



**MARCAS SOCIAIS DA INSANIDADE: OS EFEITOS DO ESTIGMA PARA EX-INTERNOS DE INSTITUIÇÕES MANICOMIAIS.**

**SOCIAL MARKS OF THE INSANITY: THE EFFECT OF THE STIGMA FOR FORMER PATIENTS OF PSYCHIATRIC ASYLUM.**

Marcelo TADVALD<sup>1</sup>

**RESUMO:**

O presente estudo aborda a condição de pacientes mentais que devem lidar com os processos de exclusão social decorrentes de sua internação. Para tanto, o estudo utilizou teorias relacionadas ao estigma e à doença mental, sob a luz de depoimentos de ex-internos que forneceram exemplos empíricos de estratégias que servem para lidar com os efeitos de uma possível interação social comprometida para eles.

**PALAVRAS-CHAVE:** Estigma; doença mental; interacionismo simbólico.

**ABSTRACT:**

The present study approaches the condition of patient mental that should work with the processes of social exclusion current of your internment. For so much, the study used theories related to the stigma and to the mental disease, under the light of former-interns' depositions that supplied empiric examples of strategies that are to work with the effects of a possible compromising social interaction for them.

**KEYWORDS:** Stigma; mental disease; symbolic interaction.

*O que me obriga a escrever é o medo  
de ficar louco (Georges Bataille).*

*Os loucos abrem os caminhos  
que logo são seguidos pelos sábios (Carlo Dossi).*

**INTRODUÇÃO**

---

<sup>1</sup> Mestre em Antropologia Social – (UFRGS). Doutorando em Antropologia Social (UnB). Pesquisador Associado ao Núcleo de Estudos da Religião (NER – UFRGS). marcelotadvald@unb.br

Historicamente, a sociedade procura isolar aquilo que dela se parece estranho, como se dela não fizesse parte. Os indivíduos, muitas vezes, transgridem as normas estabelecidas pela sociedade, em maior ou menor amplitude. Ela, por sua parte, categoriza esses indivíduos em *grupos de transgressores*, com maior ou menor importância perante seu comportamento desviante. Os pacientes mentais enquadram-se em um dos extremos mais *desviantes* das normas estabelecidas dessa sociedade.

Seriam eles *agentes passivos* desse processo? Seguramente que não. Aliás, podemos considerar que nenhum grupo desviante o é. Resguardadas as peculiaridades de cada grupo, todos eles reagem de alguma maneira a esse processo de diferenciação imposto pela sociedade. Importa aqui perceber de que maneira *um* desses inúmeros grupos reage a esse *processo de exclusão*, conforme eles próprios o percebem.

Meu universo de pesquisa consiste em três ex-pacientes mentais de gerações diferentes que estiveram internados em manicômios de Porto Alegre<sup>2</sup>, durante algum período e que retornaram à sociedade, então sabedora de tal fato. Metodologicamente, apliquei em meu universo de pesquisa a técnica da entrevista de caráter aberto pelo interesse a respeito da experiência êmica do fenômeno e espero que seus depoimentos possam contribuir no sentido de oferecer dimensões a respeito do assunto passíveis de serem generalizadas para outros casos.

Por uma questão de ética, todos os interlocutores que permitiram a realização deste estudo tiveram as suas identidades preservadas e, em seus relatos aqui transcritos (além de trocados os nomes) foram propositalmente excluídas toda e qualquer informação que aludisse às suas identidades, à exceção da idade dos mesmos. Ainda sobre ética, seria importante que o leitor não esquecesse o fato de que, em todos os relatos, existe a mediação do pesquisador. Foi ele quem analisou e escolheu os discursos que julgou serem os mais representativos. Além disso, era ele quem estava, o tempo todo, influenciando a construção desses relatos no momento das entrevistas e tal aspecto ficará evidente ao longo deste trabalho.

Conceitualmente, o presente estudo se fundamentou em duas obras clássicas da análise do estigma e da doença mental como causa social, não biofísica. Foram aqui utilizadas essencialmente as obras de Erving Goffman (para a questão do estigma) e de Agnes Miles (para a questão da doença mental). O presente trabalho visa justapor as elucubrações dos dois autores com os depoimentos dos interlocutores, ainda que ambos já intercalem em suas obras certas perspectivas, o que facilita muito a construção desta análise. Trata-se, portanto, de uma abordagem não aprofundada, tanto teórica quanto metodologicamente, que antes de tudo objetiva introduzir uma problemática de maior amplitude.

