

C682225
R 1396048
03/05/01
R55,60

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO
SAÚDE COMUNITÁRIA

UFC	BIBLIOTECA UNIVERSITÁRIA
Nº. R 1396048	
03 / 05 / 2001	

ok

REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL E SOFRIMENTO PSÍQUICO
DO INDIVÍDUO: IMAGENS E SIGNIFICADOS
COMPARTILHADOS PELA FAMÍLIA

ADRIANA MARIA BENTO MACÊDO

TESE
610.7368
M 1192
2001

FORTALEZA - CEARÁ
Janeiro, 2001

ADRIANA MARIA BENTO MACÊDO

**REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL E SOFRIMENTO PSÍQUICO
DO INDIVÍDUO: IMAGENS, METÁFORAS E SIGNIFICADOS
COMPARTILHADOS PELA FAMÍLIA**

Dissertação inserida na linha de Pesquisa Assistência Participativa de Enfermagem em Situação de Saúde-Doença, a ser submetida ao exame de Defesa, como requisito parcial para obtenção grau de Mestre em Enfermagem do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

ORIENTADORA : Prof. Dr^a Maria Salete Bessa Jorge

FORTALEZA - CEARÁ
Janeiro, 2001

Dissertação aprovada pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Enfermagem**

Data da Aprovação : 21/02/01.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Maria Salete Bessa Jorge
Presidente

Prof.^a Dr.^a Maguida Costa Stefanelli
Membro Efetivo

Prof.^a Dr.^a Maria Graciela Teixeira Barroso
Membro Efetivo

AGRADECIMENTOS

Muito obrigada meu Deus, pelo dom da vida que sempre foi tão generosa comigo por ter me concedido uma família tão maravilhosa.

Aos meus queridos irmãos Liana e Geraldo Júnior e seus respectivos cônjuges Francimar e Elaine, incansáveis em suas batalhas docentes para formar cidadãos, sempre presentes nas alegrias e tristezas. Obrigada Léozinha e Cimar por me presentarem com os sobrinhos Márjorie e Éric, obras primas do amor e da doçura em forma de criança. Obrigada Júnior e Elaine pelo novo bebê, tão esperado e que já é tão amado por esta família.

Aos meus alunos, companheiros inesquecíveis verdadeiros gigantes na arte de “ser amigo”.

À professora Salete, pelo conhecimento e oportunidades que ela me ofereceu.

Aos clientes, familiares e profissionais do CAPS-Aracati e NAMI, que demonstraram que o retorno à Saúde Mental é possível, pessoas de inestimável valor, que me acolheram de forma tão carinhosa em seus lares e instituições.

REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL E SOFRIMENTO PSÍQUICO DO INDIVÍDUO: IMAGENS, METÁFORAS E SIGNIFICADOS COMPARTILHADOS PELA FAMÍLIA

MACÊDO, ADRIANA MARIA BENTO¹
JORGE, MARIA SALETE BESSA²

A definição do conceito de loucura sofreu modificações ao longo do tempo, o que influenciou a assistência prestada ao paciente e a atuação da equipe de saúde. Procuramos compreender as Representações Sociais da concepção de Loucura dos familiares e sua influência no processo de Reabilitação Psicossocial do indivíduo, averiguando como ancoram as imagens e protótipos relativos à loucura. Utilizamos como procedimento para a coleta de dados o depoimento pessoal de quinze (15) familiares de doentes mentais, que estavam sendo atendidos por um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e um ambulatório de saúde mental (NAMI). O estudo teve natureza qualitativa. A coleta de dados realizou-se no período de outubro à dezembro de 2000. A análise dos resultados foi realizada através dos princípios de Análise de Conteúdo (BARDIN) e da Teoria das Representações Sociais (MOSCOVICI). Concluímos que as Representações Sociais do conceito de loucura apreendidas pelos familiares apresentaram os núcleos de significado Fora-de-Si (42,3%), Mal-estar Psíquico (36%) e Doença (21,6%). Os familiares perceberam a loucura a partir da associação das causas psicossociais, psicobiológicas e sócio-culturais. A compreensão da loucura como um fenômeno psicossocial, influenciou a atuação dos familiares no processo de Reabilitação Psicossocial do indivíduo, como também a procura de instituições que favorecessem este processo.

¹ Enfermeira, Professora Substituta do Depto. de Enfermagem da UECE.

² Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora Efetiva do Depto. de Enfermagem da UECE

ABSTRACT

The insanity concept have suffered many modifications for a long time, wich changed the kind of assistance offered to the patients and the health team. We search the Social Representation of the insanity concepcion of their relatives influenced in the Psycossocial Rehabilitation process in person, investinging how anchor the images and prototypes about the madness. The procedure for the collect data has been a personal deposition of the fifteen (15) mental sick relatives atended for a Psycosocial Attention Center (CAPS) and a Mental Health ambulatory (NAMI). The study is a qualitative one. The data collect was mode between october and november 2000. The results analysis was mode the Contents Analisis principle (BARDIN) ans Social Representation (MOSCOVICI). We concluded that the Social Representation of the insanity concept show the centers meaning Myself Out (42,3%), Psychic Uneasiness (36%) and Sick (21,6%). The relatives feel the insanity from association of the psycossocial clauses, psycobiologies ans social-cultural. The insanity perception that a psycossocial phenomenon influenced the relatives atuation in the Psycossocial Rehabilitation process. How to the seach for the institutions that favoreded this process.

SUMÁRIO

Resumo	07
Abstract	07
1. INTRODUÇÃO	07
1.1. O percurso da Pesquisadora	11
1.2. A Construção do Objeto de Pesquisa	14
2. COMPREENSÃO DOS AUTORES SOBRE O TEMA: BREVE DISCUSSÃO	14
2.1 A trajetória da Enfermagem: da psiquiatria à saúde Mental	19
2.2 A Loucura e suas Épocas	29
2.3 Compreendendo a Concepção de Loucura do Familiar: contribuições para atuação de enfermagem durante o processo de Reabilitação Psicossocial	31
2.4 O fato Social da Loucura: retrocedendo caminhos de exclusão rumo à reabilitação psicossocial	34
3. MARCO TEÓRICO-METODOLÓGICO	34
3.1 As Representações Sociais: Principais conceitos utilizados no estudo	39
3.2 Referencial Metodológico: análise de conteúdo	42
4. REALIZANDO A PESQUISA	42
• Natureza da pesquisa	42
• Contexto da Pesquisa	43
• Familiares participantes	45
• Técnicas para a Obtenção de Informações	46
• Procedimentos para Análise das Informações	48
5. DESCOBRINDO AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	48
CHARACTERIZAÇÃO DOS INFORMANTES DA INVESTIGAÇÃO	49
CONCEPÇÕES DE LOUCURA NO CONTEXTO FAMILIAR	49
• Mal-estar Psíquico como Significado da Loucura	88
• Doença como significado de Loucura	98
• Fora de Si como Significado de Loucura	113
• Significados atribuídos para Causas da Loucura	128
• Interações familiares em Função da Reabilitação Social	133
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	138
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	143
8 ANEXOS	143
Anexo 1- Questões da Entrevista	144
Anexo 2 – Entrevistas	145

1.INTRODUÇÃO

1.1 O Percurso da Pesquisadora

No decorrer do curso de graduação em Enfermagem as disciplinas que integravam os aspectos biopsicossociais durante a Assistência em Enfermagem prestada ao indivíduo e família, foram as disciplinas que mais me interessaram. Creio que não é possível prestar atendimento em saúde sem levar em consideração a percepção do indivíduo, da família, bem como as condições psicossociais que engendram todos os processos de adoecimento, incluindo o processo saúde-doença mental.

