

Mônica Nunes

Maurice de Torrenté

# Estigma e violências no trato com a loucura: narrativas de centros de atenção psicossocial, Bahia e Sergipe

## Stigma and violence in dealing with madness: narratives from psychosocial care centers in Bahia and Sergipe, Northeastern Brazil

---

### RESUMO

**OBJETIVO:** Analisar processos de estigmatização e modalidades de violência vividos por portadores de transtornos mentais.

**MÉTODOS:** Estudo qualitativo baseado em entrevistas individuais com usuários e grupos focais com familiares e profissionais de cinco centros de atenção psicossocial, nos municípios de Itaberaba, Lauro de Freitas, Salvador e Vitória da Conquista (BA) e em Aracaju (SE), em 2006-2007. As categorias de análise foram construídas com base no conceito de estigma proposto por Goffman e foram sistematizadas quatro tipos de violência: interpessoal, institucional, simbólica e estrutural.

**RESULTADOS:** Usuários e familiares relataram exemplos de desqualificações, repreensões, constrangimentos, humilhações, negligência e agressões físicas, com fins de dominação, exploração e opressão. Profissionais referiram que pessoas que sofrem transtornos mentais permanecem como alvo de preconceitos arraigados e naturalizados na cultura. A principal consequência foi a manutenção do isolamento, da vida social como forma de “tratamento” ou como atitude excludente manifestada por reações discriminatórias, que se apresentam como rejeição, indiferença e agressividade verbal ou física.

**CONCLUSÕES:** As variadas formas de expressão do estigma denotam uma situação sociocultural de violências contra os portadores de transtornos mentais. Propõe-se a constituição de observatórios estaduais capazes de planejar e avaliar contra-ações às estigmatizações.

**DESCRITORES:** Pessoas Mentalmente Doentes, psicologia. Relações Profissional-Paciente. Relações Profissional-Família. Estereotipagem. Preconceito. Hostilidade. Violência. Serviços de Saúde Mental. Pesquisa Qualitativa.

Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Salvador, BA, Brasil

**Correspondência | Correspondence:**

Mônica Nunes

Instituto de Saúde Coletiva - ISC / UFBA  
R. Basílio da Gama, s.n. - Campus Canela  
40110-140 Salvador, BA, Brasil

E-mail: nunesm@ufba.br

Recebido: 19/11/2008

Revisado: 24/05/2009

Aprovado: 04/06/2009

---

## ABSTRACT

**OBJECTIVE:** To analyze stigmatization processes and types of violence experienced by individuals with mental disorders.

**METHODS:** A qualitative study was carried out, based on individual interviews with users and focus groups with family members and professionals at five psychosocial care centers in the municipalities of Itaberaba, Lauro de Freitas, Salvador, Vitória da Conquista, and Aracaju, Northeastern Brazil, in 2006-2007. The analysis categories were constructed based on the stigma concept proposed by Goffman, and four types of violence were systematized: interpersonal, institutional, symbolic and structural.

**RESULTS:** Users and family members recounted examples of disqualification, reprimands, embarrassment, humiliation, negligence and physical aggression that had the aims of domination, exploitation and oppression. Professionals reported that people who suffer from mental disorders remain the target of prejudice that is culturally ingrained and naturalized. The main consequence is continuation of their isolation from social life as a form of "treatment" or as an excluding attitude manifested by discriminatory reactions in the form of rejection, indifference and verbal or physical aggressiveness.

**CONCLUSIONS:** The various ways of expressing stigma denote a sociocultural situation of violence against individuals with mental disorders. It is proposed that state monitoring bodies capable of planning and evaluating countermeasures against stigmatization should be set up.

**DESCRIPTORS:** Mentally Ill Persons, psychology. Professional-Patient Relations. Professional-Family Relations. Stereotyping. Prejudice. Hostility. Violence. Mental Health Services. Qualitative Research.

---

## INTRODUÇÃO

Muitos dos esforços dirigidos à mudança das formas de cuidado e às estratégias de inclusão social de pessoas portadoras de transtorno mental têm tido como perspectiva garantir-lhes um novo lugar na sociedade. Isso porque viver a experiência de um sofrimento psíquico grave tem grandes implicações nas formas de interação social, na possibilidade de aceitação social e, de modo mais dramático, na produção de um estigma social.

