

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

**CONVIVENDO COM A LOUCURA: AS REPRESENTAÇÕES  
SOCIAIS DOS LÍDERES COMUNITÁRIOS**

**FÁTIMA DE MARIA SALES SANFORD**

**FORTALEZA**

**2000**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem-FFOE**  
**Departamento de Enfermagem**

**CONVIVENDO COM A LOUCURA: AS REPRESENTAÇÕES  
SOCIAIS DOS LÍDERES COMUNITÁRIOS**

**FÁTIMA DE MARIA SALES SANFORD**

Dissertação apresentada à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestra em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: A Enfermagem e os estudos teóricos e históricos das práticas de saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Violante Augusto Batista Braga

**Fortaleza**

**2000**

S213c Sanford, Fátima de Maria Sales

Convivendo com a loucura: as representações sociais dos líderes comunitários / Fátima de Maria Sales Sanford. - Fortaleza, 2000.

89f.

Orientadora: Profa.Dra. Violante Augusto Batista  
Dissertação ( Mestrado ) - Universidade Federal do Ceará. Curso de Mestrado em Enfermagem

1. Loucura - Representações Sociais
2. Reforma Psiquiátrica - Psiquiatria
3. Liderança Comunitária - Comunidade

CDD 362.22

## **DEDICATÓRIA**

**A Deus,**

*Luz perene em minha vida.*

**Ao meu marido, Humberto,**

*pelo amor e carinho com que me suportou nesta aventura; ficando quase tão "louco" quanto eu, me fez entender ainda mais o valor do caos e da desordem.*

**Aos meus filhos, Klaus e Jordana,**

*os meus dois entes mais queridos*

**Aos líderes comunitários,**

*pessoas importantes deste trabalho, cheios de força e esperança, sem os quais jamais teria concretizado o meu sonho.*

## **AGRADECIMENTOS**

À Prof<sup>ª</sup>. Dra. **Violante Augusto Batista Braga**, minha mestra, que me acolheu com respeito, paciência, sabedoria e soube encorajar-me nos momentos mais difíceis: sem VOCÊ, meu sonho não teria se transformado em realidade.

À Prof<sup>ª</sup>. Dra. **Maria Salete Bessa Jorge**, colega, amiga, presente em todos os momentos que, com o seu saber, ajudou-me a clarear o caminho.

À Prof<sup>ª</sup>. Dra. **Márcia Bucchi Alencastre**, por aceitar dedicar uma parcela de seu tempo à apreciação do mérito desta pesquisa.

À Prof<sup>ª</sup>. Dra. **Graziela Teixeira Barroso**, pelo modelo como pessoa e profissional a quem sempre admirei.

À **Liduína Maria Araújo e Márcia Barroso Camilo de Ataíde**, colegas, amigas – irmãs, presentes em todos os momentos difíceis dessa caminhada.

À Prof<sup>ª</sup>. **Lucineide Henrique Costa**, colega e amiga que convive com o “mundo da loucura” e busca opções para transformar essa realidade.

À Prof<sup>ª</sup>. **Maria Fátima Barbosa Gondim**, amiga e comadre, por torcer por esta vitória.

À Prof<sup>ª</sup>. Dra. **Raimunda Magalhães da Silva**, pelo exemplo profissional, carinho e amizade.

A todas as minhas professoras do Mestrado, pelo saber construído durante nossos encontros.

Às colegas mestrandas, com quem dividi as alegrias e os percalços do Curso de Mestrado em Enfermagem.

Às Profas. Dras. Maria de Nazaré Oliveira Fraga e Marta Maria Coelho Damasceno, pelas sugestões quando da qualificação, que resultou do presente estudo.

À Universidade de Fortaleza – UNIFOR, pelo apoio financeiro através da concessão de bolsa para realização deste estudo.

A todos que contribuíram direta ou indiretamente com a construção deste ensaio.

*Se você treme de indignação perante uma injustiça no mundo,  
então somos companheiros.*

12

**Che Guevara**

## ABSTRACT

The everyday i've lived as a psychiatric nurse in a community woke up our interest in indentifying the social representations of the community leaders about realizing and dealing with crazy beings. This research have been developed in a qualitative approach, supported by the Social Representation Theory, in the perspective of the Social Psychology, according to MOSCOVICI. It was made at the Dendê Community, Fortaleza - Ceará - Brazil, from july to august, 1999. The researchers were twelve community leaders. The speeches have been colected through "depth" or "focus", starting from such questions: *Wath is being crazy? How do you identify the crazy person? What is your reaction to those people? What cause insanity to community leaders? How could you and the community heir those people?* The data have been analized according to Bardin's content analysis, following the thematic analysis procedures. In the community leaders, presentations, the construction of insanity is related to the individual contents linked to the subjective living of the fellows and the cultural contents of their social environment. The social representations of madness mostly occur around figurative sketches, like: not having a perfect mind, losing the meaning of life, disturbing the environment, and to not believe in God. The causes of insanity were mentioned like heredity, social and economic conditions, psicosocial, familiar conditions, drugs use and spirituality. Also appeared, as social presentations, agressive behavior, infantile, different, and difficulties in communication. The leaders showed positive affectivity, presented through acceptance, distrust and fear to the mad ones. We realized that the leaders could welcome, envolve the community to help these people, find techical help, create conditions to watch them in the community, sharing responsibilities and sending them to hospitals. It was possible to indentifying the social presentations about madness and the way to act in front of it, facilitating the development of new actions and more adapted to the reality lived in the researched context.

## RESUMO

O cotidiano vivenciado como enfermeira psiquiátrica em uma comunidade, despertou nosso interesse em Identificar as representações sociais dos líderes comunitários sobre o perceber e lidar com o ser louco. Esta pesquisa desenvolveu-se numa abordagem qualitativa, respaldada pela Teoria da Representação Social, na perspectiva da Psicologia Social, segundo MOSCOVICI. Realizou-se na comunidade do Dendê, Fortaleza - Ceará - Brasil, no período de julho a agosto de 1999. Os pesquisados foram doze líderes comunitários. As falas foram coletadas através de entrevista de "profundidade" ou "focalizada", a partir das questões: *O que é ser louco? Como você identifica a pessoa louca? Como você reage frente a essas pessoas? O que causa a loucura para os líderes comunitários? Como você e a comunidade poderiam ajudar essas pessoas?* Os dados foram analisados fazendo uso da análise de conteúdo de Bardin, seguindo os procedimentos da análise temática. Nas representações dos líderes comunitários, a construção da loucura está relacionada com os conteúdos individuais relativos às vivências subjetivas dos sujeitos e os conteúdos culturais do meio social. As representações sociais da loucura ocorrem principalmente em torno de esquemas figurativos, tais como: não ter a mente perfeita, perder o sentido da vida, perturbando o ambiente, e não ter fé em Deus. As causas da loucura foram externadas como hereditariedade, condições socioeconômicas, psicossociais, condições familiares, uso de drogas e espiritualidade. Também surgiram, como representação social, comportamento agressivo, infantil, diferente, e dificuldade na comunicação. A reação dos líderes frente ao louco foi de afetividade positiva, representada através de aceitação, desconfiança e medo. Os achados de como os líderes comunitários e a comunidade poderiam ajudar as pessoas loucas foi acolhendo, envolvendo a comunidade, buscando ajuda técnica, criando condições para assistência na comunidade, dividindo responsabilidades e hospitalizando. Foi possível identificar as representações sociais sobre a loucura e o modo de agir sobre ela, possibilitando o desenvolvimento de ações inovadoras e mais condizentes com a realidade vivenciada no contexto pesquisado.

## SUMÁRIO

ABSTRACT

RESUMO

1- A TRAJETÓRIA DA PESQUISADORA NA BUSCA DO SEU OBJETO DE ESTUDO.....	12
2 – A LOUCURA E AS ÉPOCAS.....	24
3-A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: PRESSUPOSTOS E CONCEITOS.....	33
4- PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	38
5- RESULTADOS E COMENTÁRIOS.....	45
5.1- Os líderes comunitários como sujeitos das pesquisas.....	45
5.2- Ser louco.....	46
...é não ter a mente perfeita.....	47
...é perder o sentido da vida.....	49
...é perturbar o ambiente.....	51
...é não ter fé em Deus.....	53
5.3- Identificação da pessoa louca.....	55
Comportamento agressivo.....	55
Comportamento infantil e diferente.....	58
Dificuldade na comunicação.....	59
5.4- Reação frente à pessoa louca.....	61
Afetividade positiva.....	61

Desconfiança e medo.....	64
<b>5.5- Causas da loucura.....</b>	<b>66</b>
Determinantes familiares.....	67
Determinantes sócio-econômicos.....	68
Determinantes Psicossociais.....	70
Hereditariedade.....	72
Uso de drogas.....	73
Espiritualidade.....	74
<b>5.6- Formas de ajuda dos líderes comunitários às pessoas loucas.....</b>	<b>76</b>
Envolvendo a comunidade.....	76
Buscando ajuda técnica.....	78
Acolhendo.....	79
<b>5.7- Formas de ajuda da comunidade às pessoas loucas.....</b>	<b>81</b>
Criando condições para assistência na comunidade.....	81
Buscando ajuda no hospital.....	83
Dividindo responsabilidades.....	85
Acolhendo.....	87
<b>6 –A LOUCURA E SUA REDE DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS – PALAVRAS FINAIS.....</b>	<b>89</b>
<b>7 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.....</b>	<b>95</b>
<b>8– ANEXO.....</b>	<b>100</b>

## **1 - A TRAJETÓRIA DA PESQUISADORA NA BUSCA DO SEU OBJETO DE ESTUDO**

Ao término do curso de graduação em Enfermagem, em agosto de 1976, fui convidada para trabalhar no Hospital de Saúde Mental de Messejana. Naquele cenário hospitalar, prestando assistência ao doente mental, pude observar no seu cotidiano o intenso sofrimento agravado pela ausência da família, de amigos, e falta de perspectivas de melhora. Outra falta agravante era o desrespeito aos seus direitos de cidadão, piorando ainda mais o seu quadro psicopatológico.

O viver nessa realidade apresenta-se com poucas possibilidades de mudanças importantes e que possam contribuir para o reencontro do percurso perdido, com reconquista de direitos e retomada de papéis na família e na sociedade. Mesmo nesse contexto, comum às instituições locais - onde a massificação e o desrespeito à pessoa são uma constante - me esforçava para prestar uma assistência embasada em uma abordagem humanizada, de forma que os doentes pudessem ser tratados com respeito e dignidade.

A partir de 1977, passei a exercer a função de docente na Universidade de Fortaleza ministrando a disciplina Enfermagem Psiquiátrica. Vivendo esse outro momento profissional, senti a necessidade de maior aprofundamento teórico na área, buscando o Curso de Especialização em Enfermagem Psiquiátrica, junto à Universidade Estadual do Ceará, em 1987. Para obtenção do título de especialista, trabalhei a temática: Reinserção do Egresso – como a família acolhe o doente mental após a hospitalização (SANFORD, 1988). Nessa pesquisa, identifiquei algumas condições, dentre as quais destaco: dificuldade de relacionamento dos pacientes com suas famílias; sentimento de tristeza, por parte dos componentes

familiares, com a volta do doente ao lar; dificuldade de sua readaptação na família em razão do número excessivo de reinternações em hospitais psiquiátricos; falta de preparo familiar para assistir o doente, levando-a a delegar a responsabilidade às instituições.

Ao voltar meu olhar para a triste realidade vivenciada pelo doente na busca de sua reinserção e reconquista de seus direitos junto à família e à comunidade a qual pertence, percebi a necessidade de se desenvolver um trabalho junto a essa demanda, o qual facilitasse esse processo de retorno. Consciente e incomodada com essa situação, vi que não era mais possível permanecer agindo com indiferença, fechando os olhos a uma realidade assistencial não condizente com os meus ideais.

Então, em 1989, iniciei na Comunidade do Dendê (bairro próximo à UNIFOR, assistido por vários programas dessa universidade) um serviço inovador no Ceará na maneira de cuidar das pessoas em sofrimento mental, o qual procura valorizar a cultura individual, familiar e comunitária dos envolvidos no processo. Para implementação dessa prática em enfermagem comunitária, foi necessária a realização de levantamento sócio-familiar-político e cultural da comunidade. Com os resultados obtidos, foi possível conhecer as dificuldades da Comunidade, como: o número de doentes mentais, falta de conhecimento de como lidar com os doentes, por parte da família e pessoas da comunidade, pacientes rejeitados pelos moradores e pela família, inexistência de acompanhamento psiquiátrico.

A partir da problemática, elaborei um Projeto de Assistência de Enfermagem em Saúde Comunitária, objetivando prestar cuidados de enfermagem psiquiátrica aos pacientes, membros da família e comunidade abrangendo os três níveis de assistência, primário, secundário e terciário, mediante ações que garantam

o fornecimento de suprimentos bio-psíquico-sociais, no intuito de salvaguardar a integridade psíquica da família, realização de diagnóstico e encaminhamento precoce, tratamento eficaz e reintegração do paciente no ambiente familiar e na comunidade de origem.

O projeto compreende visitas domiciliares semanais, aos doentes com sofrimentos mentais, elaboração de um plano de intervenção, com base no histórico, utilizando os níveis de prevenção, diagnóstico de enfermagem, e a taxonomia da NANDA – North American Nursing Diagnoses Association. A implementação do plano acontece por ocasião das visitas domiciliares. Como suporte teórico, foram utilizados os princípios da psiquiatria preventiva (CAPLAN, 1980) e o relacionamento terapêutico (TRAVELBEE, 1979).

Desse modo, ouse trabalhar com o doente com sofrimento mental fora da instituição psiquiátrica tradicional, procurando mantê-lo no convívio com a família, amigos e comunidade, como preconiza a reforma psiquiátrica.

Para KLEIN (1968:54), a comunidade *é um domínio interativo, onde os indivíduos buscam, com maior ou menor êxito, segurança, apoio e relevância.*

Considero que, o quanto antes essa realidade for apreendida, maiores serão as possibilidades de os profissionais de saúde auxiliarem na transformação do pensar da comunidade acerca da doença mental.

O retorno a esse *mundo de fora*, do qual a pessoa foi excluída e no qual foi estigmatizada, tornando-se um peso e um incômodo para os que nele permaneceram, mostra-se como um momento importante e decisivo para o futuro desse recém-saído do mundo *atrás dos muros*.

Ao procurar trabalhar a reinserção do doente mental, tinha presentes os benefícios advindos do convívio familiar e social, deixando de lado o confinamento,

isolamento, submissão, falta de privacidade, maus tratos, entre outras condições tão desfavoráveis à recuperação dessa pessoa e presente nos hospitais psiquiátricos convencionais de nossa realidade.

Não é fácil introduzir mudanças. Todavia elas se fazem necessárias, urgentes e defasadas em anos, levando-se em conta que as estruturas de atenção à pessoa em sofrimento psíquico não se têm mostrado capaz de atender adequadamente a essa clientela.

O modelo de atenção a essa demanda nos moldes como ainda hoje se mantém, tendo por base uma terapêutica medicamentosa abusiva e uma estrutura que favorece a segregação e ao estigma, carece de reforma radical e construção de novas práticas e saberes.

Na minha prática profissional, percebo que um dos grandes problemas ou entraves no convívio com a pessoa em sofrimento mental é a falta de compreensão, habilidade para lidar com o diferente e a não aceitação da sua forma de ser presentes na família e na comunidade. A forma de ser desses indivíduos, algumas vezes, provoca reações de agressividade, física e/ou moral, medo e repulsa naqueles que convivem com eles, não só no ambiente familiar como na comunidade. Tais reações muito me inquietam e instigam às ações que levem a uma melhor apreensão dessas respostas ou reações ao doente e sua doença. Observo que o processo de reinserção dessas pessoas tem determinantes decorrentes do próprio sofrimento mental, mas que também pode ser dificultado pela família e comunidade a qual pertencem.

Ao longo da história, muito se tem falado e questionado sobre as formas como cada sociedade e cultura percebem e lidam com o louco e a manifestação de sua loucura. Sabemos que a sociedade define as normas do pensamento, do

comportamento, e também determina os limites da loucura. As formas de perceber de cada grupo social têm influência determinante sobre o modo de conviver e lidar com as pessoas em sofrimento mental.

No processo de reforma psiquiátrica, atualmente em andamento, subjaz uma crítica ao modelo clássico da Psiquiatria, às condições de trabalho, à assistência prestada aos doentes mentais, à segregação do doente na sociedade e aponta para um novo modelo.

Para AMARANTE (1992:105), esse novo modelo é considerado:

*...tecnicamente e socialmente mais humano, pois procura inverter as ordens de prioridades de recursos assistenciais, aproximando-os mais rigorosamente das demandas específicas da população.*

Essa proposta não se resume em exterminar as internações psiquiátricas. O que se discute é uma prática que tenha como fundamental o contexto do doente, da família e de todos os que se encontram próximos a ele. Essa clientela deve ter garantido o seu direito de expressão para que seja desenvolvida uma assistência realmente mais respeitosa, um cuidado a que qualquer ser humano tem direito, independentemente de sua doença.

Esse movimento significa uma desconstrução de saberes e práticas constituídas em torno da doença mental. Há de se pensar em serviços alternativos à hospitalização, como: Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Hospital-Dia, Pensão Protegida, leitos em hospitais gerais, entre outros, substitutivos ao hospital psiquiátrico tradicional. Essas novas estruturas redimensionam a ação dos profissionais, ampliando as possibilidades para um trabalho de caráter interdisciplinar, no qual as decisões e atitudes terapêuticas são redefinidas e assumidas pela equipe.

