

*É uma coisa de cada pessoa. É uma coisa muito lá dentro deles* (irmã de Vlândia).

*Vem como uma gripe* (Vlândia).

*A gente nunca sabe onde a doença pode ir* (Rita).

Para alguns portadores, o transtorno mental é constituído de etapas específicas, variando na sua forma de apresentação.

*Às vezes vem misturada, mania com depressão* (Rita).

Para outros, as especificidades do transtorno mental fazem com que este seja encarado como uma experiência diferente e pouco compreendida.

*Não é uma doença como outra qualquer... Qualquer problema ela retorna e toda vez que retorna os sintomas vêm diferentes* (Rita).

*Eu mesmo não sei o que é que tenho, só conheço o lado prático da minha doença* (Alonso).

Apesar de implicar sofrimento, o transtorno mental pode ser encarado para alguns como uma experiência positiva e passível de ocorrer com qualquer pessoa.

*O positivo da doença é saber que ela tem cura* (Vlândia).

*Pode acontecer em todas as famílias em qualquer classe social* (Rita).

## DOMÍNIO CULTURAL 1

### FORMAS COMO O PORTADOR E FAMILIARES DENOMINAM E EXPRESSAM CONHECIMENTO SOBRE O TRANSTORNO MENTAL (O problema que ele tem)

Relação Semântica: Meio-fim

Forma: X é uma forma para fazer Y

o problema... loucura... crise... o mal... maldita... doença... distúrbio... depressão...  
 estressamento emocional... é um processo... um estágio... coisa que  
 estourou ... apresenta com o decorrer dos tempos... é como se  
 fosse duas personalidades... algo está descontrolado... é uma  
 coisa de cada pessoa... mundo povoado de monstros...  
 vem como uma gripe... a crise pode ser variada...  
 associada a bebida é como droga... é juízo fraco ...  
 nunca sabe onde a doença pode ir... tem  
 mania e depressão... às vezes vem  
 misturada... não é uma  
 doença como outra  
 qualquer...  
 tem cura...  
 a coisa...

É uma forma de denominar e expressar conhecimento sobre o transtorno.

## DOMÍNIO CULTURAL 2

### FORMAS DE DENOMINAR O PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL

#### Pessoa com problema

Relação Semântica: Meio-fim

Forma: X é uma forma de fazer Y

Este domínio permitiu identificar as diversas formas utilizadas pelas famílias e seus membros ao se referirem ao portador de transtorno mental e que refletem concepções da doença e experiência com esta dentro de seu contexto sociocultural. As falas dos informantes revelaram que os termos utilizados para designar o portador de transtorno mental são variados, alguns deles considerados termos estigmatizantes que podem ser encarados como uma ofensa pelo portador e implica o risco de desencadear reações agressivas por parte dos mesmos.

*A gente não chama de louco... a gente diz que tem um problema, mesmo que ele seja assim ninguém deve dizer: Aquele ali é um doido, aquele ali é um louco... não, você deve dizer, aquele tem um problema, mesmo que seja aquilo a pessoa não deve falar porque eles ficam mais revoltados, tendo mais raiva porque a gente tá chamando de doido* (irmã de Cléber).

*Essa palavra louco é muito pesada...* (irmã de Amâncio).

*Me chamam de doido... eu tenho um problema, mas não sou doido* (Gabriel).

*Meu pai não é louco, tem esse problema.* (filho de Flávio)

Ao examinar o conceito de louco, referido por um dos informantes como...*desvairado, que busca refúgio nas ruas...* Segundo o dicionário Luft (1996), dentre outras significações, a palavra, desvairado, compreende alucinado, privado de razão. Roza (1988) assinala que a partilha da razão e desrazão foi instaurada com Descartes pela ordem da racionalidade no século XVII, momento em que, segundo ele, a razão produziu a loucura. Essa idéia, ainda presente no

pensamento contemporâneo, faz da loucura uma contrapartida da razão. Louco e doido são termos sinônimos e sempre implicam a perda da racionalidade, na animalização do ser.

*A palavra doido tem um sentido ruim, é uma pessoa sem razão, é uma pessoa diferente...* (irmã de Amâncio).

*Louco é aquele que joga pedra no trem, rasga dinheiro e anda nu no meio da rua* (irmã de Cléber).

A distinção entre o homem e o animal é a racionalidade. A idéia do louco ou doido como um ser irracional justifica as práticas culturalmente aceitas que se assemelham àquelas empregadas para dominar o animal selvagem.

*Doido é uma pessoa que não faz nada, são amarrados, chicoteados, come merda entre outras coisas mais, anda batendo nos outros, não toma remédio pra ficar bom, vive amarrado, falando sozinho... são aqueles que precisa prender* (irmã de Cleber).

O louco/doido, por sua vez, se reveste de faces diversas conforme a maneira de se comportar de cada um ...*Louco é aquele que é fora do normal, fora da rotina, fora do contexto de vida* (Flávio). Dentre essas diferentes maneiras da pessoa ser, distingüimos as seguintes designações: Doido de rua ...*come merda e não ta no hospital* (Flávio), diz respeito ao portador não institucionalizado, confundido com mendigos, vagabundos, em sua maioria perfeitamente adaptados a uma vida à margem da sociedade. São também denominados doido varrido ...*não ta nem aí pra nada, passa fome e não liga nada* (Gabriel), doido de pedra ...*joga pedra na rua*, doido de lua ... *doido de fase de vida* (Flávio) Doido de hospital é o portador institucionalizado, porém não menos irracional ...*não consegue comandar seus sentimentos... fica alienado, impregnado* (Alonso).

Observamos pelo discurso dos informantes, como principal tendência conceptual, o fato de denominar o louco/doido como uma falha na forma pessoal de ser com repercussões na sua vida social e geradora de incapacidade para o exercício da função gregária.

*Doido é aquele que apareceu algum problema e botou na cabeça* (Mãe de Cléber).

*O louco propriamente dito é uma pessoa incapaz, é como se a pessoa não tivesse noção de nada na vida, é uma pessoa sem condições, é uma pessoa incapaz de participar de grupo* (esposa de Flávio).

*Louco é aquele que vai contra os princípios da sociedade, perde o controle, não tem consciência* (Flávio).

É importante ressaltar que essas visões preconceituosas acerca do portador de transtorno mental inserido na categoria de Louco/Doido, estão presentes de forma arraigada no imaginário dos familiares e portadores do transtorno.

Em sua vivência cotidiana com o portador de transtorno mental, os informantes se dão conta da transitoriedade do estado psíquico do portador, ora com comportamentos que diferem do habitual, ora não, razão porque eles não são enquadrados e não se enquadram na categoria de loucos.

*Louco é aquele que sai no meio da rua, que não sabe o que ta fazendo. Ele não... é só no momento. Naquele momento que ele ta dando trabalho realmente ele não sabe o que faz...* (irmã de Cléber).

*Não sou doido porque não agrido as pessoas, tenho noção do que é o mundo* (Alonso).

De acordo com as definições dadas pelos informantes dentre os portadores internados em instituições psiquiátricas eles também se dividem em duas categorias: O louco ou doido e o doente mental.

*O doente mental é aquela pessoa difícil de se lidar... pode ser curado, talvez de uma forma, através de remédios, através deste tratamento aqui no hospital, pode voltar a fazer... a se reintegrar, o louco nunca mais volta a se integrar na sociedade porque fica incapacitado* (esposa de Flávio).

Na categoria de doente mental, encontramos outras denominações conforme descritas pelos portadores: perturbado ou nervoso *...doido é quem tem a doença e ta internado*. (Amâncio).

O termo "*paciente*" pode designar uma forma menos ofensiva de se referir ao portador institucionalizado *...quem tem educação chama de paciente*,

*quem é analfabeto chama de doido* (Amâncio); egressos é *...aquele que só sofre dos nervos, fica raivoso, sente fúria, sente aquela coisa chegar perto, aquela vingança* (Alonso). A equipe terapêutica, no entanto, denomina egresso, o portador que há mais de um ano não apresenta surtos psicóticos e que não requiere internamento hospitalar. Outro termo, usuário, é notadamente usado para designar o portador de transtorno que faz tratamento no hospital-dia também traduz uma forma respeitosa de tratar a clientela que faz uso desse serviço *...é porque se disser paciente ofende muito a pessoa ...paciente é o que ta internado* (irmã de Cléber). O termo também é utilizado para diferenciar os portadores que fazem tratamento no hospital-dia de outros portadores internados ou não *...Somos usuários, mas ao mesmo tempo, somos pacientes. Usuário é porque tudim somos orientados, temos a doença, más somos orientados. Um paciente desorientado não sabe o que faz* (Gabriel).

A denominação "louco" também pode ser usada para referir sentimentos de paixão *...Todos são loucos pelo pai* (esposa de Flávio) e os portadores de muito saber *...quando é muito inteligente, muito estudioso...* (filho de Flávio). Se ele vive alheio ao ambiente é chamado de lunático *...aquele que vive no mundo da lua* (Flávio); transloucado... é a denominação dada à pessoa que comete atos impensados, movidos por impulso *...Não é doido, é vexado, comete desatino* (Flávio); doidin é uma denominação carinhosa e se refere ao louco que não é agressivo, que não incomoda e até diverte as pessoas com seu comportamento...*é aquele doido que é alegre, extrovertido* (Flávio). Se o individuo torna-se louco por uso de substância psicoativa, tais como droga e álcool, ele é chamado de *...pirado, zoadado, lombrado, maluco-beleza* (irmão de Amâncio). Neste caso o louco não é doente, apresenta um estado de alteração psíquica que pode levá-lo temporariamente a agir como louco.

A referência do que seja louco ora parece pautada no pensamento irracional ora no comportamento inadequado e é sempre apontada pelos outros e não pelo portador. Essa visão acerca do pensamento e atitudes, designados como loucos, também se apóiam nos padrões socioculturais do grupo. O grupo aponta o louco, porquanto o portador algumas vezes pode ou não incorporar esse papel.

*...minha família diz que sou louco, eles querem que eu seja louco, pois agora eu vou ser louco... (Gabriel).*

*Aqui ninguém ta doido. O hospital inventa que ta tratando e eles fingem que tão doido pro hospital não ir a falência (Gabriel).*

## DOMÍNIO CULTURAL 2

### FORMAS DE DENOMINAR O PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL

(Pessoa com Problema)

Relação Semântica: Meio-fim

Forma: X é uma forma para fazer Y

pessoa com problema... louco... perturbado... doente mental... doido... paciente...  
 maluco... usuário... lunático... nervoso... pirado... abirobado... maluco-beleza...  
 aéreo... transloucado... doidin... egresso... maluco-beleza... aéreo...  
 descompensado... aperriado... impregnado... asilado... dedé...  
 abalado... fraco... desorientado... psicótico... fanático...  
 neurótico... transtornado... pirado... zoado...  
 lombrado... desatinado  
 ... desabutinado...

É uma forma de denominar o portador de transtorno mental.

### DOMÍNIO CULTURAL 3

## FORMAS DE O PORTADOR E FAMILIARES PERCEBEREM O INÍCIO DA CRISE

### Surgindo de acordo com as coisas que vão acontecendo

Relação Semântica: Meio-fim.

Forma: X é uma forma de para fazer Y

De acordo com Caplan (1980), a crise se caracteriza por um desequilíbrio entre o estímulo negativo e os padrões habituais de solução de problemas e controle das situações. A tensão causada pela frustração da necessidade leva o indivíduo a um estágio de perturbação e ineficácia que poderá evoluir para um estado de desorganização grave. Na crise, a resposta é ineficaz e varia segundo a natureza, intensidade e duração do problema.

*Vai surgindo de acordo como as coisas vão acontecendo* (mãe de Rita).

Uma das primeiras mudanças percebidas e apontadas pelos familiares e portador, e que sinalizam a crise, corresponde a alterações de comportamento, dentre elas; a agressividade, isolamento, rejeição, fugas do lar e compulsão. A agressividade é expressa tanto por sentimentos subjetivos com relação ao mundo que o cerca, como também em atitudes.

*Teve ira e foi quebrando as coisas* (mãe de Gabriel).

*Foi se fechando, se fechando...* (mãe de Vlândia)

*Ela passou a não me aceitar, me tinha como inimiga...*(mãe de Rita).

*O destino é ganhar o mundo* (mãe de Hélio).

*Come direto, fuma direto...* (mãe de Cléber).

Desorganização do comportamento com ausência de objetividade, desequilíbrio, desinteresse negligência e agitação psicomotora foram outros atributos do comportamento de crise.

*Tomava banho, todo molhado tomava café e se deitava* (mãe de Cléber).

*Não se apruma* (mãe de Gabriel).

*...perdendo a motivação* (mãe de Rita).

*Vivia sujo, não tomava banho, não trocava a roupa, não comia que custasse* (mãe de Cléber).

Como mudanças no pensamento, foram descritas idéias obsessivas, delírios persecutórios ou de cunho místico e de grandeza.

*Só pensando em coisas de Deus* (mãe de Rita).

*Achando que as pessoas estão querendo lubridia-lo* (esposa de Flávio).

*Diz que ta com um espírito* (irmã de Amâncio).

*... tendo um conceito exagerado de si mesmo* (Alonso).

Alterações do humor são freqüentes, tanto de natureza depressiva, como de natureza maníaca.

*Na depressão fico esgotada, triste, imagino o pior. Na mania fico insatisfeita, desinibida, querendo mudar* (Rita).

Outras manifestações que estão presentes são: alterações do senso-percepção, têmporo-espacial e presença de sintomas psicossomáticos:

*Vendo um cachorro com língua de fogo* (irmã de Amâncio).

*Fiquei atarantado* (Alonso).

*Sentia dor de cabeça, dor no peito...* (Flávio).

A crise é habitualmente descrita pelos informantes como mudanças percebidas no portador que não fazem parte da maneira habitual de a pessoa ser e se comportar no contexto sociofamiliar.

*A gente nota... ele fica muito mudado* (irmã de Amâncio).

*Não era a pessoa que a gente conhecia* (irmã de Vlândia).

No entanto, a família costuma afirmar que algumas mudanças já se pronunciavam e eram por eles percebidos antes mesmo da eclosão dos sintomas, sem que elas fossem associadas à iminência da crise.

*Ele já tava ruim ...Já existia algo* (irmã de Amâncio).

Embora a crise seja definida teoricamente como um processo que possui diversos estágios na sua escala de evolução, para alguns, ela foi descrita como tendo início súbito e insidioso, o que favorece o não reconhecimento precoce dela.

*Vem como uma gripe* (Vlândia).

*A gente não sabia o que era* (irmã de Vlândia).

Ao expressar sua percepção acerca da crise, familiares dos portadores a descrevem como uma experiência negativa e evidenciam outro fator que dificulta o reconhecimento precoce do transtorno relacionado ao mecanismo de negação utilizado pela família ao se deparar com os indícios do transtorno ...*Foi Horrível! A gente se refugiou muito... A gente não queria enxergar* (irmã de Vlândia).

### DOMÍNIO CULTURAL 3

## FORMAS DE OS FAMILIARES DE O PORTADOR PERCEBEREM O INÍCIO CRISE

(Surgindo de acordo com as coisas que vão acontecendo)

Relação Semântica: Meio-fim      Forma: X é uma forma de para fazer Y

surgindo de acordo com as coisas... revoltada... com raiva... surto de ira... se  
 fechando... o destino é ganhar o mundo... me tinha como inimiga... não se  
 apruma... sentindo dor de cabeça... surgiu de repente... vem como  
 uma gripe... foi impressionante!... agente não queria enxergar...  
 tomando um rumo estranho... não era totalmente sã...  
 agente não sabia o que era...  
 foi horrível...  
 muda ...

É uma forma de os familiares perceberem o inicio da crise.

## DOMÍNIO CULTURAL 4

### CAUSAS DO PROCESSO DO ADOECER MENTAL

#### Coisas que aconteceram

Relação Semântica: Causa-efeito

Forma: X é o resultado de Y

A percepção dos portadores e dos familiares acerca das causas que levam ao processo do adoecer mental é variada, podendo estas, serem agrupadas em diversas categorias. A primeira delas é que o transtorno pode ser originário de fatores externos que independem do sujeito ou do ambiente. Dentre eles podemos citar aqueles relacionados à influência de espíritos ou em consequência das práticas espirituais.

*A doença é devida investida do Satanás* (mãe de Alonso).