Essas conseqüências, embora implícitas, nem sempre são exploradas nos estudos atuais, especialmente naqueles desenvolvidos no âmbito dos serviços substitutivos. Alguns dos estudos que mais se aproximam desse interesse abordam a questão a partir dos conceitos e representações acerca da doença mental,<sup>18</sup> deixando de lado a experiência vivida pelos sujeitos que são alvo dessas formas de representação.

Ao mesmo tempo, o modelo de atenção psicossocial investe em novas modalidades de tecnologia em saúde, apostando-se especialmente nas chamadas tecnologias leves,<sup>14</sup> observando-se resultados muito positivos

em mudanças de padrões interativos, relações interpessoais mais dialógicas e sensíveis,<sup>16</sup> abrindo uma possibilidade de aceitar e interagir com a diferença por parte dos membros da sociedade. Apesar desse investimento de uma política nacional de saúde mental, transformações culturais não acontecem na sociedade em resposta imediata a mudanças de legislação e, portanto, os efeitos de novas práticas de saúde mental sobre a vida dos usuários não são suficientemente conhecidos. Há dificuldades inclusive em delimitar em quais dimensões relacionais dos usuários devem ser concentrados os maiores esforços para a superação de processos de estigmatização, conforme observado por diversas pesquisas sobre modelos educacionais,<sup>12</sup> emoções expressas,<sup>8</sup> dimensões transculturais<sup>10,20</sup> e escalas de valores culturais.<sup>9</sup>

O presente estudo teve por objetivo analisar processos de estigmatização e modalidades de violência vividos por portadores de transtornos mentais atendidos em centros de atenção psicossocial.

## PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O estudo integrou uma investigação mais ampla<sup>a</sup> em avaliação de centros de atenção psicossocial. Foram realizadas entrevistas com usuários, grupos focais, familiares e profissionais de cinco centros de atenção psicossocial tipo II (CAPS II), situados em cinco municípios, sendo quatro (Itaberaba, Lauro de Freitas, Salvador e Vitória da Conquista) da Bahia e um de Sergipe (Aracaju), em 2006-2007.

Dentre 11 CAPS escolhidos por macrorregiões da Bahia e Aracaju, foram analisados os dados referentes a cinco CAPS II, totalizando: dez grupos focais com todos os profissionais, cinco grupos com familiares e oito entrevistas com usuários. Aos familiares que não se encontravam no serviço, foi enviado um convite, no primeiro dia em campo, marcando uma data para o grupo focal que coincidia com o turno das reuniões de família, sendo esse convite reforçado entre aqueles que estavam presentes. Os usuários foram contatados durante as atividades e, quando falamos das entrevistas, alguns quiseram participar, criando uma relação empática e, por esta razão, consideramos que uma entrevista individual seria mais adequada à melhor compreensão das singularidades dos sujeitos. Cada entrevista e cada grupo focal seguiu roteiro apropriado aos sujeitos de cada segmento pesquisado. Em linhas gerais, houve perguntas relacionadas a quatro eixos principais: tecnologias realizadas no serviço, práticas de gerência e gestão, inserção no território e participação dos familiares.

Os resultados totais da pesquisa foram apresentados em grupos separados de familiares, profissionais e usuários visando dialogar sobre suas reações às nossas interpretações. Não houve divergências significativas dentro do tema do estigma.

O referencial teórico adotado foi o estigma na perspectiva de Goffman.<sup>7</sup> Em 1963, Goffman<sup>7</sup> desenvolve o tema do estigma a partir do conceito de identidade social, no qual uma pessoa passível de ser estigmatizada apresenta atributos “que o tornam diferente de outros que se encontram em uma categoria que pudesse ser incluído” (p. 12) e fica, portanto, reduzida a alguém “estragada e diminuída”, possuindo “um defeito, uma fraqueza, uma desvantagem”, um “atributo depreciativo”. No entanto, Goffman<sup>7</sup> observa que o atributo em si não conduz ao estigma, mas o atributo posto em uma linguagem de relações. Assim, “um atributo que estigmatiza alguém pode confirmar a normalidade de outrem, portanto ele não é, em si mesmo, nem honroso, nem desonroso” (p. 13). O processo de estigmatização demandaria então sempre um contexto e uma situação relacional de interpretação dos atributos e conduziria sempre a um processo de exclusão ou marginalidade da pessoa portadora.