No oitavo semestre do curso de graduação a grade curricular oferecia a disciplina Enfermagem Psiquiátrica. Percebi uma área prática abrangente para a Enfermagem, voltada para o indivíduo e sua família, para a possibilidade de Reabilitação Psicossocial daqueles que até então, a partir da minha percepção, não tinham possibilidade de cura ou reintegração social. Uma prática em construção desenvolvida por profissionais competentes, comprometidos com a transformação das práticas vigentes, construindo sua identidade e práticas profissionais a partir de princípios éticos e humanísticos, visando o resgate da cidadania dos indivíduos.

Naquele momento, vislumbrei uma prática da Enfermagem em transformação, extra - muros e comprometida com os aspectos psicossociais.

O contato com os pacientes foi intensamente gratificante. Não houve medo ou angústia, somente a percepção de pessoas que necessitavam dos cuidados de Enfermagem da mesma forma que outros indivíduos, apresentando histórias de vida que revelavam quão tênue podia ser o binômio loucura - sanidade e a importância do trabalho da Enfermagem durante o processo saúde - doença mental do indivíduo no contexto social.

Porém, observei uma dificuldade das práticas profissionais durante a assistência prestada ao indivíduo, relacionada a uma diversidade de concepções dos profissionais da equipe interdisciplinar em relação à doença mental, o que poderia, do meu ponto de vista, causar implicações negativas durante a assistência prestada, uma vez que, o indivíduo constrói sua identidade profissional a partir das bases conceituais através das quais o conhecimento é construído, pautando a partir daí sua visão de mundo, tornando a assistência prestada limitada ou transformadora.

Desenvolvi minha monografia da graduação a partir destes questionamentos, tendo como objeto de estudo as “ Concepções de Loucura e sua Influência na Prática Multiprofissional Psiquiátrica ”, sendo utilizado como campo para a pesquisa um Hospital-Dia público situado em Fortaleza.

Os resultados demonstravam que a maioria dos profissionais apresentava uma prática pautada exclusivamente na visão organicista da doença mental, tornando a atuação dos profissionais limitada, não congruente com as finalidades do Hospital –Dia e com os princípios da Reabilitação Psicossocial.

Desta forma, acredito na importância da compreensão da concepção de Loucura apreendida pelos profissionais, indivíduos, família e sociedade, uma vez que a partir da desconstrução de estereótipos e preconceitos que podem permear este conceito, o indivíduo poderá ter maiores possibilidades de reintegração no convívio social, recebendo assistência profissional que respeite sua subjetividade e o contexto social no qual está inserido.

A opção pela Teoria das Representações Sociais de Serge Moscovici (1978), pautou-se na possibilidade oferecida por esta teoria de aprofundamento acerca da construção individual, social e psicológica do conceito de Loucura.

Ao escolher a Teoria das Representações Sociais, o pesquisador deve estar consciente de que ela é resultante do pensamento individual enraizado no social, remetendo suas condições de produção, sendo considerados pesquisador e pesquisado como sujeitos do processo, havendo compreensão além da aparência em si do fenômeno, revelando mecanismos de produção e contribuição para o aperfeiçoamento das práticas (NIETSCHE, 1996).

Acredito que tenho um longo caminho pela frente. Procuro, então, aprofundar meus conhecimentos na área da Enfermagem em Saúde Mental, uma vez que, venho trabalhando como professora da disciplina de Saúde Mental em um curso de graduação em Enfermagem de uma universidade pública de Fortaleza, há dois anos. Para isto, ingressei desde novembro de 1999 em um curso de Especialização em Saúde Mental, o qual, ao lado do Curso de Mestrado, tem contribuído intensamente para ampliar minha visão de mundo e aperfeiçoar minha prática profissional.

Realizar este trabalho como docente ocasionou grande satisfação, uma vez que tenho a possibilidade de atuar nos âmbitos assistencial e docente.

Minha motivação para atuar em Saúde Mental ampliou-se a cada dia, uma vez que minha prática profissional tem sido construída a partir dos seguintes aspectos : **1)** Perceber como a Saúde Mental, atualmente, apresenta-se como uma disciplina que vem conseguindo cada vez mais espaço no campo da Saúde Pública, através do reconhecimento da sua importância durante a assistência prestada nos processos de saúde - doença, **2)** Acompanhar como a trajetória da Reforma Psiquiátrica tem avançado nos últimos anos, tendo a possibilidade de trabalhar ao lado de outros profissionais que abraçaram de forma veemente os princípios da Reforma Psiquiátrica, sensibilizando os discentes para a importância da Saúde Mental e recebendo uma resposta

positiva destes. Estes aspectos me fazem acreditar que a mudança é sempre possível e que vale a pena lutar por ela, sempre.

1.2. A Construção do Objeto da Pesquisa

A definição de loucura sofreu modificações ao longo do tempo. O Cristianismo caracterizou a loucura como possessão, relacionando-a à religiosidade. Durante o Renascimento e a Reforma, ainda foi observado o predomínio da religiosidade, porém devido às oscilações econômicas que abalavam a sociedade neste período, o louco foi considerado como indivíduo improdutivo ou criminoso, que devia ser excluído do convívio social. A loucura tornou-se portanto, irregularidade ou anormalidade e o indivíduo foi submetido simultaneamente a um controle social e moral que se consolidou na segregação dos asilos (FOUCAULT, 1987).

No começo do século XIX, um indivíduo não poderia mais ver a loucura de outra pessoa sem antes ver a si mesmo. A percepção da loucura passou a ser acompanhada por um reconhecimento do observador sendo compreendida, a partir deste momento, não somente como uma ruptura com a humanidade, mas algo cuja verdade era pertinente à subjetividade humana.

Mas numa sociedade que tinha horror ao diferente e que valorizava demasiadamente a uniformidade, a loucura, na maioria das vezes, podia ser reconhecida como uma ameaça social.