A fim de iniciarmos, cabe definirmos o que é *estigma*, assim como o que é ser ou estar ou estar na condição de um *doente mental*<sup>3</sup>, uma vez que a análise individual de tais termos já proporciona por si só um estudo prolongado e minucioso a quem desejar fazê-lo, dada a complexidade de tais conceitos.

## ESTIGMA E DOENÇA MENTAL

Há muito tempo as sociedades estabelecem meios de categorizar seus indivíduos, estabelecendo atributos *normais* ou *comuns* que devem reger o comportamento de seus integrantes. Cada indivíduo detém uma certa identidade social, graças aos relacionamentos que este estabelece em seu cotidiano social. Criam-se “exigências de conduta” para um

---

<sup>2</sup> Instituto Florença, Hospital Psiquiátrico São Pedro e o Instituto Pinel constituíram as instituições referidas nas entrevistas. Todas as internações ocorreram a partir de meados dos anos oitenta até os dias de hoje.

<sup>3</sup> Não é objeto deste trabalho a análise dos doentes mentais que se encontram em estado moribundo ou de deficiência permanente.

indivíduo (ou grupo), ou seja, uma espécie de estereótipo comum, do que se deve esperar ou não desse indivíduo. Por exemplo, o presidiário que lê ou escreve poesias está de alguma maneira fora do normatizado e esperado pelo seu grupo estigmatizado. Desta forma, os exemplos seriam infinitos, uma vez que o estigma não se resume as deformidades físicas do corpo, mas também a aspectos morais, sociais (e como veremos), mentais.

Aqueles que não sofrem espécies de estigma serão aqui chamados de “normais” (GOFFMAN, 1978) e veremos que a construção de modelos, atributos e estereótipos que culminam nos estigmas são formulados por todas as esferas da sociedade, inclusive pelos próprios estigmatizados. Estes tendem a ter as mesmas crenças sobre a identidade que os normais.

O estigma é, portanto, uma criação social que isola certos atributos, os classifica como indesejáveis e desvaloriza as pessoas que os possuem. O estigma tende a se tornar predominantemente importante e a superar as outras características da identidade da pessoa, que assim, fica “deteriorada”. O estigmatizado sofre discriminação de muitas maneiras diferentes e é caracteristicamente rejeitado por seus semelhantes (GOFFMAN, 1978).

A posse de um estigma implica que a pessoa tenha um atributo que a torna diferente das demais e que as expectativas sociais habituais não se apliquem a ela. As pessoas ficam inseguras quanto ao que esperar e isso perturba a interação comum na sociedade. Contudo, é importante ressaltar o fato do estigma ser mais do que uma espécie de preconceito. Ele se origina na esfera mais íntima e sutil da mente humana, uma vez que este é o lugar onde se formulam as representações do “eu” das pessoas que irão determinar a maneira pela qual os indivíduos irão de comportar na esfera pública de suas vidas, e como e quais “papéis” irão “representar” publicamente. O processo que origina essa premissa comportamental das pessoas se fundamenta de maneira complexa.

Valendo-se de uma abordagem fenomenológica (SCHUTZ, 1984), o indivíduo desenvolve uma conversa do seu “eu”, natural, original, com o seu “mim”, que seria sua “parte socializada”. Desta conversa, origina-se sua identidade social, pois seu “eu” agora está maduro, adaptado ao seu meio social. Este “eu”, agora “maduro”, é passível de manipular as regras sociais, expressão da coletividade dos “eus” maduros. O estigmatizado se insere nesse processo, pois é oriundo dessa complexa rede de interações e construções sociais. Contudo, nem sempre isto ocorre, conforme verifiquei no estudo do estigma das doenças mentais, que por vezes são consequência de uma falta de diálogo ou simplesmente da não-aceitação do “eu” com o “mim”, do indivíduo com seu meio social.

Goffman (1978), ao referir as exigências e demandas de caráter (físico, moral ou mental, dentro de uma lógica que prima pela dicotomização entre essas partes) que temos uns para com os outros, caracteriza nossa identidade *social virtual* e *social real* (nossas categorias e atributos). Daí o fato de o estigma ser mais do que um preconceito, pois o indivíduo estigmatizado assume o papel do seu estigma, pois o aceita ou luta para não o aceitar.