Porém, essa produção de identidades estigmatizadas não é um processo monolítico, sofre interferências de contrações das pessoas estigmatizadas ou por outros atores sociais. Assim, atitudes como grandes esforços de aceder a espaços fechados, a busca de ganhos secundários, a ressignificação positiva da experiência de sofrimento, ou a relativização de seus defeitos a partir do reconhecimento de problemas presentes em pessoas ditas normais, são atitudes que podem minorar ou relativizar os efeitos da estigmatização. Goffman<sup>7</sup> ressalta os efeitos benéficos de manter um intercâmbio social com os outros, que se manifesta em redes de ajuda mútua, residências coletivas, ou por meio da ocupação de certos lugares sociais como aquele de “profissionais da causa contra o estigma”. Esse lugar de militante pode permitir-lhes ultrapassar o lugar restrito de intercâmbio entre iguais fazendo-os interagir com pessoas ditas normais.

O pensamento de Goffman<sup>7</sup> conduz a três dimensões do processo de estigmatização:

1. a produção da identidade estigmatizada inclui a tendência de tomar o todo pela parte: tomar a pessoa pelo seu “defeito”, a família pelo seu doente, produzindo o efeito de “contágio” do estigma; o processo de desqualificação e de desumanização do estigmatizado; a introjeção da imagem depreciada pela pessoa estigmatizada (a “carreira” do doente, por exemplo) e a necessidade de criação de espaços de exclusão e de isolamento para as pessoas estigmatizadas;
2. o processo de estigmatização como sendo pautado em valores e atributos contextual e relacionalmente atribuídos ou interpretados, e não como fatos absolutos ou a realidade em si;
3. os processos de contra-ação ao estigma desenvolvidos pelas pessoas que sofrem o estigma ou por pessoas que se relacionam mais intimamente com elas. Esses processos podem ser de caráter político (militância), de caráter socializador (rompimento com o isolamento, ampliação da sociabilidade entre diferentes), de caráter experiencial (a ressignificação da doença em termos de positividade), de caráter relativizador (o convívio entre iguais, permitindo uma liberdade de expressão, não controlada).

Tomando essas dimensões como analisadores da situação que envolve a vida de pessoas portadoras de transtornos mentais na contemporaneidade, é possível questionar sobre o tipo de estigmas e discriminações a que elas estão submetidas. Conseqüentemente, poderíamos investigar quais espaços sociais ou tipos de experiências encontram-se marginalizados e se tais relações estigmatizantes seriam compreendidas enquanto violências.

<sup>a</sup> Nunes MO. Articulando experiências, produzindo sujeitos e incluindo cidadãos: um estudo sobre as novas formas de cuidado em saúde mental na Bahia e em Sergipe, Brasil. [Relatório de pesquisa ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico].

A análise se ateu aos processos de estigmatização de portadores de transtornos mentais e em alguns aspectos da produção das identidades estigmatizadas, tendo sido analisadas contra-ações à estigmatização. Foram privilegiados os relatos referentes à discriminação, exclusão ou marginalidade social relacionados às pessoas portadoras de transtorno mental.

Estigmas ancorados no imaginário social acerca da loucura manifestam-se sob a forma de diversos tipos de violência, exercidos em várias esferas da vida das pessoas. A partir dos relatos dos informantes, definimos quatro modalidades de violência principalmente referidas, correspondendo a categorias analíticas: 1) a violência interpessoal, 2) a violência institucional, 3) a violência simbólica e 4) a violência estrutural. Os processos de estigmatização foram articulados em modalidades de violências, sistematizadas a partir de uma perspectiva ética (categorias encontradas na literatura sobre violência em geral) e êmica (descritores apreendidos das narrativas).

### **Margem, identidade estigmatizada e violências**

A produção do estigma em relação à loucura no ocidente foi estudada por Foucault<sup>5</sup> que identifica, no século XVIII, uma mudança epistemológica a partir da constituição da loucura enquanto doença mental, no registro do cuidado psiquiátrico e suas formas de tratamento fundadas no isolamento e na segregação. Castel<sup>2</sup> atribui a essa inovação um desígnio político congruente com as importantes transformações sociais e políticas produzidas pela Revolução Francesa. Nesse contexto, o louco livra-se de um projeto construído a partir do ideal de um sujeito social livre, racional, autônomo, auto-suficiente, responsável e capaz de participar do contrato social.

Na contemporaneidade, Godoy & Bosi<sup>6</sup> ressaltam a “construção social do estigma”, associando-a ao processo de isolamento dos loucos: “Sobre o louco é exercida uma ação de violência, de múltiplas segregações: da reclusão ao abandono nu e imundo no pátio do manicômio, construindo-se a concepção do louco enquanto ser perigoso, nefasto, incapaz, um “não-ser”, legitimando-se a condição de “não-cidadão”, “não-sujeito”” (p. 294).