As investigações acerca da Representação Social do conceito de Loucura permaneceram vinculadas, por muito tempo, à duas perspectivas diferentes. A primeira foi marcada pelo fato deste fenômeno social ter sido estudado sob um enfoque estritamente intra-individual nos âmbitos da Psiquiatria e da Psicologia. A segunda, passou a perceber este fenômeno além da perspectiva unicamente fisiopatológica, observando e compreendendo a loucura a partir de análises sociológicas, percebendo que sua gênese poderia acontecer a partir do

meio social ao qual o indivíduo pertencia, o qual podia influenciar o processo saúde-doença mental.

Em nossa sociedade, a Representação Social do conceito de Loucura a partir do senso comum, voltou-se persistentemente para uma visão fatalista de morte e periculosidade sociais, as quais condicionaram as informações e explicações acerca deste objeto socialmente reconhecido, como afirma PESSOA (1996 , p. 69) :

“ O louco percebido como um ser perigoso, capaz de fazer mal para si mesmo e/ou para os outros, causa indubitavelmente no imaginário das pessoas um profundo medo e, por isso mesmo, diferenciado. Dentre os diversos medos existentes, o mais marcante é o medo de uma possível agressão (...). Nesse panorama, a visualização da loucura como desrazão sobrepuja qualquer outra possibilidade de expressão.”

Na maioria das vezes, as doenças mentais podem ter início no espaço familiar, podendo produzir dificuldades de socialização se a família não estiver preparada para lidar com a loucura do indivíduo, não conseguindo compreender as causas da doença mental e, muitas vezes, considerando que o isolamento do indivíduo através do internamento configura-se como a única opção que a família tem para lidar com a loucura. Estes fatos poderão levar a um distanciamento da família que não beneficia a recuperação e reinserção social do indivíduo na sociedade. Em relação à estes aspectos é possível ressaltar as considerações de BRITO (1999, p. 118) afirmando que :

“O adoecimento psíquico pertence à ordem da diversidade, adquire significados individuais e suas conseqüências influenciam fortemente o comportamento e a vida dos sujeitos. As representações que cada indivíduo constrói sobre a loucura e sobre o adoecimento psíquico interferem no modo como irá lidar com este, influenciando seu comportamento e suas atitudes, além de repercutir de modo positivo ou negativo sobre o tratamento e na sua possibilidade de cura. Foi possível observar que aqueles indivíduos que construíram significados negativos sobre a loucura, tendem a perceber a doença numa lógica pessimista, não dando importância ao tratamento e não relativizando a cura.”

A opção pela utilização da Teoria das Representações Sociais de Serge Moscovici para a compreensão do conceito de Loucura da família e sua influência no processo de Reabilitação Psicossocial do indivíduo deve-se ao fato de que esta teoria pode ser utilizada para representar algo que conduz ao ato de repensar, experimentar e refazer o fato à nossa maneira, em novo contexto, fazendo com que o pesquisador introduza-se no pensamento social e na realidade de que ele foi eliminado, tornando-os próprios (MOSCOVICI, 1978).

A Reabilitação Psicossocial é uma das vias para a construção de uma nova realidade, a partir das micropolíticas, micropoderes e microintimidades, ancorada na ética e solidariedade. Quanto mais global for o problema, mais locais devem ser as soluções. É preciso reinventar práticas e conceitos, novas formas de ser e estar no mundo. Reabilitação Psicossocial é um caminho possível, um processo infinito, como são infinitos os desejos e sonhos (OLIVEIRA, 1999).

Segundo BERTOLETE (1996, p.156), o processo de Reabilitação Psicossocial compreende :

“ (...) Reabilitação Psicossocial não se refere exclusivamente, nem principalmente, aos indivíduos que, por qualquer crença ideológica que tenhamos, se convertam em doentes mentais. As pessoas em função dos transtornos mentais ou transtornos físicos, transtornos sociais ou transtornos sensoriais, são degradadas na escala social, perdem vantagens, perdem privilégios e o processo de Reabilitação Psicossocial, como nós o entendemos, é a restauração plena dos direitos, das vantagens, das posições que estas pessoas tinham ou poderiam vir a ter, se lhe fossem oferecidas condições de vida, nas quais as barreiras fossem atenuadas ou desaparecessem.”

Dentro do processo de Reabilitação Psicossocial, é fundamental o resgate da cidadania, e o reconhecimento da singularidade do indivíduo a partir das micropolíticas familiares, para que a partir disto torne-se possível, com apoio da sociedade, uma abrangência maior deste processo na sociedade, bem como auxiliar a família para acolher, compreender e auxiliar durante o processo saúde- doença mental de um dos seus membros.

2. O TEMA: BREVE REVISÃO DA LITERATURA

2.1 A Trajetória da Enfermagem Psiquiátrica à Saúde Mental

Os trabalhos de Florence Nightingale, mito da Enfermagem Moderna durante o século XIX, adquiriram notoriedade uma vez que representavam a primeira proposta de organização da Assistência em Enfermagem, a qual abrangia a preparação formal das ladies-nurses para assumirem atividades de ensino, supervisão e administração, como também a formação das nurses, encarregadas da execução do cuidado direto com o paciente. Esta proposta incluía o oferecimento de um ambiente que permitisse à natureza agir em benefício do cliente, influenciando a prática da Enfermagem mundialmente. Antes dos trabalhos desenvolvidos por Florence Nightingale, a Enfermagem era desenvolvida de maneira leiga o que não contribuía plenamente para o reestabelecimento da saúde do indivíduo (TORRES, 1993).

Segundo MACHADO et al (1978) até o início do século XIX, no Brasil, o louco era percebido como indivíduo que representava perigo potencial à moral pública, à caridade e à segurança. Quando não vagavam pelas ruas, eram trancafiados em suas próprias casas ou eram internados nas Santas Casas de Misericórdia, onde viviam em condições precárias e ainda não recebiam tratamento adequado.

Devido à influência do pensamento de Pinel, os psiquiatras brasileiros começaram a perceber a necessidade da criação de espaços terapêuticos voltados exclusivamente para o tratamento das doenças mentais.

Desta forma, foi conseguido o apoio de José Clemente Pereira, homem considerado socialmente influente e provedor da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, o qual por

solicitação dos médicos, tomou as medidas cabíveis para a criação do primeiro hospício brasileiro denominado Hospício Pedro II, sendo inaugurado em 1852 anexo à Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro como um espaço destinado ao tratamento dos alienados, baseado na medicina normalizadora de Pinel, apresentando tratamento fundamentado, também, no poder disciplinar (GUSSI, 1987).

A Enfermagem Psiquiátrica brasileira surgiu no espaço do hospício, com a característica fundamental de vigiar e punir o louco. O trabalho da Enfermagem na assistência prestada aos pacientes deste hospício era desenvolvido por irmãs de caridade da Ordem de São Vicente de Paulo, que exerciam também as funções administrativas desta instituição. Os meios de repressão, como diminuição da alimentação, restrição de visitas e coletes de força eram determinados pelos médicos e aplicados pela Enfermagem.