Para RUSSO (1993:97),

*...a Reforma Psiquiátrica tem como base um novo modo de tratar e acolher o doente mental, e que não há mais espaço para a internação compulsória, o seqüestro e o isolamento como tratamento.*

Estes aspectos necessitam ser trabalhados na sociedade, pois o ideário sobre a loucura é o da incurabilidade e da periculosidade, estigmas difíceis de reverter de uma hora para outra. É sabido que o doente, embora compensado, para a sociedade ele será sempre o *louco* e dificilmente se livra desse rótulo.

A reabilitação é um exercício pleno de cidadania, pela qual o doente exercita o seu direito de ir e vir, o qual muitas vezes é desrespeitado por aqueles que o cercam.

A participação da família e da comunidade é primordial para o ajustamento emocional e, muitas vezes, financeiro desse indivíduo. Para CAVALCANTE (1993), muitos doentes têm necessidade de um suporte na comunidade para terem acesso a moradia e alimentação, principalmente quando não mais possuem referência familiar.

Sendo assim, família e comunidade devem estar preparados para absorver o encargo de cuidar do doente em casa, sem a perda do vínculo com a sociedade. Não será ocioso repetir que, para isso, há necessidade de criação de recursos opcionais como HOSPITAL-DIA, NAPS, CAPS, PENSÕES PROTEGIDAS, ENFERMARIA PSQUIÁTRICA NO HOSPITAL GERAL e LAR COMUNITÁRIO, que garantam a intermediação do processo de reinserção social do doente. Essas instituições são os melhores aliados em qualquer processo de recuperação dos pacientes, desde que seus temores não ultrapassem a esperança de melhores perspectivas, as quais só uma reforma da assistência psiquiátrica pode oferecer.

Entendendo que os sistemas de saúde são constituídos também por práticas populares informais e profissionais, é possível se perceber a influência dos grupos sociais ao lidar com o processo saúde-doença.

Na Comunidade do Dendê, observo a busca de apoio em líderes (sistema popular de saúde) pela família e pelos seus doentes como forma de solução para os problemas de saúde.

SILVA & FRANCO (1996:75) reforçam o argumento de que

*(...)as redes sociais que se formam entre as famílias, tais como a própria rede familiar de consangüinidade, o compadrio, a igreja, as Associações Comunitárias, entre outras, tem sido meio de troca e de difusão das práticas populares em saúde.*

A preocupação em trabalhar com o doente mental na referida Comunidade leva-me a buscar uma forma de melhor inseri-lo nesse ambiente, do qual foi excluído através de anos de segregação em hospitais psiquiátricos convencionais.

Para compreender os sentimentos e atitudes da comunidade frente ao doente mental, deve-se reconhecer que esse tem em si uma história de doença de longa duração, densa e triste, e que passou por etapas de vida como outro ser humano, sendo criança, adolescente, jovem e adulto, devendo ser tratado e respeitado como cidadão.

Através da sistemática de atendimento, em minha prática profissional, percebo que ainda está arraigada à cultura existente na comunidade a idéia de que o doente mental é um indivíduo perigoso e de patologia incurável, tornando isso um mito, gerando dificuldade para que se recupere no âmbito do próprio domicílio. Resulta, assim, por parte da comunidade, falta de conhecimento sobre a capacidade de o doente ressocializar-se e reabilitar-se no próprio contexto social e familiar.

Reconhecendo a comunidade como elemento importante nesse processo de reinserção do indivíduo ao seu grupo social, me instiga investigar de que modo os líderes comunitários percebem e lidam com as pessoas com sofrimento mental. A opção por esse segmento se dá com base na importância desses agentes como formadores de opinião e pontos de apoio em momentos difíceis vivenciados entre doentes mentais e suas famílias.

Segundo GAYOTTO (1995), os líderes são participantes do grupo que, em certo momento, são os porta-vozes grupais, e a eles cabe a tarefa de planejar mudanças que sempre se vê como dificultadas, por estruturas institucionalizadas ou não, constituindo-se grupo de pressão.

Tendemos a situar a palavra líder em volta de uma aura, tornando difícil pensá-lo com clareza. O bom senso exige desmistificação.

O líder, em qualquer grupo, desempenha papéis diferentes, e não pode ser considerado fora do contexto histórico em que surge, do cenário em que opera (cargo político eletivo) e do sistema que preside (na cidade).

Os líderes são partes integrais do sistema sujeitos às forças que afetam o sistema. Desempenham certos encargos ou funções, que são essenciais para que o grupo possa atingir seus objetivos.

Na comunidade do Dendê, à medida que as pessoas vão trabalhando juntas, as relações vão crescendo e surgindo papéis diferentes. Surgindo papéis diferentes, afloram também líderes diferentes. Na medida que as pessoas assumem com mais desenvoltura as tarefas, vão aparecendo no grupo as lideranças funcionais.

Ao se sentirem úteis e realizando algo que corresponda as necessidades do grupo, as pessoas adquirem uma identidade social.

A liderança de um grupo não está obrigatoriamente nas mãos de um líder. Se cada um espera que o outro faça as tarefas no seu lugar, isso se transforma em acomodação e a liderança se constitui dominação.

Todos os participantes do grupo, cada um com suas limitações, devem participar da liderança. Assim, dependendo do que o grupo quer fazer, a liderança poderá mudar.

O líder é aquele que não se cala quando sente que pode fazer algo pelo grupo e a sua função é realizar tarefas. Para realizá-las, segundo GAYOTTO (1995:52), precisa ver se a tarefa constitui também uma necessidade do grupo; buscar informações com as pessoas do grupo ou fora, para ver como realizar a tarefa; parar de vez em quando para verificar se os problemas que surgem obstando a realização da tarefa estão sendo resolvidos.

Quando o grupo não elucida o problema, pode esquecer-se da necessidade que é comum a todos e cada um pode querer resolver o próprio problema.

É preciso conscientizar-se de que cada um é importante no grupo e que tem um papel a desempenhar na comunidade, e as representações sociais - construídas por eles - se manifestam a partir de uma articulação entre os conteúdos pessoais presentes na sua cultura e no seu meio social.

O líder deve ter sempre presente a verdade segundo a qual, no trabalho de transformação social, se depara com situações difíceis de superar e que, com frequência, produzem grandes contradições e resistências, acarretando ansiedade. A ansiedade aparece quando despontam os primeiros indícios de mudanças. Mudar implica perder algo estabelecido dentro ou fora de nós.

O líder deve conhecer quais são as necessidades da comunidade e como devem ser trabalhadas de forma tal que levem o grupo a efetuar as mudanças necessárias para alcançá-las. Por outro lado, a educação pautada em modelos autoritários e inibidores de uma participação criativa e crítica paralisa o processo de tomar decisões.

Não existe a figura do líder *nato*. O líder se forma para desempenhar suas funções, adequadamente. Adquire-se o desempenho eficiente através de treinamento e da comunicação que circulam em mão dupla. Nesse processo, os líderes formam e são formados.

A ação comunitária no Dendê está ligada a transformações em seu sentido mais amplo: mudam as pessoas, as tarefas, os objetivos comuns. A própria ação comunitária é um processo de transformações, pois cada ponto de chegada significa um novo ponto de partida. O realizar e o recomeçar acompanham o papel do líder.

Este estudo busca o entendimento sobre representações sociais de loucura, e o modo como a população investigada vivencia as questões relacionadas ao fenômeno loucura, buscando apreender o significado da maneira como essas representações sociais de loucura são produzidas e elaboradas no cotidiano dos sujeitos.

Na comunidade do Dendê, os líderes surgiram com os Movimentos Eclesiais de Base -MEB, que tinham como objetivo trabalhar em prol das crianças que não tinham acesso à escola, criando na própria comunidade as condições para tal. O trabalho era realizado sem pretensões de liderança e as pessoas que tinham interesse em ajudar o próximo engajavam-se no movimento.

As reuniões eram realizadas no prédio da igreja (católica) com o intuito de planejar atividades para conseguir benefícios em prol do trabalho realizado.

Atualmente, temos várias lideranças atuando em áreas diversas da Comunidade, com a finalidade de melhorar a qualidade de vida de seus habitantes.

Hoje os líderes são alí referência, e, por percebê-las como elementos multiplicadores, é importante criar parcerias que possam reverter em benefício da causa defendida. Aprender como essas lideranças lidam com a loucura, através de suas representações sociais, pode servir como elemento facilitador na reinserção social do doente mental.

Nesta investigação, procurei descobrir as maneiras como as representações sobre a loucura são construídas, buscando uma aproximação do conhecimento próprio do senso comum sobre o fenômeno loucura e as múltiplas formas como os líderes comunitários constroem representações sobre o tema, a partir de suas vivências e do legado cultural ao seu dispor.

Atendendo a determinação de se criar formas de intervir junto à pessoa em sofrimento mental, a Comunidade pode ser um elemento chave para o desenvolvimento de uma nova prática, não segregadora e de resgate da cidadania daquele que há muito vem tendo seus direitos usurpados, por fugir do que cada sociedade considera como *normal*. Criar uma *cultura*, dentro do novo paradigma, da doença entendida como *existência sofrimento*, é dever de todos os que querem transformar a prática desumana que ainda hoje se mostra hegemônica na assistência ao doente mental.

Este estudo busca apreender as representações sociais das lideranças comunitárias sobre a loucura e seu modo de inserção na sociedade. Tem por objetivo fazer uma aproximação do senso comum, articulando conteúdos pessoais

(subjetividade e singularidade) e conteúdos oriundos da cultura e do meio social, presentes no discurso dos sujeitos investigados, sobre o conceito de loucura, percepção do *ser louco* e espaços comunitários de convivência.

Através da análise dos significados contidos nas falas, será possível apreender as representações sociais construídas e, a partir daí, interpretar, pensar e agir sobre a realidade. A Teoria das Representações Sociais possibilita tornar conhecido o desconhecido, a partir de referências próprias do sujeito e de seu conjunto de valores culturais e sociais.

Ao buscar maior aproximação com essa realidade, para uma posterior transformação da prática em saúde mental, o presente estudo tem por objetivos:

- **identificar as representações sociais dos líderes comunitários sobre o perceber e lidar com o ser louco.**
- **Analisar o conhecimento do senso comum construído socialmente que determinou o sentir, pensar e agir sobre o ser louco.**

Apreender como a comunidade, através de suas lideranças, lida com o doente mental possibilitará uma ação transformadora na prática em saúde mental que há muito se tem mostrado superada.

## 2 - A LOUCURA E AS ÉPOCAS

*Um homem dos vinhedos falou, em agonia, junto ao ouvido de Marcela. Antes de morrer, revelou a ela o segredo:*

*A uva – sussurrou – é feita de vinho.*

*(...) Se a uva é feita de vinho, talvez a gente seja as palavras que contam o que a gente é.*

**Eduardo Galeano**

Compreender como ocorre a construção das representações sociais do fenômeno loucura significa tentar conectar o espaço individual ao espaço social, onde as proposições metafóricas transitam e permeiam o contexto em que o indivíduo se encontra.

O ser louco foi sempre presente na história. A loucura, entretanto, passou a ser doença mental numa época bem recente, quando a Psiquiatria se transformou em ciência e prática médica.

Mesmo se tornando objeto da Medicina, a doença e o doente mentais não determinam teorias ou opiniões consensuais a respeito, dadas as variedades das correntes doutrinárias que se ocupam do saber psiquiátrico. Ladeando este conhecimento psiquiátrico, encontra-se uma quantidade de saber do senso comum que amplia, modifica ou reafirma a visão da loucura e do ser louco na sociedade.

Quando uma pessoa é identificada no meio em que vive como doente mental, torna-se necessária a confirmação ou a legitimação do médico que lhe vai atribuir uma categoria diagnóstica.

No entanto, nem sempre o psiquiatra é a primeira autoridade do saber/poder em relação à loucura a ser procurada. Existe uma série de outros conhecimentos buscados para o entendimento do ser louco, o que demonstra a complexidade que essa condição envolve.

O espaço ocupado pelo ser louco desde o nascimento da Psiquiatria foi o da exclusão, o que não aconteceu sempre com os loucos, conforme FOUCAULT (1975), quando em época anterior eles podiam circular, fazer parte do cenário e da linguagem comum. Eles não possuíam, assegura JACCARD (1981), nenhum direito especial, pois eram simplesmente portadores de um enigma tão temido quanto fascinante.

A representação da loucura e do ser louco demonstra uma diversidade de opiniões tanto de profissionais da saúde quanto de outros segmentos da sociedade, entre os quais os líderes comunitários.

Nesta diversidade de opiniões sobre a loucura, há concepções teóricas da loucura e do ser louco.

HUMEREZ (1988:19), chama atenção para algumas dessas concepções, entre as quais se encontram :

1. A concepção mágico - religiosa da loucura - o ser possesso.
2. A concepção organicista da loucura – o ser doente do cérebro.
3. A concepção psicodinâmica da loucura – o ser doente da mente, do comportamento, do relacionamento.

4. A concepção social da loucura – o ser louco como *bode expiatório*, o porta-voz do grupo social.
5. A concepção de loucura com base na toxicomania - o ser louco dependente químico.

Conforme sabemos, até o século XV, os loucos viviam em plena liberdade, participando do cotidiano de todas as demais pessoas. A loucura, dessa forma, ao mesmo tempo que participava da linguagem dos homens, tinha o próprio discurso. A cultura européia até aquele século acolhia e aceitava, de alguma maneira, os loucos e os trabalhos destes eram bastante apreciados. Seja por livros ou obras de pintura, a loucura se manifestava como algo fantástico que os demais buscavam entender. Foi, então, que o discurso da loucura foi *abafado* para dar lugar ao discurso da razão. A razão está no pensar. Como o louco não pensa, ele não tem razão, ele não existe. A partir do século XVIII, os loucos vão passar a ser a impossibilidade de existência, frente ao racionalismo de Descartes. A loucura então se cala e é trancafiada nos hospitais.

O fenômeno chamado de o *Grande Internamento* descrito por FOUCAULT (1978), se dá no momento em que a pobreza (que, assim como a loucura, era exaltada pelo seu caráter cristão de salvar o homem que por ele sofria) se torna motivo de vergonha para o Estado e para a Igreja, tanto Católica quanto Protestante. O grande mal do homem passa a ser o ócio; o trabalho é a forma de fugir da maldição divina. Logo, todos os insanos, desempregados, pródigos, libertinos, indiscriminadamente enclausurados, são obrigados ao trabalho forçado. A loucura torna-se, dessa forma, parte de todos os demais males. A ética burguesa do trabalho como terapia e cura do grande mal que é a preguiça sofre, no entanto, sua queda com os problemas financeiros.

São fechadas as casas de *detenção* para dar lugar à economia liberal que afirma que a medida de internação foi um erro econômico pelo fato de suprimir grande parte da população, restringindo, dessa forma, o mercado de mão-de-obra e mobilizando parcelas das rendas.

Vale dizer que a economia européia da época girava em torno da idéia de que, quanto menos números for a população, mais pobre será a nação, já que a riqueza é produzida pelo trabalho dos homens. Desse momento em diante, os *detentos* vão circular livremente, mas, já nessa fase, se configura o ideal de casa de internação para loucos.

Após o fim do grande internamento, os loucos voltam para suas famílias que são coibidas a pagar multas se os deixarem soltos. No final do século XVIII, o erro da loucura passa a ser visto como enraizado na imaginação. Logo, quanto mais coagido, mais degradado o louco se torna. Só a liberdade é capaz de aprisionar a imaginação insana.

FRAYZE (1992), afirma que o internamento para os loucos surge como resposta ao dever de assistência para com aqueles que não se podem livremente prover e, como medida de segurança social contra os horrores e os perigos que os loucos representam, torna-se lugar de cura; não o internamento entendido como meio que organiza a liberdade. Através dele, o erro será conduzido à verdade, à loucura à razão. A casa de internamento vai transformar-se em asilo. E neste, finalmente, a Medicina vai encontrar um lugar – um lugar que lhe garantirá a possibilidade de apropriação da loucura como seu objeto de conhecimento. A loucura é, então, a herdeira natural do internamento. Quando objeto do conhecimento médico, ela ganha valor de doença, torna-se, então, necessária a ligação entre asilo e doença.

O asilo tem por objetivo homogeneizar todas as diferenças, reprimir os vícios e desvios, extinguir todas as atitudes e percepções ditas irregularmente e desvirtuosas. Uma diferença pode manifestar-se nessa instituição: a diferença entre o normal e o patológico.

Segundo FOUCAULT (1977), o espaço asilar não passa de uma espécie de jardim que guarda as espécimes raras classificadas e conhecidas da loucura; ele é o local de confronto de saber e não-saber, onde o primeiro busca sua vitória e a submissão do outro. O hospital psiquiátrico serve apenas para engrandecer a imagem daquele que é o produtor e conhecedor da verdade da doença; o médico é o responsável pela fabricação e dominação da loucura.

O louco que se tornou objeto de conhecimento da Medicina se torna o discurso dela, é por ela conhecido, é ela que o sabe.

A relação médico – paciente se caracteriza por uma relação de poder/saber exercida pelo especialista. Essa relação de dominação é, gradualmente, dissimulada pela busca da objetividade e da competência científica. A imagem do especialista é exaltada pelo saber por ele dito. E é do encontro entre este saber e o ser objeto e sujeito do conhecimento que nasce a Psiquiatria.

Século XX: a partir de uma autocrítica, a Psiquiatria busca novos valores e formas de tratamento para a loucura e passa a pesquisar seu principal espaço de saber e estudo – a instituição asilar.