Se, por um lado, a desrazão confere os atributos negativos relacionados à incapacidade de responder por si e pela necessidade de ser tutelado, além dos atributos de infantilidade e de periculosidade fundamentais a uma sociedade disciplinar, por outro lado, em uma na sociedade de controle contemporânea, de consumo e de capitalismo selvagem, a negação da condição de humanidade do louco faz-se congruente com processos de exclusão social. Goffman<sup>7</sup> enfatizava que a redução da pessoa ao seu traço estigmatizado, a suposição de uma humanidade defeituosa ou incompleta, legítima “vários tipos de discriminação, através das quais efetivamente,

e muitas vezes sem pensar, reduzimos suas chances de vida” (p. 15).

Processos de estigmatização são referidos e concebidos como estando entre os maiores empecilhos no avanço da atribuição de um outro lugar social à loucura e do exercício de cidadania dos loucos, projetos centrais da Reforma Psiquiátrica. O lugar social da loucura, a despeito de um certo deslocamento produzido, permanece ainda, de modo geral, aquele de situar-se à margem da sociedade.

Kleinman et al<sup>11</sup> advogam que a posição “da margem” no campo da saúde é ocupada por aqueles problemas que se situam na fronteira entre o médico e o social. Kleinman et al<sup>11</sup> referem-se particularmente àqueles fenômenos por ele englobados sob o termo “sofrimento social”, definido como o conjunto de problemas humanos que se originam dos danos devastadores que forças sociais podem infligir à experiência.

Tal como posto por Goffman,<sup>7</sup> o processo de estigmatização (e, conseqüentemente, o sofrimento social) engloba não apenas as pessoas que experimentam sofrimentos sócio-psíquicos intensos, mas pode estender-se aos seus familiares. Mais recentemente, em estudo<sup>16</sup> realizado em um CAPS onde um profissional utilizava a palavra “limbo” para descrever a situação de isolamento e de abandono pela gestão municipal de saúde, fizemos a hipótese de que poderia também atingir seus cuidadores.

Além do processo de estigmatização poder atingir distintos atores sociais envolvidos com as pessoas portadoras de transtornos mentais, a interpretação desse processo assume conotações variadas. Estroff<sup>3</sup> enfatiza a diferença entre os aspectos do estigma expressos por cuidadores e por usuários. Assim, entre os seus interlocutores, enquanto os cuidadores tendem a focalizar aspectos do estigma relacionados à doença, os usuários preocupam-se mais com seus direitos como cidadãos.<sup>4</sup> Protestam “muito mais severamente contra as injúrias do tratamento do que sobre a doença, a humilhação e a perda do eu; da pobreza econômica e da raridade de oportunidades do que de alucinações auditivas e visuais”. Isso faria com que os usuários preferissem “combater a discriminação e promover igualdade de direitos civis” do que se queixarem do fardo da doença (p. 495; nossa tradução).

Estroff resalta ainda que boa parte do estigma relacionado aos portadores de transtornos mentais severos vem justificada pela questão da “violência associada à doença mental”, ou seja, pela sua (pressuposta) periculosidade. No entanto, estudando os fatores realmente em jogo no desencadeamento dessas reações de violência ou de ameaça por parte dos portadores, a autora chama a atenção para as contribuições interpessoais e contextuais desencadeadoras, especialmente as vivências de

relações hostis, de dependência financeira e de ameaça percebida seja por parte de familiares ou de outros agentes sociais.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Saúde Coletiva, sob o registro: 021-06/CEP-ISC, em 02 de maio de 2006.

## ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Estigmas e violências se inscrevem no universo das representações sociais. O estigma pode ser expresso como uma condição genérica de preconceito arraigado e naturalizado na nossa cultura, sintetizado na frase de um profissional: *“a sociedade não está pronta para receber o usuário”*. Esse preconceito mantém-se relacionado, principalmente, aos conceitos de periculosidade e de infantilidade atribuídos à loucura e a uma redução do sujeito à doença. Constitui-se, já desde a família, uma situação de duplo vínculo:

*“Eu conheci um usuário, que ele falava: ‘Eu não sei o que eu faço. Se eu tô quieto, minha irmã diz: ‘Não tá bem, eu tenho que levar pro psiquiatra.’ Se eu tô alegre: ‘Não tá bem, vamos levar..’ O quê que eu faço?’”* (Enfermeira)

O principal resultado dessa redução da pessoa à doença corresponde à racionalidade na qual, para o tratamento dos loucos, o melhor artifício é o isolamento, fortemente pautado nos princípios do tratamento moral, o que se manifesta não apenas na sua segregação em um espaço fechado. Em um CAPS, foi citada uma situação envolvendo um padre que, após ter se sentido assediado por um usuário em crise, prescreveu, na missa, que *“quem tivesse seus loucos que os deixasse em casa”*.