*Senti um vulto descendo sobre o meu espírito...* (Amâncio).

Neste contexto, a religião é apontada como a principal disseminadora dessa concepção.

*Levei para o espiritismo e disseram que ele tava com o espírito de um crente* (irmã de Amâncio).

Outros fatores externos ainda revelam uma concepção de que a sua etiologia pode também ser atribuída à ação da natureza que ocorre de forma isolada.

*Acho que é do tempo mesmo... os nervos se agita, fica pensando nervoso, começa a pensar demais... coisa que a pessoa bota na cabeça, aí vai, adocece* (mãe de Gabriel).

*É devida a fase da lua* (irmã de Cleber).

*Aconteceu a doença porque não tive sorte* (Rita).

Os fatores associados ao meio incluem as causas sociais relacionadas a dificuldades na vida, ausência de oportunidades, relações no trabalho e estilo de vida.

*Acho que ficou assim de uma preocupação... às vezes procura uma melhora e não acha. A melhora de um trabalho, de uma coisa pra viver melhor, né? Aí vai juntando tudo no juízo, aquela dificuldade na vida, e aí se entrega* (mãe de Cléber).

*O sedentarismo é quem provoca a doença, viver na ociosidade e não fazer nada. A vida fica repetitiva.* (Alonso)

*Foi o estudo exagerado que mexeu com a minha mente* (Rita).

A família também foi apontada por muitos informantes como responsável pela ocorrência dos transtornos. Essa responsabilidade pode estar relacionada ao componente hereditário em que normalmente se associa a ocorrência de outros episódios de transtorno na família ou a características da relação familiar, incluindo a forma de relação, os padrões de comunicação e conflitos deles decorrentes.

*A nossa família já tem tendência...meu pai foi louco, tomou choque e ficou bom* (irmã de Amâncio).

*São sete irmãos. Tudim tem problema. Isto é herança de pai. A família dele tudim morre louco.* (mãe de Gabriel).

*A família opiniosa, do pai dele, se juntou a minha que é fraca da cabeça, aí fez a doença* (mãe de Hélio).

*A família também contribui para a doença mental, tem que saber quando falar, o diálogo na família é muito importante. O diálogo mal feito na família leva o outro a não ficar bem* (esposa de Flávio).

*Esse aqui, (apontando para um dos filhos), pegou uma faca e correu atrás de mim, ele tava bem ai em pé, daí ele ficou doente da cabeça.* (mãe de Cléber).

*O problema da doença é a família. Fiquei assim por falta de estrutura familiar* (Flávio).

As causas do transtorno podem estar associadas a alterações orgânicas naturais ou induzidas por drogas ou traumas físicos e psicológicos.

*A doença é coisa do organismo* (mãe de Rita).

*É um problema associado ao alcoolismo dele* (esposa de Flávio).

*Ele sofreu uma batida, levou uma pancada muito grande, aí aquilo foi passando o tempo, os miolos coalhando aquele, aí no que ele chupa faz aquilo na cabeça dele (mãe de Gabriel).*

*O que provocou o mal foi a tortura psicológica, a culpa que incutiram na cabeça dele (filho de Flávio).*

Nos fatores internos foram considerados aqueles que dizem respeito à estrutura psicológica do portador.

*A doença é por causa de problemas na vida interna da pessoa (Vlândia).*

*...porque falta preparo psicológico para viver, só isso (Flávio).*

Para a maioria dos informantes, o transtorno surge em decorrência da associação de vários fatores que desencadeia um processo, podendo culminar com o adoecer mental.

*Isso mexeu com a cabeça dela... as decepções, os relacionamentos que não deram certo e os conflitos de religião também (irmã de Vlândia).*

*Todo mundo teme os seus desejos, quer uma coisa, sofre com a discriminação, o preconceito social. Quando há um bloqueio por uma coisa específica associada a outros fatores como meio discriminatório acontece uma reação em cadeia; passa a alimentar idéia, percebe que há discriminação, vê menor. Aí fica acuado, sente-se só e se isola ainda mais, perde a segurança e o controle e aí adoece (Flávio).*

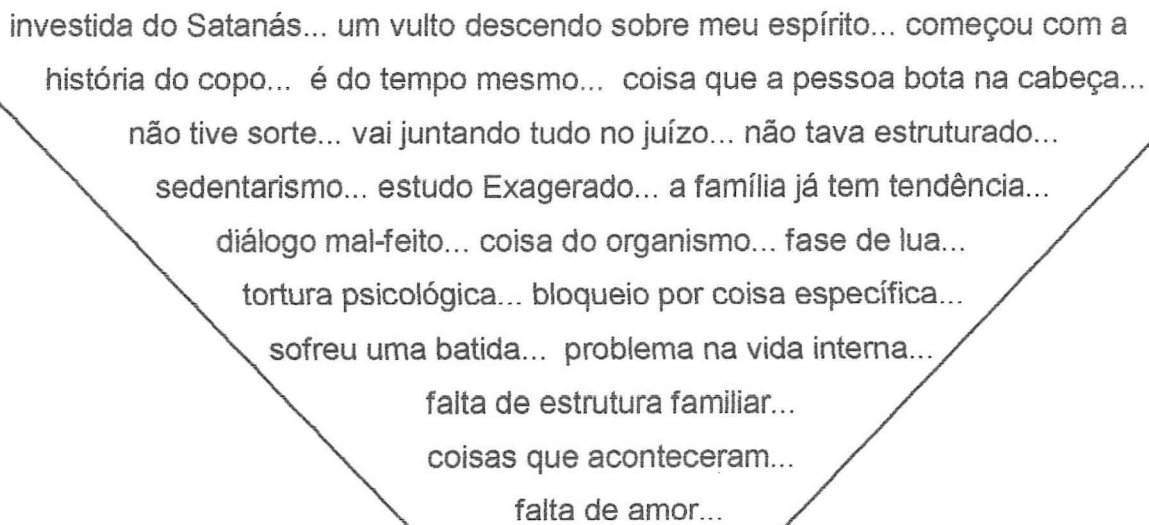
## DOMÍNIO CULTURAL 4

### CAUSAS DO PROCESSO DO ADOECER MENTAL

(coisas que aconteceram)

Relação Semântica: Causa-efeito

Forma: X é o resultado de Y



investida do Satanás... um vulto descendo sobre meu espírito... começou com a história do copo... é do tempo mesmo... coisa que a pessoa bota na cabeça... não tive sorte... vai juntando tudo no juízo... não tava estruturado... sedentarismo... estudo Exagerado... a família já tem tendência... diálogo mal-feito... coisa do organismo... fase de lua... tortura psicológica... bloqueio por coisa específica... sofreu uma batida... problema na vida interna... falta de estrutura familiar... coisas que aconteceram... falta de amor...

Causas do processo do adoecer mental.

## DOMÍNIO CULTURAL 5

### TIPOS DE RECURSOS UTILIZADOS PELA FAMÍLIA E PORTADOR FRENTE AO TRANSTORNO MENTAL

#### Entrego na mão de Deus

Relação Semântica: Inclusão estrita

Forma. X é um tipo Y

Este domínio revela os recursos utilizados pelo portador e família ao lidarem com a emergência do transtorno mental. Os dados mostram que os recursos eleitos pelo grupo familiar em face desta experiência estão agrupados nas seguintes categorias: espiritual, policial e médica. Os fatores que determinam a modalidade de ajuda buscada possuem correlação direta com a forma como se manifestam os primeiros sintomas e as concepções culturais acerca o transtorno mental. Manifestações de caráter místico, associado a concepções culturais místico-religiosas predominantes em determinados grupos, influenciam na busca de ajuda de cunho espiritual.

*A gente achava que era o espírito do pai dela, aí levaram para a macumba (mãe de Rita).*

*Ele começou fazendo oração para chamar espírito, depois começou a sentir uns arrepios, disseram que era coisa do demônio. Ficou transtornado, quebrando as coisas e falando com a voz do pai, aí a gente levou ele para o centro espírita (irmã de Amâncio).*

A concepção de que o transtorno mental possa ter como origem a atuação de espíritos malignos também estimula práticas de exorcismo. Essa prática ainda nos mostra que o transtorno mental, na concepção de alguns grupos familiares, é algo que afeta a pessoa na sua individualidade, não havendo associação destas manifestações com o contexto sócio-relacional do portador.

*Demos nele uma surra de cordão de São Francisco e água benta para afastar o cão dos couros* (irmã de Amâncio)

*Fui pra macumba e me deram um banho de uma gororoba pra tirar o caé.* (Rita)

Não havendo êxito quanto aos recursos supracitados, a busca de ajuda espiritual pode persistir, agora dirigida a uma entidade superior, quer diretamente, quer através de supostos intercessores espirituais ou terrenos.

*Quando chegou no terceiro dia, ele estava muito cansado e passou a pedir ajuda a N.Sr<sup>a</sup>. Achava que tinha cometido um pecado passou o crucifixo nos órgãos genitais e começou a falar com ela* (irmã de Amâncio).

*Ele passou dias gritando, a gente trouxe umas freiras* (irmã de Amâncio).

Quando as manifestações sintomáticas são de caráter agressivo, notadamente se não é a primeira crise, o grupo familiar procura ajuda policial. A instituição de polícia, por seu caráter repressor é utilizada para se obter êxito ao se tentar conter o comportamento desviante e transportá-lo com segurança para o hospital.

*Tive uma crise, andei quebrando as coisas, aí chamaram a polícia* (Gabriel).

*Ele fez uma bagunça lá onde ele mora e foi preso. Eu disse pro delegado, Doutor, comigo ele não vai pro hospital, a não ser que o senhor requisite uma ambulância e diga que ele tem que ir. Aí ele vai* (mãe de Hélio).

A busca de ajuda médica implica a compreensão e aceitação por familiares e ou portador da existência de um transtorno mental, realidade nem sempre facilmente aceita, uma vez que este evento mobiliza sentimentos de culpa e mecanismos a fazer com que se retarde a busca por esta modalidade de ajuda.

*Foi um rebuliço na família, todo mundo ficou mais agitado, mais fragilizado* (mãe de Rita).

*Eu não queria aceitar que aquilo fosse uma doença grave com relação à cabeça, né?* (esposa de Flávio).

Observa-se que, dada à dificuldade que a família e portador têm em aceitar a ocorrência do transtorno mental dentro do sistema, a existência deste e a necessidade de tratamento são, na maioria das vezes, primeiramente suscitadas por outras pessoas fora do sistema familiar.

*No centro espírita disseram que ele tava com um problema muito sério e que não era espírito, o que ele precisava era de medicação* (irmã de Amâncio).

*Ela foi para a ginecologista e a médica reconheceu, ligou pra cá e disse: Essa menina esta precisando de ajuda, e séria!* (irmã de Vlândia).

Segundo depoimento de informantes, o tratamento médico pode coexistir com o tratamento espiritual. *O psiquiatra era espírita, então ele tratou no consultório e depois convidou ele para ir ao centro* (esposa de Flávio).

O tratamento médico é outro recurso utilizado quando falham normalmente os recursos espirituais e repressivos.

*Aceito a medicina como condição da minha doença* (Flávio).

Além do tratamento medicamentoso habitualmente prescrito pelo médico, a família também faz uso de chás, como “colônia”, “erva cidreira”, “garapa de açúcar”, que segundo eles *...serve pra acalmar os nervos* (mãe de Gabriel).

Observamos, contudo, que, apesar de um leque de recursos utilizados pelas famílias, a busca de ajuda espiritual é uma constante e está presente durante todo o processo como suporte cultural para lidar com o estresse advindo do manejo deste fenômeno.

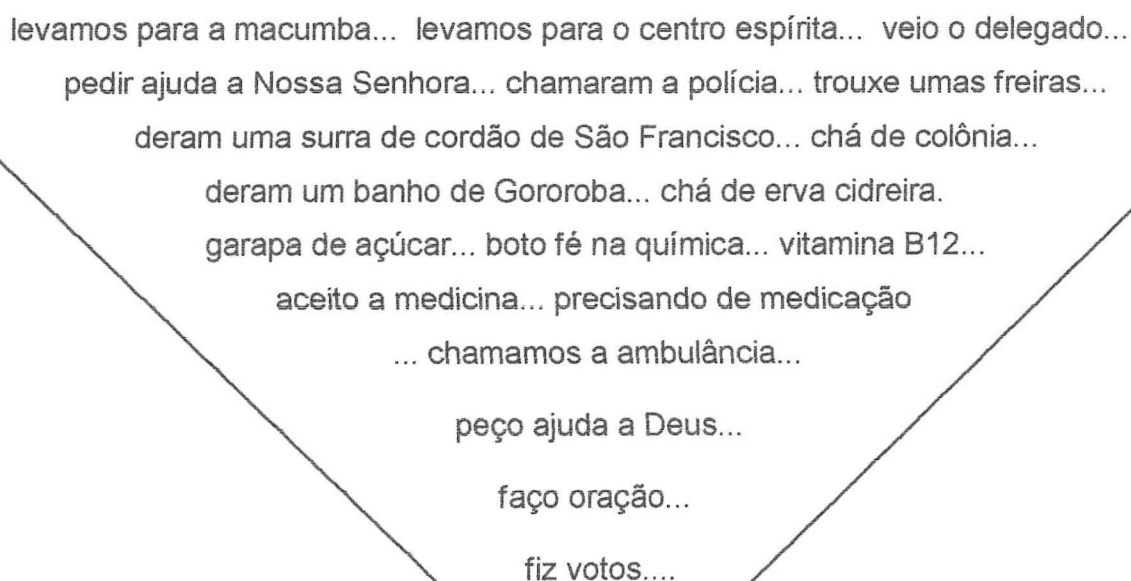
*Eu agüento porque peço a Deus pra me ajudar, ele ajuda e eu venço*(mãe de Gabriel).

*Eu faço oração. Me ajoelho e peço ajuda a Deus para que ele me dê força* (irmã de Vlândia).

**DOMÍNIO CULTURAL 5****TIPOS DE RECURSOS UTILIZADOS PELA FAMÍLIA E PORTADOR  
FRENTE AO TRANSTORNO MENTAL****(Entrego na mão de Deus)**

Relação Semântica: Inclusão estrita

Forma: X é um tipo Y



levamos para a macumba... levamos para o centro espírita... veio o delegado...  
pedir ajuda a Nossa Senhora... chamaram a polícia... trouxe umas freiras...  
deram uma surra de cordão de São Francisco... chá de colônia...  
deram um banho de Gororoba... chá de erva cidreira.  
garapa de açúcar... boto fé na química... vitamina B12...  
aceito a medicina... precisando de medicação  
... chamamos a ambulância...  
peço ajuda a Deus...  
faço oração...  
fiz votos....

Tipos de recursos utilizados pelo portador e família frente ao transtorno mental.

## DOMÍNIO CULTURAL 6

### TIPOS DE SENTIMENTOS DO PORTADOR E FAMÍLIA COM RELAÇÃO AO TRANSTORNO MENTAL

#### O sentimento que a gente tem

Relação Semântica: Inclusão estrita

Forma: X é um tipo de Y

Neste domínio estão os sentimentos dos informantes ao relatarem sua experiência com o transtorno mental. Ao refletir esse aspecto de suas vivências percebemos que a relação dos familiares com o membro portador de transtorno mental é permeada por sentimentos positivos e negativos que afloram de acordo com as circunstâncias, sendo algumas vezes difícil de denominar.

*A gente sente o sentimento que a gente tem... saber que tem uma pessoa na família da gente com problema, né?* (irmã de Cléber).

De acordo com os informantes, é o medo um dos primeiros sentimentos que emergem na família ao perceber que um dos membros está sofrendo de transtorno mental pelo fato de não saber lidar com esta experiência.

*No começo como a gente não tem experiência, todo mundo tem medo* (irmã de Amâncio).

*A primeira crise eu tive medo da pessoa ficar assim por toda a vida, né?* (mãe de Rita).

Dentre as atitudes do portador, aquela que mais mobiliza o medo na família está associada ao comportamento agressivo presente em alguns deles e à ameaça à integridade física de seus membros.

*Ele ficou agitado, pegou um pau...nem eu nem minha mãe podia entrar dentro de casa, né?, com medo dele* (irmã de Cléber).

*Tenho medo que ele faça alguma coisa com os meninos lá de casa* (mãe de Gabriel).

*Eu tinha medo, de repente, sei lá! ele podia me matar* (esposa de Flávio).