O que se observa, no discurso da própria Ciência médica, é que a Psiquiatria tradicional não obteve êxito na compreensão do tratamento – cura da loucura. Diante do insucesso daquilo que é o próprio objeto da Psiquiatria, a reforma psiquiátrica questiona a visão atual do que é a loucura e como esta vem sendo tratada.

Busca-se, portanto, diante da negatividade que a loucura encerra em si, novos artifícios para que o dito doente mental se re-socialize ocupando seu lugar de cidadão na comunidade.

Conforme vimos, frente a toda história da loucura, podemos compreender toda a dimensão desse trabalho que a Psiquiatria assume. Este inicia-se como que através de uma crise de sua própria existência, onde se crê que pela via da superação do modelo manicomial, o louco possa ser visto e aceito como sujeito possuidor de direitos e deveres.

A partir daí, inserido no universo sócio-histórico, deseja-se subjetivar a loucura ao mesmo tempo que se procura tornar o doente mental como sendo responsabilidade de toda a comunidade.

O principal objetivo é o resgate da cidadania do louco. Para tal percebe-se necessária uma quebra de todas as noções há pouco referidas sobre loucura. É necessária uma ruptura das arcaicas relações que o não-louco preserva em relação ao louco e o seu conhecimento (Psiquiatria).

Emerge a necessidade de romper com o caráter negativo da loucura e com todos os preconceitos e medos que por trás dela se escondem.

Implica, também, uma reversão do processo autoritário de conhecimento-dominador para uma prática de relações mais democráticas e um discurso menos científico.

O movimento de reforma psiquiátrica vem sendo preconizado por diversas organizações internacionais, como Organização das Nações Unidas (ONU), Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e outros, e trabalha já em diversos países, propondo e pondo em execução vários tipos de serviços extramurais de atendimento psiquiátrico. Refiro-me ao termo extramural porque tais serviços se

localizam fora dos hospitais psiquiátricos. Talvez a mais conhecida forma de tais atividades seja o internamento de doentes mentais em hospitais gerais e em outras estruturas de atenção, como o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Hospital - Dia, Pensão Protegida e os numerosos serviços ambulatoriais.

As principais vantagens de tais atividades à saúde mental são, sem dúvida alguma, a diminuição do estigma da doença mental, uma vez que passamos de interno para usuário. Nesse novo modelo, o doente tanto tem um aumento na sua auto-estima, como a sociedade pode vê-lo de forma mais humanizada e, conseqüentemente, pode dar-lhe o caráter de sujeito ativo, diminuindo em muito o preconceito, diferentemente dos hospitais psiquiátricos.

A reforma psiquiátrica preconiza que os NAPS, os CAPS, os centros de saúde mental sejam mais bem localizados e de fácil acesso à população, favorecendo a continuidade da assistência, bem como o tratamento precoce dos distúrbios mentais, o que dificulta a cronificação e permite uma melhor fiscalização relativamente aos serviços e cuidados dispensados aos usuários.

Assim, como tudo aquilo que é novo e desconhecido assusta os menos impetuosos, a reforma psiquiátrica tem sofrido, em todo o mundo, resistências de diversos setores da sociedade. As mais reveladas são as referidas ao preconceito que se tem em relação à própria loucura: muitos acham que os loucos devem ser mantidos nos manicômios em razão da sua periculosidade, levando a risco de agressão as demais pessoas, se viverem *soltos*. Outro ponto de resistência vem dos serviços privados, que temem o fechamento de seus hospitais e o fim de lucrativa atividade.

Segundo denúncia do psiquiatra cearense MOURA FÉ (1995), observa-se que há receios em relação à instabilidade de tal reforma, já que ainda não está de todo estruturada, o que tem levado a própria equipe de saúde a temer pela manutenção de seus salários e empregos. Ele afirma, também, que há resistências por parte do Governo e, logicamente, dos médicos adeptos da Psiquiatria tradicional, das famílias de pacientes crônicos, entre outros.

Somam-se a essas condições outras que se mostram como fundamentais e aderidas à essência da nova proposta, que diz respeito a construções de novas práticas e saberes, causando nos profissionais da área a insegurança e o desafio de desconstruir algo que já está arraigado, para construir aquilo que propõe o novo paradigma.

A reforma psiquiátrica brasileira teve por base o modelo da psiquiatria democrática italiana, tendo nas idéias de Basaglia a principal inspiração. Os principais critérios orientadores são a busca de um modelo que permita a convivência dos métodos terapêuticos com a cidadania e a liberdade do usuário; a inversão do modelo hospitalocêntrico, não permitindo a criação de hospitais psiquiátricos e a ampliação do número de leitos, redirecionando os recursos para outras modalidades de assistência; criação de uma rede de assistência que contemple as emergências psiquiátricas e leitos em hospitais gerais, hospitais-dia, lares abrigados, ambulatórios regionalizados, entre outros; regulamentação das internações involuntárias com base nas recomendações internacionais (ONU, OMS); articulação dos programas de saúde mental a outros existentes na comunidade.

A reforma psiquiátrica, em andamento, tem por meta a desospitalização e desinstitucionalização, através da reorientação da assistência em saúde mental, priorizando a implantação de rede extra-hospitalar e multiprofissional; a proibição da

construção de hospitais e contratação de leitos; a redução progressiva da importância do hospital psiquiátrico com opção de assistência; resgate da cidadania do doente; e a democratização das relações e do saber na área (AQUINO e col., 1995; PONTES, 1995).

Dentro desse novo paradigma, modifica-se totalmente a forma de perceber e de intervir sobre o sofrimento mental. A mudança do objeto da *doença mental* para a *existência-sofrimento do sujeito em relação com o corpo social* faz com que o fenômeno psíquico passe de um mal obscuro para ser um fenômeno complexo, histórico, em estado de não equilíbrio. Desse modo, reorienta-se o objeto da psiquiatria da *cura* para a produção de vida, de sociabilidade, de subjetividade (ROTELLI et al, 1990; BASAGLIA, 1991; ROTELLI & AMARANTE, 1992).

A reforma psiquiátrica requer uma nova postura da sociedade como um todo, frente à pessoa em sofrimento mental, exigindo, com isso, que se devolva a ela aquilo que lhe é de direito, reconhecendo-a como cidadã e, como tal, merecedora de condições dignas de ser-no-mundo, respeitando-se a singularidade de cada um.

### 3 - A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: PRESSUPOSTOS E CONCEITOS

*As representações são resultados de um contínuo burburinho e um diálogo que é tanto interno quanto externo e durante o qual as representações individuais ecoam ou são complementares.*

Moscovici

A Teoria da Representação Social surgiu na Europa, na década de 1960, e o conceito de representação social se estabelece nos limites entre a Psicologia e a Sociologia do conhecimento. É proveniente do conceito de representação coletiva proposto por Durkheim (1974) apud BONFIM e ALMEIDA (1992).

O autor expôs, teoricamente, que na sociedade originam-se as categorias do pensamento, e que o conhecimento só poderia ser encontrado a partir da experiência social. Portanto, a vida social seria a condição primordial de todo o pensamento organizado.

Outra condição básica, citada pelo autor para a elaboração do conhecimento, consiste na formação de conceitos, os quais são partilhados pelos membros do grupo, originando-se, a princípio, de características da vida da coletividade. Para ele, existiria diferença marcante entre as experiências singulares dos indivíduos (percepção, imaginação, sensação) e os conceitos que tornam possível a caracterização do ser essencial do homem: um homem que não pensasse

por meio de conceitos não seria um homem, pois não seria um ser social reduzido apenas às percepções individuais, seria instinto animal (DURKHEIM, 1983).

A individualidade humana constitui-se a partir da sociedade na concepção durkheimiana. Desse modo, a representação coletiva não se restringe ao somatório das representações dos indivíduos que formam uma sociedade. É muito mais do que isto, um novo conhecimento é formado, ultrapassando a soma das individualidades e beneficiando uma reiniciação do coletivo. Nessa concepção de representação, encontra-se a primazia do social sobre o individual.

Por sua vez, MOSCOVICI retoma o conceito proposto por Durkheim e remodela e introduz na Psicologia social através do estudo *A psicanálise, sua imagem e seu público*, publicado em Paris, no início da década de 70, e posteriormente em 1978, no Brasil, com o título de *A Representação social da Psicanálise* (MOSCOVICI, 1978), que tem fornecido subsídios conceituais e metodológicos para uma série de pesquisas, desenvolvidos em muitas partes do mundo, principalmente na França. Nessa teoria, há uma preocupação com o sujeito como ser psicológico, mas que está inserido numa coletividade, de modo que praticamente não se pode falar que as representações estão encerradas na cognição do indivíduo, mas que elas expressam a sociedade.

O autor propôs o redimensionamento da Psicologia social a partir da elaboração do conceito de representação social. A Psicologia teria a finalidade de penetrar nas representações para descobrir a sua estrutura e seus mecanismos internos, uma vez que as representações como instrumentos da Psicologia social possibilitam o diálogo entre o individual e o social, além de proceder ao levantamento dos aspectos simbólicos e representações presentes na realidade social. Com o surgimento da obra de Moscovici, o conceito de representação social,

além de ter sido modificado, está cada vez mais difundido e aplicado em diferentes campos da atividade humana.

MOSCOVICI (1978:26), define representação social como

*(...) uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamento e a comunicação entre indivíduos ...*

Segundo essa linha de pensamento, o conceito de representação coletiva proposto por Durkheim, inclui-se nessa categoria desde a Ciência até a religião, dos mitos ao senso comum.

Enquanto isso, MOSCOVICI (1978) considera que essas áreas de conhecimento e crenças se diferenciam, contrastando ao longo da história, não cabendo, portanto, numa mesma categoria.

Na visão de JODELET (1989), representação social é uma forma de conhecimento socialmente elaborada e partilhada, tendo uma visão prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social. É, ao mesmo tempo, produto e processo de uma atividade de apropriação da realidade externa ao pensamento e de elaboração psicológica e social desta realidade.

Para LEME (1995), imagens, valores e categorias, que são facilmente reconhecidas e respondidas por muitas pessoas de um grupo, podem ser características definidoras de uma representação social.

Segundo PERRUSI (1995), o indivíduo crava no social a sua especificidade, após ter sido cravado por ela. Assim, na representação social não se encontram confissões individuais e sim psicossociais.

Podemos observar que todos convergem para a idéia de que é partindo do individual para o social que as representações sociais se expressam; que elas

são formadas através da partilha de valores e idéias de indivíduo comuns a um grupo.

Assim, podemos admitir que não é todo tipo de conhecimento que pode ser considerado como representação social, mas especificamente o conhecimento do senso comum, proveniente da vida cotidiana dos indivíduos, uma vez que a representação social é uma preparação para a ação, guia o comportamento, além de remodelar e reconstituir os elementos do meio ambiente onde o comportamento ocorre.

Moscovici demonstrou que as representações sociais são modalidades de conhecimento particular que circulam no dia-dia, tendo como função a comunicação entre os indivíduos, criando informações e nos familiarizando com o estranho, de acordo com as categorias de nossa cultura, por meio dos processos: objetivação e ancoragem.

O primeiro consiste na transformação da subjetividade em expressão objetiva, deixando de ser abstrata e passando a ser concreta, materializando-se (SPINK, 1995). Nesta pesquisa, a objetivação está sendo representada pelas falas dos líderes comunitários.

A ancoragem relaciona-se com o fazer, ou seja, trazer para o mundo das imagens conhecidas o que ainda não é conhecido nem rotulado (SPINK, 1995). A ancoragem ocorre através da classificação e da denominação. Na classificação, escolhemos as categorias que correspondem ou não ao objeto a ser representado, enquanto que, na denominação, o objeto é tirado do anonimato e levado ao conhecimento, introduzido na nossa realidade e na nossa cultura.

Desse modo, tentaremos penetrar nas representações sociais de loucura produzidas pelos sujeitos da investigação para descobrir a sua estrutura e seus mecanismos internos.

## 4 - PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

*O senso comum e a ciência, são expressões da mesma necessidade básica, a necessidade de compreender o mundo, a fim de viver melhor e sobreviver.*

Rubens Alves

Esse estudo teve início em maio de 1999, quando delimito o problema a ser estudado e elaborei os objetivos e revisão de literatura. Neste ínterim, veio a fase de escolha do local para a realização da pesquisa, seleção de amostra, elaboração do roteiro de entrevista, teste - piloto do instrumento e coleta de dados.

Optei pelo estudo de natureza qualitativa, fundamentada na Teoria das Representações Sociais, para subsidiar a apreensão da representação social da loucura pelos líderes comunitários, enfatizando a visão psicossocial.

Para MINAYO (1993), a pesquisa qualitativa não se preocupa em quantificar, mas em explicar os meandros das relações sociais, considerados essenciais, resultados da atividade humana criadora, racional e afetiva, a qual pode ser apreendida através do cotidiano, da vivência e da explicação do senso comum.

A opção por esse tipo de estudo possibilitou-me maior aproximação da realidade, criando condições concretas para lograr transformá-la.

Ao procurar trabalhar com as falas dos sujeitos da comunidade, tenho como princípio o que diz MOSCOVICI (1978:23) sobre a Teoria das Representações Sociais, referindo-se a elas como sendo:

*(...) o estudo dos seres humanos que pensam, e não apenas manifestam informações ou agem de uma determinada maneira. Estudamos os esforços humanos para compreender as coisas, os fenômenos e não suas atividades propositadas.*

Desse modo, as representações sociais constituem uma teoria importante na aproximação e compreensão da realidade vivenciada pelas lideranças da comunidade, evidenciando que informações fornecidas pelos sujeitos não são simples confissões e sim ações psicossociais em que o sujeito fixa no social a sua sorte.

Portanto, originando-se nas relações interpessoais e influenciando nas condutas dos indivíduos para com o objeto social em questão, as representações sociais refletem um conhecimento socialmente elaborado e compartilhado, tendo uma finalidade prática e contribuindo para a construção de uma realidade comum ao conjunto social.

O estudo foi desenvolvido no período de julho a agosto de 1999, na Comunidade de Dendê, porquanto esta é *locus* de prática da disciplina Enfermagem Psiquiátrica Comunitária, do Curso de Enfermagem da Universidade de Fortaleza - UNIFOR, da qual sou professora.

Desde 1989, é realizado nessa comunidade um trabalho de atenção ao doente mental, que tem como objetivo prestar uma assistência de enfermagem voltada para a pessoa com sofrimento mental e o contexto social ao qual pertence.

Nesse acompanhamento, são realizadas as seguintes atividades: consulta de enfermagem e visitas domiciliares (dando ênfase aos aspectos pessoal, ambiental e social), com objetivo da estruturação de um plano de intervenção de enfermagem que busca trabalhar condições de independência, favorecer o

relacionamento doente / família / comunidade, além de procurar desenvolver uma consciência crítica na comunidade acerca do doente e da doença mental.

A implementação dessas ações tem por fim a atenção do doente em seu contexto familiar e social, buscando facilitar sua reinserção social, dentro da lógica prevista pela reforma psiquiátrica de oferecer substitutivos ao modelo hospitalocêntrico de assistência.

A comunidade do Dendê está localizada nas proximidades do *Campus* da UNIFOR, no bairro Edson Queiroz, em Fortaleza-CE. Tem uma conformação espacial de ruas estreitas e desalinhas, com pavimentação recente (cerca de 5 anos) em grande parte delas e drenagem em uma de suas áreas. Conta, ainda, com a construção de pequenas praças públicas.

Com um contingente populacional de 9.503 habitantes e renda familiar média superior a um salário mínimo regional, apresenta uma diversidade de mão-de-obra, com atividades de pedreiro, eletricista, bombeiro, pequenos comerciantes e padeiro. Na população feminina, predomina a profissão de doméstica, sendo as pessoas analfabetas ou com 1º grau incompleto (PORDEUS, 1999).

Entre os serviços que dão atenção à saúde e à educação, a Comunidade conta com: três escolas de 1º grau, um CIES (Centro Integrado de Educação e Saúde), duas creches, um centro de saúde. As principais organizações sociais são Associação de Moradores, Grupo de Jovens e o Conselho Comunitário. A Comunidade mantém, através destas organizações, cursos profissionalizantes para a população, como corte e costura, confecção de flores ornamentais e tapeçaria.

Os principais serviços de saúde procurados pelas famílias locais são Núcleo de Atenção Médica Integrada - NAMI e Hospital Geral de Fortaleza – HGF.

A maioria busca atenção, preferencialmente, no NAMI, referindo ser *mais próximo, possuir bons profissionais e atender bem* (PORDEUS, 1999:14).

As principais causas de morte identificadas entre os membros das famílias, nos últimos cinco anos, foram os problemas cardíacos, doenças infecciosas e parasitárias, cânceres e outras causas externas( PORDEUS, 1999).

Além dessas condições, a comunidade apresenta casas construídas em terreno da Prefeitura, problemas relacionados ao saneamento básico, falta de segurança pública, uso de drogas pelos jovens e brigas constantes de gangues.

As principais atividades sociais e de lazer de preferência das famílias são assistir à televisão, visitar parentes, ir à praia e a festas.

Com essas características, a comunidade do Dendê mostra-se como um campo adequado e rico para realização do estudo pretendido. Principalmente por ser minha área de atuação prática, estimula-me a idéia de favorecer a reinserção do doente mental em seu ambiente familiar e social.