As violências nas relações interpessoais, categoria inspirada no trabalho de Oliveira,<sup>17</sup> são *“situações onde se coloca uma relação de desigualdade, pautada em autoritarismo, e que se explicitam em desqualificações, repreensões, constrangimentos, humilhações, negligência e até agressões físicas, com fins de dominação, exploração e opressão, tratando o ser humano como não-sujeito”*.

Dentre as violências que se referem à esfera íntima (relação intrafamiliar e de amigas), as formas mais frequentemente relatadas por profissionais foram: a falta de aceitação, e mesmo expulsão, do usuário na sua própria casa; a exploração da aposentadoria do usuário; e a violência doméstica que perpassa as relações de gênero. Houve registros também das práticas caseiras de contenção ou de cárcere privado, algumas que necessitaram intervenção do Ministério Público ou do Conselho Tutelar.

Familiares também admitiram práticas antiéticas por parte de membros da família, tais como apropriação da

aposentadoria do usuário, desvio de herança, covardia, truculência, mentiras, dentre outras situações a fim da obtenção de vantagens de todos os tipos.

Usuários, por sua vez, indicaram os problemas na família, designados por alguns como *“perturbação em casa”*, referindo-se a cerceamentos das suas possibilidades de existência social, como aquela de freqüentar a escola. Foi referido ainda o sentimento de abandono, associado ao medo de esquecimento e de perda de vínculo com pessoas queridas. A queixa foi de um isolamento progressivo do círculo de amizades, ligado a reações de exclusão ou de rejeição situacional por parte de familiares e amigos:

*“Ontem eu tive uma discriminação. Era uma irmã... eu sou evangélica (...) Eu tava nessa festinha que o CAPS me levou e, quando chegou as pessoas do CAPS, que ela me viu junto, eu fui dar ‘Paz do Senhor’ pra ela e ela respondeu olhando pra trás. Não olhou pra mim. E sempre que ela tava servindo alguém, ela olhava pra o outro lado e não olhava pra mim... E ela é da mesma Célula, é minha irmã em Cristo-Jesus e sempre eu vejo... pessoas me discriminando”*. (Usuária)

O processo de estigmatização pode chegar a situações cruéis, que se aproximam do estágio mais radical de exclusão social, gerando a desumanização do outro como forma de distanciamento simbólico e produzindo gestos ou sentimentos de aniquilamento,<sup>15</sup> como atestado na frase de uma mãe: *“Eu prefiro ver essa menina morta do que ela me tá passando essas vergonhas que eu tô passando por ela”*.

O estigma também atinge por extensão a família do doente, levando-a a um isolamento progressivo da vida social, tendo como consequência a sobrecarga do cuidado, mais freqüentemente de um único membro e elo de apoio. Isso foi referido causa freqüente de adoecimento desses familiares, ou do sentimento de terem parte das suas vidas sacrificada.

Um segundo tipo de violência interpessoal pertence à esfera pública e perpassa relações de vizinhança ou com desconhecidos nos espaços da rua. Tal violência, nas falas de familiares, foi caracterizada por comentários estigmatizantes, humilhações e maus tratos totalmente gratuitos, como jogar pedra ou amedrontar portadores de transtorno mental. Profissionais relataram freqüentes conflitos com a vizinhança, o que se associa a uma ausência de rede de apoio no bairro. Usuários queixaram-se da indiferença, outra face da discriminação e rejeição de que sofrem no mundo social comum: *“Porque todo mundo aqui [no CAPS], a gente se trata de igual pra igual, né?! ninguém tem indiferença e, lá fora, tem indiferença com a gente”*.

A segunda modalidade estudada foi a violência institucional, que inclui especialmente discriminações no

próprio setor saúde, em situações em que portadores de transtornos mentais são destratados, ignorados, negligenciados, recusados ao cuidado ou levados a pioras e a mortes evitáveis. Esse tipo de violência se estende a casos em que há falhas de regulação na rede de serviços motivadas por estigma, ou onde ocorre fiscalização deficiente acerca das péssimas condições de cuidado, ou até acobertamento de ações negligentes. Nesse grupo, existem violências produzidas pelos próprios profissionais de saúde e aquelas que caracterizam serviços como um todo, ganhando a marca de uma cultura institucional.