Após a experiência inicial, o medo persiste e se manifesta sob forma de insegurança com dia-a-dia do membro adoecido. A mãe de um dos portadores relata:

*Ela já ta pensando em voltar a trabalhar, más eu não queria não, eu tenho medo* (mãe de Rita).

O medo pode também surgir como resultantes das situações de estresse às quais a família é exposta ao lidar com essa experiência.

*Eu tive fobia...eu já nem atravessava a rua com medo dos carros me pegar, tava também ficando doente* (esposa de Flávio).

A preocupação é outro sentimento que permeia toda a experiência com o adoecer mental do membro na família; emerge com a manifestação dos primeiros sintomas e persiste por toda a vida, mesmo após o portador ter superado a crise.

*Ele começou a ficar dentro de casa, tudo trancado, a gente começou a ficar preocupado* (esposa de Flávio).

*A gente dorme na preocupação dele fazer besteira* (irmã de Vlândia).

*Se ele tem necessidade de alguma coisa a gente fica preocupado se ele vai ou não gostar* (irmã de Amâncio).

Ao lidar com o membro portador de transtorno mental, constantemente a família necessita mobilizar seus recursos psicológicos. Em decorrência das dificuldades e reiterados fracassos, surgem sintomas físicos e psicológicos como forma de expressão do sofrimento.

*Ele estava muito agitado, eu só consegui dormir lá pelas três horas da manhã, tive um mal-estar no corpo, estava me sentindo péssima* (irmã de Vlândia).

*A cabeça fica estourando, fervendo, sinto cansaço, dor no corpo, tem vez que fico toda quebradinha por causa de tanto problema* (mãe de Gabriel).

*A doença dele me afetou porque eu fiquei muito nervosa* (esposa de Flávio).

A tentativa de ajudar o portador nem sempre é efetiva, o que acaba produzindo outros sentimentos ambivalentes, culpa e impotência.

*O que eu sinto por ele é amor e raiva* (irmã de Amâncio).

*Me sinto mal porque não posso fazer nada por ele, só aconselhar* (mãe de Hélio).

*Ele tentou suicídio...eu me senti arrasada, culpada por não poder evitar* (irmã de Amâncio).

Sentimentos de empatia e piedade também foram relatados pelos familiares com relação ao portador.

*Eu tenho pena, ninguém tem paciência com ele, eu não queria estar pele dele* (irmã de Amâncio).

Na convivência com o portador no contexto social mais amplo os familiares declararam sentirem-se rejeitados e experimentarem sentimentos de vergonha diante do comportamento dele.

*A gente anda com ele, passeia. Mas na hora que ele vai mostrar esse outro lado dele, a gente sente vergonha* (irmã de Amâncio).

*A gente se sente como se fosse rejeitada pelas pessoas. Na hora que ta maltratando ele por causa daquela doença, também ta maltratando a gente* (esposa de Flávio).

A ausência do portador do contexto familiar, embora desperte a falta, é sentida com certo grau de conforto.

*Agora ele está no hospital, ta excelente porque é um alívio dentro de casa!* (irmã de Amâncio).

*A gente sente falta dele. Más das brigas eu tenho vergonha. Agora ta mais tranqüilo* (mãe de Gabriel).

Preocupações da lida diária, a incerteza quanto ao futuro, renúncias, frustrações, medo e vergonha são alguns dos muitos sentimentos que essa experiência desperta na família do portador de transtorno mental colocando à prova o limite de sua resistência.

*A gente sente que ta no limite* (irmã de Vlândia).

A experiência do portador com o transtorno mental mobiliza também, sentimentos rejeição, porém estes, estão mais relacionados com a forma como ele é tratado no contexto sócio-familiar e limitações impostas pelo transtorno.

*È justamente pelo preconceito que é a maneira de tratar as pessoas que tem essa doença que faz com que a pessoa se sinta rejeitada, incapaz e até magoada. A gente se sente inferior* (esposa de Flávio).

A rejeição por eles sentida acaba por desenvolver sentimentos de incapacidade para a vida social, gerando insatisfação, revolta, medo, insegurança e culpa. Em consequência disso, o portador se retrai ainda mais aumentando a sensação de solidão.

*Fico revoltado com minha vida, a discriminação é muito grande* (Gabriel).

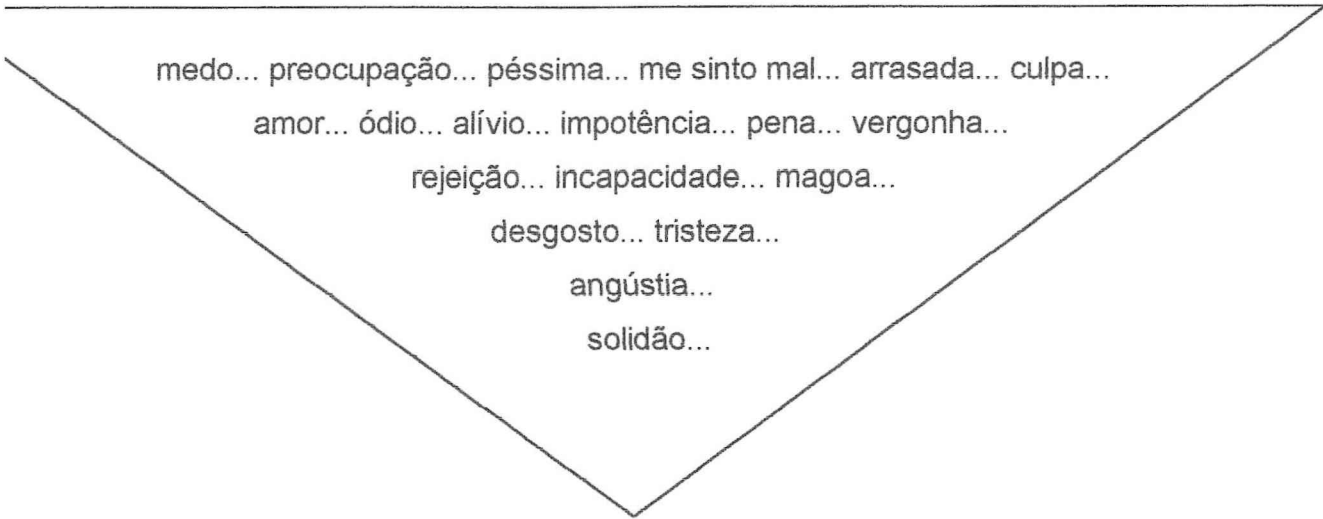
*Não tenho mais condições de trabalhar porque posso ter uma crise. Me sinto culpada por isso* (Rita).

*Tenho desgosto porque não tenho apoio. Se eu tivesse apoio ficava melhor. Não tenho com quem conversar. Vai anoitecendo, vem aquela tristeza, aquela angústia...* (Gabriel).

**DOMÍNIO CULTURAL 6****TIPOS DE SENTIMENTOS DO PORTADOR E FAMÍLIA COM  
RELAÇÃO AO TRANSTORNO MENTAL****(O sentimento que a gente tem)**

Relação Semântica: Inclusão estrita

Forma: X é um tipo de Y



medo... preocupação... péssima... me sinto mal... arrasada... culpa...  
amor... ódio... alívio... impotência... pena... vergonha...  
rejeição... incapacidade... magoa...  
desgosto... tristeza...  
angústia...  
solidão...

Tipos de sentimentos do portador e família com relação ao transtorno mental.

## DOMÍNIO CULTURAL 7

### FORMAS DE O PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL PERCEBER, SENTIR E SE RELACIONAR COM SUA FAMÍLIA

#### Tem família que não ajuda

Relação Semântica: Meio-fim

Forma: X é uma forma de para fazer Y

Este domínio pretende demonstrar as formas como o portador de transtorno mental percebe sua família e os sentimentos e atitudes que emergem desta convivência. Através dos discursos proferidos, foi possível categorizar alguns aspectos da dinâmica relacional dentro de sua vivência cotidiana que contribuem para construir essa percepção. Os resultados demonstram que os portadores, ao proferirem uma concepção idealizada de família, atribuem a ela como papel principal o de fornecer suprimentos materiais e afetivos necessários à construção de uma identidade pessoal.

*Dão bem-estar, segurança tranqüilidade e o pão de cada dia* (Cléber).

*É meu ponto de referência* (Flávio).

*Sem ela a gente não é nada* (Alonso).

Referindo-se a sua família, os portadores sinalizam outra realidade e atribuem a ela uma parcela de responsabilidade na produção de condições que favorecem a emergência do transtorno ...*Nem toda família é assim...Tem família que não ajuda* (Gabriel).

*Se eu tivesse família tinha estrutura. Faltou família na minha vida* (Flávio).

A percepção que o portador tem de sua família está pautada na natureza dos problemas da vida cotidiana, as características da relação familiar, o padrão de comunicação dentro do sistema e as atitudes a eles dirigidas no dia-a-dia da relação.

A natureza dos problemas cotidianos da família do portador de transtorno mental é diversificada. Entre aqueles, citados com maior frequência, está: alcoolismo, drogas, problemas financeiros e desavenças entre familiares.

*O problema aqui de casa é devido essa bebedeira* (mãe de Cléber).

O modo como a família se relaciona com o membro portador de transtorno mental caracteriza-se pela desunião, conflitos e isolamento.

*Eles querem as coisas de um jeito e eu de outro* (Vlândia).

*São intrigados comigo* (portador).

*É cada um pro seu lado* (Amâncio).

Embora haja uma tendência ao isolamento, um problema isolado afeta o sistema como um todo, revelando o seu equilíbrio precário. Também percebemos no discurso dos informantes, a presença de hierarquia rígida que comanda as decisões no contexto familiar.

*Um problema de um mexe com todos* (Vlândia).

*Vai logo perdendo a calma* (Rita).

*O que vigora é a opinião deles...* (Vlândia).

Embora na maioria das vezes os membros do sistema familiar revelem sensibilidade diante dos seus problemas, sentem dificuldade de compartilhá-lo entre si e aqueles grupos familiares que costumam compartilhar dos problemas, apresentam frágil vinculação afetiva que só é garantida pela relação de dependência estabelecida nos momentos de crise.

*Cada um carrega seu problema sozinho* (Vlândia).

*Todo mundo expressa sofrimento, mas quando o problema passa, as pessoas se dispersam* (Vlândia).

O viver com o portador de transtorno mental dentro do contexto de família mobiliza, segundo os mesmos, sentimentos negativos tanto no membro portador como nos familiares.

*Não me sinto bem dentro de casa...* (Rita).

*Tenho desgosto... é como se eu fosse um palhaço* (Gabriel).

*A tendência é se cansar uns dos outros* (Vlândia).

A natureza dos problemas cotidianos da família do portador de transtorno mental é diversificada. Entre aqueles, citados com maior frequência, está: alcoolismo, drogas, problemas financeiros e desavenças entre familiares.

*O problema aqui de casa é devido essa bebedeira* (mãe de Cléber).

O modo como a família se relaciona com o membro portador de transtorno mental caracteriza-se pela desunião, conflitos e isolamento.

*Eles querem as coisas de um jeito e eu de outro* (Vlândia).

*São intrigados comigo* (portador).

*É cada um pro seu lado* (Amâncio).

Embora haja uma tendência ao isolamento, um problema isolado afeta o sistema como um todo, revelando o seu equilíbrio precário. Também percebemos no discurso dos informantes, a presença de hierarquia rígida que comanda as decisões no contexto familiar.

*Um problema de um mexe com todos* (Vlândia).

*Vai logo perdendo a calma* (Rita).

*O que vigora é a opinião deles...* (Vlândia).

Embora na maioria das vezes os membros do sistema familiar revelem sensibilidade diante dos seus problemas, sentem dificuldade de compartilhá-lo entre si e aqueles grupos familiares que costumam compartilhar dos problemas, apresentam frágil vinculação afetiva que só é garantida pela relação de dependência estabelecida nos momentos de crise.

*Cada um carrega seu problema sozinho* (Vlândia).

*Todo mundo expressa sofrimento, mas quando o problema passa, as pessoas se dispersam* (Vlândia).

O viver com o portador de transtorno mental dentro do contexto de família mobiliza, segundo os mesmos, sentimentos negativos tanto no membro portador como nos familiares.

*Não me sinto bem dentro de casa...* (Rita).

*Tenho desgosto... é como se eu fosse um palhaço* (Gabriel).

*A tendência é se cansar uns dos outros* (Vlândia).

O padrão de comunicação se reflete nos comportamentos verbal e não verbal, presentes nas atitudes dos membros do grupo. As atitudes comumente adotadas pelos membros do sistema familiar em lidar com o membro portador de transtorno mental são predominantemente de cunho discriminatório, com presença de agressão ou indiferença.

*Não querem me escutar...* (Amâncio).

*Faz da pessoa um cachorro* (Gabriel).

*Me chamam de doido* (Hélio).

Dentre os aspectos da comunicação mais presentes na relação entre portador e família, são apontados: ausência do diálogo e o predomínio da desqualificação.

*Não tem diálogo, não tem conversa* (Amâncio).

*A gente não se trata pelo nome, é mais palavrões...O defeito de um se acentua na boca do outro...* (Rita).

Tais atitudes, em contrapartida, mobilizam reações por parte do portador como, agressão e fuga.

*Papoquei um pau na cabeça dela...* (Gabriel).

*... perambulando por aí para não ficar em casa.* (Gabriel).

## DOMÍNIO CULTURAL 7

### FORMAS DE O PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL PERCEBER, SENTIR E SE RELACIONAR COM SUA FAMÍLIA

(Tem família que não ajuda)

Relação Semântica: Meio-fim.      Forma: X é uma forma de para fazer Y

é meu ponto de referência... nem toda família é assim... tem família que não ajuda... brigam todo dia... querem de um jeito e eu de outro... cada um pro seu lado... vai logo perdendo a calma... o que vigora é a opinião deles... não me sinto bem... tenho desgosto... as pessoas se dispersam... a tendência é se cansar... como se fosse um palhaço me chamam de doido... não ligam pra mim... me davam as costas... me aperriavam... não querem me escutar... o defeito se acentua... o diálogo é pouco... aquela tristeza...

Formas de o portador de transtorno mental, perceber, sentir e se relacionar com a família.

## DOMÍNIO CULTURAL 8

### FORMAS DE A FAMÍLIA PERCEBER E LIDAR COM O MEMBRO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL

#### É a cruz que a gente carrega

Relação Semântica: Meio-fim

Forma: X é uma forma de para fazer Y

O grupo familiar organiza sua percepção de acordo com as atitudes corriqueiras do portador e a natureza da relação entre eles estabelecida. O portador pode ser visto como alguém cuja autonomia o torna de manejo difícil ou como alguém extremamente dependente.

*È uma pessoa difícil de se lidar* (irmã de Amâncio).

*Às vezes tem atitude de criança* (esposa de Flávio).

Dentre as atitudes que mais influenciam esta percepção estão o isolamento, a autonegligência:

*É daqueles que se recua, não quer ver ninguém... não participa de nada* (esposa de Flávio).

*Não se levanta, não toma banho, não corta as unhas* (mãe de Hélio).

Grande parte dos modos de se comportar das pessoas segue os padrões aprendidos no seu meio social, notadamente no contexto familiar. Esses padrões são transmitidos culturalmente, quer pela comunicação, quer pelas seqüências diárias de comportamento exibidas pelas figuras parentais ou de tutela e que são apreendidos pelos membros, vindo compor um repertório de atitudes que podem ser repetidas inclusive intergeracionalmente. O desvio desses padrões costumeiramente presente no modo de se comportar do portador de transtorno mental constitui também um desvio da identidade familiar e contribui para que os familiares percebam o portador como estranho ao grupo.

*É totalmente diferente. Não acho parecido com nenhum de nós* (irmã de Amâncio).

*Não é de comer da maneira certa, Não sabe comer devagar, Não olha de frente...* (irmã de Amâncio).

Embora os familiares reconheçam algumas virtudes de seus membros, alguns atributos têm como causa o transtorno que transforma o portador no seu oposto. A fragilidade emocional e a imprevisibilidade também se encontram associadas.

*Ele tem seu lado bom... tem coisas maravilhosas, más para se desestabilizar é rápido... põe as coisas na cabeça rapidamente.*(irmã de Amâncio)

De acordo com o depoimento dos informantes, percebemos que eles demonstram dificuldades de discriminar o tênue limite entre os sintomas do transtorno e comportamentos que surgem em decorrência de distorções na relação, instaladas no curso desta experiência, podendo eles ser encarados como indícios de egocentrismo e manipulação.