Não acaba aqui a definição do estigma e seria muita pretensão tentar fazê-lo em poucas linhas. O termo será mais bem construído quando exemplificado o estigma do doente mental. Mas, o que é *ser* ou *estar* doente mental? De acordo com o dicionário: “doença significa alteração na saúde, no equilíbrio dos seres vivos” (KOOGAN, 1994, p. 283). O sociólogo estadunidense Eliot Freidson (1973) defendeu a idéia de que seria preciso distinguir a doença como estado *biofísico* e como *estado social*. Em minha opinião, parece difícil estabelecer esta dicotomização e estaríamos adentrando em um campo do conhecimento que não dominamos, uma vez que a doença como estado social estaria vinculada às crenças, às avaliações e às ações das pessoas. Por isso, optei por trabalhar nesse artigo com a concepção de doença mental pelo parâmetro social, em detrimento da lógica meramente biofísica.

A doença mental é um conjunto de juízos de valor sobre o comportamento humano. O juízo é uma comparação ou equiparação de conceitos, crenças e valores do contexto social em que se inserem as pessoas. Se alguém afirmar ser “Napoleão” e tal fato

parecer natural em seu meio social, seguramente a pessoa não seria dada como enferma. Logo, doentes mentais socialmente constituídos são os indivíduos que não se conformam às normas sociais, se comportando de maneira diferente das normas aceitas coletivamente e de um modo que perturba os demais. Há algumas normas sociais tidas como tão verdadeiras e tão aceitas por todos os membros de uma dada sociedade que transgredi-las se afigura uma ação bizarra.

A violação das normas é exagerada, sua extensão e grau são ampliados e os indivíduos são rotulados como doentes mentais por suas famílias, amigos, médicos, ou por outros agentes sociais. Conforme apontaram os estudos de Agnes Miles (1982) e de Gilberto Velho (1985) sobre o assunto, a rotulação cria o desvio. A doença mental ou loucura tem um estereotipo cultural e, uma vez rotulada dessa maneira, espera-se da pessoa em questão um certo comportamento diferenciado, “louco”. A pessoa então é chamada “doente”, seguindo-se a isso diversas conseqüências sociais, tais como liberá-la de seus deveres normais, assisti-la<sup>4</sup>, etc. Quando a doença se prolonga ou é acompanhada por odores ou visões desagradáveis e até repulsivas, por exemplo, a ela vem se juntar o estigma.

Em certo sentido, todos os tipos de doença são estigmatizantes em potencial e em proporções diferentes, conforme a que tipo de doença nos referirmos, de sorte que a doença mental se encontra numa das extremidades mais estigmatizantes da sociedade.

## INSANIDADE CONTROLADA

É comum no estigma do doente mental a afirmação de que portadores de tal estigma sejam imprevisíveis e inexplicáveis, características que representam o sentimento de insegurança acerca das expectativas sociais das pessoas. A pessoa que passar então a ser identificado como mentalmente perturbada torna debilitadas as expectativas sociais quanto à forma como irá se comportar, uma vez que a doença mental é popularmente considerada um estado grave, com poucas possibilidades de recuperação plena, e que atingem as pessoas de caráter não muito “digno” de admiração. Ademais, o problema está localizado na “mente” da pessoa enferma e outros tendem a considerar que, em vista disso, a parte essencial do ser humano se torna questionável ou desacreditada.

Deparamo-nos agora com a questão da manipulação da informação do defeito do estigmatizado. Qual a atitude recorrente observada tomada pelo estigmatizado frente às pessoas, frente ao seu estigma? Exibi-lo, contá-lo, mentir sobre ele? Ocultá-lo, mascará-lo, disfarçá-lo? Na verdade, observamos um pouco de cada uma delas. Uma de minhas interlocutoras, uma senhora de 65 anos, internada durante cerca e seis meses nos anos 1990, mostrou a necessidade de deslocamento da mácula identitária estigmatizante da doença mental durante nossos encontros, como mostra esta passagem:

Lá dentro uma mulher, uma enfermeira, me falou: minha filha, tu não é louca! Tu sabe costurar? Então, depois de costurar, às cinco horas, tu vai direto pro teu quarto... E eu ia mesmo, pra não me misturar com aquela loucura toda... Eu fiquei traumatizada Marcelo, por Deus!” (Luísa, 65 anos).