Profissionais de CAPS referiram violências produzidas por profissionais de saúde de outros serviços. Isto funciona como uma barreira na aceitação dessas pessoas nos espaços institucionais, com atitudes de distância e até de repulsa, escondidas no eufemismo da falta de preparo, chegando ao extremo de negar o cuidado a pessoas em estados clínicos graves, levando-os inclusive à morte.

*“De uma maneira geral, a gente, assim, vê que existe realmente, né, por falta de informação, por desconhecimento até pelos próprios profissionais: os médicos que estão na emergência, os enfermeiros, os técnicos, então assim eles têm medo, né? A gente teve um caso aqui de um usuário que foi atropelado e o serviço... Foi tudo mal feito, não foi? Teve um corte e pra fazer a sutura parece que foi feito assim bem à distância, sabe, deve ter sido muito rápido... O próprio SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), né, às vezes eles... Têm receio às vezes e dependendo do caso eles chamam um policial pra acompanhar”.* (Psiquiatra)

Atitudes de discriminação foram manifestadas também entre os próprios profissionais de saúde mental. Encontramos, por exemplo, a opinião de que, com a Reforma Psiquiátrica, se estaria dando “muitos direitos aos loucos”.

Com relação à violência institucional que marca generalizadamente a cultura de um tipo de serviço, destaca-se aquela produzida no hospital psiquiátrico. Este se sobressai, nas falas de usuários e de familiares, como um espaço de perpetuação de práticas abusivas, antiterapêuticas e antissociais. Sempre que o que estava em discussão era a avaliação dos cuidados em saúde mental, por parte dos usuários e familiares, aparecia a comparação entre os tratamentos oferecidos no CAPS e aqueles do hospital ou clínica onde o usuário já havia sido internado.

Quanto aos hospitais psiquiátricos, os usuários indicaram: os aspectos limitantes de movimentos como a contenção mecânica e a impossibilidade de sair; os aspectos interativos baseados no iatrogênico convívio exclusivo entre pessoas adoecidas, além de maus tratos provocados pelos técnicos; o tratamento centrado no

uso de remédio, na ausência de oficinas e na falta de autonomia. Familiares foram mais contidos nas críticas, mas assim mesmo relataram a ociosidade dos usuários, o aspecto prisional e o excesso do uso das medicações.

Quando o CAPS era objeto de análise, a maioria dos aspectos foram relatados como positivos. Familiares ressaltaram a qualidade do atendimento, a equipe multidisciplinar, as atividades que ocupam a mente e que propiciam socialização (chegar em casa com novidades para contar), além do efeito facilitador do uso das medicações. Usuários relataram aspectos interativos (ter autonomia, ficar perto dos médicos e dos enfermeiros, ser motivados, garantindo a melhora), aspectos de circulação (transitar livremente dentro e fora do espaço institucional) e aspectos tecnológicos (participar das oficinas, como “sistemas de aperfeiçoamento”). De modo geral, os usuários acreditavam que o CAPS era satisfatório tanto para o usuário quanto para a família. Como aspectos negativos do CAPS, os usuários indicaram a alimentação repetitiva e pobre (“pobre para pobre”) e a presença de atitudes de indução e de sugestão.

A terceira modalidade encontrada diz respeito à violência simbólica, formulada por Bourdieu<sup>1</sup> como aquela em que a pessoa é considerada “um cidadão de segunda categoria”. No caso dos portadores dos transtornos mentais, tratam-se daqueles submetidos a medidas tutelares e disciplinadoras, ao controle da sexualidade e a uma vigilância estrita. Para que essa violência ocorra é necessário que a pessoa que a sofre tenha incorporado as estruturas de dominação impostas pela sociedade. Dentre as violências simbólicas, há um subtipo que, por ser mais velada e assumir frequentemente um caráter pedagógico ou preventivo, nem sempre é problematizada. Diz respeito ao controle sobre a experiência da sexualidade dos usuários. Em todos os CAPS havia uma preocupação, ambivalente em relação ao desejo de autonomia do usuário, de que as relações amorosas desenvolvidas entre os mesmos pudessem conduzir a práticas sexuais no interior da instituição, bem como a uma gravidez. Outro preconceito importante envolveu o homoerotismo, subentendido como uma patologia adicional.