Os sujeitos da pesquisa foram escolhidos após um estudo-piloto, com dez famílias de doentes mentais, que faziam parte do projeto e vinham sendo acompanhados há bastante tempo. A escolha foi feita aleatoriamente, partindo da seguinte expressão indutora como critério de escolha:

***A quem da comunidade você procuraria caso não se sentisse bem?***

Após leitura minuciosa dos depoimentos, constatamos que as famílias buscam ajuda nos líderes comunitários como forma de apoio e por serem pessoas conhecedoras da problemática da comunidade.

Referiram, ainda, que os líderes são pessoas de relevância para a comunidade e seus porta-vozes, haja vista o que conseguiram de melhoria para a Comunidade.

Dirigi-me à comunidade, indo de casa em casa para conversar com os líderes comunitários e apresentar-me, falar dos objetivos e solicitar autorização para realizar a pesquisa e garantir a eles o sigilo das informações.

Para a obtenção das informações, escolhi a *técnica entrevista de profundidade* ou *focalizada*, por ser a minha amostra pequena e essa ser uma técnica adequada para suprir a ausência quantitativa de dados, permitindo uma apreensão qualitativa das informações, através da *liberdade e abertura* para o entrevistado aprofundar o tema proposto. Essa técnica facilita a coleta do material, adequando-o ao processo interpretativo e permite a reconstituição de modelo escultural-simbólico interiorizado pelo entrevistado. O material colhido do entrevistado abrange não só proposições de verdades como também conteúdos normativos e expressivos. Enfim, a *entrevista focalizada* mostra-se como uma técnica de pesquisa viável para o estudo de representações sociais, principalmente porque permite dar conta de pensamentos por verbalizações, condicionados à oralidade e produzidos como comunicações informais. O procedimento técnico adotado se caracteriza, também, pelo emprego de fórmulas e clichês convencionais e lineares, que tanto facilitam para o indivíduo a comunicação como substituem uma reflexão, necessária mas impossível, no momento do estímulo (SILVA, 1978:28).

Com o intuito de orientar as entrevistas, elaborei um roteiro em anexo constituído por duas partes: uma relativa aos dados de identificação dos sujeitos da pesquisa e outra contendo as seguintes questões norteadoras:

- *O que é ser louco?*

- *Como você identifica a pessoa louca ?*
- *Como você reage frente a essas pessoas?*
- *O que você acha que causa loucura?*
- *Como você poderia ajudar a essas pessoas?*
- *Como a comunidade poderia ajudar a essas pessoas?*

Deixei claro que, para a garantia do anonimato dos respondentes, escolhi adjetivos conforme relação: *acolhedor, afetuoso, autêntico, justo, fiel, sincero, verdadeiro, amigo, protetor, leal, solidário e dedicado.*

As entrevistas foram individuais, com datas e horários marcados, e tiveram duração média de vinte e cinco minutos. Após realizadas, as gravações foram por mim transcritas na íntegra.

Com as falas transcritas, tive os primeiros contatos com os textos. Nesse momento, me baseei em SILVA (1993), que enfatiza a importância de o pesquisador permitir que os dados repousem por algum tempo na própria mente, procurando suportar o acúmulo de estímulos e ausência de significação.

Fiz nova leitura, baseada na *atenção flutuante*, e iniciei a análise, partindo daquilo que emergiu das leituras relacionadas a cada sujeito.

Após leituras e releituras, iniciei a fase de categorização das falas, utilizando-me da Análise Temática, que pertence à primeira fase do processo de Análise de Enunciação proposto por D'Urung (BARDIN, 1994). Esta técnica de análise foi elaborada por D'Urung, tendo em vista o tratamento qualitativo para os dados obtidos em situações abertas.

A Análise Temática mostrou-se suficiente para o alcance dos objetivos propostos por esta pesquisa, considerando que o fato de ser transversal e de

recortar o conjunto das entrevistas. Através de uma grelha de categorias projetadas sobre os conteúdos, busquei os temas significativos ou as unidades de significações.

Segundo D'Urung, citado por (BARDIN 1994:105), o tema consiste numa unidade de significação complexa, de comprimento variável:

*(...) a sua validade não é de ordem lingüística, mas de ordem psicológica. Pode constituir um tema, tanto uma afirmação como uma alusão. Assim, um tema pode ser desenvolvido em várias afirmações e pode reenviar para diversos temas.*

À medida que ia agrupando as falas, apareciam as representações sociais dos líderes comunitários sobre a loucura e o ser louco, conforme será apresentado a seguir.

## 5 - RESULTADOS E COMENTÁRIOS

*O diálogo não pode existir sem esperança. A esperança está na raiz da inconclusão dos homens, a partir da qual eles se movem em permanente busca. Busca em comunhão com os outros*

Paulo Freire

### 5.1 Os Líderes Comunitários Como Sujeitos da Pesquisa

O estudo foi desenvolvido com doze (12) líderes da comunidade do Dendê. Do grupo pesquisado, seis são homens e seis mulheres, estando na faixa etária de 20 a 70 anos, distribuídos da seguinte forma: dois (2) entre 20 e 30 anos; dois (2) entre 30 e 40 anos; quatro (4) entre 50 e 60 anos; e quatro (4) entre 60 e 70 anos.

Com relação à escolaridade, seis (6) líderes possuem o primeiro grau incompleto, três (3) o primeiro grau completo, dois (2) o segundo grau completo e um (1) analfabeto. Considerando o índice de analfabetos na Brasil, pode-se considerar como satisfatório o nível de escolaridade do grupo.

Tendo atividades profissionais diversas, que congregam manicure (1), mestre-de-obra (1), agente de segurança (1), instrutor de cabeleireiro (1), vendedor ambulante (1) e professor de capoeira (1), o grupo conta, ainda, com seis (6) dos seus membros aposentados. A renda do grupo varia de um (1) a cinco (5) salários mínimos regionais, sendo que mais das metade (7) recebe apenas um. Esse quadro,

talvez, seja decorrente do fato de haver seis líderes aposentados, possivelmente recebendo benefício da previdência pública da ordem de um salário-referência.

Quanto ao estado civil, cinco são casados, dois são solteiros, uma viúva e quatro *vivem juntos*. A condição de *viver junto* finda por caracterizar uma forma de casamento, aceito como tal pela Comunidade.

Dos doze líderes, dez afirmam ser católicos, um espírita e um sem religião.

O grupo pesquisado constitui-se de modo heterogêneo, apresentando cada liderança com sua singularidade, mas configurando-se como referência do grupo social ao qual pertencem.

No momento seguinte, apresentarei as representações sociais que foram construídas pelos líderes comunitários a respeito da loucura e do ser louco. Essas representações terão relação com os seguintes temas: **ser louco, identificação da pessoa louca, reação frente à pessoa louca, causas da loucura, possibilidades de ajuda à pessoa louca, ajuda da comunidade à pessoa louca.**

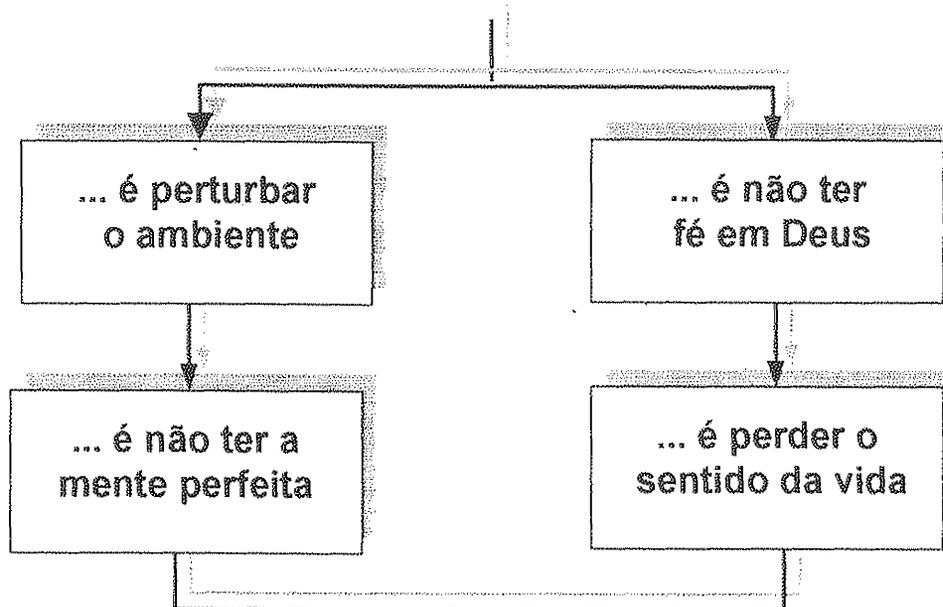
## 5.2 Ser Louco

As representações sociais da loucura foram expressas a partir das expressões-chaves, materializando-se como: **é não ter a mente perfeita; é perder o sentido da vida; é perturbar o ambiente; é não ter fé em Deus!**

Dessa forma, as múltiplas dimensões das experiências do cotidiano dos líderes comunitários foram compartilhadas por todos os elementos que compõem a comunidade estudada.

Diante do contexto, apresento o diagrama com os temas que fluíram das falas dos líderes comunitários, para ilustrar as representações sociais expressas.

**DIAGRAMA 1 · SER LOUCO**



### **... é não ter a mente perfeita**

Não ter a mente perfeita está associado a comportamentos considerados divergentes dos padrões estabelecidos pelo meio social como desvio de conduta. Essas anormalidades atribuídas pelos elementos-chaves da comunidade foram relacionadas entre si, em: **não ter o juízo certo; não ter a mente perfeita; desvio da mente; perde a mente.**

**... aquelas pessoas que às vezes não tem o juízo certo e que andam perambulando; o que pode acontecer com qualquer um de nós, que tem a mente boa e desenvolvida.**

Afetuoso

**... é desde quando não tem a mente perfeita, já é loucura. Tem vários tipos de louco: tem o louco doente mental e tem o louco psicopata; tem o louco**

mesmo, por maneira de ser louco, maneira de maldade (...)

Amigo

... ser louco é, assim, um desvio mental que a pessoa já sente desde pequeno. Aí, vai atingindo a fase de maioridade, né? (...)

Justo

... ser louco seria a coisa pior que tem, porque a pessoa ter a mente e luta com aquilo, derepente, ele perde a mente (...)

Dedicado

De acordo com os relatos aqui mencionados, os sujeitos descrevem conceitos implícitos numa prática cultural antiga das sociedades, ainda com distinções referentes a não inserções do louco no seu meio social e ambiental. Nos séculos XVI e XVIII, doutores teólogos debatiam se os loucos teriam ou não alma imortal.

O deputado Paulo Delgado, em seu Projeto Lei Nº 3.657 de 1989, que trata da reforma psiquiátrica brasileira, lembra da necessidade de se modificar o Código Civil que, em seu Artigo 5º considera serem *absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil*, entre outros, *os loucos de todo gênero*.

O conceito de saúde mental, segundo a Conferência Nacional de Saúde Mental (1987), deve ser ampliado e, ainda, passar por uma mudança significativa, considerando-se os determinantes das condições materiais de vida. Neste sentido, a deliberação da Conferência lembra que não basta apenas a reformulação do setor de saúde para obter melhorias na expectativa de vida da população brasileira, pois é *fundamental que esse novo conceito de saúde permeie a implementação de todas as políticas sociais do estado*.

Ora, a representação de conceitos, valores e mitos advém, muitas vezes, da vivência real do sujeito no tempo e espaço.

A percepção dos líderes comunitários em relação à cidadania e ao sentimento de pertença, surgirá adequadamente quando essas pessoas viverem mundos sociais que resultem de condições mais dignas de vida, que incluam, entre outras coisas, direito à saúde. Entra também aí, o direito à assistência domiciliar, com atenção democrática e humanística à comunidade. Através da participação dos vários segmentos sociais, serão criadas condições para discussão em grupo capaz de dissolver visões estigmatizadas e de exclusão das pessoas em sofrimento mental.

A representação de uma linguagem comunitária sobre o conceito da doença mental na categoria **não ter a mente perfeita** retrata a lógica da exclusão e do desrespeito ao diferente, ao *imperfeito*, considerando uma sociedade que traça seus modelos e classifica as pessoas conforme as categorias pré-definidas.

Outro ponto que merece destaque nas representações sociais dos líderes comunitários é o fato de considerarem que a doença está localizada na *mente*, tendo como referência o cérebro como centro do sofrimento.

### **... é perder o sentido da vida**

Essa unidade de pensamento emergiu da experiência dos sujeitos da pesquisa ao perceberem a loucura como falta de percepção da vida, representada através das expressões seguintes: **não percebe o que é a vida; não tem noção de nada; não sabe nem o que é viver; não tem uma finalidade de vida.** Os

R 1239292 12000

depoimentos a seguir retratam que a representação da doença mental nega o princípio básico da existência humana: A VIDA.

**... pessoa que não percebe o que é a vida, se perturba com as coisas...**

Fiel

**Ser louco, é uma pessoa que não tem uma noção de nada; não sabe o que faz, vive uma vida por viver, mas, não tem como saber que vive. Acho que nem sabe que vive. Não sabe!**

Autêntico

**... é uma pessoa sem noção de vida. Eu acredito que uma pessoa que não tem noção de vida, não sabe nem o que é viver. (...)**

Leal

**... ser louco é a pessoa que não tem conhecimento de nada; não tem perspectiva de vida. São pessoas que ficam na rua, sem ter amparo de ninguém, sem ter apoio de ninguém. Enfim, ser louco é uma pessoa que não tem nem finalidade na vida.**

Sincero

As representações sociais apresentadas nestas falas dão conta da loucura como manifestação que tira das pessoas todo o sentido ou noção da vida, refletida num alheamento da própria existência. Percebido dessa forma, o ser em sofrimento pode tornar-se um mero instrumento na mão de outros, dos quais dependa. Como tal, torna-se totalmente incapaz para a vida.

O Conselho Federal de Medicina (1994), prevê que

*(...) todas as pessoas acometidas de transtorno mental, ou que estejam sendo tratadas como tal, tem direito a proteção; tem direito à melhor assistência disponível à*

*saúde mental, deverá ser parte do sistema de cuidados de saúde e sociais.*

Isso denota o direito que tem essa pessoa de ser assistida, porém não a qualifica como incapaz de viver a vida plenamente.

O alheamento em relação ao existir, expresso nas falas dos sujeitos estudados, vai ao encontro do pensamento de BARRIO (1998), quando considera o doente mental como uma pessoa em interação. Percebido dessa forma, realiza trocas com o meio em que vive.

Na linguagem cultural, a expressão descrita nessas afirmações relaciona o limite da sanidade mental com os valores pessoais do viver, revelando um sentido especial em relação à doença mental.

A dificuldade do viver saudável com transtorno mental é mencionada por ESPINOSA (1998:17):

*A doença mental consiste, de forma empírica, num desequilíbrio psíquico que se pode manifestar através de diversos sinais e sintomas, e que dificulta o desenvolvimento da vida habitual da pessoa.*

Embora apresentando dificuldades de vivenciar suas diferenças em uma sociedade que a cada dia se mostra mais individualista e competitiva, todos têm o direito de ocupar seus espaços e buscar viver do modo mais pleno possível.

**... é perturbar o ambiente**

O espírito destruidor aparece de maneira peculiar nas narrativas dos sujeitos na forma de: **fazer miséria; quer brigar; fazer quebradeira.**

... tem muita gente ficando louca, fazendo miséria mesmo.

Verdadeiro

É uma pessoa que não tem consciência do que faz; é o que aperreia em casa, quer brigar com os outros e quebra as portas. Este é louco!

Protetor

Ser louco é uma pessoa desequilibrada, que em qualquer ambiente está sujeita a tumultuar e fazer quebradeira e arrebentar as coisas. Ninguém pode aceitar uma pessoa incapaz de estar no meio da sociedade (...) De um momento ele pode dá uma crise e atormentar uma pessoa, ambiente, prejudicar um negócio.

Solidário

Encontrei valores em relação aos comportamentos segundo padrões de representação de ANORMALIDADE para a sociedade: o desequilíbrio.

Fatores de caráter diverso (biológicos, psicológicos e sociais) podem alterar o equilíbrio dinâmico que mantém as pessoas num estado relativo de saúde, descompensando-as. A principal diferença entre as doenças físicas e as mentais é que estas últimas podem ser caracterizadas pela perda do autodomínio, o que pode resultar em ameaça para a maioria das pessoas, que passam a perceber os doentes mentais como pessoas perturbadoras e intoleráveis.

Talvez esse pensamento possa ter tido influência até na atualidade, dificultando a abordagem da psiquiatria com rigor e sem juízos pré-formados (ESPINOSA, 1998).

PITTA & DALLARI (1992:20) chamam a atenção para a interface do estar com o ser doente mental, mostrando a complexidade de se entender o processo saúde-doença:

*Queremos enfatizar que as pessoas estão psicóticas, deprimidas, alcoolizadas e não são psicóticas, deprimidas e alcoolizadas permanentemente em crise, que justifique intervenções intensas e totais.*

Estas autoras fazem referência à necessidade de se respeitar os direitos dessas pessoas, quando afirmam que

*Os diferentes, os bizarros, os estranhos devem ter seus direitos fundamentais garantidos (PITTA & DALLARI, 1992:20).*

A noção do perigoso, do destruidor, do perturbador do ambiente está muito associada ao conceito do senso comum, que situa o doente mental como pessoa agressiva, perigosa e ameaçadora.