*Só quer fazer as coisas do jeito dele... fica querendo ser só ele* (esposa de Flávio).

*Faz tudo para chamar a atenção* (irmã de Amâncio).

A forma como o familiar percebe o membro portador possui relação intrínseca com o modo de lidar com ele em sua convivência diária. Alguns grupos familiares, em face das dificuldades que surgem ao lidar portador compartilhando o problema, aconselham-no à adoção de atitudes saudáveis e dispensam atenção e cuidado.

*A gente discute o problema... procura resolver juntos. A gente aconselha ele a sair mais, passear...* (esposa de Flávio).

Também observamos, ainda que em menor escala, atitudes que visam a integra-lo ao contexto familiar e elevar a auto-estima.

*Trato ele normal, como qualquer um da casa* (irmã de Amâncio).

*A gente procura fazer ele se sentir homem... se sentir forte* (esposa de Flávio).

Em razão de atitudes regressivas de alguns portadores, percebemos também atitudes de proteção e supercompensação.

*Não deixar que os outros da rua mexam com ele* (esposa de Flávio).

*A mãe faz tudo que ele quer* (irmã de Amâncio).

Segundo Ackerman (1986), a família como um grupo desenvolve um padrão principal. Os membros individuais ou em pares podem imitá-los, introjetar o seu oposto ou representar padrões secundários. A área principal de estresse pode estar situada nas relações entre os diversos hólons e compreendem uma luta constante para conciliar as exigências dos papéis múltiplos ou fortificar a posição da família na comunidade mais ampla. Quando um membro da família não consegue, de forma recíproca, complementar as necessidades dos outros membros, surgem o estresse e o conflito, mobilizando assim atitudes de agressão, rejeição e fuga.

*Quando ele ta em crise... dando trabalho, eu fico brigando, não adulo* (irmã de Amâncio).

*Às vezes a gente até esquece que ele tem um problema sério* (esposa de Flávio).

*Quando a gente quer descansar a gente procura um canto fora de casa* (irmã de Vlândia).

As atitudes de proteção também são extensivas a outros membros do grupo familiar, motivo por que observamos polarização de responsabilidades nos cuidados com o portador e atitudes de ocultação do problema por alguns membros.

*Agüentava tudo sozinha... sofria a noite todinha em quarto fechado... Não deixava que os filhos tomassem conhecimento* (esposa de Flávio).

Em decorrência dos episódios de agressividade e o caráter imprevisível de suas ações o grupo familiar revela dificuldades em estabelecer competência diante da situação, como resultado, buscam aliviar a tensão com atitudes de flexibilidade, submissão ou ignorando o conflito ...*Às vezes a gente não sabe como lidar... a gente vai administrando... contornando a situação... sem forçar a barra...* (mãe de Vlândia).

*Ele pode vir do jeito que vier, eu fico calada* (mãe de Cléber).

*Procuro não saber nada dele, procuro não ter muito contato* (irmã de Cléber).

No grupo familiar os padrões de interação podem se caracterizar pela simetria, com predomínio de similaridades entre as partes ou complementar, com predomínio das diferenças. Em ambos os casos, num padrão saudável os membros são capazes de se aceitarem mutuamente, caso contrário, a interação poderá se caracterizar pelo predomínio da rejeição e desconfirmação do Eu do Outro, respectivamente. Nos grupos familiares pesquisados são descritas atitudes que revelam competitividade, e aquelas que fomentam a dependência.

*Ele é exigente, mas eu não fico por baixo... (esposa de Flávio).*

*Cuido da comida dele, dou roupa lavada... (mãe de Cléber).*

Percebe-se também no grupo familiar a emergência do cuidador. A adoção desse papel caracteriza-se pelo estabelecimento de uma relação simbiótica com um dos membros cuja proximidade com o portador é maior e cuja atuação favorece a polarização de responsabilidades para diminuir a tensão no grupo.

*Eu tomo tudo para mim, não gosto de botar ninguém no meio* (mãe de Gabriel).

O cuidador, ao exercer suas funções desenvolve estratégias e desempenha um papel complementar com características pouco saudáveis, dentre elas a auto-anulação.

*Eu tenho uma tática muito grande, tendo aquele cuidado, me desdobrando, sem ter vida própria* (esposa de Flávio).

O grupo familiar, como um sistema, busca o equilíbrio. Este é conseguido mediante desenvolvimento de comportamentos adaptativos, em sua maioria, quer polarizando responsabilidades, quer omitindo, quer se submetendo ou ignorando o problema. Ao longo do tempo, conviver com o portador torna-se uma experiência corriqueira, onde o grupo desenvolve formas específicas de conviver com o problema.

*Com o tempo a gente vai aprendendo a lidar com as coisas, fui me acostumando, aceitando ele do jeito que é. Pra mim já não tá mais nem doente, eu já não sei o que é bom nem ruim* (mãe de Rita).

Embora os mecanismos adaptativos estejam presentes, o grupo familiar sinaliza as dificuldades de conviver com um membro portador de transtorno mental, porquanto, são observadas modificações profundas no cotidiano do grupo e instauração de medidas estratégicas de sobrevivência.

*É a cruz que a gente carrega...Tudo que se faz ou se pensa é em função dele* (irmã de Vlândia).

*Vamos engolindo...arranjando um jeito de ir escapando* (mãe de Vlândia).

## DOMÍNIO CULTURAL 8

### FORMAS DE A FAMÍLIA PERCEBER E LIDAR COM O MEMBRO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL

(É a cruz que a gente carrega)

Relação Semântica: Meio-fim

Forma: X é uma forma de para fazer Y

difícil de se lidar... tem atitudes de criança... se recua... não participa de nada... não quer ver ninguém... não se levanta... não toma banho... não corta as unhas... é totalmente diferente... tem seu lado bom... pra se desestabilizar é rápido... é exigente... põe as coisas na cabeça rapidamente... só quer fazer do jeito dele... o negócio dele é aborrecer... procura resolver juntos... faz tudo para chamar atenção... aconselha... não adulo procuro um canto pra descansar... tratar normal... a gente discute o problema... faz tudo que ele quer... fico brigando... agüentar tudo sozinha... não deixar que mexam com ele... contornando a situação... cuido...  
 ... cruz que a gente carrega  
 ... fico calada...  
 ... escapando

Formas de a família perceber e lidar com o portador de transtorno mental.

## DOMINIO CULTURAL 9

### FORMAS DE O PORTADOR E A FAMÍLIA PERCEBEREM E AVALIAREM O TRATAMENTO NO HOSPITAL.

#### No hospital-dia isso não acontece

Relação Semântica: Meio-fim

Forma: X é uma forma de para fazer Y

Este domínio revela que portadores e familiares possuem percepções diferentes do tratamento no hospital-dia e hospital psiquiátrico. Mostra que apesar de o hospital psiquiátrico se propor aderir aos princípios da Reforma, dentre eles, o de oferecer um tratamento humanizado, e que na atualidade se evidencia em mudanças na estrutura física e nos discursos reiterados em defesa da cidadania do portador de transtorno mental, na prática, o modo cultural tradicional de perceber e tratar o cliente por alguns profissionais ainda é predominante, uma vez que persistem, segundo os depoimentos dos informantes, práticas discriminatórias, vigilantes e punitivas que historicamente marcaram o tratamento nos manicômios.

*O hospital psiquiátrico é muito ruim, quando dá a noite você não faz nada, sai é mais doente, sai é com mais problema* (Alonso).

*O hospital psiquiátrico é pior que cadeia, você fica ali trancado, às vezes não faz nada, faz às vezes adoecer mais, o cara fica desgostoso* (Gabriel).

Além da rotina que instiga o ócio, são freqüentes queixas de agressões e de atitudes que revelam que, tanto o preconceito como a opressão, ainda permeiam a relação cotidiana entre profissionais e portadores.

*Lá dentro, o funcionário diz, Ih! Esse bicho é doido... isso machuca meu coração... é uma discriminação muito grande. No hospital psiquiátrico o paciente nunca tem vez, mesmo sendo orientado...* (Gabriel).

## DOMINIO CULTURAL 9

### FORMAS DE O PORTADOR E A FAMÍLIA PERCEBEREM E AVALIAREM O TRATAMENTO NO HOSPITAL.

#### No hospital-dia isso não acontece

Relação Semântica: Meio-fim

Forma: X é uma forma de para fazer Y

Este domínio revela que portadores e familiares possuem percepções diferentes do tratamento no hospital-dia e hospital psiquiátrico. Mostra que apesar de o hospital psiquiátrico se propor aderir aos princípios da Reforma, dentre eles, o de oferecer um tratamento humanizado, e que na atualidade se evidencia em mudanças na estrutura física e nos discursos reiterados em defesa da cidadania do portador de transtorno mental, na prática, o modo cultural tradicional de perceber e tratar o cliente por alguns profissionais ainda é predominante, uma vez que persistem, segundo os depoimentos dos informantes, práticas discriminatórias, vigilantes e punitivas que historicamente marcaram o tratamento nos manicômios.

*O hospital psiquiátrico é muito ruim, quando dá a noite você não faz nada, sai é mais doente, sai é com mais problema* (Alonso).

*O hospital psiquiátrico é pior que cadeia, você fica ali trancado, às vezes não faz nada, faz às vezes adoecer mais, o cara fica desgostoso* (Gabriel).

Além da rotina que instiga o ócio, são freqüentes queixas de agressões e de atitudes que revelam que, tanto o preconceito como a opressão, ainda permeiam a relação cotidiana entre profissionais e portadores.

*Lá dentro, o funcionário diz, Ih! Esse bicho é doido... isso machuca meu coração... é uma discriminação muito grande. No hospital psiquiátrico o paciente nunca tem vez, mesmo sendo orientado...* (Gabriel).

Alguns dos entrevistados descrevem experiências de agressão que mostram que por serem portadores de um transtorno psíquico, ao terem sua integridade física e psicológica violada, não lhes é facultado o direito de defesa.

*Eu fui molestada por um homem. Era noite, as luzes estavam apagadas. Ele me amarrou na cama encheu minha boca de pano para eu não gritar... com toda certeza era um funcionário do hospital... estava vestido com uma roupa toda branca. No outro dia contei ao enfermeiro, ele relatou no prontuário, nenhuma providencia foi tomada... eu estava em crise, quem iria acreditar num doente mental? (Rita).*

*O funcionário pegou um molho de chaves e bateu na cabeça do paciente, ele foi se queixar. Como ele falou demais, ligeiro chamaram o médico que mandou ele embora (Gabriel).*

O ambiente no hospital psiquiátrico é percebido de forma negativa pelos portadores que passam inclusive a temer tanto a equipe como os outros internos.

*Observei o paciente apanhar de um funcionário que estava alcoolizado. Se eu falar fica todo mundo revoltado. A pessoa não tem que conversar muito por causa dos funcionários (Gabriel).*

*No hospital psiquiátrico só tem fera, só tem bicho perigoso (Gabriel).*

*Eu tenho medo de dormir com as outras pacientes (Rita).*

Alguns portadores em seus relatos assinalam a inoperância da terapêutica.

*Muitas vezes foi isso que aconteceu nesses nove anos da minha vida. A crise vinha, chegava lá no hospital em crise, tomava aquele sossega-leão, ficava lá meio morta em cima de uma cama e isso eu ficava lá me entupindo de remédio, passava dez dias, um mês... aí tinha alta (Rita).*

A experiência da internação mostra-se também traumática para os familiares dos portadores.

*A primeira internação foi meio à força, a gente ficou naquele dilema... interna, não interna... más na hora que eu vi as condições eu disse, tira! Tira!. Isso não é lugar para ela, isso é uma máquina de fazer louco! (irmã de Vlândia).*

No entanto o hospital mostra-se para alguns familiares, uma saída. Internar, segregar, tirar de circulação o membro adoecido são medidas paliativas utilizadas pelas pessoas do convívio dos portadores, quer como forma de mitigar, ainda que temporariamente, os conflitos que surgem no meio social e familiar, quer como uma medida coercitiva contra eles.

*O hospital é uma trégua! Quando a gente interna é aquela paz! A gente alivia e toma ar para começar de novo. Ninguém é de ferro!* (mãe de Vlândia).

*Acho que valeu a pena internar para ela ver como é que é, serviu assim para ela acordar* (irmã de Vlândia).

O hospital-dia constitui um espaço de grande aceitação por partes dos portadores e familiares que enfatizam no seu discurso a abordagem humanizada dos portadores que favorece sua integração psíquica, o aprendizado para lidar com situações cotidianas decorrentes do transtorno, o respeito pela diversidade cultural e social da clientela e pela oportunidade de inserção dos familiares no processo terapêutico de seu componente. Um dos familiares de portador assinala:

*O hospital-dia foi um céu para ele... foi lá onde ele mais encontrou sua saúde* (mãe de Cléber).

*No Hospital-dia ele está excelente* (irmã de Amâncio).

*O tratamento no hospital-dia é muito bom... eu gostei porque é um tratamento diferenciado...* (mãe de Hélio).

O hospital-dia também é destacado como um espaço de aprendizado tanto para familiares como para os membros portadores.

*Lá eu aprendi a ver a doença mental com outros olhos.* (Rita)

Um dos familiares do portador afirma: *...Eles recomendam a gente como tratar o usuário em casa* (mãe de Rita).

Embora alguns portadores apontem contribuições positivas, estas quando muito, se restringem ao contexto familiar, revelando com isto a necessidade de intervenções que assegurem o suporte para o enfrentamento de situações mais complexas na vida cotidiana e o desenvolvimento da capacidade do portador para integrar esse aprendizado ao contexto social mais amplo.

*Traz experiência nova, traz conhecimento, aprendizagem ...mas o que eu aprendo lá não tem influência na minha vida aqui fora* (Cleber).

*Ajudou bastante dentro de casa, com minha família, mas não atingiu a minha vida social* (Rita).

*O hospital-dia devia ensinar como lidar com os problemas aqui fora, isso a gente não aprende* (Alonso).

A equipe do hospital-dia se diferencia da equipe do hospital psiquiátrico principalmente pela forma de tratar os portadores e seus familiares. O respeito e o carinho são aspectos que mais estão presentes na relação entre terapeutas e portadores muitas vezes atendendo carências quer de natureza psicológicas, quer de natureza material que não são adequadamente supridas no contexto de família.

*No Hospital-dia a equipe é ótima... me trata melhor que na minha casa* (Gabriel).

*Eles tem muito carinho com a gente...não são pessoas abusadas.*  
(Vlândia)

*Uma diferença aqui é que a merenda é muito bem servida...* (Gabriel).

A alta do membro portador, para os familiares, constitui fator de preocupação pelas responsabilidades globais que a família deverá voltar a assumir junto a ele. Percebemos com isto que o portador continua sendo uma preocupação para a família cuja responsabilidade é compartilhada com a equipe.

*...Eu to pensando quando ele sair do hospital-dia, só pelo tratamento da gente ...A gente não tem condições pela refeição dele* (mãe de Cléber).

O hospital-dia, cujo objetivo do trabalho é promover a ressocialização de sua clientela, segundo os próprios informantes *...é ajudar a gente a viver lá fora* (Flávio), vem se destacando mais como um espaço de proteção e algumas vezes com soluções paliativas para os conflitos de família.

*Tomara que ele nunca saia de lá porque ta sendo um alívio!* (irmã de Amâncio).

*No hospital-dia ele está excelente! quando chega em casa é só dormir e fazer bobagem* (irmã de Amâncio).

Constatamos, através dos depoimentos, que a clientela apresenta dificuldade para discriminar o papel profissional dos membros da equipe interdisciplinar. No entanto alguns fatores citados, que contribuem para a discriminação, foram, o modo de tratar a clientela e a apresentação pessoal na hora do trabalho de grupo ou porque realizam algumas atividades específicas.

*A gente só sabe mesmo depois que participa do grupo e elas se apresentam* (mãe de Rita).

*O psicólogo... ele faz psicoterapia de grupo* (Rita).

*O enfermeiro dá injeção* (Vlândia).

O enfermeiro, embora bastante diferente daquele descrito em decorrência da experiência em hospital psiquiátrico, se destaca por estereótipos tais como, ser meiga e boazinha; percebemos que sua identidade profissional ainda não se estabeleceu e carece de funções que a destaquem dos outros profissionais, notadamente de pessoal do nível médio com quem o enfermeiro é freqüentemente confundido.