A partir da Proclamação da República, o Hospício Pedro II foi desanexado da Santa Casa, sendo renomeado como Hospício Nacional dos Alienados. Seu diretor, Teixeira Brandão, limitou o chamado “poder cego das religiosas” o que determinou a retirada abrupta das religiosas do Hospício Nacional dos Alienados (GUSSI, 1987).

O Governo Provisório da República, contratou enfermeiras leigas francesas com o intuito de substituir as religiosas, como também para que estas enfermeiras implantassem uma escola, anexa ao Hospício Nacional dos Alienados, para formação profissionais de Enfermagem na área Psiquiátrica. Assim, foi criada através do Decreto Federal nº 791 de 1890, assinado durante o governo provisório da República exercido pelo General Manoel Deodoro da Fonseca, a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras no Hospício Nacional dos Alienados (Brasil apud GUSSI, 1987).

Embora a criação desta escola tivesse o intuito de resolver o problema da substituição do trabalho das freiras que atuavam na área psiquiátrica, o texto do decreto visava também sistematizar o ensino de Enfermagem no Brasil, incluindo a área Psiquiátrica, no qual os diplomados por aquela escola gozariam os direitos e vantagens do Enfermeiro em idênticas condições aos formados pelas demais escolas (GUSSI, 1987).

Desta forma, estes foram os pontos cruciais para o surgimento da Enfermagem Psiquiátrica no Brasil. Embora o decreto de criação da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras date de 1890, sua inauguração oficial aconteceu somente no dia 16 de fevereiro de 1905, numa solenidade que aconteceu no Hospício Nacional dos Alienados. Todos os professores designados para ministrar as aulas desta escola eram médicos e a aprendizagem permaneceu voltada para o desenvolvimento de habilidades para a realização de trabalhos manuais e tarefas administrativas rudimentares, não envolvendo aspectos relativos ao tratamento, apesar do fato de que desde 1892, pela Lei Nº 896 de 28/06/1892, o enfermeiro já fazia parte do Ensino de Enfermagem (Brasil apud GUSSI, 1987).

Outro fato de suma importância foi surgimento, pelo Decreto Nº 206 A de 15/02/1890, da Assistência Médico Legal dos Alienados e de diversas instituições para tratamento denominadas Colônias de Alienados, dentre elas a Colônia de Alienados do Engenho de Dentro. Com a necessidade de expansão da rede de atendimento psiquiátrico, a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras foi desmembrada em julho de 1921 em três seções, dando origem à duas escolas de assistência à psicopatas e à Escola Profissional de Enfermeiros Alfredo Pinto, como também foi criado pelo Decreto Nº 17805 de 23/05/1927, o primeiro curso de Formação de Monitoras em Higiene Mental, anexo à Colônia do Engenho de Dentro, curso este que

representava um aperfeiçoamento profissional na área psiquiátrica e que deveria ser realizado após a formação básica em Enfermagem (Brasil apud GUSSI, 1987).

Desta forma, o surgimento de Enfermagem Psiquiátrica no Brasil atravessou uma série de dificuldades. Ao longo do tempo, diversas modificações continuaram sendo implantadas com o intuito de qualificar a formação profissional em relação à Enfermagem Psiquiátrica. Disciplinas obrigatórias relativas a este tema foram inseridas nos cursos de formação em Enfermagem, acompanhadas de inúmeras dificuldades para sua operacionalização e, conseqüentemente, influenciando diretamente na qualificação destes profissionais.

É possível citar, além de todas as leis anteriores que já foram destacadas, a Lei 775/49, que determinava a obrigatoriedade da disciplina Enfermagem Psiquiátrica nos cursos de graduação em Enfermagem, invalidada pelo fato das precárias condições dos campos de estágio; no período compreendido entre 1930 à 1964, houve ênfase na abordagem dos aspectos clínicos e terapêuticos, porém as atividades de estágio permaneceram vinculadas aos cuidados de higiene e contenção física dos pacientes; durante o período compreendido entre 1964 e 1980, surgiu a disciplina “ Higiene Mental ”, contemplando aspectos da Assistência de Enfermagem aplicada aos diversos transtornos psíquicos, porém a prática era exercida fundamentalmente no âmbito hospitalar, o que restringia novamente a assistência aos cuidados físicos (ASSIS, 1993).

Segundo GUSSI (1987), neste período passaram a ser valorizadas a estrutura familiar e a relação do doente com sua família, surgindo a assistência de Enfermagem baseada no relacionamento terapêutico e em um maior interesse pela Saúde Mental como prática assistencial. Efetivamente, em 1975, sob influência de movimentos que possibilitaram a Reforma Psiquiátrica, dentre eles a Psiquiatria Comunitária e a Psiquiatria Preventiva, foi sugerida a integração da Saúde Mental em diversas disciplinas dos currículos de graduação, a ênfase na promoção da

Saúde Mental e prevenção do adoecimento psíquico, bem como a atuação da Enfermagem extramuros, possibilitando a atuação efetiva junto à comunidade envolvida no processo saúde - doença mental.

Estas modificações fizeram parte de um processo ainda em consolidação. Impossível negar, a influência do Movimento de Reforma Psiquiátrica, o qual provocou o surgimento de instituições substitutivas ao hospital psiquiátrico, sendo este movimento o principal instrumento para que todo o saber e prática psiquiátricos fossem questionados e reformulados, dentre eles o saber e prática da Enfermagem Psiquiátrica, a qual, atualmente, está sendo desenvolvida em conjunto com a Enfermagem em Saúde Mental nos currículos dos cursos de graduação em Enfermagem, estando voltada não somente para a doença e seu tratamento, mas para perspectivas mais amplas como a prevenção da doença mental e a promoção da Saúde Mental e principalmente, estando voltada para o resgate da cidadania e para a Reabilitação Psicossocial do indivíduo, como metas fundamentais do trabalho de assistência desenvolvido pela Enfermagem durante o processo saúde – doença mental.

2.2 A Loucura e suas Épocas

O conceito de loucura sofreu modificações ao longo do tempo, permanecendo vinculado aos estereótipos sociais e sendo relacionado, constantemente, aos padrões de normalidade, racionalidade, saúde e controle voluntário sobre as paixões .

Na antiguidade grega, Homero apresentou o conceito de *atê* que assumiu significado, em sua obra Iliada, de perda ou turvamento temporário da razão, como resultado da ação de divindades no indivíduo forçando a vontade humana e roubando sua compreensão e entendimento. Em relação ao *atê* PESSOTI (1994, p. 20) afirma que : *“A loucura, estado de atê, é apenas uma interferência transitória (e caprichosa) dos deuses, sobre o pensamento e ação dos homens e que pode levá-los a comportamentos nocivos ou bizarros. Mudado o humor da divindade, a loucura e seus benefícios desaparecem.”*

Nos textos trágicos, o conceito de *atê* sofreu intensa modificação, representando não apenas a perda do entendimento, mas transgressão de uma ordem pré-estabelecida e posterior castigo. Os textos trágicos apresentavam personagens variados cujas características retratavam diversos quadros clínicos da loucura.