Reparemos nesse relato alguns exemplos de técnicas de manipulação do estigma. A *negação*, respaldada por uma especialista (a enfermeira): “*tu não é louca...*” e a *diferenciação* para com o grupo sujeito de estigma: costurava e não se misturava com aquilo que não lhe é a fim (os “loucos”). Outros exemplos de técnicas serão percebidos mais adiante, em outros relatos.

Em que situação, para quem e em que momento deve-se fazer alguma coisa relativa ao estigma? O controle da informação pessoal se manifesta nas relações entre os

---

<sup>4</sup> Vide considerações de T. Parsons na próxima parte deste estudo.

normais e estigmatizados, normais com normais frente a algum portador de estigma ou entre grupos de estigmatizados. Exemplifica-nos Goffman:

[...] quando o paciente mental está no sanatório, e quando se encontra com membros adultos de sua família, ele é tratado com tato, como se fosse sadio, quando, na realidade, a dúvidas sobre isso, mesmo que não de sua parte, ou, então, ele é tratado como insano quando sabe que isso não é justo. [O mesmo ocorre para o ex-paciente mental que] ao invés de encarar o preconceito contra si mesmo, ele deve considerar a sua aceitação involuntária pelos indivíduos que tem preconceitos contra o tipo de pessoa que ele pode revelar ser (GOFFMAN, 1978, p. 51).

A informação social sobre o indivíduo se apresenta de maneira também relevante, pois tal informação consiste em estabelecer socialmente suas características mais ou menos como permanentes, além dos sentimentos ou intenções que ele poderia ter em um certo momento. Por vezes, a informação é transmitida por meio de reações, sinais, ou gestos que expressam a imagem que temos de uma pessoa; por outro lado, podem também ser usados signos ou símbolos para definir a pessoa, quando então ela própria pode transmitir a (sua) imagem que espera ser recebida pelos outros, e isto não necessariamente se encontra atrelado ao estigma, ou seja, a uma identidade passível de se perceber como “deslocada” ou “desajustada” socialmente. Por exemplo, o militar que exibe no peito medalhas com o intuito de informar sua distinção para com seu grupo.

Reações, toda sorte de sinais ou gestos dirigidos aos estigmatizados podem lhes repassar a idéia que os demais fazem dele. Da mesma forma, símbolos de prestígio (como as medalhas do militar) podem se contrapor a símbolos de estigma, ou seja, signos que servem para despertar a atenção do “defeito” (ou diferença) da pessoa estigmatizada. Não por acaso, os gregos antigos marcavam com corte ou fogo os escravos, traidores ou criminosos (GOFFMAN, 1978, p. 11). Ricardo, internado diversas vezes em diferentes instituições manicomiais, privadas e públicas, mostrou exemplarmente este fenômeno:

Olhavam-me daquele “jeito”... tipo, queria que eu usasse uma camisa-de-força na rua? Minha mulher depois me contou que falavam lá no bairro: “olha, olha, tá vindo o da camisa-de-força”. Eu nunca usei esse troço! (Ricardo, 44 anos).

Quer dizer que todos os pacientes manicomiais são “loucos” e usam camisa-de-força? Este relato apresenta como a sociedade estabelece símbolos e expectativas de comportamento padronizadas incabíveis, que não levam em consideração absolutamente nenhuma particularidade.

A manipulação da informação divide também geograficamente o ambiente social, normatizando determinados locais em que é ou não permitido a interação com o estigmatizado. Existem assim, lugares públicos permitidos e proibidos. A não-aceitação de tais locais explica ao estigmatizado o ônus de ter desrespeitado tal contrato social. Explica tal fato a “[...] moralidade que empregamos para manter as pessoas em seus lugares” (GOFFMAN, 1978, p. 95). As prostitutas têm seu local específico para trabalhar, assim como os homoafetivos, que somente poderão assumir sua opção sexual em determinados lugares destinados ao seu grupo. Se a prostituta fizer “ponto” em um local ou horário que infrinja o que está preestabelecido (por exemplo, num grande parque citadino pela tarde de domingo), ou o homoafetivo assumir abertamente sua opção em um lugar de caráter mais conservador, como um bar freqüentado por operários (TADVALD, 2006), seguramente ambos sofrerão algum tipo de represália pelo meio social. O que dizer então do doente mental? Lugar de “louco” não é no hospício?