*A enfermeira é muito meiga e atenciosa...não sei saber o que ela fazia de enfermagem...participava da reunião com os outros, dava a opinião dela* (Vlândia).

*A função do enfermeiro é cortar a medicação tudo pequenininho, botar num saquinho e na hora dá tudo direitinho* (Vlândia).

*Difícil saber, é tudo de branco* (mãe de Rita).

## DOMÍNIO CULTURAL 9

### FORMAS DE PORTADOR E A FAMÍLIA PERCEBEREM E AVALIAREM O TRATAMENTO NO HOSPITAL

(No Hospital-dia isso não acontece)

Relação Semântica: Meio-Fim

Forma : X é uma forma de fazer Y

é muito ruim.... faz adoecer mais... discriminação é grande... é um inferno!... só tem  
 fera.... me entupindo de remédio... máquina de fazer louco... uma trégua...  
 serviu para ela acordar... foi um céu... tratamento diferenciado...  
 traz experiência nova... ajuda a viver lá fora... a equipe é ótima  
 ... não atingiu minha vida social... traz conhecimento...  
 tem muito carinho com a gente...  
 dão sentido à nossa vida...  
 excelente...

Formas de o portador e a família perceberem e avaliarem o tratamento no hospital.

## 5.4 As Taxonomias

Para identificarmos as Taxonomias, procuramos agrupar os termos populares dos domínios em categorias maiores denominando-a com base numa assertiva verbal presente de forma implícita ou explícita no discurso dos entrevistados que melhor representasse os domínios. Neste trabalho foram identificadas as seguintes Taxonomias:

- 1- Não é uma doença como outra qualquer.** (Representa o conhecimento sobre o transtorno mental, forma de expressá-los e denominações dadas ao portador e ao transtorno)
- 2- O primeiro sinal...** (Demonstra como se percebe a emergência do transtorno mental)
- 3- Arranjando um jeito de ir escapando.** (Demonstra como os familiares percebem e lidam com o portador de transtorno mental e recursos culturais utilizados para lidar com esse fenômeno no contexto familiar)
- 4- O sentimento que a gente tem.** (Demonstra os sentimentos expressos por portadores e familiares face ao transtorno mental)
- 5- Tem família que não ajuda.** (Demonstra as formas como portadores percebem o grupo e contexto familiar)

### Taxonomia 1: Não é uma doença como outra qualquer

Denominações dadas ao transtorno: o problema (sério... de depressão... de cabeça... emocional... mental... de nervoso), aquilo... a cleptomania... a doídice... o negócio na cabeça... a crise... a coisa danada... a doença ( de cabeça... traiçoeira... da mente... grave com relação à cabeça), a danação... o distúrbio... a maldita... o negócio... histerismo... estressamento emocional... a mania... a esquizofrenia... loucura... depressão... o mal... o transtorno ...a doença ... a neurose... a psicose.

Denominações dadas ao portador: louco... transtornado... doente mental... perturbado... doido (varrido... de hospital... de rua... manso... de lua... de pedra... doidin... doidão), lunático... abirobado... fraco (do juízo... da cabeça), dedé... paciente... usuário... maluco (beleza), pirado... aperriado... descompensado... conflitado... nervoso... transloucado... vexado... abalado... pessoa com problema... desorientado... doente (da cabeça... dos nervos), psicótico... fanático... neurótico... egresso... alienado... impregnado... pirado... zoado... lombrado... aéreo... desabutinado... asilado... lunático.

Formas de expressar conhecimentos sobre o portador: **louco**- joga pedra no trem... é pessoa sem razão... é pessoa diferente... rasga dinheiro... anda nu no meio da rua... precisa prender... é aquela dependência... quebra as coisas... faz o que não disse... faz coisas absurdas... não consegue conviver com as pessoas... não tem lucidez... tem problema mental... é fora do normal... é fora da rotina... é fora do contexto de vida... não sabe o que ta fazendo... vive dando trabalho... é desvairado... busca refúgio nas ruas.

**doido**- é a maneira da pessoa ser... pessoa diferente... é desorientado... não sabem o que fazem... apareceu algum problema e botou na cabeça... faz coisas que as pessoas reparam... faz algo que incomoda... perde o equilíbrio... faz besteira... é psiquiátrico... não faz nada... são chicoteados... come merda... come outras coisas mais... anda batendo nos outros... não toma remédio pra ficar bom... vive falando sozinho... vive amarrado... jogando pedra na gente... ninguém pode bulir com ele... é agressivo... rasga dinheiro... bota coisa na cabeça... incomoda... é incapaz... não tem noção de vida... vai contra os princípios da sociedade... é sem condição... perde o controle... perde a consciência... não significa a gente ter problema ser doido... não sou doido porque não agrido as pessoa... não sou doido porque tenho noção do mundo... mente estudiosa... muito inteligente... vive uma vida diferente.

doido de rua ; come merda... não ta no hospital.

doido varrido; não ta nem aí pra nada... passa fome... não liga pra nada.

doido de pedra; joga pedra nos outros.

doido de lua; doido de fase de vida.

doido de hospital; não comanda os sentimentos, alienado, impregnado, asilado.

doido espírita; doido por causa de religião, possuído, com encosto.

doidin: é o doido que é extrovertido... divertido.

pirado, zoado, lombrado, aéreo, maluco-beleza, cabeça-feita: doido por uso de droga

doente mental: é difícil de se lidar... pode ser curado... pode voltar a fazer... pode voltar a se reintegrar... mesmo com a medicação não consegue melhora... precisa de tratamento.

doente mental pode ser: perturbado ou nervoso ; ...que é manso, não é agitado

paciente: tem a doença e está internado

usuário: que sofre dos nervos... não é ofensivo... é orientado...

termo usado para não ofender muito a pessoa... toma comprimido... tudim somos orientado.

impregnado: quando a medicação ta fazendo mal...

descompensado: ... é o perturbado.

a Asilado: mora no asilo.

lunático: vive no mundo da lua

psicótico: bota na cabeça e não quer tirar.

neurótico: tem mania de pegar rixa.

## Formas de expressar conhecimentos sobre o transtorno mental:

A doença mental é : diferente... juízo fraco... um tipo de opinião com as pessoas... um mundo de isolamento... um mundo povoado de monstros, fantasmas e coisas ruins... uma coisa muito lá dentro deles... um desequilíbrio... algo que está descontrolado no organismo... tudo coisa da minha mente... como se fosse duas personalidades... não é como eles pensam... uma luta muito grande... uma coisa que estourou... uma coisa que explodiu... uma doença em relação à cabeça... um processo que pode não ter cura...

**Características:** acontece de repente... não tem cura... qualquer situação fica doente de novo... qualquer coisa retorna... toda vez que volta vem diferente... tem vários tipos... a cabeça fica sem ter plano... vai se agravando... existe doença mental e espiritual... a manifestação depende das circunstâncias... os pensamentos estão perturbados... não consegue raciocinar com clareza... não é uma doença como outra qualquer... remédio nenhum tira... tem os monstros que o perseguem... a cura pode ser variada... vem como uma gripe... vem como qualquer outra doença... cada um tem uma maneira de se comportar... cada loucura é um sintoma diferente... cada loucura é um estágio mais grave... cada loucura tem um prazer... a gente não sabe até onde pode ir... se fecha muito... os miolos ficam coalhando... perde o controle de uma hora pra outra... tomando remédio fica normal... uns sintomas se manifestam, outros não... acontece em todas as famílias... acontece em qualquer classe social... a doença se complica mais pelo tratamento... tem crise eufórica... conforme o problema a crise é mais prolongada... depois da euforia vem a depressão... às vezes vem misturadas, mania com depressão... às vezes apresenta um sintoma de mania e o resto é de depressão... da depressão acontece as crises... a doença tem saída... a doença pega muito... pode-se ficar louco de vez... na crise pode-se estar louco ou ficar louco de vez... conheço uma pessoa que se trata e não ficou mais bom , isso é loucura... a doença se apresenta com o decorrer dos tempos... o distúrbio a pessoa já vem com ele... pode-se estar num estágio mais simples e passar para um mais grave... tem de todos os tipos... a gente fica com aquele problema permanente... a doença a gente controla com remédios... a doença a gente não supera... nem toda doença é igual... a doença ta na mente mesmo.

**causas associadas:** causas espirituais: pegar espírito: investida do Satanás... espírito de demônio...de crente...espírito vagando dentro de casa... espírito assustando..

religião: negócio de igreja... fanatismo... conflito... ser médium... perder a fé...

práticas: foi fazer o negocio do copo... o copo girou... livros satânicos... lia livros de entidades... lia São Cipriano... fazia magia negra.

causas naturais: não tive sorte... é da fase da lua... é do tempo... por conta da natureza.

causas sociais: estilo de vida: sedentarismo... ócio... vida repetitiva... vida rigorosa... vida religiosa... muita renúncia... carga muito pesada... comecei a trabalhar cedo... não briquei... trabalho cansativo... dificuldades

problemas:... de relacionamento: com namorada.

de trabalho: discriminação...

preconceito ... perseguição... acusação injusta.

com preocupações: procura uma melhora e não acha... exagerei no estudo... perder o emprego...

causas familiares: hereditárias: é herança de família... família opiniosa... fraca da cabeça... na família tem gente louca... herança do pai... tudim morre louco... é na família de meu marido... a família tem tendência... todos têm problema de cabeça... Está dentro da família.

relacionais: diálogo mal-feito... pai carrasco... fui enxotado de casa... problemas na minha casa... a mãe abandonou... incompreensão... separação dos pais.

Estruturais: Falta de estrutura familiar... Família se desestruturou... Falta de identidade familiar.

Traumas: Fisiológicos: bateram muito... acidente... bateu a cabeça... caiu do ônibus... gravidez mal cuidada.

Psicológicos: problemas na vida interna de uma pessoa... mente fraca... não tava estruturado... bloqueio... tortura psicológica... não aceitar a realidade... os nervos se agita... anseios... minha cabeça... minha raiva... minha culpa... alimentar idéias... se vê menor... alguma coisa que mexeu muito comigo... algum problema que leva a pessoa não saber como reagir .

Substancias Químicas: drogas... álcool... fumo... remédio errado.

Frustrações: sonhos que não se consegue realizar... confiei demais nas pessoas... vida sexual reprimida... decepções... não tinha respostas para as minhas indagações... acontecer tudo num dia só.

Privações e perdas: não tinha alimentação certa... falta de carinho... falta de amor... falta de atenção... falta de afeto... morte de pessoa querida... solidão... relacionamentos que não deram certo.

## **Taxonomia 2: O primeiro sinal...**

O que a gente percebe: ...fica muito mudado... ficou diferente...fica insatisfeita... fica querendo mudar... muda a maneira de vestir... muda a maquiagem... muda de conversa... muda o olhar... muda modo dele ta... já tava ruim... com um problema... com uma diferença... não era totalmente sã... se acabando do nada... tomando um rumo estranho na vida... que não ta bem psicologicamente... ficou muito diferente... como uma pessoa que a gente não conhece... não notava muito...irritada...querendo ser só ele... querendo impor a sua maneira...fica enjoado...foi piorando... foi ficando crônico...

## São sintomas do transtorno mental: alterações no comportamento-

**agressividade: atitudes:** perder a cabeça... perder o controle...de marcação com o vizinho...querendo matar...quebrando coisas... peguei um pau... papoqueei a cabeça dela... brigando sem motivo...querendo se vingar... xingando... discutindo... tava ignorante... tocou fogo na roupa... Jogou água suja nele... fiquei cego... lasquei a cabeça dele... vem pra cima de mim... tirando sangue... ficando roxo... bateu numa meninazinha... bafou com um rapaz... rasgou o cortinado... jogava pedra... arengando...criar problema... esculhambando.

**sentimentos:** com muita raiva... revoltada... irada... fora-de-si... assustado... com medo...

**isolamento:** mergulhada nos livros... sem dar atenção... sem conversar... sem ouvir... cada vez mais isolada... se fechando, se fechando... retraída... só ... num canto...deixou de buscar as colegas... não queria abrir a porta... sem querer contato.

**compulsão:** come direto... fuma direto... jejuou 40 dias...

**fugas do lar:** querendo sair de casa... querendo fugir... sai sozinho no meio da noite... sai por aí... o destino era só andar... quando ataca ganha o mundo... perambulando por aí...andar no meio do mundo... saía muito.

**agitação psicomotora:** muito agitado...vai pra lá e pra cá... pra riba e pra baixo...a noite gritando... a noite batendo na porta... correndo pra cima e para baixo...inquieta... começou a aprontar... fazia muita coisa... perturbando muito... impertinente... cantando demais... chamando atenção...gritando... o comportamento fica alterado... desinibida... não consegue ficar sentado... agitado...

**rejeição: ao tratamento:** jogando os comprimidos fora... recusando a medicação... botava debaixo da língua... jogando meu suor fora... não queria tomar os remédios... recusando ir para o hospital... não segue a prescrição.

**à família:** não quer saber da família... me tem como inimiga... não me aceita... não aceita minha família... me odeia.

**social:** não aceita os amigos do filho... não queria ver calças.

**desinteresse:** sem querer nada... abandona tudo... não ia mais trabalhar... não tem vontade de nada... não se interessou mais por nada.

**desorganização:** aquela bagunça... bota as coisas no mato... toma café todo molhado... todo molhado vai se deitar... juntando lixo... faz xixi no chão... jogava resto de comida na geladeira... fazendo coisas absurdas... jogando as coisas fora... não se apruma... anda nu... faz coisas que não tem costume... faz coisas desnecessárias... começava com a picadeira de papel... rasgava papel... fazia tudo de novo.

**negligencia:** andava como um molambo... sem tomar banho... vivia sujo... não trocava roupa... não comia que custasse...não cuidava da higiene...

**alterações no pensamento:** obsessão: só pensa em coisas de Deus... pensativo... botou na cabeça... idéias de religião... o negócio dela era só os livros... só pensando... pensando na doença... pensando na vida... aquilo na cabeça... impressionado... obcecado... inculcando idéias... possesso... muito preocupada...

delfírios: idéia que foi para o meio da rua...idéia que não era real.

persecutórios: desconfiado... achando que as pessoas querem lubridia-lo... dizendo que televisão é coisa do demônio... achar que todo mundo tava atrás dele ... achar que todo mundo queria lhe encurralar.

megalomaníacos: tendo um conceito exagerado de si mesmo...

**negativismo**: lembranças tristes... idéias negativas

**alterações no senso-percepção**: alucinações: visuais: via visagem... vendo coisas... vi um vulto descendo sobre seu espírito... via uma imagem... vendo uma santa... vendo cachorro com língua de fogo.

auditivas:

ouvia vozes... aquela voz dizendo coisas...

**alterações do humor**: depressão: crise de choro... capionga... triste... deprimido... baqueado...

com impulso suicida: dizendo que ia morrer... tentou suicídio... querendo se enforcar... querendo fazer besteira... querendo morrer...

ansiedade: perturbado... agoniado... nervoso... desesperado

mania: fica alegre demais...

**alterações do padrão de funcionamento fisiológico**: sono: não dorme... a noite levantando...

alimentação: não come... ficando igual a um talo... ficando dessa finura... secou... perdeu peso...

sintomas conversivos: a mão endurecendo... um negócio apertando a garganta... aquela dor na cabeça... fica gelado... com tremedeira... com fraqueza... dor no coração... não sente o corpo... fala voz que não é dele... fica todo duro... sentindo arrepios... tontura... cansada... percebendo o corpo todo... com suadeira ... virou a voz...

**alteração na orientação temporo-espacial**: perdido no espaço... aéreo... atarantado... sem reconhecer a casa... desorientado

**alterações da fala**: mutismo: sem conversar... calado... não dava uma palavra...não consegue falar...

logorréia: Fala demais... diz tanta coisa... fala alto...

incongruente: começou a dizer bobagens... fala besteira... não fala

coisa com coisa...

solilóquio: fala sozinho...