Hipócrates apreendeu o conceito de loucura fundamentando-se na fisiologia humana constituída por vários processos vitais que determinavam a saúde quando estavam em equilíbrio com o meio externo. A identificação de desequilíbrios neste quadro resultaria em desordem orgânica e consequente doença como afirma PESSOTI (1994, p. 48) : *“ A loucura, como doença que é, resulta da crise no sistema dos humores. É uma doença orgânica. Com tal idéia, Hipócrates inaugura a teoria organicista da loucura, que florescerá na medicina dos séculos XVIII e XIX .”*

Platão relacionou a loucura à desordem das partes do sistema da *psychê*, acreditando que a loucura seria responsável por um desvio da racionalidade.

O conceito de loucura, durante a Idade Média e o Renascimento, apresentou-se relacionado à religiosidade e à possessão diabólica, assumindo caráter mágico.

Em relação a este aspecto, MARTINS (1990, p. 15) afirma que : “ (...) *na Idade Teológica, ser humano significa adorar a Deus (Jesus), ser virtuoso significa ser cristão de fidelidade a toda prova (um santo) e ser mau significa ser um herege (feiticeira)* ”.

Durante o Renascimento, a loucura também permaneceu relacionada a uma vida errante o que podia ser constatado em diversas composições de caráter simbólico dentre elas a Nau dos Príncipes e das Batalhas da Nobreza (1502), a Nau das Damas Virtuosas (1503) e a Das Narrenschiff, de existência real, que levava os loucos de uma cidade para outra sem possibilidade de desembarque nos portos, como afirma FOUCAULT (1987, p. 10) : “ *E é possível que essas naus dos loucos, que assombravam a imaginação de toda a primeira parte da Renascença, tenham sido naus de peregrinação, navios altamente simbólicos de insanos em busca da razão (...).* ”

Assim, o louco tornou-se prisioneiro destas viagens e da sua própria sorte, sendo limitado a uma exclusão que o tomava passageiro por excelência, isto é, prisioneiro da passagem (FOUCAULT, 1987).

A Idade Média também atribuiu ao conceito de loucura proximidade aos vícios humanos ligando-o aos sonhos, ilusões, fraquezas e subjetividade humanas, o que foi ilustrado no poema de Brant, no qual os passageiros insanos de sua nau eram avaros, delatores, bêbados, ímpios, soberbos, gulosos, os que interpretavam mal as escrituras sagradas e todos aqueles indivíduos que conviviam com a desordem e devassidão, o que tornou este poema uma sátira à sociedade medieval.

Dentro deste contexto, a loucura relacionou-se ao pavor da morte e durante o século XV, a loucura substituiu a morte e sua serenidade. Antes, a loucura mostrava que a morte estava próxima e o ato de morrer traria o indivíduo a sua consciência e agora, ela significava o já está aí da morte (FOUCAULT, 1987).

No ano de 1656, foi criado o primeiro Hospital Geral em Paris, instituição destinada aos parisienses de baixo poder aquisitivo de caráter semi jurídico, como afirma ORNELLAS 1994, p. 91): “*O Hospital Geral é uma instituição semi-jurídica, de caráter administrativo que ao lado do poder jurídico, decide, julga e executa*”.

O Hospital Geral apresentou vínculo direto com o absolutismo monárquico, ampliando sua rede por toda a França. Na Inglaterra, foram criadas as Casas de Correção com a função de aliviar pobres e punir vagabundos. Congregações foram criadas pela Igreja com finalidade análoga ao Hospital Geral, sendo também criados estabelecimentos que atuavam de forma muito mais repressora do que assistencial, acolhendo pensionistas e pobres como cita FOUCAULT(1987, p.53) :

“ Nestas instituições também vêm-se misturar, muitas vezes, não sem conflitos, os velhos privilégios da Igreja na assistência aos pobres nos ritos da hospitalidade; a preocupação burguesa de pôr em ordem o mundo da miséria; o desejo de ajudar e a necessidade de reprimir; o dever da caridade e a necessidade de punir toda uma prática equivocada cujo sentido é necessário isolar (...)”

A miséria encontrou-se então relacionada à desordem e à loucura. O internamento, na verdade, distinguia os indivíduos a partir do poder aquisitivo de cada um entre bons e maus pobres, sendo que os primeiros teriam direito ao tratamento e os segundos, estavam ali para serem excluídos física e moralmente sendo portanto uma forma de erradicar a mendicância e a ociosidade da sociedade.

Assim, o Hospital Geral tornou-se, inicialmente, uma instituição destinada à exclusão social dos indivíduos caracterizados como improdutivos e incapazes de permanecer inseridos na sociedade burguesa, dentre eles os loucos, ainda que o período compreendido entre os séculos XVI e XVII fosse marcado por oscilações econômicas que foram as verdadeiras responsáveis pela improdutividade destes indivíduos .

Neste período, a loucura apresentou-se como construção social, a partir das experiências individuais e coletivas nas quais o homem confrontava-se com a verdade e a moral concebidas pela sociedade naquele momento histórico, surgindo a relação reversível entre razão e loucura, como afirma FOUCAULT (1987, p. 30) : “ (...) *loucura e razão entram numa relação eternamente reversível que faz com que toda loucura tenha sua razão que a julga e controla e toda razão sua loucura na qual ela encontra sua verdade irrisória.* ”

A partir disto, o internamento separava razão e desrazão, tornando a loucura alvo de julgamento clínico com finalidade de banir em vez de tratar e o bom senso médico delimitava o internamento ou liberdade do indivíduo. A loucura também assumiu, neste período, caráter de animalidade e ferocidade, além de exaltar a razão daqueles que permaneciam inseridos no contexto social.

Durante o século XVIII, a sociedade observou que o internamento produzia diminuição da mão-de-obra ativa e que também consumia uma parcela significativa dos recursos financeiros governamentais sem contudo, apresentar retorno social como cita FRAYZE-PEREIRA (1985, p. 78) :

“A miséria, que na Idade Média foi santificada e no século XVII esteve revestida de caráter moral, torna-se no século XVIII, uma coisa econômica. Os pobres são percebidos como coisas essenciais à riqueza. Assim, eles são reintroduzidos na comunidade da qual tinham sido excluídos pelo internamento.”

Desta forma, foi necessária a reintrodução do louco na sociedade. Porém o indivíduo estaria sujeito à sanção penal caso perturbasse a paz, podendo ser reconduzido ao internamento, justapondo-se desta forma, as percepções da loucura como doença e como conduta antisocial, passível de castigo e segregação (ORNELLAS, 1994).