Dentro da violência simbólica, inclui-se também o que chamamos de violência cívica, que restringe as possibilidades de participação civil dos portadores de transtornos mentais, por supostos limites impostos pela desrazão, que se traduzem em implicações legais, presas entre a curatela e a autonomia do usuário. Esse tipo de violência se estende para todas as práticas que cerceiam os passos de autonomização dos usuários e que os mantêm reféns de olhares vigilantes e de práticas tutelares:

*“(...) A questão, mesmo, do benefício que o usuário recebe, né? Esses são curatelados e que não recebem. Quem recebe é o curador, que passa conforme ele*

*acha que deve, né? E, a gente aqui prega, trabalha com autonomia, e a gente ouve juízes ligarem pra cá e dizer: “Que loucura é essa que você está querendo que o usuário fique com o cartão dele?”. (...) Então, a inclusão social passa por aí, também. Uma mudança, realmente, estrutural da sociedade”.* (Psicólogo)

Por fim, observamos a violência estrutural, gerada por determinantes sociais presentes na estrutura social, conseqüência da forma como a sociedade se organiza econômica e político-ideologicamente, produzindo situações de desigualdades e de tensões sociais.<sup>13</sup> Dentre essas, podemos distinguir basicamente aquelas que se manifestam no processo de trabalho e aquelas que se relacionam às condições de vida e situação socioeconômica. As primeiras estão especialmente representadas pela exclusão das pessoas portadoras de transtorno mental do mercado de trabalho.

*“Porque, por exemplo, a inclusão no mercado de trabalho de um portador de... de doença mental é muito mais difícil do que pra um deficiente mental! Por incrível que pareça, né? (...)”* (Psicólogo)

A violência socioeconômica foi descrita por profissionais como aquela que se refere a uma condição muito mais ampliada de miséria social que reforça a situação de estigma atribuída à família e ao próprio usuário. Foi também relatada entre os moradores de rua, ou entre aqueles usuários que vivem em situações muito precárias, habitando lugares sem saneamento algum, em barracos de plástico. Reconhece-se que grande parte dos problemas dos usuários advém do sofrimento social, gerando, por sua vez, um enorme sentimento de impotência por parte dos profissionais.

Embora separadas por finalidades heurísticas, muitas violências anteriormente descritas frequentemente aparecem combinadas nas experiências de vida das pessoas, produzindo situações complexas e, por vezes, de difícil reversão, já que produzem o efeito de se potencializarem mutuamente. É de dentro dessa complexidade que se pode pensar em soluções para os efeitos da estigmatização sobre a existência humana.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há polissemia nos processos de estigmatização sofridos por portadores de transtornos mentais na percepção e

na vivência de usuários, de familiares e de profissionais dos cinco CAPS estudados.

A identificação dos distintos espaços sociais em que se manifestam esses processos de estigmatização e das diversas modalidades de violências que assumem permite traçar estratégias mais específicas de atuação com vistas ao seu enfrentamento. Muitas dessas estratégias estão presentes em políticas públicas (o programa de economia solidária, o programa “De volta para casa”, os equipamentos da rede de serviços, entre outros) e em ações desenvolvidas nos serviços (tais como as terapêuticas baseadas no vínculo, a busca da integralidade do cuidado e as ações voltadas para a inclusão social).

Assim, a sistematização de relatos de estigmatização sob a forma de modalidades de violência pode servir como referência para o acompanhamento de ações com vistas à mitigação do estigma, bem como para o mapeamento de situações que negam essas ações. Um esforço nessa direção poderia culminar em uma proposta de criação de observatórios de violências cometidas contra pessoas portadoras de transtornos mentais.

Ao mesmo tempo, coloca-se como objetivo refinar as análises que identifiquem os esforços que têm se mostrado mais bem sucedidos na produção de contra-ações à estigmatização.

Mesmo em países que já trabalham com um modelo de atenção psicossocial há mais tempo, as campanhas de televisão e as distribuições de folhetos não têm sido suficientes para produzir uma transformação cultural que modifique o imaginário coletivo e as práticas voltadas para aqueles que vivem intenso sofrimento psíquico. No entanto, o engajamento concreto das pessoas que vivem essas situações, ampliando-lhes a visibilidade e os espaços político, moral e educacional, parece estar surtindo melhores resultados do que progressos neurocientíficos (e.g. tratamentos medicamentosos, tecnologias diagnósticas e mapeamentos genéticos).<sup>19</sup>

As ações desenvolvidas na micropolítica do cotidiano, que envolvem as relações entre sujeitos plenos de novos sentidos e da ressignificação de pontos cegos alimentadores de velhos estigmas, têm se revelado os maiores recursos na inclusão social dos portadores de transtorno mental.