### **... é não ter fé em Deus**

Vemos que, neste discurso, a busca da explicação na religião traz o sentimento de abandono, de desprezo e, por isso, invocam a divindade para apoiá-los. Os líderes mostram uma crença da loucura conferindo o sentido da vida com a falta de fé em Deus, conforme relatam:

**Louco, eu acho que é a pessoa que não tem fé em Deus, e não acredita em nada.**

Acolhedor

LEININGER (1991) lembra que cada grupo cultural tem diferentes crenças a respeito da vida e necessitamos conhecer os valores, crenças e estilos de vida para promover um cuidado ético.

Reforçando essa idéia, ANDREWS & BOYLE (1995), afirmam que todo conhecimento cultural, individual e familiar pode modificar valores a partir de novas experiências de vida, uma vez que essa concepção mencionada pelos líderes comunitários acerca da loucura não é estática. Daí a necessidade de a pesquisa conhecer a visão de mundo dos sujeitos para proporcionar adequadas práticas de cuidados em enfermagem.

Essas falas revelam a espiritualidade dos sujeitos em relação a Deus!

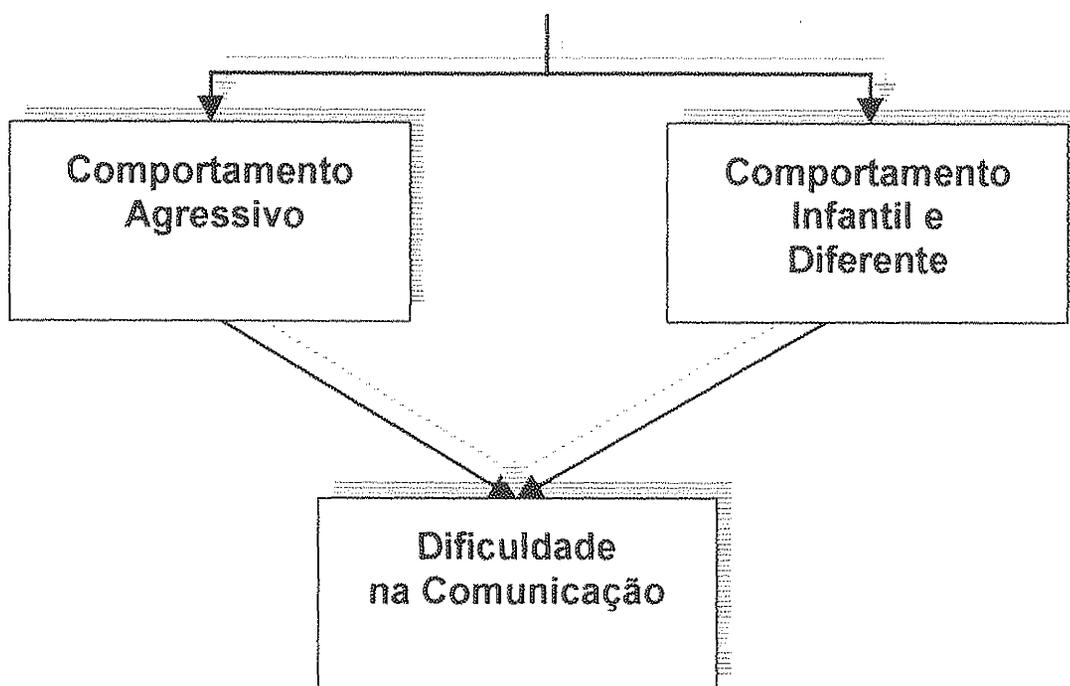
*A espiritualidade geralmente refere-se à consciência do indivíduo em relação a um sentido maior da vida, a um ser divino e as forças internas que motivam para o bem, beleza e saúde (POTTER e col., 1996: 287-288).*

Para LAING (1987), a anulação como ser humano leva à perda da condição existencial legal, plena, como a pessoa responsável e humana, fazendo do paciente alguém não mais possuidor da própria definição de si, incapaz de manter aquilo que é seu e impedido de arbitrar quem irá encontrar ou o que irá fazer.

### 5.3 Identificação da Pessoa Louca

Os modos como os líderes reconhecem a pessoa louca têm como referência mudanças no comportamento, distinguindo-as das consideradas normais, através de **comportamento agressivo, comportamento infantil e diferente e dificuldade na comunicação**, como vemos no diagrama abaixo.

DIAGRAMA 2 - IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA LOUCA



#### – Comportamento agressivo

Uma vez não tendo incorporado padrões usuais considerados pela comunidade como *aceitáveis*, o louco poderá ser apontado como elemento desviante, merecedor de rejeição e de isolamento social.

Há muito que o estigma da loucura vem apoiado na noção de periculosidade, de agressividade, escondendo, talvez, a dificuldade que se tem de

lidar com as diferenças ou com a complexidade e diversidade de explicações que se tem dado às manifestações psicológicas.

Nas falas seguintes, os líderes comunitários representam o louco através de um suposto comportamento agressivo.

Pessoa louca é uma pessoa aqui de nossa comunidade. (...) tem dia, quando a gente passa, ela é uma pessoa maravilhosa com a gente; da outra vez, passa esculhambando.

Fiel

... Aquele modo de tratar a gente, às vezes, brutal, agressivo e depois fica humilde.

Afetuoso

Olho pelo comportamento dele..., completamente diferente da pessoa sã. (...) ele passa esse negócio de violência e parte para agressão à família. A gente sente que é uma pessoas revoltada na cabeça. A gente sente que aquela pessoa não é normal.

Verdadeiro

... quando ela tá violenta, agressiva, joga pedra; e, as vezes, a gente chega perto, ele quer agredir a gente. Aí, eu creio, que uma pessoa dessa não tá normal.

Autêntico

Eu identifico uma pessoa louca, assim, pelo modo dela olhar a gente, pelo modo dela conversar, o comportamento dela, sobre agressão... até pelo modo de ela tratar.

Justo

... pessoas andam na rua falando sozinhas, falando com os postes, brigando com várias pessoas, jogando pedras nas pessoas e atirando pedras em carros e gritando, falando palavras que não é para falar. Realmente, uma pessoa normal não falaria.

Sincero

D'INCAO (1992), destaca o fato de que os desvios mentais, como traços dissimulados e difundidos pela cultura - como as manifestações hipocondríacas, as depressões sucessivas, as reações violentas - são aspectos considerados compatíveis com o estado de normalidade e de aparente saúde mental, embora externados sobre um prisma adoecido.

É importante considerar que, para ser avaliado ou considerado *normal* num contexto cultural, o sujeito social assume também os desvios reinantes na sociedade.

Percebe-se que as representações da loucura para os líderes comunitários centram-se num paradigma de simplificação ou estigma da doença mental, sendo o louco uma pessoa que perde a capacidade de se adequar às *normas* para a sociedade vigente. Essa representação é histórica e nega a existência de um processo de determinação social da doença. Esse ser, com todas as suas singularidades e diferenças, é produto de determinações estruturais. A intolerância pelas diferenças faz com que a sociedade passe a rotular essas pessoas como perigosas, representação essa que se manifesta na fala dos líderes.

Isto não quer dizer que se deva excluir o reconhecimento e valorização das diferenças e as particularidades da história e do sofrimento do sujeito. Todo gesto é compreensível, pode ser analisado, existe sempre um contexto de relações que contribuem na sua orientação.

A agressividade, a violência e a imprevisibilidade são atributos historicamente associados à doença mental, mas a prática atual tem demonstrado que, na verdade, também a agressividade pode ser trabalhada e transformada.

Para PITTA (1992), os sintomas, as condutas, as funções alteradas, dependem, também dos olhos do observador. São variações que podem ser decisórias para a internação. Assim, a resposta ante a diversidade e transitoriedade psicológicas, muitas vezes, torna-se pobre, expressando, com frequência, sua própria limitação e intolerância ao julgar a anormalidade do outro.

### **... Comportamento infantil e diferente**

Entre os líderes comunitários, um terço deles apreende a pessoa louca como um ser assemelhado a uma criança, conforme aparece nos depoimentos.

**Pelo comportamento infantil e sem controle.**

Acolhedor

**... como que seja uma criança. A criança, ela não tem noção do que fala, do que diz e do que faz; e do mesmo jeito é o louco.**

Leal

**Identifico uma pessoa louca como quase inocente, porque, na realidade, o louco não é uma pessoa como qualquer outra normal.**

Solidário

**Eu identifico uma louca como criança; ela não tem o pensamento normal.**

Dedicado

A representação do comportamento do louco expressa por esse grupo dá conta de uma pessoa indefesa, sem noção do que faz, que, tal qual uma criança, precisa de proteção, orientação, amparo. Aqui, também, aparece a comparação entre o normal e o anormal, onde o segundo se cristaliza no confronto com o primeiro, como se fosse possível e simples visualizar-se a pureza de cada categoria.

#### **– Dificuldade na comunicação**

A comunicação é um dos grandes desafios enfrentados pelo ser humano, dada sua sociabilidade de origem. Falha nesse processo não é privilégio dos considerados *anormais, diferentes, loucos*. Quanto mais as sociedades se desenvolvem e com ela suas formas de comunicação, mais complexo se torna esse processo.

A comunicação dificultada, truncada ou incompreensível, mostra-se como característica de alguns quadros psicopatológicos, aparecendo como representação social de um líder comunitário como elemento identificador da pessoa louca.

**... não tem noção, assim, de falar, de conversar com os outros; não tem diálogo com ninguém. É aquela pessoa, assim, aérea.**

Protetor

Ressaltamos, a partir dessa representação, que a comunicação com o sujeito louco deve ser pautada na habilidade de preservar o estilo e a maneira de ser de cada um! Essa concepção dá uma abertura para o desvelamento da comunicação humana partindo das suas experiências cotidianas.

MIRANDA & MIRANDA (1991:34), chamam a atenção para outros aspectos do processo de comunicação que levam em conta, também, as mensagens não verbais.

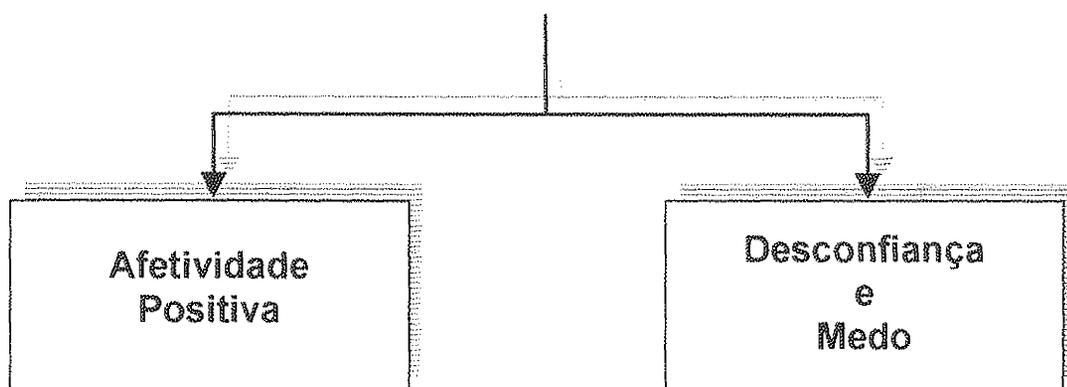
*Se quero entender a pessoa, devo primeiro olhar seu corpo para depois ouvir suas palavras, pois a verdade está acima de tudo no primeiro... e ter em mente que não existe ninguém vazio de sentimento: atrás de cada palavra e de cada silêncio está presente um sentimento de mistura de ambas!*

A dificuldade na compreensão da pessoa em sofrimento mental poderá ser acentuada pelo estigma e as idéias pré-concebidas que se tem. Essa postura leva a uma desqualificação de tudo o que se origina dessa pessoa, na qual predomina a noção de que o louco não sabe o que faz ou diz, por isso mesmo não merecendo atenção em sua expressão.

## 5.4 Reação Frente à Pessoa Louca

Quanto à reação frente ao louco, sabe-se, contudo, que a interpretação dada ao enfrentamento da pessoa louca pelos líderes comunitários faz parte de um conjunto de valores e experiências originadas culturalmente. Diante deste contexto, as representações foram simbolicamente fragmentadas e contraditórias. Por vezes, as reações frente ao ser louco foram materializadas através de sentimentos de **afetividade positiva**, via acolhimento e aceitação, ou, por outro lado, com **desconfiança e medo**, exposto no diagrama a seguir.

**DIAGRAMA 3. REAÇÃO FRENTE À PESSOA LOUCA**



### – Afetividade positiva

Essa representação reflete a vivência e a percepção que os investigados têm das desigualdades e da própria dimensão social presente, e se manifestam através de expressões do tipo: **não perturbando, fazendo carinho, conversando, dando a mão, com naturalidade, apoiando**, conforme as falas a seguir:

Eu procuro lidar da melhor maneira possível para não deixá-lo perturbado.

Acolhedor

Eu prefiro, na frente dela, eu faço um pouco de carinho, falo com ela. Eu não brinco com essas pessoas muito séria. Passo a me comportar assim: pessoa legal na frente dela, para ter o meu próprio respeito ao lado dela.

Fiel

Eu reajo, assim, chegando de mansinho, começando a conversar, até que aquela pessoa passe aquele horário. (...) então, depois que a pessoa passa aquele horário daquela agressão, nós no sentamos ali ..., começo a conversar com ele...

Afetuoso

Reagi, eu reajo, numa maneira de carinho. Se eu puder me aproximar dele um pouco, eu me aproximo com boas palavras. Às vezes ele está até agressivo, eu, por intermédio de eu chegar, assim, perto dele, eu começo a conversar, com diálogo, mais ou menos e às vezes ele até se tranqüiliza, fica mais calmo.

Autêntico

Bem, eu reajo assim: se for louco que eu puder dá a mão, puder dá um conselho e puder fazer, assim, com que uma pessoa que são bons não bulam com ele. Eu acho melhor reagir assim, de uma maneira de tratar ele como se seja uma pessoa que tenha juízo normal. (...)

Justo

A gente tem que se controlar o máximo possível pra ter calma. Porque ninguém pode ferir, pode agredir,

porque, finalmente, ele é agressivo e está desequilibrado. Ele é um louco, mas, eu, ou outro qualquer, deve respeitar como ele é; deve considerar como ele é. Podemos acatar o máximo possível, ou de qualquer maneira, tomar providência que não seja prejudicial e, sim, que seja bom para saúde do mesmo.

Solidário

Na verdade, eu fico pasmo! Porque são pessoas que, geralmente, precisam de apoio e muitas pessoas não fazem isso. A gente vive no mundo que todo mundo não quer ajudar ninguém.

Sincero

Eu reajo com carinho, afeto e amor.

Dedicado

A riqueza e a diversidade das informações observadas sobre a aceitação da pessoa louca pelos líderes da comunidade, a partir do senso comum, revelam o envolvimento emocional que têm com seu grupo social.

A solidariedade aparece de modo espontâneo, parecendo não ter origem somente no fato de ser o louco uma pessoa do seu próprio convívio, mas, também, por ser essa uma condição que não está muito longe de todos os que habitam o mesmo espaço. A condição de sanidade mostra-se, desse modo, como uma tênue teia que pode se desintegrar a qualquer tempo.

Dentre os pressupostos para um relacionamento efetivo está o oferecimento de apoio, que pode ser manifestado de várias maneiras: quando ficamos ao lado da pessoa enferma/sadia, atendendo às suas necessidades expressas verbalmente ou não; quando oferecemos segurança e até quando paramos para ouvi-la (SILVA & FRANCO, 1996).

De acordo com a Conferência Nacional de Saúde Mental (1987), a doença mental, na atualidade, pode ser compreendida, também, como resultante do processo de aviltamento e exclusão social de significativos setores da população.

Esse caráter de aceitação e afetividade positiva pode resultar de uma transformação real do autoconceito de loucura na sociedade contemporânea.

A legislação federal Lei n.º 3.268 de 1994 reforça a aceitação do doente na comunidade, conforme princípio 3 – VIDA EM COMUNIDADE:

*Toda pessoa acometida de transtorno mental deverá ter o direito de viver e trabalhar, tanto quanto possível, na comunidade.*

Na representação social dos sujeitos estudados, identifica-se uma reação positiva ao louco. Embora com medo, procuram intervir de modo acolhedor e afetivo, mostrando uma mudança de postura favorável à reinserção do doente à comunidade a que pertence.

Essa percepção vai de encontro ao próprio conceito que têm da loucura, estando a periculosidade presente em muitas das falas, associando-a, fortemente, à descrição desse fenômeno.

#### **- Desconfiança e Medo**

O conteúdo encontrado nas falas seguintes revela desconfiança e o medo na identificação da pessoa louca. Parece ser bastante intensa a correlação que os sujeitos fazem entre ambas. Pode-se perceber que as representações elaboradas relacionam-se com a desconfiança, medo, evidenciado pela noção de periculosidade que a sociedade atribui - **não devem confiar no louco; tenho um pouco de medo**

do louco; tenho que manter a calma; se não entrar no jogo dele, ou eu danço, ou ele dança.

**A pessoa tem que manter a calma, porque se você for discutir com o louco, você é mais louco que ele.**

Verdadeiro

**Bom, se for uma pessoa conhecida eu falo. (...) Mas, se for desconhecido, eu passo fora. Porque a gente não deve confiar no louco.**

Protetor

**A gente não enfrenta uma pessoa louca. Eu tenho que entrar na maneira dele; se eu não entrar no jogo dele, ou eu danço, ou ele dança.**

Amigo

**Com sinceridade! Eu tenho um pouco de medo de louco. Porque ele não sabe o que faz; e o que ele faz fica feito e não tem quem desmanche.**

Leal

A transformação do conceito de loucura implica um trabalho que evidencie e valorize a pessoa, tornando, progressivamente, esvaziado de significado atributo de periculosidade.