No decorrer do século XVIII, o internamento, segundo FRAYZE-PEREIRA (1985, p. 85) apresentou-se como: “(1) resposta ao dever de assistência para com aqueles que não podem livremente prover a si mesmos e (2) como medida de segurança social contra horrores e perigos que os loucos representam”.

Até este momento, não havia terapêutica adequada para os loucos internados nos Hospitais Gerais, como reforça FOUCAULT (1987, p.115): “ Quanto aos loucos eles eram considerados incuráveis quando chegam à Bicêtri e lá não recebem tratamento algum (...) apesar da nulidade do tratamento dos loucos vários deles recobram a razão.”

Durante o século XVIII, houve uma tentativa de modificação do modelo de internamento e para isto a loucura deveria tornar-se um fato concreto para que o indivíduo permanecesse internado. Assim, as casas de internamento não deveriam ser espaços de aprisionamento para aqueles que rompessem com a ordem e a moral, mas um local destinado aos alienados, aos condenados e aos criminosos.

Entre o final do século XVIII e início do século XIX, a loucura apresentou-se como uma desordem, a qual manifestava-se através das maneiras de pensar, sentir, agir, vontade e liberdade humanas (FRAYZE-PEREIRA, 1985).

Até o momento, não havia hospitais específicos para atender os loucos e as condições de internamento eram degradantes. Em relação a este aspecto, FOUCAULT (1987, p. 420) declarou que :

“ Percebo como o senhor, como seria interessante se pudesse proceder de imediato ao estabelecimento das casas destinadas a servir de retiro para a desafortunada classe dos insensatos (...). Em relação aos insensatos a falta desses estabelecimentos obrigou-nos a colocá-los em diferentes prisões de seu departamento, e não vejo como, no momento, retirá-los desses lugares tão pouco condizentes a não ser transferi-los, provisoriamente, se possível, para Bicêtri.”

Desta forma, o internamento e pensamento permaneceram por muito tempo dissociados devido à fragmentação da assistência no modelo de internamento até então realizado nas instituições. Somente ao final do século XVIII, o internamento e pensamento médicos passaram a atuar conjuntamente surgindo os hospícios, os quais traduziram um modelo de internamento onde a liberdade era organizada e onde pôde-se observar, pela primeira vez, a loucura apresentando-se como doença e uma modificação na assistência prestada ao indivíduo, a qual assumiu valor terapêutico. A partir disto, o indivíduo passou a receber tratamento médico específico como cita ORNELLAS (1994,p.436) : *“ O século XIX apresenta a loucura como objeto de uma medicina especial, que é a Psiquiatria, e recebe a definição médica de alienação mental, havendo definição do espaço social do hospício. Assim a medicina propõem-se a cuidar do homem em sua totalidade. ”*

Apesar destas modificações relacionadas à concepção de loucura e sua forma de tratamento, o internamento ainda não abrangia em sua totalidade as finalidades de diagnóstico, tratamento e Reabilitação Psicossocial, permanecendo como instrumento de acusação e julgamento para os loucos, através de uma semi-liberdade que parecia ter valor terapêutico. As punições continuaram sendo realizadas através de restrições à liberdade individual e desta vez, não mais através de correntes, mas agora, através dos coletes de brim ou lona forte, que amarravam os braços (FOUCAULT, 1987).

Contemporaneamente, a Reforma Psiquiátrica surgiu com a finalidade de questionar o tratamento, o saber e a prática psiquiátricos que fundamentavam a assistência prestada nas

instituições asilares, configurando-se também, como uma proposta com a finalidade de humanizar a assistência psiquiátrica prestada até então. A Reforma Psiquiátrica realizou-se através de movimentos questionadores do baluarte asilar, como a Comunidade Terapêutica, a Psiquiatria de Setor, a Psicoterapia Institucional, a Psiquiatria Preventiva e a Antipsiquiatria. Estes movimentos possibilitaram a introdução de novas medidas na assistência prestada durante o processo saúde-doença mental, como a ênfase na Reabilitação Psicossocial do indivíduo em detrimento da segregação, influenciando as políticas de saúde relacionadas ao processo saúde – doença mental em diversos países, dentre eles o Brasil.

Dentro do contexto sócio-cultural brasileiro, o movimento de Reforma Psiquiátrica continua em processo, estando atrelado às sucessivas modificações que o conceito de loucura apreendido pela sociedade sofreu ao longo do tempo. Estas modificações conceituais foram influenciadas pelas mudanças sócio- econômicas que o país sofreu ao longo do tempo, pela influência da Psiquiatria e da Psicologia como ramos da ciência voltados para elucidar, compreender e prestar assistência dentro do processo saúde – doença mental, pela influência dos principais referenciais teóricos que influenciaram e possibilitam o surgimento e a expressão da Reforma Psiquiátrica, pela sucessiva reflexão crítica acerca do saber e prática psiquiátricos e pelos diversos movimentos e reformas relativos à assistência em saúde, incluindo a Saúde Mental, no Brasil.

Em relação à sociedade brasileira, o conceito de loucura apreendido ao longo do tempo também sofreu modificações, e sua representação social inclui as diversas visões citadas anteriormente.

No Brasil Colônia e Imperial, segundo SAMPAIO (1988) o comportamento desordeiro e a falta de dinheiro justificavam as primeiras internações dos loucos, já vislumbrados como

doentes, nas Santas Casas de Misericórdia, em São João Del Rey, Santos, Rio de Janeiro e Salvador, no início do século XIX.

Após a Abolição da Escravatura, as senzalas passaram a ser utilizadas como espaços para acolher doentes mentais. REZENDE (1994) afirmou que desde 1890 começava a surgir no Brasil a primeira expressão da Psiquiatria, caracterizando-se pela tutela, violência e exclusão social dos doentes mentais considerados improdutivos e órfãos da razão.

SAMPAIO (1994), considerou que parte das mudanças ocorridas no Brasil em relação à assistência prestada no processo saúde-doença mental e que influenciaram a visão social acerca da loucura, foram fundamentadas pelas reformas: Clemente Pereira (1850) com objetivo principalmente preventivo, isolando das cidades os indivíduos improdutivos e os loucos. Iniciou a Era de Ouro dos Asilos; Teixeira Brandão (1890) na qual, somente o Estado teria poder para excluir, definindo quem era ou não cidadão, sendo estimuladas a estatização dos hospitais. Representou a Era de Ouro das Colônias; Aduino Botelho (1940) com objetivo de desenvolver campanhas para atender os abandonados pela sociedade, criando uma máquina previdenciário-assistencial para os trabalhadores e Reforma Leonel Miranda (1960) tendo como objetivo ampliar a rede hospitalar na proporção de um leito para mil habitantes, o que causou um período de intensas e até mesmo não justificadas internações psiquiátricas, representando a Era de Ouro dos Hospitais Privados.