### **Taxonomia 3: Arranjando um jeito de ir escapando**

Percebendo o portador: características negativas: agressividade: ficar irritado... perder o controle... a raiva dele é toda em mim... caçava briga... esculhambando a gente sem motivo... briga com todo mundo... é grosseiro... gosta de chibatear... foi não foi com outro ta na peia... se exalta... arrebenta... só não faz me açoiar... é muito ignorante... ofende... perde o controle... fica muito fora de si... discute... fica transtornada... transfigura... quebra as coisas... fica batendo nas coisa... quebra mesmo... tudo o que faz é no maior dos arrancos... bateu em mim.. isolamento não fala nada... não me responde... não se abre... não fala dele... solitário... acuado... precisa se isolar... não conversa muito... tem muito pouco contato com as pessoas... se afastou das pessoas... não fala como antigamente... pouco aparece... não quer amizades... é reservado... não quer sair... não quer se misturar... não conversa... no canto dele... vive no mundo dele... não quer morar com ninguém... gosta de ficar isolado... passa o dia sem falar com ninguém... não participa de nada... fica dentro de uma rede... se recua... todo entufado... no mundo deles... no canto... não conversa com os amigo.. muito fechado... regressão: é quase um menino... pior que uma criança... parece uma criança... é um bebê que está crescendo... é criança de novo. instabilidade: pra se desestabilizar é rápido... não pode ter raiva... lundunzeiro... tem momentos de loucura... ora ta bonzinho, ora ele muda... uma hora ta dizendo uma coisa, outra diz outra... num decide muito a cabeça... na mesma hora ele diz, na mesma hora ele passa... de repente volta ao normal... outra pessoa... uma hora ta alegre outra ta triste... obsessividade: alimenta idéias... botando aquilo na cabeça... passa o dia com aquele rádio... passa o dia com esse negócio de pastor... passa o dia com aquele testemunho de igreja... só quer ir para a igreja... não sai da cabeça dele... teimoso... acha que a salvação é a igreja... se preocupa com tudo... dependência: tudo que ele faz me pergunta primeiro... preguiça: aonde deita, dorme... é preguiçoso... indiferença/desinteresse: não é carne nem é peixe... não se interessa... olhar sem vida... olhar vazio, sem nada... muito parado... não liga pra nada... não olha pra gente... sem aspiração... sem vontade de nada... sem motivação... cansada de tudo... não tem forças para reagir... sem um plano de vida... não dá bola pros dentro de casa... acha que não tem família... não tem mais aquele interesse... ingratidão: não vê o que a gente faz por ele... não liga de cuidar do filho... nunca quis fazer alguma coisa... depressão: baqueado... tem tendência suicida... incompreensão: não entende o lado da gente... incompreensiva... só entende o lado dele ... negativismo: Não quer tomar remédio... rigidez: quer levar do jeito que quer... só conserta quando eu morrer... desorganização: espatifa as roupas... desarruma tudo... incapacitância: não ta na mão dele resolver os problemas... sem responder pelos seus atos... não tem mais aquela condição... não tem como voltar... faz besteira...

falta de limite: não tem controle pra nada... não tem limite... sem regra... sem nada... ta mais descontrolado... endoida... não sabe comer devagar... dança feito louco... avança todos os sinais... fica fora de si... egocentrismo: faz tudo pra chamar atenção... intolerância: diz que vai ser dente por dente... não quer que ninguém reclame... egoísta... quer ser o centro das atenções... acha que o tempo todo está certo... negligência: não quer cortar as unhas... não quer tomar banho...

**características positivas:** cooperação: pessoa compreensiva... aceita bem o tratamento... não desobedece... consciência do problema: conhece o problema dele... tem consciência... autocuidado: anda bem limpo... anda bem pronto... ta tomando remédio direitinho... socialização: não quer ficar isolado... gosta de ter amigos influentes... quer ter nível social bom... Não é de andar mexendo com ninguém... é amigo de todo mundo...

Lidando com o portador: atitudes: protegendo: ... a gente tem mais cuidado... a mãe vê ele chorando, vai correndo... a gente tem cuidado dele atravessar a rua... ela protege... tratava como se fosse criança... não deixar que os outros mexam com ele... a mãe superprotege... evitava barulho (fechando a televisão; mandando os meninos brincar fora de casa; levando os filhos para a casa da avó) agredindo: chega um e briga... fico brigando... dou um grito nele... a gente acaba discutindo... aconselhando: é aconselhar... a sair mais... a passear... fugindo: quis sair de casa... quis ir embora... querendo sair daquela situação... corria para a casa da minha mãe... o filho não dorme em casa... vivo numa eterna fuga... chego do trabalho vou pro meu quarto... a gente procura um canto fora de casa... a gente sai fora... negando: só fui dar conta do problema há quatro anos... todo mundo não liga... notava más não sabia a fundo... a mãe ria... a gente se refugiou muito... a gente não queria enxergar...ninguém aceita... às vezes a gente esquece que tem um problema tão sério... não deixava que os filhos tomassem conhecimento... sofria sozinha... não deixava que eles notassem... ameaçando: se tu não melhorar vamos te internar... digo que ele vai se internar que ele tem medo... digo que antes dele eu me mato... isolando: tem que deixar ele só... perdendo a paciência: ninguém tem paciência... tem hora que eu me aborreço... a gente perde um pouco a paciência... faz a gente perder a paciência... aceitando: a gente tenta aceitar... já tá acostumada... fui aceitando do jeito que ele é... me habituei... não acho porque ele tem aquele problema a gente tenha que diferenciar... apoiando: a família não deixa ele só... procurar conversar... ter um diálogo... saber o que está se passando..... a gente procura fazer ele se sentir forte... a gente procura fazer ele se sentir homem... procuro ajudar... vigiando: Tem que pastorear ele... com um olho aberto outro fechado... atendendo às necessidades: quando ele precisa de algo eu arrumo e dou... se ta com a roupa suja eu lavo e engomo... dou comida... dou roupa lavada... procuro ajudar... cuido dele direitinho... a gente procura ajeitar ele... a gente procura saber o que ele quer...a gente procura tratar melhor... tenho cuidado na alimentação dele... quando ela me pede pra se internar eu levo... dando atenção que ele precisa... tendo aquele cuidado... faz o que ele quer... compartilhando: a gente discute o problema... a gente procura resolver juntos... medicando: aumentando o remédio... se resignando: vou engolindo... arrumar um jeito de ir escapando... tem que agüentar... se preocupando: a mãe se preocupa com tudo... perco as noites de sono pensando... a gente fica calado... não discutir... incapaz de falar...

ignorando: não procuro saber nada dele... eu nem falo com ele... deixo pra lá... deixo ele quieto no canto... renunciando: tem que pensar em função dele... tudo que faz é em função dele...já não trabalho mais porque tenho que cuidar dele... me desdobrava muito... tomava tudo para mim... mudando a vida toda pra se adaptar a ele... não forçar a barra... contornando a situação... impondo: a gente acaba forçando... se tiver de dar bronca também dou... internando: para ter uma trégua... para ter paz... porque ele volta diferente... porque ele volta mais calmo... pra recarregar as baterias... para começar de novo... para aliviar... para tomar um ar...

Práticas e recursos utilizados: **Espirituais**: entrego nas mãos de Deus... rezo... convidou para ir ao centro espírita... fiz votos... demos uma surra de cordão de São Francisco... chamamos um crente... foram orar por ele... água benta... afastar cão dos couros... trouxe umas freiras... faço oração... me ajoelho... peço a Deus... veio o pessoal espírita... benzer a casa... pedir ajuda Nossa Senhora... participar do grupo da igreja... me aproximei mais de Deus... passei o crucifixo nos órgãos genitais... pedia a Deus que me ajudasse... Levaram para o irmão... lá é espiritismo... me levaram pra macumba... me deram um banho de gororoba.

**médicos**: procurei o serviço médico... mandaram a psicóloga lá em casa... a gente conseguiu ir pro psiquiatra... tratou no consultório... ficou perturbado levamos ao psicólogo... foi direto pro hospital mental falar com o médico... me salvava nas injeções de Vitamina B12 ... tomar remédio... levamos ao núcleo de psicologia... fizemos terapia de família... chamaram a ambulância... procurar médico pra fazer exames... foi preciso internar ele...

**naturais**: chá de colônia pra acalmar... eu dava chá de erva cidreira...

**policiais**: chamaram a polícia... veio o delegado... foi levado preso...

## TAXONOMIA 4: O sentimento que a gente tem

Dos familiares: **medo**: dele ficar toda a vida assim... de falar... de prejudicar... de aumentar a crise... por não ter experiência... de ser agredido... dele poder me matar... dele fazer alguma coisa com os meninos lá em casa... dela voltar a trabalhar... dele atravessar a rua... que meu filho apresente a doença do pai... dele sentir mais a doença... dele usar a bebida... dele abandonar o tratamento... dele chegar bêbado... dele se matar... de trazer mais problemas... que ele se envolva... que ele se apaixone... que ele apresente sinais da doença...

porque:ele é calado... é altamente agressivo... porque muda a voz... porque fica agitado... porque ficou com um pau na mão... porque fica mudado...porque ele não é normal...porque pensava que era as almas.

**ódio**: porque não tinha paz... porque não tinha conversa... porque ele tava se deixando levar pela bebida.

**preocupação**: porque ele não age mais... porque só fica trancado... porque só fica em casa... que os filhos percebam... porque ele atravessa a rua sozinho... porque ele começa a

dar trabalho... se ele ta dormindo... porque não tenho condições de ajudar... dele fazer besteira... se ele tem necessidades... se ele vai ou não gostar

**rejeição:** à doença dele.. ao jeito dele ser... porque agridem ele.

**culpa:** porque ele tentou o suicídio... por não ter podido evitar... por não ter deixado o ambiente mais tranqüilo.

**vergonha:** porque ele não ta nem vendo... porque ele fica gritando... quando ele mostra esse outro lado dele... das brigas-

**pena:** Na hora das crises... porque ninguém tem paciência...

**alívio:** porque ele está no hospital...

**impotência:** por não poder fazer nada por ele...

**tristeza:** De ter que ir trabalhar... de deixar ele naquela situação... dele não querer sair... por causa de muito problema... por causa da bebida... porque ele me massacra

**Do portador:** medo: de passar mal no trabalho... das pessoas me olharem... de morrer

**tristeza:** porque para os outros a doença é frescura... porque doente não é reconhecido... porque as pessoas criticam... porque sou rejeitado pela minha família.

**desgosto:** porque não tenho apoio... porque vai anoitecendo... porque vem aquela tristeza... porque vem aquela angústia...

**solidão:** porque não tenho ninguém pra conversar...

**revolta:** porque a discriminação é muito grande... porque minha família não me liga... porque sou abandonado... porque sou tratado igual a um cachorro... porque não querem me dar meus direitos... porque querem que eu seja louco... porque sou agredido... porque não sou reconhecido.

**culpa:** porque não tenho condições de trabalhar... porque não consigo fazer nada em casa... porque sou muito católico... porque acho que tudo que penso é pecado... por achar que odiava meu pai... porque meu pai morreu.

## **Taxonomia 5: Tem família que não ajuda...**

**Formas de perceber o grupo familiar:** atributos positivos: família é tábua de salvação... a gente precisa para se estruturar... é ponto de referencia... é a primeira a reconhecer que a gente ta doente... é importante para inserir o paciente no contexto normal... sem ela a gente não é nada... dá bem-estar... dá segurança... dá tranqüilidade... dá o pão de cada-dia... é apoio... se eu tivesse família, tinha estrutura... não é das piores... são pessoas normais... um deseja o bem estar do outro...

**atributos negativos:** nem toda família é assim... tem família que não ajuda... é complicada demais... é pesada... precisa mudar... a pior coisa é ter família ruim... nem toda família é assim... tem família que não ajuda... falta carinho... falta compreensão... falta compromisso... falta respeito...

## Formas de perceber o contexto familiar: problemas mais freqüentes no contexto

**familiar:** financeiros... agressão... doença mental... infidelidade... submissão... drogas... alcoolismo...

**características da comunicação:** não tinha diálogo... não conversa... não se trata pelo nome... se trata por palavrões... defeito de um é acentuado na boca do outro... meu nome era rapariga... diálogo é pouco... a mão não conversa comigo... não fui criado com diálogo....

**características da relação:** conflitos: vive com problemas... já foi muito pior... já teve muitos conflitos... tinha discussões... todo mundo agitado... são intrigados comigo... os problemas não terminam nunca... desunião: vivia como inimigos... ninguém se entende... queriam as coisas de um jeito e eu de outro... querem uma coisa e eu quero outra... cada um faz o que lhe vem à cabeça... é desunida... não somos do mesmo tipo... isolamento: vivia afastado... cada um pro seu lado... cada um na sua... todo mundo é isolado... cada um com seus problemas... todo mundo carrega seus problemas sozinhos... a gente se dispersa... não tenho família... instabilidade emocional: fragilizados... o problema de um mexe com todos... logo é perdendo a calma... tem desespero com o doente... hierarquia rígida: a decisão deles é suprema... o que vigora é a opinião deles... união: somos muitos ligados uns aos outros... todo mundo expressa sentimentos... vivem o problema unida...

**atitudes:** desprezo: me viraram as costas... faz da pessoa um cachorro... indiferença: não liga pra mim... não querem me escutar... agressão: soltam piada... me aperreavam... me chamam de doido... negação: não querem me dar direito a nada... não deixam eu sair...

**sentimentos:** do portador com relação à família: ninguém gosta de mim... não me sinto bem dentro de casa... tenho desgosto por causa do problemas dentro de casa... me sinto abandonado... tenho raiva da minha mãe... a gente fica com aquela tristeza... a gente fica abatido... como se fosse um palhaço... me sinto pisado pelos filhos... me aborrece...

da família com relação ao portador: têm raiva de mim porque quando eu quero dizer a verdade eu digo... minha família tem vontade que eu morra... ... a tendência é se cansar um dos outros... quer que eu seja doido... querem me humilhar... querem que eu fique louco...

## 5.5 Tema cultural: **Conviver com a doença é difícil!**

No decurso desta experiência, motivada pela necessidade de compreender a família em seu processo de viver no seu mundo e suas relações com o membro portador de transtorno mental, percebemos ser ela um agente ativo no cuidado de saúde de seus membros, fato este que nos proporcionou uma experiência fértil, possibilitada pela troca mútua de saberes. Após havermos identificado e descrito os domínios culturais, o tema emergente que representou o viver com o transtorno mental no contexto familiar foi: **Conviver com a doença é difícil!** O discurso das famílias e portadores selecionados para este estudo, bem como outros que de uma forma ou de outra contribuíram para a configuração da temática emergente evidenciaram que as atitudes e sentimentos frente a esta experiência são permeados por dificuldades, conflitos, dilemas e afetividade ambivalente que refletem o modo de perceber o transtorno, lidar com o portador e adotar estratégias que possibilitem a resolução e ou adaptação à realidade cotidiana destas famílias.

O transtorno é encarado pelos informantes como um problema grave que acomete o funcionamento psíquico e emocional do portador e para o qual são adotadas diversas denominações conforme descritas no Domínio cultural 1 (**O problema que ele tem**). O conhecimento expresso acerca do transtorno mental revela que os mesmos veiculam uma visão negativa da experiência. No Domínio cultural 2 (**Pessoa com problema**), o portador é descrito como uma pessoa de manejo difícil e as denominações dadas a ele refletem a visão preconceituosa que familiares e os próprios portadores possuem em relação ao transtorno mental e que resulta em dificuldades para aceitar e conviver com ele. Um dos familiares assim se expressa:

*... é muito complicado porque ele é muito problemático. Faz tudo para chamar a atenção (familiar).*

O Domínio cultural 3 (**Surgindo conforme as coisas que vão acontecendo**) nos mostra que na percepção da família não existe um padrão fixo para o surgimento do transtorno. Para uns, ele é um processo, para outras, surge de

forma abrupta. O curso deste é imprevisível e em sua essência abriga uma outra face da personalidade do indivíduo antes não revelada, o que exige do sistema familiar constantes modificações no padrão de interação e redefinição de papéis, na busca reiterada de equilíbrio. A consciência da existência de transtorno mental pelos familiares, embora retardada por mecanismos de negação ocorre em face das inegáveis mudanças no modo habitual de ser e agir do portador e na persistência de alterações do comportamento, independentemente das manobras adaptativas do sistema familiar. Também ficou evidente que essas manobras são realizadas mediante tentativas de erro e acerto e que somente quando malogradas impelem o sistema para a busca de recursos externos.

*Eu já devia ter vindo a mais tempo pra esse hospital... já sofri muito na minha vida...* (familiar).