A relação da periculosidade não é com a doença, mas com a pessoa que sofre. Não é possível trabalhar com base em critérios pré-definidos, generalizadores e igualmente válidos para todos, ou para a mesma pessoa em situações diversas.

Para BARROS (1994), periculosidade não é uma categoria abstrata, que diz respeito apenas ao indivíduo, devendo ser lida no interior de interações do doente com as instituições e o contexto social.

A periculosidade é tida, ainda nos dias atuais, como pedra basilar do trabalho psiquiátrico.

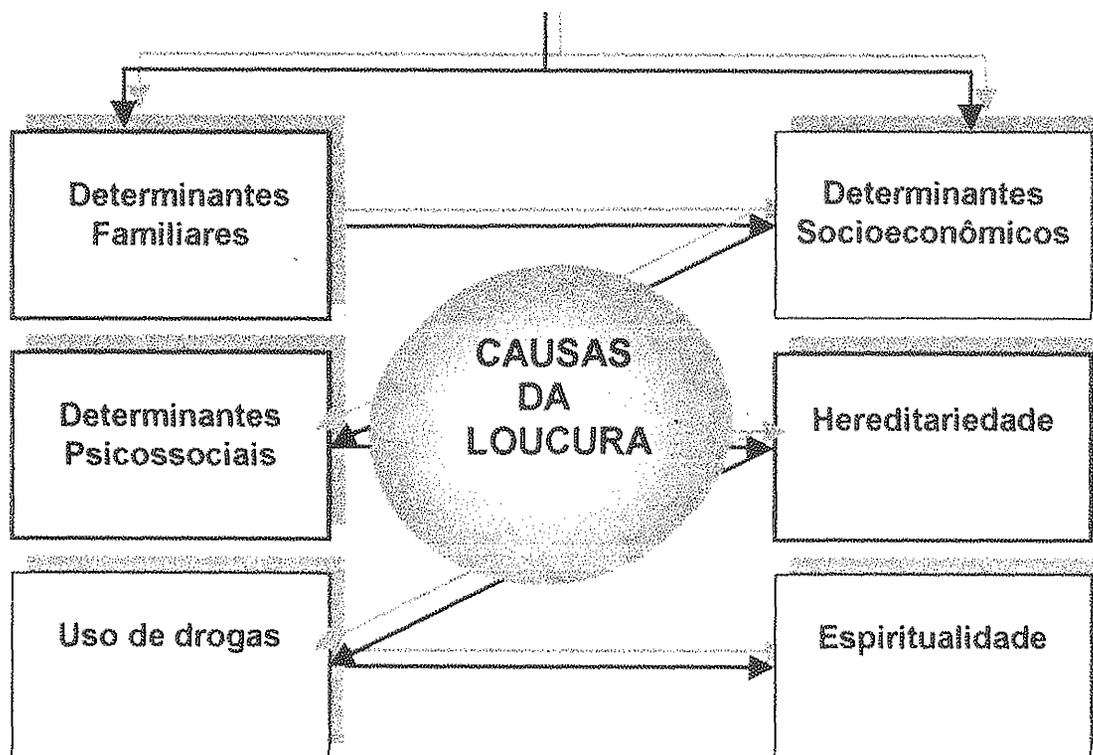
## 5.5 Causas da Loucura

As causas referidas nas entrevistas como originadas de condições inerentes ao próprio sujeito abrangem, desde a hereditariedade, a uma diversidade de determinantes sociais, políticos e culturais. Esses determinantes fazem parte de um todo inseparável, no qual é por vezes difícil delimitar a área de influência de cada um deles e o grau de interferência de uns sobre os outros. Suas explicações são diversas e trafegam entre o social, o biológico, o comportamental, o emocional e o sobrenatural, refletindo sempre seu cotidiano.

Cada sujeito elaborou sua teoria sobre as causas da loucura, com características próprias, ou seja, cada um tem uma teoria com sentido próprio, resultante das experiências vividas. Porém, há convergências de que conviver no mundo da loucura é viver no sombreamento do terreno dos excluídos, vítimas de prejuízos e privações.

As representações sociais dos líderes comunitários foram classificadas tendo por base alguns determinantes, que serão trabalhados separadamente e apresentado no diagrama a seguir.

DIAGRAMA 4. CAUSAS DA LOUCURA



#### – Determinantes Familiares

Um aspecto que se sobressai nas representações sobre condições familiares relacionadas ao adoecimento psíquico é que os líderes comunitários têm concepções diferentes sobre esse tema como problemas intra e interpessoais no lar, sofrimento de um ente querido, sentir-se abandonado pela família e desprezo.

As falas corroboram esse pensar:

**Preocupação, o dia-a-dia, casamento mal resolvido, problema de filho, tudo isso leva a loucura.**

Amigo

... o que causa loucura é maus trato de marido, maus tratos de família, no emprego e, às vezes, até dos próprios pais.

Justo

... são, às vezes problemas familiares, são problemas que vem de dentro de casa, começa dentro de casa.

Sincero

.... acho o desprezo de uma parte da família, que não quer aceitar aquilo com realidade.

Dedicado

As condições familiares são apontadas pelos líderes como determinantes do processo de adoecimento. De fato, a complexidade das relações familiares pode ser geradora de muitos conflitos, que, muitas vezes, findam por se externar como reações doentias.

A influência da família na vida de seus membros é ressaltada por COLETA et al (1998:320), quando dizem que

*(...) a família transmite não só os padrões da sociedade em geral, mas os modelos interpretados em função da classe social, da crença religiosa, das diferentes subculturas as quais pertence.*

#### - Determinantes socioeconômicos

A dimensão socioeconômica, presente no discurso dos sujeitos pesquisados, revela-se através da associação entre doença mental e condições de

vida, representada pela falta de emprego e precárias condições de sobrevivência (fome, miséria), como aparece nas falas abaixo:

Hoje em dia é a razão social; é a falta de emprego (...) É quando você perde o emprego e você não tem como começar. Você começa a desesperar e não tem aquela fé em Deus, e começa a roubar e a matar.

Acolhedor

O que causa a loucura é preocupação. Às vezes, um pai de família dispara e casa muito jovem, e dispara aquele negócio; vem filho, depois aquela dificuldade de situação de vida, prega no juízo e vai pensando até matar alguém...

Afetuoso

A loucura vem de muitas coisas: vem do nascimento; outra vem por motivo de preocupação, dificuldade da vida, tem vontade de vencer uma coisa, conseguir um objeto; não tem uma vida melhor, não tem como conseguir e aquilo vai entoando. Eu creio que isso daí pode se tornar uma loucura.

Autêntico

Tem muita coisa, mas, a primeira coisa que eu acho que causa a loucura é o desemprego, a fome, a miséria, a doença, a família, o sofrimento. (...) Aqui no Edson Queiroz é só o que tem e eu acho que não vai ficar por aí não. Vai ter mais louco no nosso bairro.

Leal

O significado que o trabalho assume para cada indivíduo difere profundamente, conforme o desejo investido e o aprofundamento da relação estabelecida com a ocupação que exerce.

Para os líderes comunitários, o emprego garante a subsistência e o atendimento de necessidades consideradas essenciais à vida e à saúde, em particular, a mental. A falta da ocupação remunerada representa o afastamento forçado da vida laboral, significando perda e desequilíbrio.

O desemprego, para os líderes comunitários, se reporta, essencialmente, à perda do meio de subsistência, uma perda tanto mais aguda quanto maiores o nível de pobreza e as responsabilidades perante a família.

Para SILVA (1994), o desemprego prolongado pode originar, ao mesmo tempo, reações patológicas e transformações na identidade social. A ruptura do projeto de vida assume papel marcante nesses processos.

Sendo assim, o desemprego faz saber ao indivíduo, sem palavras, silenciosamente, o vazio e a falta de opções, significando perder a base que sustenta sua identidade como ser humano, principalmente em uma sociedade capitalista.

#### - **Determinantes Psicossociais**

As vivências traumáticas causadas por estressores sugeriram a influência desses acontecimentos na construção das representações sociais.

É importante salientar que as representações atribuídas pelas lideranças comunitárias à causalidade da loucura são dimensionadas a partir de suas vivências, como **desespero, desgosto, ansiedade, desprezo pela vida e conflitos intrapsíquicos.**

O abandono da família, desprezo da comunidade, do povo. Alguma coisa que aconteceu na vida dela, que não superou e aquilo foi martirizando e chegou até o ponto.

Fiel

... uma pessoa que se impressiona com qualquer coisa, uma coisa muito grande que passa na vida dele, ele se impressiona. Eu acho que é isso.

Protetor

Muitas vezes um caso que acontece na vida e que ele nunca aceita, como ninguém pode aceitar, às vezes, leva ao desespero e se perde emocionalmente, perde todo o seu controle e termina ficando com aquele desgosto, aquela ansiedade e pode causar também o sistema de loucura.

Solidário

A insistência dos profissionais de saúde sobre um modelo conceitual de corpo-mente-espírito da natureza humana é resultado da preocupação com as dimensões morais, éticas e espirituais da personalidade e o desenvolvimento do caráter. Os profissionais que dão assistência holística acreditam que cada pessoa possui um espírito que coexiste com o corpo físico, que pode ser considerado como sinal de vida que energiza o corpo (POTTER & PERRY, 1996).

Os líderes falam sobre as perdas existenciais, frustrações não aceitas, como causas da loucura. Outras faltas psicossociais são mencionadas, denunciando a exposição de riscos e agravos da ordem social, da saúde, que não é garantida por políticas públicas adequadas e proteção à saúde mental da comunidade.

## – Hereditariedade

Em relação ao modo como os sujeitos entrevistados percebem o estado de adoecimento psíquico, é possível compreender que tentaram explicar através de esquemas figurativos de **referência hereditária**, fazendo alusão a um **mal de nascença** ou que foi **herdado dos pais**, como mostram as falas.

**... tem muitos loucos que é hereditário, a doença nos dias de hoje, tem muito négo que quando endoia a senhora vê no noticiário, nos jornais há gente se suicidando, gente matando família.**

Verdadeiro

**Eu acho que a loucura vem já dos pais.**

Protetor

**A loucura vem de muitas coisas: vem do nascimento.**

Autêntico

Há séculos, o caráter hereditário e familiar das doenças mentais chamou a atenção dos observadores. É verdade, com efeito, que as *perturbações mentais* manifestam, com grande freqüência, uma predisposição constitucional relacionada com o temperamento do indivíduo, predisposição que parece herdada de seus pais (EY HENRI & BERNARD et al, 1981).

Mesmo fazendo referência à hereditariedade, os sujeitos da pesquisa associam, também, outros determinantes do processo saúde-doença mental.

## - Uso de Drogas

Além disso, na comunidade onde os líderes comunitários atuam, a droga é vista como determinante causador da loucura, enfatizando que **leva a pessoa a desequilibrar e a ter reações violentas contra a própria família.**

Daí, os líderes comunitários relacionaram que a droga pode levar a respostas violentas e desequilibradas, levando à loucura.

**Eu acho que uma pessoa que usa tóxico, mata a família todinha, uma pessoa dessa é louca.**

Verdadeiro

**Bom, eu não estou bem certo, mas, eu de uma parte, eu reconheço que a droga leva muito a pessoa desequilibrar. Que dizer, a droga é uma das coisas que desequilibra muito.**

Solidário

GARCIA (1994) ressalta que o consumo de drogas deve ser interpretado como comunicação de angústia primitivas que agora afloram, relativas a conflitos em relação ao amor aos pais e à própria segurança. Os momentos de solidão podem ser encarados como sofrimento da falta de aproximação familiar, desenvolvendo símbolos, linguagem e comportamentos que expressam a necessidade de atenção e carinho dos membros familiares.

## – Espiritualidade

As explicações místicas dos entrevistados atribuíram o surgimento do adoecimento psíquico a influências espirituais que funcionam para explicar a origem da doença. Dessa forma, a espiritualidade é vista como conhecimentos já sedimentados na cultura e expressos na fé em Deus, depende da fé em Deus que temos, orar para Deus.

... é obrigado a orar para Deus e pedir a Deus que não venha um pensamento ruim, como matar alguém...

Afetuosos

... se eu não tivesse tanta fé em Deus, e não tivesse me apegado com as coisas da igreja. (...) Eu tenho certeza, que hoje, talvez fosse uma louca igual a ...

Justo

... pra tudo tem solução, depende da fé que nós crê em Deus .

Dedicado

A saúde espiritual pode ser considerada como uma consciência e abertura para um ser supremo; sua presença em cada indivíduo é no mundo. A resposta a esse ser supremo é a fé ou um sentimento de crenças (POTTER & PERRY, 1996).

Sendo assim, a dimensão espiritual é valorizada pelos líderes comunitários como causa da loucura. Ressalto a percepção da espiritualidade como sistema de crença manifestada.

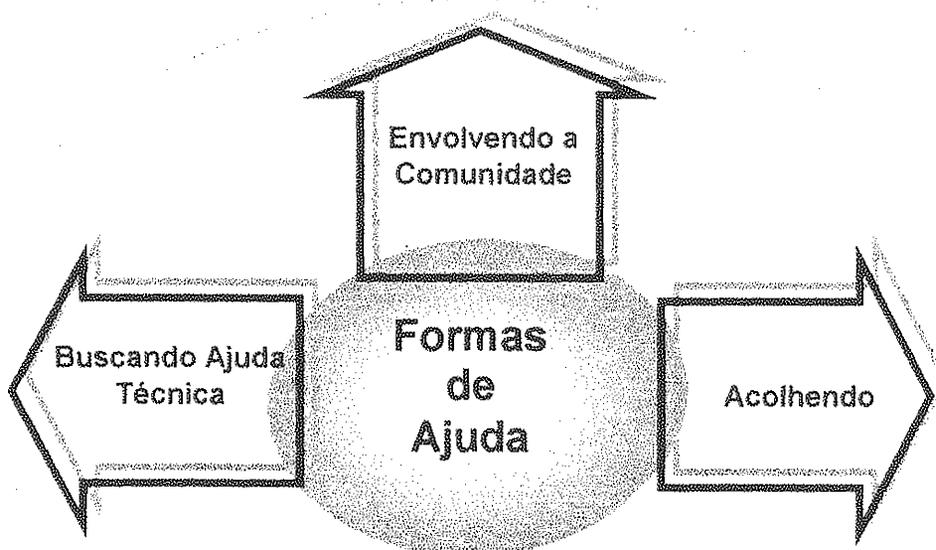
Outros autores lembram que, em muitas crenças, a doença é vista como parte de um plano divino para testar a fé do indivíduo em um ser supremo, ou tomá-lo como exemplo de paciência ou resignação. Desse modo, pode se achar um significado para o sofrimento. A função do profissional, dentro desse quadro, não é simplesmente fazer com que as pessoas fiquem boas ou evitem doenças, mas, ajudá-las a ser saudáveis ou doentes, a usar a força existente dentro de si, à medida que se desenvolvem em direção a níveis maiores de consciência. Explicar juntamente ao doente o que é simbólico e o que lhe oferece apoio espiritual, fornecer os recursos espirituais que precisem e sugerir opções ou partilhar crenças, sem impor valores, são maneiras de ajudar a encontrar significado para o sofrimento.

A busca de ajuda no espiritual, no divino, muitas vezes, pode se mostrar como o único apoio do qual pode lançar mão, tal a condição de desassistência a que são lançadas as pessoas de níveis sociais mais baixos. O abandono a que são submetidas conduz essas pessoas a buscar saída no místico, na resignação, na fé de que dias melhores virão, se *Deus* assim o permitir.

## 5.6 Formas de Ajuda dos Líderes Comunitários às Pessoas Loucas

As representações dos líderes em relação à forma de ajuda às pessoas em adoecimento psíquico são figuradas por meio de opções que envolvem o próprio líder, a comunidade e técnicos, em apoio à pessoa em sofrimento. O diagrama a seguir demonstra essa representação.

**DIAGRAMA 5. FORMAS DE AJUDA DOS LÍDERES COMUNITÁRIOS ÀS PESSOAS LOUCAS**



### – Envolvendo a comunidade

Ajudar envolvendo a comunidade significa dar as mãos uns aos outros, trabalhar com o social, junto com a comunidade e a sociedade, através do diálogo e da conscientização.

Os relatos são unânimes em afirmar que a Comunidade, com os recursos institucionais e humanos, pode somar esforços no sentido de prevenir, curar e reabilitar os seus doentes.

**... a alguém que vier ajudando, eu também dou as mãos, e nós liga, e faz aquela corrente e vamos aconselhar a alguém que tiver pensando errado ...**

Afetuosos

**... a gente poderia ajudar, não só eu, como a comunidade em peso. Eu acho que era a gente se reunir e dar as mãos uns aos outros.**

Autêntico

**Bem, a gente poderia ajudar a esse tipo de louco se a gente tivesse, assim, um lugar que a gente botasse ele, e nós, como sociedade, a gente trabalhar com o social e trabalhar com esse que são mental e ter um lugar para botar ele para a gente conversar com ele, dá um apoio. Porque muitos loucos vivem aí na rua da amargura, passando fome, sendo espancado, sendo apedrejado, pessoas correndo atrás, gente bom correndo atrás do louco. Eu acho que é uma tristeza para nossa sociedade.**

Justo

BARRETO (1997), refere que o desenvolvimento de uma ação comunitária eficiente exige mais do que boa vontade. Temos que ter competência e levar em conta a experiência adquirida por outras pessoas ao longo dos anos. Desta forma, ganharemos muito tempo e enriqueceremos muito nossas ações.