As políticas públicas relativas ao processo saúde-doença mental no Brasil, também sofreram intensas modificações ao longo do tempo. Dentre outras modificações significativas, podemos citar a elaboração do Manual de Assistência Psiquiátrica do INPS de 1973, o Plano Integrado de Saúde Mental de 1977, chamando atenção para o fato de que em 1970

o Serviço Nacional de Saúde Mental passou a denominar-se Divisão Nacional de Saúde Mental (AMARANTE, 1995).

Durante a década de 70, surgiu o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental considerado o estopim da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Este movimento teve início a partir da crise da Divisão Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde, com o surgimento das denúncias de profissionais que prestavam assistência em unidades hospitalares, no primeiro trimestre de 1978. Neste momento surgiram as primeiras denúncias e mobilizações contra o Sistema Nacional de Assistência Psiquiátrica marcado pelas torturas, fraudes e corrupção (AMARANTE, 1995).

Na década de 80, o Ministério da Saúde e o Ministério da Assistência e Previdência Social implantaram a chamada “ Co-Gestão ” com a finalidade de reestruturar os hospitais vinculados à Divisão Nacional de Saúde Mental. Neste período foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, na qual foi possível a participação de vários segmentos da sociedade, sendo fundamental para possibilitar mudanças na atenção em saúde.

Em 1987, aconteceram a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, sendo o último marcado pelo lema “por uma sociedade sem manicômios ”. Em 1989, surgiu a Lei nº 3.657/89 proposta pelo deputado Paulo Delgado, regulamentando os direitos do doente mental em relação ao tratamento, prevendo a necessidade de extinção progressiva dos manicômios públicos e privados e sua substituição pelos serviços alternativos de saúde (Brasil apud AMARANTE, 1995).

Todos estes movimentos possibilitaram modificações qualitativas para assistência em Saúde Mental no Brasil, propondo serviços alternativos e substitutivos ao baluarte asilar e às práticas de exclusão, como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Hospitais-Dia, Oficinas

Terapêuticas, Oficinas Profissionalizantes, Residências Terapêuticas e Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) voltados, fundamentalmente, para a Reabilitação Psicossocial do indivíduo e o apoio à família. Este é um caminho em construção, cujas possibilidades dependem do envolvimento de todos nós.

2.3 Compreendendo a Concepção de Loucura do Familiar : contribuições para a atuação da enfermagem durante a reabilitação psicossocial

A utilização da Teoria das Representações Sociais na Enfermagem tornou-se útil para revelar aspectos psicossociais referentes ao relacionamento dos usuários no contexto social, sendo importante exercitar a sensibilidade e sutileza ao ouvir o discurso do outro, uma vez que o discurso do sujeito da classe popular quando está frente ao discurso técnico científico, poderá demonstrar uma aparente concordância, mas à medida em que acontece aprofundamento nas Representações Sociais, pode ser possível perceber que eles não são unívocos, e que remetem-se às condições sociais e culturais dos sujeitos. Este estudo foi portanto vital para uma ação efetiva, indicando que não basta apenas a transmissão de informações, mas principalmente entender a representação da saúde, doença e das maneiras de cuidado.

A Enfermagem em Saúde Mental apresentou a possibilidade de uma assistência renovada, ancorada não apenas na doença, mas na compreensão do processo de existência e sofrimento dos pacientes e sua relação com o contexto social, principalmente a família, resgatando a complexidade do fenômeno social da loucura em seus aspectos biológico, político, social e cultural, como uma expressão da existência humana, incluindo o resgate da cidadania, pressupondo a igualdade de direitos para os indivíduos reconhecidos socialmente como loucos.

As representações sociais não surgem, portanto, apenas das mediações sociais, tornando-se, elas mesmas, mediadores sociais, expressando o espaço dos sujeitos e sua luta para interpretar, entender e construir o mundo (JOVCHELOVITCH, 1994).

A Enfermagem em Saúde Mental, pode ser considerada como um instrumento para compreender o processo saúde-doença mental, atuando no processo de Reabilitação Psicossocial como um instrumento de auxílio ao indivíduo, família e comunidade, a fim de que estes indivíduos compreendam o fenômeno da Loucura a partir da desconstrução de estereótipos, do resgate da cidadania e da habilidade social dos sujeitos.

2.4 O Fato Social da Loucura: retrocedendo caminhos de exclusão rumo à reabilitação psicossocial

O conceito de Reabilitação Psicossocial da Internacional Association of Psychosocial Rehabilitation Services apresentou-se, segundo PITTA (1996, p. 19) como sendo :

“ O processo de facilitar ao indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade, enfatizando as potencialidades do indivíduo, dentro de uma abordagem e um suporte vocacional, residencial, social, recreativo e educacional, ajustado ao indivíduo e às situações de modo personalizado.”

Reabilitar Psicossocialmente pode ser considerado então, um processo de remoção de barreiras que impedem a plena integração do indivíduo na comunidade e no contexto sócio -- cultural no qual está inserido, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida do indivíduo, a partir de um processo contínuo e cotidiano de reestabelecer possibilidades individuais, onde deve ser garantida ao indivíduo a possibilidade de participação na construção deste processo .

WITACKER (1992) apresentou o conceito de cultura como sendo um conjunto de representações que pela força simbólica coletiva, relativamente espontânea, pode dar conta do controle do comportamento humano. Esta concepção de cultura apresentou-se então como um programa que observa a doença mental a partir das diferentes maneiras que as diferentes culturas interpretam os “estados da alma ”, percebendo-os ou não como doenças mentais pela maneira como as doenças mentais são avaliadas culturalmente, pelos diferentes enfoques de tratamento, dotados de acordo com a visão cultural, e pela maneira como, em nossa sociedade, a cultura acabou provocando um sistema de programação ou domesticação humanas, no qual aqueles indivíduos que não conseguem se enquadrar, escapando deste esquema racional, podem ser considerados irracionais (muitas vezes enquadrados como doentes mentais).

Assim, pode tornar-se difícil perceber a loucura ou doença mental a partir de uma visão exclusivamente fisiopatológica, uma vez que ela também pode ser produzida por desajustes entre o indivíduo e a cultura na qual está inserido, como também pela forma como a família o percebe dentro do ambiente familiar de papéis e relacionamentos.

A família introduz o indivíduo no contexto social ao mesmo tempo em que modela comportamentos individuais, os quais influenciam a construção da identidade individual.

A família pode ser considerada como instituição na qual um conjunto de pessoas desenvolvem determinados papéis pré-estabelecidos socialmente, como afirma COOPER (1987, p. 58):

“ (...) a família é especialista em estabelecer papéis para seus membros. mais do que criar condições para cada um assumir livremente a sua identidade (...). Caracteristicamente em uma família a criança é doutrinada com o desejo (desejado pelos pais) de se tornar determinada espécie de filho ou filha (e mais tarde, marido, esposa, pai , mãe) com uma totalmente imposta, e minuciosamente estipulada liberdade para mover-se dentro de estreitos interstícios de uma rígida trama de poderes.”