Múltiplos são os fatores apontados pelos informantes como responsáveis pela ocorrência do transtorno mental. Esses fatores são ilustrados no Domínio 4 (Coisas que aconteceram), evidenciando a coexistência da crença espiritual e do conhecimento científico. Os informantes não definem aquelas especificamente relacionadas ao seu caso em particular, no entanto demonstram acreditar que um conjunto de fatores presentes na história pessoal do indivíduo, aliados à falta de estrutura familiar e de suportes socioculturais, atuam de forma sinérgica para o seu agravamento e cronificação.

O Domínio cultural 5 (Entrego nas mãos de Deus) ilustra os recursos utilizados pelos familiares para lidar com o transtorno mental, mostrando que estes são diversificados e que sua eleição primária é realizada de acordo com a crença cultural predominante acerca da etiologia do transtorno mental. Dentre eles, o recurso espiritual é o mais presente, sendo indicativo de que a concepção místico-religiosa do transtorno é bastante arraigada. Embora tenha papel reduzido na resolução do problema, ele é permanente no curso de toda a experiência e se apresenta como recurso cultural que melhor instrumentaliza os membros do sistema a lidar com os percalços dela advindos. Alguns desses recursos, no entanto, constituem atos de agressão velada contra o portador, uma vez que, são utilizados

sem o seu consentimento e sua escolha comporta crenças culturais ou o uso de poder de polícia, quando o sistema se sente ameaçado.

*Ele me levaram para a macumba e me mantiveram a força lá! Eu queria sair de lá porque aquilo nunca me ajudou e um terreiro de macumba é uma coisa que jamais, meu Deus! Eu imaginava que fosse pisar (portador).*

Outra dificuldade sinalizada pelos portadores e familiares diz respeito aos sentimentos que emergem ao conviver com o transtorno. Conforme foi revelado ao se descrever o Domínio 6 (O sentimento que a gente tem), podemos identificar o predomínio de sentimentos negativos de manejo difícil. O medo, a preocupação, impotência, piedade, amor e ódio, vergonha, culpa configuram o universo afetivo do grupo familiar, caracterizando modos peculiares de perceber e lidar com esta problemática. O medo surge usualmente em decorrência de situações relacionadas às manifestações de agressividade pelo portador durante a crise, ou da possibilidade de reincidência de outros episódios, quando passada a mesma. Lidar com o medo se mostra um desafio constante, gerando tensão intragrupal e em grande parte dos casos desencadeando a formação de sintomas psicossomáticos em outros membros da família. Familiares, ao avaliarem as conseqüências da experiência de conviver com o transtorno mental no contexto de família, afirmam:

*Eu acho que sofri tanto que às vezes comigo tem horas que eu acho que digo uma coisa eu nem sei o estou dizendo aquilo ali, é como se eu tivesse fora de mim... (familiar).*

*Ficou aquela tensão na família com esta experiência (familiar).*

A preocupação está relacionada à natureza dos atos do portador quando em crise como: isolamento, negligência do autocuidado e mobilização de recursos pelos familiares para atender às necessidades dele e demonstram que a postura do portador em relação à família é, usualmente, caracterizada pela dependência afetiva e econômica. Outro sentimento que foi bastante referido pelos familiares foi a culpa, sobretudo naquelas famílias marcadas por episódios de intentos suicidas por parte do portador.

*Ele tomou ácido muriático... a gente se sente arrasada, culpada... não porque ele iria se matar, mas você se sente culpada assim por não evitar...*

*por não deixar o ambiente mais tranquilo para uma pessoa dessa. Às vezes você pode pensar que ele tá querendo chamar atenção, mas também pode não ser, aí a gente não pode deixar pra lá porque não se sabe realmente se é doença (familiar).*

No Domínio cultural 7 (Tem família que não ajuda), os portadores apontam o preconceito como um dos fatores que mais contribuem para o sentimento de inadequação no contexto social e familiar.

*A doença complica mais pelo tratamento das pessoas. Se as pessoas chegassem assim a entender que a doença mental não é assim como eles pensam... é justamente pelo preconceito que é a maneira como as pessoas tratam aquelas que têm essa doença é que faz com que a gente se sinta rejeitada, magoada. A gente se sente inferior (portadora).*

O preconceito impede a integração do portador e conseqüentemente restringe sua atuação social resultando em sentimento de impotência que reforça o isolamento.

*Uma das formas que encontrei para lidar com a discriminação é ficando em casa... (portador).*

O Domínio cultural 8 (A cruz que a gente carrega) demonstra que uma das dificuldades da família consiste em aceitar a existência do transtorno mental que acomete um dos membros e se evidencia por atitudes de negação do problema ou esta percepção é ocultada por um membro da família em relação aos outros membros, sugerindo que esta problemática nem sempre é compartilhada, o que retarda o seu reconhecimento pelo sistema familiar e a mobilização do grupo rumo à adoção de medidas terapêuticas precoces *...antes a gente pensava que era rinha,opinião. Aquela coisa que tem da pessoa não querer falar com ninguém... não sabia que era uma doença grave que ela é (familiar).*

*Eu tomava tudo para mim, não deixava que ninguém tomasse conhecimento. Podia sofrer a noite todinha num quarto, trancada... não deixava que tomasse conhecimento (familiar).*

Elsen (1994) ensina que a família funciona como unidade de saúde de seus membros, o que significa dizer que, diante de uma problemática de saúde ela é a

primeira a identificar as mudanças sutis que passam despercebidas ou inacessíveis aos outros. Desta forma, antes de procurar ajuda profissional às famílias de portadores de transtorno mental, operam usualmente com recursos próprios visando à resolução ou alívio do problema.

*Eu tinha uma tática assim muito grande, eu acho que eu me desdobrava muito, né? Tinha aquele cuidado, tudo ali, não deixava faltar nada perto dele, tudo primeiro ele, ta entendendo?... achava que ele tava com problema e não queria que tivesse problema dentro de casa... (familiar).*

A ocultação da ocorrência do transtorno mental em um de seus membros é também motivada pela necessidade de proteger a identidade grupal. A identidade do grupo familiar diz respeito à personalidade da família que a diferencia das outras e ao mesmo tempo, a mantém inscrita no meio sociocultural. A construção da identidade se faz apoiada em valores e crenças que normatizam as condutas dos sujeitos a fim de integrá-lo em sua própria cultura. A necessidade de proteção surge, uma vez que, a emergência do transtorno mental em um membro denuncia a fragilidade para lidar com os conflitos e tensões e que, aliado à crença da etiologia hereditária, põe em questão a saúde mental do grupo como um todo, tornando-o alvo do estigma e preconceito social. Um familiar assinala: *...Eu não queria deixar que os outros da rua vissem a reação dele com as pessoas, porque com aquela reação as pessoas ia recuar e a gente acaba ficando isolado. Aí tem os filhos... aí aquele coleguinha dele já passou pra outras pessoas, e o menino que tem que ser integrado à sociedade fica restrito (familiar).*

Outra forma de proteger a identidade grupal foi percebida através de atitudes explícitas de rejeição ao portador. É bastante comum os membros sadios se referirem ao portador negando o grau de parentesco. Berenstein (1988) acentua que quando aparece uma crise no funcionamento familiar de uma pessoa, os elementos de seu grupo familiar se definem como sadios em oposição ao integrante definido como doente. Percebemos também que grande parte dos membros o mantém a margem do grupo familiar, evitam um contato mais próximo, alguns até mesmo o ignoram. Outros ainda apontam o portador como o *diferente* de todos os outros da casa. A polarização de responsabilidades está presente evidenciando que o grupo

familiar não participa do problema de forma conjunta ...*Eu quase não tenho contato com ele, eu procuro não saber nada dele* (familiar).

Os cuidados com o portador geralmente ficam a cargo das figuras femininas na família, notadamente da figura materna, cuja vida cotidiana se caracteriza sacrifícios e renúncias. A mãe usualmente é vista pelos membros como responsável pelo portador por ser aquela pessoa que gerou uma “pessoa problemática”. O pai de um dos portadores refere-se a ele como sendo apenas filho de sua esposa ...*Depois que o filho dela ficou doído...* (familiar).

Percebemos ainda que o padrão comunicativo no sistema familiar mostra-se comprometido tanto no plano da expressão afetiva como no plano da expressão verbal. No entanto nosso estudo não elucida se esse padrão é conseqüente ao transtorno ou responsável pelo surgimento dele. Estes dados não foram contemplados nos objetivos da nossa pesquisa e carecem de uma investigação mais aprofundada acerca da dinâmica familiar do portador de transtorno mental, a ser realizada em estudos posteriores. O plano afetivo se caracteriza por dificuldades que os membros apresentam para entrar em contato com seus sentimentos e expressá-los de forma construtiva, bem como inabilidade para lidar com os fatores causadores de estresses, incapacidade potencial para encontrar soluções para os conflitos ou compensar-se pelos efeitos do mesmo com o conseqüente desempenho inadequado de suas funções básicas, o que acarreta danos ou prejuízos graves a cada um de seus membros e ao próprio grupo.

*Tem discussões, fica todo mundo agitado, fácil de brigar* (familiar).

No plano da comunicação verbal observa-se predomínio de silêncios e não-ditos, gerando distorções na interpretação do conteúdo e nas relações entre os membros do grupo familiar.

*A nossa família é um negocio tão sério! Não existe aquela união, não existe conversa, não existe beijo... a gente tem vergonha de dar um abraço, não existe troca afetiva... é como se fosse uma coisa distanciada, cada um vê a partir de sua própria perspectiva. Cada um tem uma opinião diferente, o lado da pessoa é o menos visto* (familiar).

Para Ackerman (1986), em um padrão como esse, o conflito principal está centrado e refletido na personalidade de um membro particular e este a expressão dramática do padrão de estresse que caracteriza o grupo familiar particular.

Outra dificuldade sinalizada pelas famílias diz respeito à baixa condição socioeconômica e suas repercussões no tratamento do portador. A maioria das famílias entrevistadas pertence à classe econômica menos favorecida. As dificuldades financeiras se evidenciam como uma das responsáveis pelo estresse que agrava ou dificulta o manejo com o portador, o que reforça os sentimentos de impotência em face do problema.

*Viver com o problema da doença mental não é bom não! porque a gente precisa tratar muito bem e as condições não dá* (familiar).

*Não temos aquela condição financeira pra ajudar ele. Tudo isso abala. A gente fica cansada, já tem a luta de casa, já tem a luta da rua...* (familiar).

A busca de auxílio profissional é realizada quando as medidas resolutivas adotadas não suplantam as dificuldades que se avolumam no curso desta experiência ou quando se esgotam os recursos disponíveis. Esta fase é denominada, pela família, *crise*, que notadamente reflete não só a crise do portador como também a crise de todo o sistema familiar. A relação intrínseca entre crise do portador e crise de todo o sistema familiar nos mostra que as relações adaptativas do indivíduo no grupo familiar são um processo interligado que envolve tanto a estrutura do ambiente, como as relações interpessoais e a organização interna da personalidade. A maioria dos grupos familiares estudados, no entanto, não consegue perceber esta relação, de forma que não se mostra capaz de correlacionar o colapso do indivíduo como resultante do colapso do sistema ou vice-versa. Para estes familiares, o transtorno ocorre como um evento isolado, que acomete o indivíduo com repercussões indesejáveis na relação familiar, razão porque muitas vezes cultivam a crença que o isolamento do portador venha a ser uma das medidas eficazes para sanear o problema.

*Ta muito difícil! Eu nunca pensei de passar por um momento de achar que isolar uma pessoa dessa fosse a solução, sabe?* (familiar).

Os familiares, por sua vez, convivem com o medo e a insegurança, uma vez freqüentemente falham os recursos habituais para lidar com o portador e conseqüentemente receiam tomar atitudes que venham a prejudicá-lo.

*É difícil porque no momento da crise a pessoa fica diferente, a gente fica com medo de falar, se falar vai prejudicar, aumentar a crise, antes de falar tem que pensar no que vai dizer porque a pessoa fica toda diferente, transtornada, é difícil!* (familiar).

Algumas famílias demonstram perceber a necessidade de mudança no padrão interacional com o portador, no entanto, apontam para as características da vida moderna como fatores que interferem na adaptação dos membros do sistema à nova configuração relacional deferida pela emergência do transtorno mental.

*Na família a gente precisa entender o lado dele e ele também precisa entender o lado da gente... fica difícil porque a gente tem nosso stress, nossas preocupações, nosso trabalho* (familiar).

Ao descrever a vivência cotidiana com o portador de transtorno mental, um dos familiares entrevistado sintetiza as expressões comuns presentes no discurso das famílias entrevistadas:

*È uma experiência muito difícil, tem hora que dá desespero... a gente não tem sossego, nem pra comer, nem pra dormir, pra nada. A vida inteira é desse jeito!* (familiar).

Algumas raras famílias que, com o auxílio de alguns profissionais, aprenderam a lidar com o transtorno mental, mostraram ser possível adaptar-se ao portador e desenvolver com ele uma convivência mais saudável.

*A primeira crise foi a pior... parece que foi uma coisa que estourou. Foi muito difícil para mim. Com o passar do tempo, com o tratamento, a gente aprendendo sobre a doença, como lidar, parece que a doença foi diminuindo. Fui aceitando do jeito que é e pra mim ela já não ta mais nem doente. Tornou-se aquela coisa banal, como se fosse normal. Com o tempo a gente foi aprendendo a lidar com as coisas. Me acostumei. Eu já nem sei o que é ruim e o que é bom. Pra mim ta tudo bom* (familiar).

O relato das experiências por portadores e seus familiares ilustra como as famílias percebem e lidam com o transtorno mental, sentimentos que experimentam, concepções e recursos culturais que utilizam, reforçando a temática emergente de que **Conviver com a doença é difícil!** Ao descrevê-las, tornou-se evidente que, embora a vivência cotidiana com o transtorno mental seja singular em cada grupo familiar, existem padrões de comportamento adaptativos similares e culturalmente enraizados que comprometem de forma significativa o manejo eficaz das situações decorrentes do surgimento do transtorno mental no contexto de família e que podem ser repadronizados mediante intervenção profissional, de modo a incentivar e fortalecer a participação do grupo familiar no processo terapêutico do portador de transtorno mental.

## 6 Considerações Finais

Ao nos propor realizar este trabalho tinha em mente contribuir para a prática dos profissionais de saúde mental ao desvendar a vivência cotidiana do portador e sua família com o transtorno mental. Hoje, acreditamos haveremos obtido uma compreensão da problemática em torno do qual produz o objeto do estudo, embora reconheça não o haver esgotado.

Dentre os primeiros conhecimentos adquiridos está o de observar que a família, durante a sua etapa evolutiva e momentos de crise, apresenta capacidade de adaptação, o que a torna uma unidade potencial de saúde, significando dizer que os grupos familiares desenvolvem concepções próprias acerca do processo saúde/doença e que ao se depararem com o transtorno mental, aperfeiçoam modos culturais de cuidado que nem sempre se coadunam com as práticas habitualmente adotadas pelas instituições de saúde. Percebemos, no entanto, que o portador e sua família, com o tempo tendem a estabelecer relações de dependência com as práticas e saber institucional, o que os leva ao descrédito quanto ao seu saber e sua prática, uma vez que estes não são reconhecidos e valorizados. Em consequência disto, a alta hospitalar torna-se muitas vezes indesejada, pois, na sua ocorrência, ao se distanciarem do ambiente hospitalar, tornam-se carentes de referências para o cuidado do membro portador.

A família, como toda instituição social, possui papéis definidos. Sua organização e funcionamento, regulados por usos e costumes, buscam atender às expectativas da sociedade a que ela pertence. No decorrer de sua etapa evolutiva, espera-se que ela cumpra seu papel, bem como, que seus membros se integrem aos padrões esperados a fim de assegurar êxito na manutenção de modelos sociais preconizados e valorizados. Contudo, percebemos que o desempenho das funções da família pode estar seriamente comprometido, uma vez que as famílias ocupam diferentes espaços na organização socioeconômica a que pertencem, o que implica que o profissional de saúde mental deve considerar estas especificidades durante o planejamento da assistência. Para isto, há de se levar em conta que as concepções e práticas de cuidar da saúde variam de uma camada social para outra e isto requer

incursões pelo universo sociocultural da clientela assistida, apreender sua visão de homem, mundo, sociedade, família, saúde, doença e cura, suprimentos disponíveis, enfim, tudo aquilo que seja necessário para que se possa construir um modelo de assistência em saúde consoante com a realidade das famílias contempladas.