A participação da comunidade serve como catalisador para novos esforços. O construir juntos provoca uma dinâmica comunitária e uma vontade de superar as dificuldades. Tudo torna-se mais fácil, quando se descobre que o agir juntos revitaliza a vida em comunidade.

Fala-se muito em participação. Toda atividade comunitária não pode mais ser concebida sem a participação de todos. Ela tornou-se o elemento fundamental de toda ação comunitária. Todas as pessoas devem participar das decisões, do que deve ser feito e da maneira de se fazer e contribuir ativamente na realização das atividades.

#### - **Buscando ajuda técnica**

Os sujeitos apontam a necessidade de buscar apoio em pessoas ou instituições especializadas, com a finalidade de melhorar a qualidade da atenção à saúde mental. Esse apoio tem referência com o **saber científico e tratamento em instituições especializadas.**

**... é ajudar nesse sentido, conversando. Porque uma pessoa louca dá para se conversar; a pessoa sabendo conversar, dá para conversar e orientar, levando até um órgão desse, um órgão responsável pra cuidar realmente de loucos.**

Sincero

**Se eu pudesse levar essa pessoa ao hospital para ter uma consulta, para tomar um remédio eu faria.**

Protetor

**(...) Pessoas com conhecimento que saiba o modo de trabalhar eles, médicos, porque são eles que podem passar o medicamento com que essas pessoas vivam junto com a família, porque tem muitos que vivem abandonados, porque a família não resiste e porque não uma pessoa que acompanhe o tratamento deles.**

Autêntico

**A gente poderia fazer o máximo possível para que, junto com a própria comunidade, com a própria sociedade, ter um certo controle para que possa levar aquelas pessoas a um hospital, a um tratamento que seja adequado ao mesmo.**

Solidário

Os líderes comunitários buscam o apoio na equipe multiprofissional de saúde para facilitar não somente a sua interação com o louco, como também, ensinar a integração deste à sociedade.

Atualmente, os profissionais são identificados como aliados ao movimento da reforma e, neste sentido, contribuem para as mudanças.

Uma das formas pelas quais os profissionais atuam nesse papel de agente de mudança é intensificando práticas relacionadas às mudanças de comportamento dos loucos para que eles tenham uma vida saudável (VASCONCELOS, 1994).

#### **– Acolhendo**

Acolher representa para os líderes **unir as mãos, mobilizar e dar a mão amiga, conscientização do povo, ajudar com palavras e não rejeitar, através do diálogo, da escuta e da amizade.** Essas associações nos lembram o olhar para o outro, compartilhado, promovendo ações em que busquem a cooperação conjunta.

**Eu poderia ajudar conversando e dando apoio moral.**

Acolhedor

**... com um pouco de apoio de algumas pessoas, eu acho que entraria nesta luta para ajudar essas**

peças, para dar força, harmonia. O que depender de mim, tô à disposição.

Fiel

Eu acho que, com a ajuda de Deus, dando aquela palavra de conforto.

Verdadeiro

Conversando. ... a gente tem que conversar; tem que tentar resolver. Eu sou o tipo da pessoa que eu posso estar cheio de problemas, o meu eu posso não resolver, mas, o dos outros, eu resolvo.

Amigo

... um diálogo, uma conversa franca, uma amizade, ele saber que eu gosto dele, ter amigos... Eu acho que isso seria importante.

Leal

(...) Se cada um tiver o bom senso de chegar na casa de uma pessoa e falar que ele vai ter de se levantar, não vai ficar assim, ele não vai ficar.

Dedicado

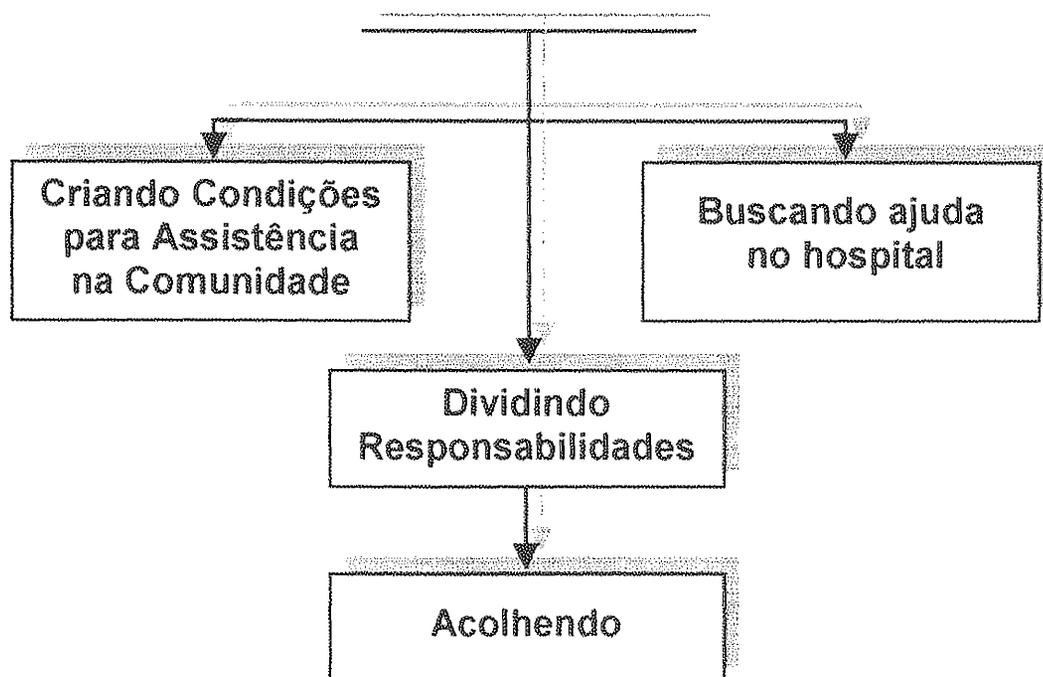
Os líderes comunitários reconhecem que o louco nunca sentiu tanto a carência de relações humanas e a negligência em relação às pessoas.

O ser humano tem necessidade dos outros para se assegurar que existe, para se estimar. Para se conhecer, tem necessidade de ser conhecido, reconhecido, isto é, amado tal qual é, não pode evoluir, amadurecer, mudar, senão na medida em que se sente aceito pelo outro.

## 5.7 Formas de Ajuda da Comunidade às Pessoas Loucas

A ajuda que a comunidade poderia dar às pessoas loucas é percebida pelos líderes comunitários sobre vários aspectos, entre os quais constam não só a intervenção direta da comunidade junto ao doente como ações que visem à criação de estrutura apropriada e melhoria das condições locais, cobrando a participação do Estado.

**DIAGRAMA 6. FORMAS DE AJUDA DA COMUNIDADE ÀS PESSOAS LOUCAS**



### – Criando condições para assistência na comunidade

O espaço a ser construído na comunidade é percebido como uma abertura para o novo modelo de assistência psiquiátrica na comunidade, em que prevaleça a humanização. Essas idéias indicam a necessidade de se criar

condições físicas e profissionais, para assistir adequadamente as pessoas na própria Comunidade. Vejamos o que dizem:

Os líderes comunitários, principalmente, poderiam ajudar, procurar uma casa, um apoio para adotar essas pessoas. Porque aqui no nosso bairro, tem até uma quantidadezinha de pessoas com esse problema.

Fiel

A comunidade ajudaria, assim, dando as mãos uns aos outros e pedindo este ponto de apoio a quem pudesse dar.

Autêntico

A comunidade poderia ajudar essas pessoas se tivesse, assim, uma sala que desse apoio a essas pessoas, ao menos três vezes por semana. Já seria uma grande ajuda, se tivesse um lugar prá eles ter um lazer, para ter uma conversa, ter uma mão amiga, ter com que se divertir. E aquele momento que ele passava com a gente, já era tempo dele ir se esquecendo da loucura.

Justo

A comunidade poderia ajudar na conscientização, trazendo pessoas competentes; Já que não pode levar o louco até um órgão competente, traga essas pessoas competentes pra cá, para a comunidade, para conversar, para dialogar, para tentar resolver esses problemas.

Sincero

Os líderes reconhecem a existência de uma problemática, refletida na demanda de pessoas que precisam de ajuda em seu sofrimento mental e a necessidade de se assistir essas pessoas na própria comunidade. Têm consciência, também, da inexistência de condições para que esse trabalho seja realizado.

Com estas idéias, os líderes comunitários já vislumbram possibilidades de dispor de estruturas assistências substitutivas ao hospital psiquiátrico convencional.

O movimento de reforma psiquiátrica traz, no seu contexto, crítica ao modelo clássico da Psiquiatria, às condições de trabalho e à assistência prestada aos doentes mentais. Aponta para o novo modelo, conforme ressalta AMARANTE (1992.105):

*(...)preventivo/comunitário considerado tecnicamente e socialmente mais humano, pois procura inverter as ordens de prioridades de recursos assistências, aproximando-os mais rigorosamente das demandas específicas da população.*

Este novo modelo significa, segundo ROTELLI & AMARANTE (1992.52), mudanças da *doença mental para existência-sofrimento*, reorientando o objetivo da psiquiatria da *cura para produção de vida, de sociabilidade, de subjetividade*. A terapia deixa de ser entendida como perseguição da *solução-cura* para ser um conjunto complexo e, também, cotidiano e elementar de estratégias indiretas e mediatas que enfrentam o problema em questão através de um percurso sobre os modos de ser do próprio tratamento.

#### – **Buscando ajuda no hospital**

Nos relatos ouvidos, surgiram diferentes teorizações sobre a hospitalização psiquiátrica, mas, há uma convergência de que o território manicomial não é só espaço de exclusão, segregação, perda de liberdade, mas, possibilidade

de uma assistência psiquiátrica voltada para o tratamento, principalmente, através da "medicalização".

... O que está faltando é a comunidade unir as mãos, levar a pessoa que tem competência de chegar num hospital e conversar sério e convidar a família.

Afetoso

... Eu acharia que muitas vezes, eu digo que as pessoas devia pegar a J... e levar ao hospital pra ela ter uma medicação, para vê se ela ficava melhor; e também um canto pra ela morar.

Protetor

Então, o povo, a comunidade deveria ajudar conversando, enviando ao médico. Em vez de tá criticando, chamar uma psicóloga, um psiquiatra e, em seguida, chamar uma ambulância, botar na ambulância e levar para o hospital. Essa é que era a ajuda da comunidade.

Amigo

... Quando um desequilibrado anda pelo meio da rua, tem que ter uma pessoa para poder acolher e levar ao hospital.

Solidário

À medida que o manicômio vai sendo desativado, vão também sendo construídas estruturas assistenciais, como os CAPS, NAPS, Pensões Protegidas e outros, onde todas as funções básicas de um serviço assistencial psiquiátrico podem ser cumpridas. Assim, o espaço do ex-hospital psiquiátrico, o mesmo espaço que fora destinado à exclusão dos doentes mentais, é mantido agora com o objetivo de abrigar estas iniciativas. O espaço da objetivação torna-se *locus* de produção de

novas subjetividades, de sociabilidade, de produção de novos sujeitos de direito e de vida.

Segundo AMARANTE(1996), no curso de muitos anos, o doente mental foi e ainda é aquele a quem se pode oprimir brutalmente: um cidadão privado de seus direitos.

Entretanto, oprimir é uma atitude social antiga. As abordagens, as técnicas sofreram modificações com o tempo, mesmo na estrutura asilar tradicional. Nessa perspectiva, os líderes comunitários vêem a hospitalização mais como um apoio ao paciente, não mais a segregação.

Outro determinante que reforça a importância atribuída pelos líderes ao hospital psiquiátrico repousa no fato de que a assistência em estruturas extra-hospitalares ainda é uma prática restrita ao Município de Fortaleza. A reforma psiquiátrica em andamento avança a passos lentos, debatendo-se com segmentos da sociedade que vêem seus interesses (muitas vezes, mesquinhos) ameaçados com a criação de uma rede de atenção em saúde mental.

Para transformar esta realidade, é necessário sair do território exclusivamente psiquiátrico e construir na comunidade as condições para que ela, como espaço real da vida humana, participe das soluções.

#### – **Dividindo responsabilidade**

Como se percebe, a representação de um dado objeto não é uniforme, levando as marcas do sujeito e das relações que vão constituindo, no tempo e espaço. Isso é detectado no momento em que os líderes comunitários definem que a responsabilidade de ajudar as pessoas doentes deverá ser compartilhada entre

familiares, líderes e governantes. A estes últimos compete criar condições para melhorar a **qualidade de vida**, incluindo-se **emprego e serviços especializados**.

Hoje nós, o pessoal, joga muita culpa no governo. Mas, eu acho, que nós precisamos, cada qual, fazer a sua parte: os líderes comunitários fazer a sua parte e o governo fazer a sua parte, os vereadores. Todo mundo fazer um pouquinho, não jogar culpa no eu, na senhora. Cada qual fazer a sua parte. Aí nós estaria colaborando com a sociedade.

Acolhedor

... a comunidade poderia ajudar a essas famílias, essas pessoas, com palavras. Mas, eu acho que a responsabilidade maior está nos nossos governantes. Porque ajudando a dá emprego a essas pessoas, ajudando com aquele trabalho de psicologia para saber. (...) Porque nós estamos aí. Nós estamos precisando de ação... para ajudar essas famílias.

Verdadeiro

Nestas falas, está implícita a noção de loucura, associada a determinantes como condições de vida, nas quais os pesquisados apreendem a extensão do conceito de saúde, indo além da ausência de doença, para se configurar, também, como condições materiais de existência.

Os grupos sociais mais organizados e menos alienados passam a entender, e a cobrar, a responsabilidade do Estado para com o cidadão, não se excluindo de contribuir para melhorar as condições existentes.

## - Acolhendo

O acolhimento aparece, na fala dos entrevistados, como uma das formas de a Comunidade ajudar a pessoa em sofrimento mental. A ajuda viria através da mobilização das pessoas para procurar conversar, transmitir confiança e procurar solução para o doente.

... sofrimento é só que tem em nosso bairro. Mas, quem sabe, se a gente poderia juntar um grupo de pessoas, voluntários, ir de casa em casa, conversar com esse pessoal louco e transmitir neles confiança.

Leal

... o que ela deve fazer nessa hora, é se mobilizar e dá a mão amiga, juntar e chegar, fazer uma pesquisa, como a senhora; entrar na casa de cada um e procurar a solução para ele.

Dedicado

Para os líderes, apesar de a Comunidade ter muitos problemas, é possível viabilizar formas de ajuda, estratégias de intervenção junto ao louco.

O envolvimento da Comunidade, entendida pelas lideranças como possibilidade, poderá indicar que já há uma mudança de atitude frente à loucura e suas manifestações. Nessa perspectiva, vislumbra-se a existência de condições propícias para o desenvolvimento de um trabalho junto ao grupo, com o intuito de prepará-los melhor para lidar com essas pessoas.

A reversão do atual modelo de atenção psiquiátrica só se efetivará a partir de uma decisão política, creditada a todos: pacientes, famílias, trabalhadores de

saúde mental e sociedade em geral. Caso contrário, trabalharemos de forma estéril na consolidação do proposto.

Para VENÂNCIO (1994), a idéia de manter o doente mental vinculado à sociedade deve vir acompanhada de recursos alternativos da comunidade, que garantam a intermediação da reinserção social do doente mental, visando ao seu tratamento sem, necessariamente, ter de interná-lo.

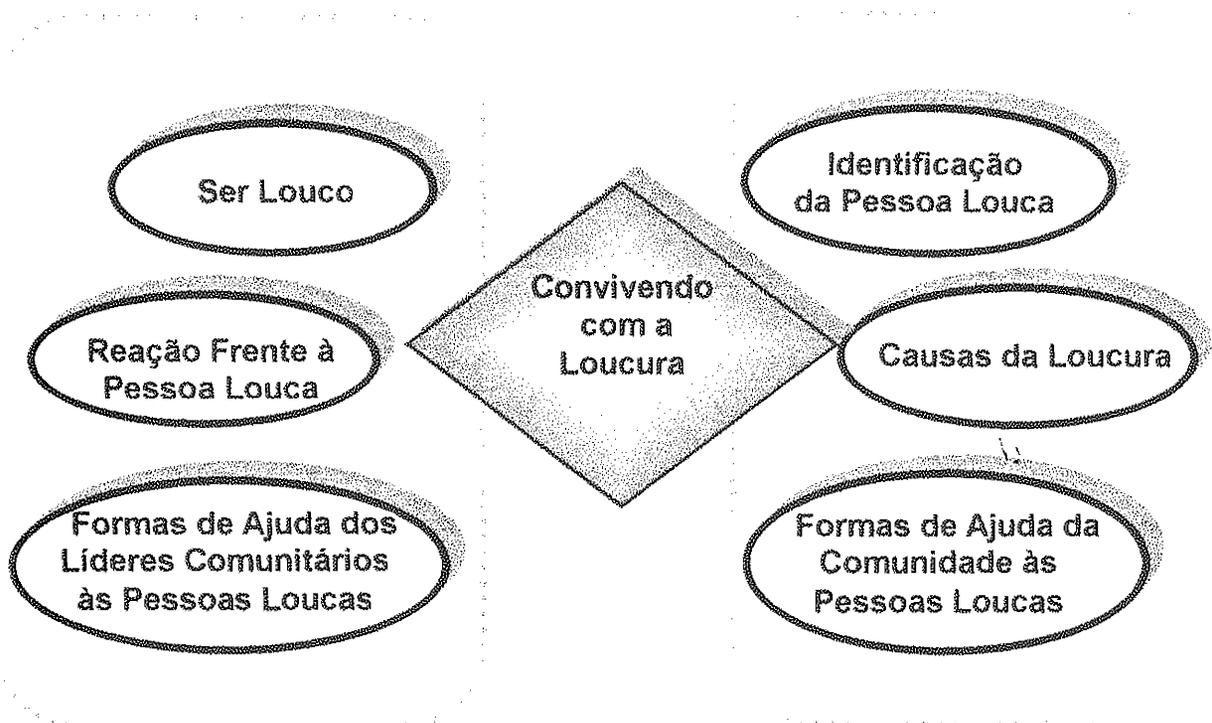
Lembro que a legislação de outrora era direcionada para a institucionalização do doente mental, com o objetivo de tratá-lo, ainda que às custas do seu isolamento e privação de sua cidadania. Atualmente, a legislação vem reforçando a desinstitucionalização, com o argumento de tratar o doente mental, só que, agora, em sentido inverso: na comunidade, como cidadão, devendo ser inserido na comunidade e esta estar preparada para aceitar de volta aquele a quem rechaçou no passado.