Tá, tudo bem. Eu tinha as minhas crises... Aí, a B... [psiquiatra] falou: “qualquer coisa que ela tiver, me liguem”. Eu já tinha sido internada. Qualquer coisinha que acontecia, eles já diziam que eu ia ter que voltar

pra lá. Porra cara, a B... disse que era só pra ligar pra ela, não pra me internar... (Ana, 22 anos).

Ana apresentava problemas com o uso abusivo de drogas ilícitas, o que lhe levou a três internações a pedido da família, conforme ela própria me relatou. Não obstante, a sociedade apresenta diferentes maneiras de manipular, difundir e controlar a informação pessoal de seus membros. Apenas para citar o exemplo da mídia:

[...] nos programas de rádio e televisão, ao lado dos documentários mais sérios em que os especialistas e os leigos bem informados expressam sua opinião, há programas que reforçam as imagens tradicionais da loucura. É possível ler-se comumente nos jornais que um assassino, estuprador ou prisioneiro fugitivo recebeu tratamento para doença mental, assim reafirmando uma imagem de perigo, tendências criminosas e imprevisibilidade (MILES, 1982, p. 65).

Em seu cotidiano social, o estigmatizado se encontra como objeto a ser descrito. O estereotipo já se encontra impregnado (como um caderno de anotações) nas mentes das pessoas. Basta-o ser avistado para que se torne possível “estruturar sua história de vida”. Assumimos assim que um indivíduo só pode, realmente, ter *uma* biografia. O sociólogo norte-americano Talcott Parsons (*apud* MILES, 1982), em sua descrição das quatro especificidades no papel do doente na sociedade (qualquer que seja ele), nos ilustra de que maneira as pessoas sistematizam informações e constroem estereótipos e modelos de comportamento que servem como ferramentas nas construções das biografias das pessoas. Vejamos quais estas especificidades:

1. A pessoa doente fica liberada de algumas ou de todas as suas responsabilidades sociais. Isso significa que aqueles que a cercam aceitam o fato de que ela é incapaz de desempenhar suas atividades usuais e cumprir com suas obrigações, por força da doença. O grau em que isso é aceito depende da natureza, da gravidade da doença;
2. A pessoa doente também fica liberada da responsabilidade por seu estado. Duas nações são inerentes a isso: se aceita que as pessoas não podem impedir-se de adoecer e também que não podem se recuperar através apenas da força de vontade, precisando ser cuidados e ajudados. Em outras palavras, a pessoa doente não é responsabilizada;
3. Espera-se que o indivíduo em questão defina sua condição de doente como indesejável e deseje melhorar. Espera-se que não se conforme em ficar doente e passe a tirar proveito disso;
4. Espera-se que a pessoa doente busque o auxílio adequado, geralmente do médico, e que coopere com esta ajuda com vistas ao objetivo de melhorar. Assim (...), o papel de doente implica certos privilégios (ou direitos) e certas obrigações: os dois direitos do papel de doente, a saber, a liberação das responsabilidades e da culpa dependem do cumprimento das duas obrigações, isto é, o desejo de melhorar e a cooperação com o auxílio do médico para atingir esse objetivo.

Notemos como o exemplo acima poderia servir como outra forma de definição do doente mental se assim desejarmos; contudo, tal tipificação foi utilizada para mostrar que, ao portar esta sistematização de informações acerca de um estereotipo, as pessoas detêm ferramentas suficientes para construir uma biografia social e generalizante de determinadas pessoas ou grupos.

No caso particular do doente mental, crescem a estas (conforme Parsons) “expectativas institucionalizadas” e “sanções associadas” que afetam as pessoas normais, “expectativas institucionalizadas” e “sanções associadas” relativas ao doente mental. Alguns aspectos referentes a estas “expectativas institucionalizadas” e “sanções

associadas” dos doentes mentais ainda serão mencionadas ao longo do presente trabalho. Citemos apenas mais uma característica aceita pelo senso comum: considerar os pacientes mentais como potencialmente perigosos, mesmo que os psiquiatras calculem que apenas 2 a 3% dos pacientes possam sê-lo (MILES, 1982, p. 63).