Com o processo de desinstitucionalização nascido no âmbito do movimento da reforma psiquiátrica, tomou-se comum se falar em ressocialização da clientela que durante muito tempo enxameou os hospitais psiquiátricos. O espaço físico do hospital foi modificado, bem como, as práticas terapêuticas mostram-se hoje mais humanizadas. Fala-se do portador de transtorno mental como ser humano e cidadão. No entanto, durante a realização deste trabalho pudemos perceber que a emergência gradativa de um novo espaço institucional para o portador, ainda que humanizado, vem cumprir hoje uma outra função, que seja não mais proteger família e sociedade do portador, mas de protegê-lo da sociedade e da família, promovendo com isso o estreitamento de suas possibilidades de se constituir como ser social. Este fato torna-se patente pelos depoimentos dos portadores entrevistados, que afirmam ser o hospital-dia a sua família, ao expressarem receios para enfrentar a *vida lá fora* e por evidências claras de que o portador de transtorno mental, ainda que tenha retomado ao convívio dos seus, raramente recupera o papel anteriormente ocupado no grupo familiar e na sua comunidade.

A despeito das reformulações crescentes que vêm sendo operadas nas práticas assistenciais no campo da saúde mental, o presente estudo revelou, a partir da temática emergente **Conviver com a doença é difícil!** a necessidade de se repensar essa prática nos contextos de família, de se centralizar os cuidados, levando em conta diagnósticos realizados dentro do espaço familiar e comunitários. Fora do lócus institucional dos hospitais psiquiátricos ou instituições de transição, no âmbito da família e comunidade, persiste outra realidade, caracterizada por conflitos, ambivalências, preconceitos, amor, ódio, rejeições e culpa. Ainda que a família permaneça essencial no seu papel no desenvolvimento da sociabilidade, afetividade e desenvolvimento do bem-estar físico, mental e social de seus membros, seu desempenho muitas vezes torna-se insatisfatório, quer pelo estresse produzido pelo transtorno mental, quer pelo estigma social, o que desperta nos familiares

sentimentos de vergonha e incompetência para lidar com ele, levando-os a sentirem-se inseguros e a silenciarem frente à questão.

Na atualidade, são inegáveis os inúmeros trabalhos que vêm sendo desenvolvidos em torno desta problemática no contexto de família. Por outro lado, é inegável também o fato de que a sua maioria se inspira nos modelos importados da literatura científica de outros países, onde a realidade sociocultural é bastante diferente e cujas práticas não se adequam à realidade das famílias brasileiras. Apesar dos esforços dos profissionais para integrarem as famílias no processo terapêutico do portador de transtorno mental, percebemos que eles carecem de uma compreensão mais profunda do impacto gerado por este fenômeno e das modificações que provocam na estrutura e dinâmica dos grupos familiares. Para superarem estas dificuldades as equipes mobilizam esforços para trazer a família para o espaço da instituição hospitalar, mediante reuniões, palestras, festas, passeios, ocasiões em que se confraternizam equipe, familiar e portador. No entanto, é preciso ter em mente que, superar as dificuldades no campo da ressocialização requer medidas mais arrojadas, de caráter político e social a fim de atingir de forma mais ampla os diversos segmentos da sociedade. Não queremos dizer com isto que as famílias não aprendam ou não se beneficiem com estes contatos, mas ao retornarem para a casa com o membro portador, desprovidas de recursos que assegurem a continuidade do tratamento ambulatorial, de orientação e apoio, bem como da compreensão e aceitação da comunidade, ambos, família e portador estarão irremediavelmente sozinhos.

Kaloustian (1998) aponta para o fato de que todos os problemas relacionados às pessoas deságuam na grande questão da família, denunciando o fato de que segmentos comprometidos com as mudanças sociais de caráter mais amplo e profundo não contemplam a família como protagonista de uma política de maior envergadura. Ressalta que a família tem dinâmica de vida própria afetada pelos processos de desenvolvimento socioeconômicos e pelo impacto da ação do Estado através de suas políticas econômico-sociais, requerendo, por esta razão, políticas e programas que visem a dar conta de suas especificidades.

Durante o desenvolvimento deste trabalho pude constatar que existem duas famílias: a família do hospital e a família de fato. A primeira é geralmente

representada pelo cuidador, sendo este, costumeiramente, o membro eleito pelo grupo para ser responsável pelo tratamento do portador. Uma vez que este membro é quem descreve e formula queixas da família de fato, muitas vezes contribui com uma visão unilateral, influenciada pelo lugar que ele ocupa no grupo, bem como pela natureza da relação que ele mantém com o membro adoecido e com outros membros do sistema. Neste contexto, a realidade da dinâmica familiar é passível de idealizações, oclusões e equívocos de interpretação, obscurecendo a compreensão dos problemas a ela inerentes pela equipe de saúde. A família de fato é aquela que possui uma identidade só revelada mediante inserção laboriosa do profissional no campo. Este contato íntimo e prolongado permite que se revelem as múltiplas dimensões da dinâmica familiar capaz de favorecer o planejamento de intervenções pautadas na realidade sociocultural de cada família. É necessário também que essas intervenções estejam voltadas não somente para o componente familiar adoecido, mas que possam englobar também o grupo familiar, com o intuito de preservar a saúde mental do sistema com um todo, uma vez que outros membros também sofrem reflexos do transtorno.

Durante a realização deste trabalho vimos que são inúmeros os fatores causais atribuídos ao transtorno mental por portadores e familiares. O mapeamento das famílias foi de fundamental importância para que ampliássemos nossa compreensão acerca do contexto sócio-cultural das famílias pesquisadas com vista no desenvolvimento da sensibilidade cultural e identificação de fatores de risco e predisponentes para o transtorno mental, presentes no cotidiano de portadores e seus familiares. STUART & LARAIA (2001) enfatizam a importância da sensibilização cultural do profissional de saúde como instrumental indispensável na intervenção terapêutica eficaz de clientes com diferentes bagagens culturais uma vez que a busca de ajuda e a adesão ao tratamento dependem das reservas, normas sociais e valores culturais dos clientes. No grupo de famílias pesquisadas os fatores identificados com maior frequência foram: a pobreza, baixo grau de instrução, violência, meio cultural permissivo ao uso de álcool e drogas ilícitas, visão mística da doença que retarda a busca de ajuda médica e psicológica dificultando com isso o diagnóstico precoce do transtorno mental, desemprego e oportunidade de mobilidade social limitada gerando frustrações a aumento de tensão, perdas de

entes queridos e carência ou utilização de recursos adaptativos inadequados na elaboração dessas perdas. Estes reveses são conseqüentes dos condicionantes socioeconômicos e culturais presentes em todas as sociedades. Curiosamente, esses fatores citados estão presentes no cotidiano de famílias diversas, quer tenham membros portadores ou não. Aos critérios de saúde/doença, normalidade/anormalidade está subjacente os códigos de valores normatizados pela sociedade vigente e, encarados pelas famílias e pela equipe de saúde como absolutos e naturais, porquanto dificilmente questionados, logo, a atuação terapêutica se resume em tratar os sintomas e sanear as causas. No entanto, é importante que se compreenda que a eficácia da atuação do profissional neste campo passa não somente pelo conhecimento das causas, mas também pela capacidade de perceber este fenômeno como expressão de uma cultura. Apropriar-se desta cultura para melhor intervir torna-se fundamental e isto só é possível quando se reconstitui o contexto onde o transtorno mental adquire significado.

As dificuldades relacionais encontradas nas famílias estudadas estão presentes de forma acentuada tanto no campo da comunicação como da afetividade. Estas se caracterizam por longas pausas comunicativas e pela impossibilidade de entrar em contato com seus sentimentos e manifesta-los de forma mútua e construtiva. É necessário auxiliar essas famílias na abordagem dos seus problemas cotidianos a fim de que, ao reduzirem suas ansiedades, possam gozar de uma saúde mental positiva. O drama em conviver com o transtorno mental não é o drama de único indivíduo, mas de todos aqueles que fazem parte de sua rede sociofamiliar de relações.

Ao finalizar este trabalho, fazemo-lo na convicção de que só é possível promover a saúde mental quando se mantém a mente aberta de modo a permitir a relativização desse conceito. O transtorno mental deve ser visto como expressão das relações socioculturais de um grupo no seu processo de viver, e não uma entidade isolada, cujo controle se obtém mediante tentativa de se impor normas que atendam à rigidez das prescrições de conduta social. É necessário reinventar a vida, as normas e os costumes para que o transtorno mental, como expressão, adquira significação no contexto familiar e social. Portanto, é fundamental não somente trazer a família para o hospital, porém, ir para o espaço privado da família, vivenciar

seu drama, aprender com sua experiência e sensibilizar os diversos segmentos da sociedade, bem como, engajar-se na luta por uma política que busque sanear os problemas sociais de naturezas diversas que afetam o desenvolvimento integral de seus membros a fim de que possamos fornecer suprimentos bio-psico-socio-culturais que atendam aos anseios da clientela assistida.

## 7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACKERMAN, N.W. **Diagnóstico e tratamento das relações familiares**. Porto Alegre: Artes médicas, 1986.

ANDOLFI, M. **Por traz da máscara familiar**: Um novo enfoque em terapia de família. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.

BERESTEIN, I. **Família e doença mental**. São Paulo: Escuta, 1988.

CANHESTRO, M.R. **Doença que está na mente e no coração da gente**: Um estudo etnográfico do impacto da doença crônica na família.1996. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte,1996.

CAPLAN, G. **Princípios de psiquiatria preventiva**. Traduzido por: Jorge Alberto Costa e Silva. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

COSTA, L.H. **Amo meu filho usuário de drogas**.1998. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1998.

DUARTE JR., J.F. **Política da loucura**: Antipsiquiatria. Campinas: Papyrus, 1983.

ELSEN, I. Desafios de enfermagem no cuidado a famílias. In: BUB, L.I.R. (Coord.) **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: Ed.da UFSC,1994.

FROTA, M.A. **Como cuidado do meu filho desnutrido**: Abordagem cultural.1998. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1998.

GEERTZ, C. **A Interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Zahar, 1989.

GERVENY, G.M.O. **A Família como modelo**: desconstruindo a patologia. São Paulo: Ed.Psy II,1985.

GIRÃO, R. **Cidade do Pajeú**. Fortaleza: Henriqueta Galeno,1982.

GONÇALVES, A.C. **Questões de antropologia social e cultural**. 2ª Ed. Porto: Afrontamento, 1997.

GONZALEZ, A.A.M. **A Doença que veio para ficar**: estudo etnográfico da vivência do ser diabético. 1993. 176p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Fortaleza, 1993.

HELMAN, C.G. **Cultura saúde e doença**. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

HOEBEL, E.A.; FROST, E. L; **Antropologia cultural e social**. Tradução de: Euclides Carneiro da Silva. São Paulo, Editora Cultrix, 1999.

KALOUSTIAN, S.M. (Org). **Família brasileira, a base de tudo**. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 1998.

KAPLAN, D.; MANNERS, R.A. **Teoria da cultura**. 2 ed. Rio de Janeiro; Zahar, 1981.

KLEINMAN, A. *et al.* Culture, illness and care: clinical lesson from anthropologic and across – cultural reaserch. **Ann. Int. Med.**, V.88,nº2, p.251-58, 1978.

LAPLANTINE, F. **Aprender antropologia**. Tradução de Marie Agnes Chauvel. São Paulo: Brasiliense, 2000.

LEA, A. Nursing in today's multicultural society: a transcultural perspective. **J. Adv. Nurs.**, v.20.307-313,Nov.1993.

LEININGER, M.M. **Qualitative research methods in nursing**. Detroit: Grune & Stratton, 1978.

LUDKE, M; ANDRÉ, M.E.D.A. **A Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

LUFT, P.C. **Minidicionário Luft**. 11 ed. São Paulo: Ática, 1996.

MACEDO, Z. O que é ser familiar de doente mental. In **Rev. Informação Psiquiátrica**. Vol.16, n 3, p.117-119, 1997.

MARCONI, M.A; PRESOTTO, Z.M.N. **Antropologia: Uma Introdução**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1998.

MINAYO, M.S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em saúde**. 6. ed. São Paulo: HUCITEC, 1999.

MINUCHIN, S.; FISHMAN, C.H. **Técnicas de terapia familiar**. Tradução de: Claudine Kinch, Maria Efigênia F.R. Maia. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

MOFFAT, A. **Psicoterapia do oprimido: ideologia e técnica da psiquiatria popular**. Tradução de: Paulo Esmanhoto. 7. ed. São Paulo: Cortez, 1991.

PARSE, R.Z; COYNE, A.B; SMITH, M.J. **Nursing research: qualitative methods**. Maryland: Brady Communications, 1985.

PEREIRA, J.F. **O Que é loucura ?** 4. ed. São Paulo: Brasiliense, 1993.

PINA, S.B. **Fortaleza, sua vida, sua história**. Fortaleza: Mundial, 1995.

ROZA, L.A.G. **Freud e o inconsciente**. 4. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1988.

SANTOS, S.C. **Índios e brancos no sul do Brasil: a dramática experiência dos Xoklêng.** Florianópolis: Edeine, 1973.

SOUZA, L.J.E. **Envenenar é mais perigoso.** uma abordagem etnográfica. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Enfermagem. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1997.

SPRADLEY, J. **The ethnographic interview.** New York: Holt Rinehart & Winston, 1979.

SPRADLEY, J. **The participant observation.** Flórida: Hott, Rinehart and Winston, 1980.

STUART, Gail W; LARAIA, Michele T. **Enfermagem Psiquiátrica.** Práticas e princípios. Porto Alegre. ARTMED, 2001.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução á pesquisa em ciências sociais.** São Paulo: Atlas, 1987.

TUNDIS, S.A.; COSTA, N.R. (Org.). **Cidadania e loucura: a prática da saúde mental no Brasil.** Petrópolis: Vozes, 1994.

WATZLAWICK, P.; BEAVIN, J.H.; JACKSON, D.D. **Pragmática da comunicação humana.** São Paulo: Cultrix, 1979.

WHITAKER, D.C.A. Cultura e Doença Mental *In* D' INCAO, M. (Org). **Doença mental e sociedade: uma discussão interdisciplinar.** Rio de Janeiro: Graal, 1992.

WINKIN, Y. **A Nova comunicação: da teoria ao trabalho de campo.** Tradução de Roberto Leal Ferreira. Campinas: Papyrus, 1998.

## 8 APÊNDICE

### TERMO DE CONSENTIMENTO

**Título do trabalho: O VIVER COM O PORTADOR DE TRANSTONO MENTAL NO CONTEXTO FAMILIAR: UMA ABORDAGEM CULTURAL**

**Autora:** Norma Faustino Rocha (Prof<sup>a</sup>. Da Universidade Estadual do Ceará)

**Sumário do projeto:** O estudo tem como objetivo conhecer como portadores e familiares percebem e vivenciam a experiência com o transtorno mental no contexto cultural. Os sujeitos do estudo serão selecionados junto à clientela do Hospital-dia no Hospital de Saúde Mental de Messejana em Fortaleza/Ce e suas famílias. O material de pesquisa será coletado mediante entrevistas e observação participante por ocasião das sessões grupais com pacientes e familiares realizadas nesta instituição e posteriormente no domicílio dos informantes.

Em todas as etapas do estudo, o anonimato dos participantes será mantido com a utilização de nomes fictícios. A participação no estudo não se reverterá em benefícios pessoais aos participantes, mas em muito contribuirá na ampliação do conhecimento sobre a problemática vivida pelos portadores de transtorno mental junto às suas famílias. Aos participantes fica preservado o direito de interromper sua participação no projeto, a qualquer momento, sem nenhum prejuízo para a assistência de seu familiar no Hospital-dia.

Entendimento por parte do participante: Foi-me oferecida oportunidade de fazer perguntas relacionadas aos objetivos e a todos os procedimentos relacionados ao estudo, sendo que a pesquisadora estava sempre apta a respondê-las.

Consentimento: com base no exposto acima, dou meu consentimento para participar voluntariamente da pesquisa.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do familiar responsável

Discutimos este projeto com o participante e/ou seu representante legal, usando linguagem acessível e apropriada. Acreditamos haver fornecido as informações necessárias para o paciente, e ainda que ele tenha entendido nossas explicações.

\_\_\_\_\_  
Pesquisadora responsável

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_