## 6 - A LOUCURA E SUA REDE DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS - PALAVRAS FINAIS

*Este é um discurso aberto às contradições, contradições que não sei resolver, porque como homem, deveria castrar-me, como médico deveria entregar o diploma, mas é como homem que digo: 'quero viver essa contradição porque a minha liberdade só se faz aceitando a contestação do doente, aceitando a contestação da mulher, aceitando a contestação da criança e, sobretudo, encontrar agentes revolucionários que desejam mudar e com os quais se possa, verdadeiramente mudar nossa existência. E, mudar a existência significa mudar o manicômio, mudar a família e mudar as instituições.*

Franco Basaglia

**DIAGRAMA 7. A LOUCURA E SUA REDE DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS - PALAVRAS FINAIS**



Nesse estudo, a fala dos sujeitos muito me impressionaram e me impregnaram. Possibilitaram, ainda, apreender a *dramática* vivida por eles, cada um em particular, no decorrer de sua existência. Tive o objetivo de captar as idéias que os líderes desenvolveram, através de suas experiências dentro do contexto social.

A síntese do estudo evidencia que a concepção que os líderes comunitários têm de loucura é ainda nebulosa e de explicação difícil, pertencendo à ordem do desconhecido. Para MOSCOVICI (1989), tudo que é desconhecido motiva as pessoas a criarem representações sociais.

Constato que a loucura, para os líderes comunitários, está vinculada a uma concepção de estranheza, por ser um fenômeno no qual não se tem uma compreensão plena ou domínio. Ser louco para eles é representado pela idéia de *não ter a mente perfeita; perder o sentido da vida; perturbar o ambiente e não ter fé em Deus*. O modo como percebem a pessoa louca pode fazer parte de uma estratégia para se protegerem de algo que parece ameaçador, perigoso.

Sendo assim, o meio social dita as normas e as condutas que cada indivíduo possui internalizadas e orienta quanto ao modo adequado de comportar-se frente às situações. Quando o indivíduo age fora dos padrões estabelecidos, como diferente, surge a necessidade de explicar tais manifestações.

Assim sendo, os conhecimentos científicos são conectados às noções que os indivíduos têm em torno do comportamento diferente, ancorando no conhecimento do senso comum. Dessa forma, o conceito de loucura é inserido nos conceitos pré-existentes, enraizando-se socialmente.

Observo que as teorias elaboradas pelos líderes comunitários, ao longo das trajetórias vividas, assumem a idéia de que as pessoas loucas são

identificadas por manifestações de *comportamento agressivo; comportamento infantil e diferente; dificuldade de comunicação*. Percebidas assim, findam representando riscos à integridade, tanto das pessoas que as apresentam, como das que as rodeiam.

Considerando as maneiras como os líderes comunitários reagem diante do louco, concluo pela existência de uma ambigüidade, representada por uma resposta positiva de aceitação, de acolhimento e respeito, ou através de sentimentos de desconfiança e medo.

Para romper esta dicotomia, é necessário que os líderes comunitários permitam-se uma aproximação com o louco, sem medo, que possibilitem um avançar na busca da transformação no modo de perceber e lidar com essas pessoas. Essa mudança de postura dará oportunidade para uma nova forma de viver, quando o doente mental deve ser respeitado e acolhido como pessoa integral, permanecendo em seu contexto histórico, psicossocial e cultural.

Esse espaço social modificado poderá ser favorável ao resgate dos percursos que se fizeram confusos ou perdidos, ao longo da existência e da permanência num sistema alienador, como é o hospital psiquiátrico convencional.

Concordo com a afirmação de ROTELLI (1990), quando diz ser o hospital psiquiátrico o local zero de trocas. Porém, os líderes referiram que lá buscam, apenas, a "**medicalização**".

A Lei 3.657 de 1989, do deputado Paulo Delgado afirma que

*a desospitalização é um processo irreversível, o que vem demonstrando ser o manicômio plenamente substituível por serviços alternativos mais humanos, menos estigmatizantes, menos violentos e mais terapêuticos.*

Embora ainda em número limitado em Fortaleza, os novos serviços são ligados à rede estadual de saúde, constituídos como Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Esses envolvem um trabalho comunitário, humanizado e reintegrador do louco ao seu contexto social, trazendo uma nova significação individual e social para essas pessoas.

Os novos serviços demonstram que, mais do que o desmantelamento do macro-hospital, é preciso criar mecanismos de desmontagem de crenças, valores, práticas e saberes que têm perpetuado a brutalidade deste modelo de exclusão.

Os líderes comunitários trouxeram concepções etiológicas sobre a loucura de várias naturezas, tendo sido elaborada uma teoria psicopatológica, ou seja, as causas atribuídas possuem características próprias, originais.

A multicausalidade, como determinante do processo saúde/doença mental, é apreendida das falas dos líderes comunitários, quando atribuem as causas da loucura a determinantes familiares, socioeconômicos, psicossociais, à hereditariedade, ao uso de drogas e à espiritualidade.

Chama atenção o fato de darem ênfase às condições de vida e às relações familiares, indicando que o indivíduo não é responsável ou mesmo *culpado* por seu comportamento e que é possível intervir em elementos externos a ele para modificar seu estado. A predestinação passa a não ter significado como causadora daquela doença. Percebido dessa forma, é possível se atuar no contexto para ajudar a pessoa em sofrimento a superar aquelas condições de adoecimento.

As formas de ajuda à pessoa doente, segundo as lideranças comunitárias, dão conta do envolvimento da comunidade, da busca de apoio técnico e da intervenção direta, através do acolhimento do louco.

A comunidade deve envolver-se no acolhimento, colaborando na solidificação dos novos serviços, conceitos, valores, formas de pensar e agir que constituem um desafio à sociedade. Dessa forma, reafirmam a noção de que é necessária a melhoria das condições de vida da população, favorecendo o caminho de uma sociedade na qual a equidade possa se fazer presente.

Na visão do grupo pesquisado, a ajuda da Comunidade poderia vir através da criação de condições de assistência no bairro, da hospitalização, do acolhimento e dividindo responsabilidades com o Estado. Na representação expressa, é possível perceber que há uma disposição de melhorar as condições de atenção do doente, mantendo-o em seu meio social.

Porém, para que isso aconteça, faz-se necessário que se criem mecanismos para uma assistência adequada. Percebe-se que há disposição para a não exclusão desses indivíduos, através da segregação em instituições fechadas e estigmatizantes, como o hospital psiquiátrico.

Constatei que os líderes da comunidade do Dendê, embora não conhecendo o que preconiza a reforma psiquiátrica, propõem a criação de espaços de atenção, com acompanhamento de profissionais para o atendimento ao doente mental.

Acredito serem de importância a valorização do ser humano, a participação da família, a liberdade, a reinserção do doente mental na comunidade e que o melhor tratamento para estas pessoas implica a humanização da assistência.

Com efeito, torna-se emergente a necessidade de se desconstruir, refazer imagens, repensar praticas antigas, refletir e criar possibilidades para reconstruir vidas que foram anuladas.

A aproximação com o universo dos líderes comunitários, sujeitos desse estudo, permitiu-nos uma maior apreensão dessa realidade, através das suas representações sociais, sobre a loucura e os modos de lidar com a doença.

Assim, o contato com o conhecimento do senso comum, construído socialmente e que determina o pensar, sentir e agir sobre a loucura, através do discurso dos líderes, possibilitará o desenvolvimento de ações inovadoras e mais condizentes com a realidade vivenciada no contexto estudado.

O conhecimento das representações sociais sobre a loucura poderá servir de base para a construção de um modo diferente de conviver com a pessoa em sofrimento mental, sem usurpar-lhe os direitos de cidadão. Aprender a conviver com as diferenças é o desejado, principalmente em uma sociedade onde o singular se torna cada vez menos desejável. Através das lideranças comunitárias, poderá ser possível se construir uma sociedade mais justa, com a qual tantos sonham.

## 7- REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

AMARANTE, P. D. C. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1996.

\_\_\_\_\_. A trajetória do pensamento crítico em saúde mental no Brasil: planejamento na desconstrução do aparato manicomial. In: KALIL, M.E.X (Org.) **Saúde mental e cidadania no contexto dos sistemas locais de saúde**. São Paulo: Ed. Hucitec, p. 105, 1992.

ANDREWS, M. M., BOYLE, J. S. et.al. **Transcultural concepts in nursing care**, 2<sup>nd</sup>.ed. Library of congress cataloging. Copyright.1995.

AQUINO, A., AMARANTE, P. D. C. et. al. **Saúde mental no Ceará após a lei 12.151 de 29/07/1993**. Fortaleza: 1995, Mimeografado

BARRIO, J. A. E. As relações terapêuticas dos cuidados de enfermagem psiquiátrica. In: ESPINOSA, Ana Fernandez. **Guias práticos de enfermagem psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Ed.McGraw Hill, 1998.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1994, p.105.

BARRETO, A. Pistas para uma ação comunitária. **Revista de Humanidade**, Fortaleza, v.13, n.11, p.94-104, set.1997.

BARROS, D. D. **Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução de um saber** In: AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994

BASAGLIA, F. A instituição da violência. In: Basaglia, F. (Coord). **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. 2 ed. Rio de Janeiro: Edições Graal. 1991.

- BOMFIM, Z. A. C.; ALMEIDA, S. F. C. Representações sociais: conceituação, dimensões e funções. *Rev. de Psicol.*, Fortaleza, v.9 (1/2), p.51-74, jan./dez., 1992.
- BRASIL, **Projeto de Lei n. 3.657, setembro 1989**. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais, regulamenta a internação psiquiátrica compulsória, e dá outras providências. Brasília, DF. Câmara dos deputados, 1989, p.1
- BRASIL. Lei n.3.268: **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, 15 jun., 1994.
- CAPLAN, G. **Princípios da psiquiatria preventiva**. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.
- CAVALCANTE, M. T. **Transformações na assistência psiquiátrica ou na assistência psiquiátrica em transformações**. Rio de Janeiro: Relume. Dumará, 1993
- COLETA, R. A., ELSEN, I., LAURINDO, A. C. Família: O foco de cuidado na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis: V. 7, n.2, p. 320, Mai./ Ago., 1998
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 1. Brasília,1987.**Relatório Final...** Ministério da Saúde,1987.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução n. 1.407 de 8 de jun., 1994.
- D'INCAO, M. A. (Org.) **Doença mental e sociedade: uma discussão interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Graal, 1992.
- DURKHEIM, E. As formas elementares da vida religiosa. In: DURKHEIM, E. **Vida e obra**. São Paulo: Abril Cultural, 1983. (Os Pensadores)
- ESPINOSA, A. F. **Guias práticos de enfermagem psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Mc Graw Hill,1998, p. 17.
- EY, H., BERNARD, P., BRISSET, C. **Manual de psiquiatria**. 5. ed. Rio de Janeiro: Masson, 1981.

FOUCAULT, M. **Doença mental e psicologia**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975

\_\_\_\_\_. **O nascimento da clínica**, 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.

\_\_\_\_\_. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FRAYZE, J. P. **O que é loucura**. São Paulo: Brasiliense, 1992. (Coleção Primeiros Passos).

GARCIA, S. I. **O uso de droga**. Rio de Janeiro: Imago, 1994

GAYOTTO, M. L. C. **O Processo educativo segundo Paulo Freire e Pichon – Riviere**, 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1995. p. 52.

HUMEREZ, D. C. **Enfermagem e loucura: visão do conceito de loucura e do ser louco no cotidiano da instituição manicomial e os reflexos na prática de enfermagem**. São Paulo, 1988. 182f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, USP, 1988. p. 19.

JACCARD, R. **A loucura**. Rio de Janeiro: Zahar, 1981

JODELET, D. **Folies et representations sociales**. Paris: Presses Universitaires de France, 1989.

KLEIN, D. C. **Community Dynamics and mental health**. New York: John Wiley, 1968. P.54.

LAING, R.D. **O eu dividido: estudo existencial da sanidade e da loucura**. 3. ed. Petrópolis: Ed. Vozes, 1987.

LEININGER, M. **Culture care diversity & universality: a theory of nursing**. New York National League for nursing, 1991.

- LEME, M. A. V. S. O impacto da teoria das representações sociais. In: SPINK, M. J. (Org.) **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social**. 2.ed. São Paulo: Brasiliense, 1995.
- MINAYO, M.C. S. **O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec/ Abrasco, 1993.
- MIRANDA, C.F; MIRANDA, M.L. **Construindo a relação de ajuda**. Belo Horizonte: Crescer, 1991. p.34.
- MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, p. 26, 1978.
- \_\_\_\_\_. Des Representations Collectives Aux. Representations Sociales; Elements Pour Une Histoire In: JODELET, D. **Les Representatins Sociales**. Paris, PUF 1989.
- MOURA FÊ, N. Resistência à reforma psiquiátrica, In: **jornada de saúde mental do Ceará e jornada de saúde mental de Cascavel**, 3., 1., Cascavel, 1995.
- PERRUSI, A. **Imagens da loucura: representação social da doença mental na psiquiatria**, São Paulo: Cortez, 1995.
- PITTA, A.M.F. , DALLARI, S.G. et. al. A cidadania dos doentes mentais no sistema de saúde do Brasil. **Saúde em Debate**, São Paulo: n. 36, p.19-23, out.;1992.
- PONTES, A.R. Reforma psiquiátrica no Ceará: tópicos de caracterização dos novos serviços. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem - XLVI, Goiânia, **Anais**, 1995.
- PORDEUS, A. M.J, FARIAS, S. A. B., OLIVEIRA, E. R. Comunidade do Dendê: um diagnóstico de suas famílias. **Revista do Centro de Ciências da Saúde**, Fortaleza: v.12, n.11, p.10-23, 1999.
- POTTER, P. A. , PERRY, A. G. et. al. **Grande tratado de enfermagem: prática, conceitos básicos, teoria e prática hospitalar**. São Paulo: Tempo, 1996 p.287-288.
- ROTELLI, F. et al. Desinstitucionalização uma outra via: a reforma psiquiátrica Italiana no contexto da Europa Ocidental e dos Países Avançados. In: **NICÁCIO, F. (Org) Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990.

- ROTELLI, F. AMARANTE, P, et al. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: BEZERRA, B., AMARANTE, P. et al (Org). **Psiquiatria sem hospício – contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Relume- Dumará,1992. p.52.
- RUSSO. J. (Org). **Duzentos anos de psiquiatria**. Rio de Janeiro: Relume- Dumará, 1993, p.97.
- SANFORD, F. M. S. A reinserção do egresso – como a família acolhe o doente mental após a hospitalização. **Revista do Centro de Ciências da Saúde**, Fortaleza: v.10 n.9, p.56-63, 1997.
- SILVA, E. S. **Desgaste mental no trabalho dominado**. Rio de Janeiro: Cortez, 1994.
- SILVA, M. E. L. Pensar em psicanálise. In: SILVA, M.E.L.(Coord.) **Investigação em psicanálise**. Campinas: Papirus, 1993.
- SILVA, M. N. M. **Fábricas da esperança: ideologia e representações sociais no Nordeste**. Recife: UFPE-PIMES, 1978, p.28.
- SILVA, Y. F., FRANCO, M. C. et al.(Org). **Saúde e Doença: uma abordagem cultural da enfermagem**. Florianópolis, 1996, p.75.
- SPINK, M. J. (Org). **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social**. 2.ed. São Paulo:Brasiliense,1995.
- TRAVELBEE, J. **Intervencion en enfermeria psiquiátrica: el proceso de la relacion de persona a persona**. Colombia. Carvajal, 1979.
- VASCONCELOS, E. M. **Do hospital à comunidade**. Belo Horizonte: Segrac, 1994
- VENÂNCIO, A . T. A . A construção social da pessoa e da psiquiatria: do alienismo a " Nova Psiquiatria". **Physis. Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.3, n.2, p.117-135, 1994.

## 8. ANEXO

## **ROTEIRO DE ENTREVISTA**

### **01. CARACTERIZAÇÃO DO ENTREVISTADO**

NOME:

ENDEREÇO:

IDADE:

SEXO:

ESTADO CIVIL:

RELIGIÃO:

NÍVEL DE ESCOLARIDADE:

ATIVIDADE PROFISSIONAL:

### **02. QUESTÕES NORTEADORAS**

1. O que é ser louco?
2. Como você identifica a pessoa louca?
3. Como você reage frente a essas pessoas?
4. O que você acha que causa loucura?
5. Como você poderia ajudar a essas pessoas?
6. Como a comunidade poderia ajudar a essas pessoas?