Pode-se agora iniciar uma *biografia* de um doente mental, mais uma das técnicas de controle, de informação e de manipulação da identidade pessoal encontradas na sociedade. Conforme minha interlocutora:

A mãe dizia que eu tinha ido viajar. Aí me perguntavam: “então hein, estava viajando?” Eu respondia que não, tinha viajado, mas era pro hospício! Pra que esconder? Eu não era “louca”. Não tinha problema nenhum em dizer a verdade. (Ana, 22 anos).

Entendemos que o relato a seguir constitui-se numa síntese de boa parte das premissas trabalhadas até aqui. A família procurou preservar para a sociedade a moça. Para isso, fez uso de uma espécie de controle da informação, a fim de manipular a realidade para *encobrir* ou *ocultar* o ocorrido. A moça fez exatamente o contrário: *exibiu-o* como estratégia de *negação*: “pra que esconder, eu não *era* louca”. Além disso, o verbo *ser* conjugado no passado (eu não *era*), deseja atestar o fato de que, se em algum momento ela pôde ser considerada “louca”, isto faz parte de seu passado. Assim, ela reafirma sua *negação* de ter sido “louca”. O que a informante quer nos dizer é que *jamais* foi “louca”, sendo inconcebível que qualquer um pense isso dela agora.

## FACETAS DO ESTIGMA

A informação social levanta-nos outra questão. Até que ponto um estigma está ou não visível? Está ou não adaptado para fornecer meios de comunicar que um indivíduo o possui? Evidentemente, certos tipos de estigmatizados levam desvantagem na questão da visibilidade. Os cegos ou amputados dificilmente podem “esconder” seu “defeito”. Em contrapartida, alguns grupos de estigmatizados podem mais facilmente “encobrir” ou “mascarar” seu estigma, dentre eles os pacientes mentais.

A visibilidade de um estigma, sem dúvida alguma, é um fator crucial. A identidade pessoal, quando expressada na rotina cotidiana de um indivíduo e nas pessoas que ele encontra nela, é de grande importância para ele. Imaginemos o que isso representa na vida diária de um indivíduo com um estigma visível! Suas relações com a sociedade mais cotidianas e banais (como andar na rua), se tornam uma experiência singular, por vezes desagradável e intimidante, como o caso das pessoas detentoras de desfigurações faciais ou outras deformidades físicas. O estigmatizado desse tipo, sabendo que sua presença pode causar desconforto e apreensão para os demais (apenas para citar estes), comumente se torna solitário.

Contudo, deve-se delimitar até que ponto a visibilidade do estigma interfere no fluxo da interação. Uma reunião de negócios ilustra bem tal questão, uma vez que o paraplégico, “escondido” atrás de uma mesa, pode passar perfeitamente despercebido, ao contrário de seu colega gago que realmente deva participar da reunião falando alguma coisa. Da mesma forma, na hipotética reunião, um esquizofrênico pode seguramente se controlar e também passar despercebido, ao contrário de uma pessoa que sofra de síndrome do pânico, por exemplo.

Todo mundo sabia que eu tinha meus problemas. Agora... e daí, sabe?! Pergunta pra qualquer um se eu já fiz alguma coisa na rua... claro que não. Meus problemas são com a minha casa e deu! Ninguém tem nada pra falar de mim... (Ricardo, 44 anos).

Quando o estigma é completamente invisível e conhecido apenas pelo estigmatizado e pessoas mais íntimas, e é escondido – não mencionado por ele para os outros – nos deparamos com outra forma de encobrimento do defeito (ou desvio).

O estigmatizado pode usar técnicas, disfarces ou acessórios para encobrir seu estigma. Por exemplo, o gago pode pouco se manifestar verbalmente em público e resumir suas falas a monólogos; da mesma forma o deficiente auditivo que evita se expor a comentários mais arriscados numa interlocução com um normal, e o próprio ex-paciente mental, ao não mencionar que um dia passou por um tratamento psiquiátrico, etc; o exemplo do ex-paciente se aplica para homoafetivos, prostitutas, ex-presidiários, etc:

Na época, demorou pra alguém ficar sabendo. Lá em casa nem se falava sobre o assunto. Parecia que nada tinha acontecido. Pra mim tudo bem, eu só não queria voltar pra lá... (Luísa, 65 anos).