## REFERÊNCIAS

1. Bourdieu P. A dominação masculina. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2003.
2. Castel R. L'ordre psychiatrique: l'âge d'or de l'aliénisme. Paris: Minuit; 1976.
3. Estroff SE. Making it crazy: an ethnography of psychiatric clients in an American community. Berkeley: University of California Press; 1985.
4. Estroff SE. A view from the window: making it crazy twenty five years later. *Qual Soc Work*. 2003;2(4):493-502. DOI: 10.1177/1473325003024007
5. Foucault M. Histoire de la folie à l'âge classique. Paris: Gallimard; 1976.
6. Godoy MGC, Bosi MLM. A alteridade no discurso da reforma psiquiátrica brasileira face à ética radical de Lévinas. *Physis*. 2007;17(2):289-99. DOI: 10.1590/S0103-73312007000200005
7. Goffman E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: LTC; 1988.
8. Guada J, Brekke JS, Floyd R, Barbour J. The relationships among perceived criticism, family contact, and consumer clinical and psychosocial functioning for African-American consumers with schizophrenia. *Community Ment Health J*. 2009;45(2):106-16. DOI: 10.1007/s10597-008-9165-4
9. Hopper K, Wanderling J, Narayanan P. To have and to hold: a cross-cultural inquiry into marital prospects after psychosis. *Glob Public Health*. 2007;2(3):257-80. DOI: 10.1080/17441690600855778
10. Hultsjö S, Berterö C, Hjelm K. Foreign-born and Swedish-born families' perceptions of psychosis care. *Int J Ment Health Nurs*. 2009;18(1):62-71. DOI: 10.1111/j.1447-0349.2008.00587.x
11. Kleinman A, Das V, Lock M, editors. Social suffering. Berkeley: University of California Press; 1997.
12. McCann TV, Lu S, Deegan J. Bachelor of Nursing students' beliefs about prognosis and outcomes for people with schizophrenia: a longitudinal study. *Int J Ment Health Nurs*. 2009;18(1):72-9. DOI: 10.1111/j.1447-0349.2008.00585.x
13. Minayo MCS. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cad Saude Publica*. 1994;10(supl.1):7-18. DOI: 10.1590/S0102-311X1994000500002
14. Merhy EM, Amaral H, organizadores. A reforma psiquiátrica no cotidiano II. São Paulo: Hucitec; 2007.
15. Nascimento EP. Dos excluídos necessários aos excluídos desnecessários. In: Bursztyn M, organizador. No meio da rua. Rio de Janeiro: Garamond; 2000. p.56-87.
16. Nunes MO, Torrenté M, Ottoni V, Moraes Neto V, Santana M. A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um Centro de Assistência Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2008;24(1):188-96. DOI: 10.1590/S0102-311X2008000100019
17. Oliveira RP, Nunes MO. Violência relacionada ao trabalho: uma proposta conceitual. *Saude Soc*. 2008;17(4):22-34. DOI: 10.1590/S0104-12902008000400004
18. Rodrigues CS, Figueiredo MAC. Concepções sobre a doença mental em profissionais, usuários e seus familiares. *Estud Psicol (Natal)*. 2003;8(1):117-25. DOI: 10.1590/S1413-294X2003000100013
19. Sadler JZ. Stigma, conscience, and science in psychiatry: past, present, and future. *Acad Med*. 2009;84(4):413-7. DOI: 10.1097/ACM.0b013e3181a08f32
20. Thornicroft G, Brohan E, Rose D, Sartorius N, Leese M; Indigo Study Group. Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *Lancet*. 2009;373(9661):408-15. DOI: 10.1016/S0140-6736(08)61817-6

---

Pesquisa financiada pelo Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico (CNPq – Proc. nº: 554525/2005-4).

Apresentado no Encontro Latino-Americano de Reabilitação Psicossocial, realizado em Salvador, BA, em 2008.

Artigo submetido ao processo de julgamento por pares adotado para qualquer outro manuscrito submetido a este periódico, com anonimato garantido entre autores e revisores. Editores e revisores declaram não haver conflito de interesses que pudesse afetar o processo de julgamento do artigo.

Os autores declaram não haver conflito de interesses.