Temos no caso do enfermo mental um claro exemplo de porque e como procede a questão do encobrimento do estigma. Quando este se instala nele durante a sua estadia em uma instituição psiquiátrica, e tal instituição conserva sobre ele uma influência negativa (GOFFMAN, 2001) durante um certo tempo, mesmo após sua saída, pode-se esperar um ciclo específico de encobrimento. Vejamos o caso de ex-pacientes que se depararam com a necessidade de reingressar no mercado profissional.

Pacientes são, na maioria das vezes, obrigados a contar com departamentos de serviço social e funcionários de reabilitação, assim como (no caso mais comum), agências de emprego. Na maioria das vezes, verificou-se que grupos de pacientes e ex-pacientes discutiam entre si estratégias para reingressar no convívio comunitário.

No caso do primeiro emprego, após a experiência numa instituição como doente, algumas instituições sociais e agências empregadoras que trabalham com ex-presidiários e ex-pacientes mentais exigiam que o empregador (ou chefe de pessoal, ou colegas) conhecesse seu estigma. Este processo gerava um certo grau de insegurança no trabalho, porque ninguém saberia com certeza até que ponto o estigmatizado estava ou não “curado” ou “regenerado”. O que poderia ou não fazer de “anormal” ou “perigoso” na rotina de trabalho. Pesquisas mostraram que a maioria dos pacientes permaneciam no emprego o tempo suficiente para acumular algum dinheiro para se livrar das agências do hospital, podendo assim arrumar outro emprego onde não fosse preciso mencionar seu estigma (ver especialmente os trabalhos de Miles [1982] e de Goffman [1978] que sintetizaram esta questão).

A visibilidade do estigma levanta, além da questão referente ao encobrimento, a questão referente ao acobertamento. Pergunta-se então, até que ponto a pessoa está preocupada em encobrir seu estigma? Não existem pessoas que exibem-no com naturalidade, até mesmo como forma de negação, conforme o relato de Ana que vimos anteriormente?

Em meu tempo de graduando, era conhecido o caso de um colega na universidade que fora internado na ala psiquiátrica de um hospital algumas semanas. Se questionado sobre o assunto, conversava com a maior naturalidade sobre o mesmo, dirigindo a este possível estigma inclusive certa dose de prestígio. Muitas pessoas raramente tentam encobrir seu estigma, se tanto acobertá-lo. Neste particular, não poderíamos considerar caso de estigma, uma vez que o mesmo não foi interiorizado pela pessoa, condição essencial para o estigma se configurar enquanto tal. Tivemos apenas uma *situação estigmatizante* que não se desenvolveu até o estigma. Além disto, no caso deste ex-colega, o estigma foi exibido para banalizar uma situação em que já existia o conhecimento de sua condição.

Sabe-se que as pessoas que estão prontas para admitir seu estigma (em muitos casos porque ele é conhecido ou imediatamente visível) podem, não obstante, fazer grandes esforços para que ele não apareça muito. Conforme Goffman:

O objetivo do indivíduo é reduzir a tensão, ou seja, tornar mais fácil para si e para os outros uma redução dissimulada do estigma, e manter um envolvimento espontâneo no conteúdo público da interação (GOFFMAN, 1978, p. 113).

O paciente mental pode acusar “a política do país” ou as “manias da esposa” como responsáveis por sua internação, amenizando assim a interação pública, ao referir-se a seu estigma de forma “brincalhona”, a fim de banalizar os possíveis efeitos que sua condição pode ocasionar em seu círculo interativo.

## OBSERVAÇÕES FINAIS

Minhas considerações finais devem passar, impreterivelmente, por minhas observações realizadas durante as entrevistas. Assim, dois aspectos, presentes durante *todas* as entrevistas, chamaram a atenção: a *dissimulação* e o *silêncio*.

Fiquei sabendo, por conversas que tive com pessoas próximas dos interlocutores, que muitas das coisas que estes me contaram nas entrevistas, simplesmente não correspondiam aos fatos. Por exemplo, quando Luísa me declarou que de fato gostaria de ter ido para o manicômio, “pois andava muito nervosa”, e que para tanto havia falado com uma comadre que agilizou sua internação, na verdade, me informou sua filha que Luísa, na época, tinha crises de excitação que a faziam quebrar os objetos da casa (nas palavras da filha: “de preferência na cabeça da gente”) e que a internação foi, na verdade, uma imposição médica.

Ricardo, que tanto falava na camisa-de-força, declarou (mais de uma vez durante a entrevista) que nunca havia usado tal acessório. Este interlocutor, internado devido a sua dependência química, necessitou ser contido por esse “objeto” quando da sua internação devido a sua agressividade. Todavia, esse fato não desmerece o “objeto” enquanto um símbolo.

Ana não mencionou que era internada seguidamente. Fez parecer, durante toda a entrevista, que aquilo havia acontecido apenas uma vez.

Contudo, o aspecto mais marcante das entrevistas foram os prolongados períodos de *silêncio*. Como era difícil para essas pessoas falarem sobre o assunto. Luísa, que em ambos relatos seus que transcrevi, afirmou que ficara “traumatizada” e que “só não queria voltar para lá” mostrou o que significou este *silêncio*, impossível de ser descrito. O que simboliza também a experiência singular de sofrer as injúrias peculiares de uma instituição total.

O *silêncio*, portanto, define-se como o que melhor caracteriza o estigma: a insegurança, a sensação de culpa e a vergonha que infringe a sociedade para seus portadores. A *dissimulação* é absolutamente compreensível, pois serve de *desculpa* e de *justificativa* para aquilo que os fazem sentirem-se culpados: o simples fato de serem vistos por muitos como diferentes em determinado sentido. Tais aspectos se apresentam como estratégias para lidar com seu sofrimento proveniente do olhar preconceituoso a eles dirigido por diversas pessoas. Adotar tal postura perante um pesquisador consistiu em uma alternativa absolutamente espontânea e mesmo esperada. Ex-pacientes, que passaram por uma instituição psiquiátrica na condição de internos, podem dominar com mais facilidade certos códigos inerentes a sublevação das situações e representações depreciativas que suas identidades sociais podem sofrer quando de sua interação com pessoas “normais” (DELGADO, 1992).

Lidar com a diferença, portanto, é uma questão que aflige o ser humano há longa data. Os homens e as mulheres estão, a sua forma e cultura, tendo que lidar com esta questão desde que se reuniram em grupos para lutar por sua sobrevivência, originando assim as primeiras sociedades. Tais sociedades foram se desenvolvendo e se complexificando, e as relações humanas nelas também. A forma pela qual o homem viveu estas transformações, as incorporou – e reagiu a elas – se transformou num movimento infindo que prosseguimos a fazer em nossos dias.

A estigmatização de pessoas, presente em todas as sociedades, seja ela direcionada a certos grupos raciais, religiosos, étnicos ou quaisquer outras esferas sociais, surgiu como um meio de afastar essas minorias (ou majorias) de diversas vias de competição, e uma delas consiste na desvalorização daqueles que têm desfigurações físicas que pode ser interpretada como uma contribuição à necessidade de restrição à escolha do par (GOFFMAN, 1978). Alguém se habilita a casar com um “louco”?

Concepções mais favoráveis sobre o doente mental e menor desconfiança e temor em relação a ele seguramente ajudariam na interação destes para com o resto da sociedade. Chamo este processo de *desestigmatização* de um grupo ou de um indivíduo estigmatizado. Qualquer processo de *desestigmatização* não parece, contudo, tarefa fácil em uma sociedade tão segregante quanto a nossa.

## REFERÊNCIAS

DELGADO, Gabriel G. Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil. In A. S. Tundis et alii (orgs). *Cidadania e loucura: Políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1992.

FREIDSON, E. *Profession of Medicine: a study of the sociology of applied knowledge*. New York: Dodd and Mead, 1973.

GOFFMAN, Erving. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Editora Perspectiva, 2001.

KOOGAN, H. *Enciclopédia e Dicionário Ilustrado*. Rio de Janeiro: Edições Delta, 1993.

MILES, Agnes. *O doente mental na sociedade contemporânea*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1982.

SCHUTZ, Alfred. *Textos escolhidos*. In Helmut R. Wagner (org). *Fenomenologia e relações sociais*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1984.

TADVALD, Marcelo. *Serenos, corajosos e sábios: a plataforma terapêutica dos Alcoólicos Anônimos e seus participantes através de um olhar antropológico*. 2006. 157 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2006.

VELHO, Gilberto. *Desvio e divergência: uma crítica da patologia social*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1985.

Artigo recebido 21/05/07

Artigo aceito 31/7/07