A família também pode suprir as necessidades individuais de cada um de seus membros de forma adequada, tornando-o um membro social eficiente para adaptar-se às novas situações, sem a necessidade de recorrer à família sempre que precisa tomar decisões, ou pelo fato de sentir-se obrigado a submeter-se aos padrões e normas familiares para conseguir fazê-lo. Ou ainda, a família pode ser responsável pela produção de indivíduos dependentes, se estes forem educados dentro de padrões de submissão, não sendo capazes de questionar regras, valores ou *inputs* sociais, tendendo à diminuição de sua liberdade para escolher e trilhar seus próprios caminhos. No momento em que estes indivíduos reconhecerem a necessidade de libertação desta dependência, a família pode perceber este fato como um comportamento desviante ou irracional, o que pode produzir dificuldades no relacionamento familiar. No momento em que a família

percebe a loucura em um dos seus membros também podem surgir dificuldades de relacionamento, compreensão e atuação durante o processo de adoecimento psíquico. Devido à estes fatos os familiares podem, muitas vezes, eximirem-se da responsabilidade da doença através do internamento e exclusão. Em relação a percepção e envolvimento da família durante o processo saúde-doença mental, MONTEIRO (1995, p. 31) enfatiza que : “ (...) a família retrata, assim, toda uma crise social, necessitando ser trabalhada para superar uma gama de conflitos que vivencia em sua existência, como grupo primário que exerce influência, de forma quase predominante, sobre os que a constituem. ”

As Representações Sociais do conceito de loucura fizeram emergir elementos essenciais para a compreensão de como a família percebia a loucura de um dos seus membros, o que poderia influenciar na sua reintegração e reabilitação para o convívio familiar e social. Negar a dimensão social e política da loucura é encerrá-la como fenômeno individual, e também significa afirmar que aquele indivíduo vivencia exclusivamente sua história de vida.

Neste sentido, definimos como objetivos do trabalho **compreender a Representação Social que o conceito de loucura dos familiares reproduz sobre o processo de Reabilitação Psicossocial do indivíduo, averiguando como ancoram as imagens e protótipos relativos à loucura.**

3. MARCO TEÓRICO- METODOLÓGICO

3.1 As Representações Sociais: principais conceitos utilizados no estudo

A Teoria das Representações Sociais teve sua origem determinada no período anterior a II Guerra Mundial. Dentre os seus teóricos, é fundamental referir os trabalhos de : Wundt, que estudou a “Volkerpsychologie” e os fenômenos mentais coletivos que foram considerados manifestações externas da mente e produtos da interação entre indivíduos. Durkheim, que estudou acerca das representações individuais e das representações coletivas. Le Bon, que realizou a distinção entre o indivíduo e as massas (multidão), contrastando a racionalidade do indivíduo enquanto só e enquanto participante da multidão. Freud, que desenvolveu uma crítica psicanalítica da cultura e da sociedade a partir das perspectivas individual e coletiva. Mead, que enfatizou a importância da linguagem para a compreensão da natureza humana e A. F. Allport, que acreditava que a Psicologia Social não deveria ser colocada em contraposição à Psicologia do Indivíduo, uma vez que é parte dela e usa o seu modelo de indivíduo para explicar fenômenos em nível coletivo (NIETSCHE, 1996).

O termo “ Representação Coletiva ” foi proposto inicialmente por Durkheim, para designar a especificidade do pensamento social que não reduz-se a soma das representações dos indivíduos que compõem uma sociedade em relação ao pensamento individual entendido como um fenômeno psíquico que não se reduz à atividade cerebral (MOSCOVICI, 1978).

Todos estes estudiosos influenciaram a construção da Teoria das Representações Sociais apresentada por Serge Moscovici. Este autor resgatou o conceito de representações coletivas proposto por Durkheim, criticando a natureza individualizante das pesquisas em Psicologia

Social na América do Norte. Esta teoria foi publicada em 1961 no trabalho intitulado “ *La Psychanalyse : son image et son public* ”.

As Representações Sociais surgiram a partir da interação social do indivíduo ou comunidade com determinados objetos, circunstâncias ou fenômenos socialmente valorizados. No momento em que estes objetos são representados, há reprodução do objeto a partir de uma reconstrução do mesmo, a qual está vinculada às regras e aos valores sociais provenientes do contexto social em que o sujeito que se representa está inserido, exteriorizando-se através da linguagem que torna a representação impregnada de metáforas, inserindo-a no campo do simbólico, sendo uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos, construindo uma nova realidade a partir da realidade que conhecíamos por experiência (MOSCOVICI, 1978).

Ampliando sua visão de mundo, o indivíduo interpreta novos acontecimentos formando sua opinião acerca das condutas individuais e sociais. O indivíduo porém, pode passar a atuar em conformidade, reproduzindo ações a partir da modelagem de sua personalidade e dos protótipos sociais entendidos como os atributos relativos a um determinado objeto que são mais representados em uma categoria, sendo ambos definidos a partir da cultura na qual o indivíduo está inserido.

O trabalho de elaboração de uma visão coerente das nossas ações e da nossa situação a partir de elementos de origem tão diversa, torna-se um processo psicológica e socialmente determinado. Dentro da nossa sociedade, os meios pelos quais formamos uma concepção concreta acerca dos processos materiais, psíquicos e culturais, com finalidade de compreender, comunicar ou agir e que propiciam a gênese do senso comum, ainda que sejam meios associados

à ciência, integram-se às questões teóricas e práticas essenciais da vida social (MOSCOVICI, 1978).

Para que as informações circulem entre os indivíduos podem ser utilizados diversos mecanismos de comunicação. A partir daí, o indivíduo começa a apreender determinados conceitos ou imagens de objetos socialmente valorizados que permeiam situações, com é o caso da loucura. Inserindo significados diferentes a fala e aos atos, o indivíduo recompõe elementos individuais e sociais que integram sua vida afetiva e intelectual, trabalhando estes novos conceitos, comparando-os com os que já possui, reformulando sua visão de mundo frente as situações que estão ocorrendo.

O conceito de imagem designa uma organização complexa de juízos de valor ou de avaliação, enquanto a noção de opinião implica numa reação do indivíduo em relação a um objeto acabado que é independente da intenção ou propensão do ator social, a qual é antecedida por um julgamento sobre o objeto ou estímulo que está vinculado diretamente com o comportamento, sendo uma réplica do comportamento que se anuncia (MOSCOVICI, 1978).

Durante toda a sua vida o indivíduo absorve em sua memória um complexo de imagens relativas aos mais variados fatos, as quais são constantemente confrontadas, produzindo novas imagens. As imagens iniciais, entretanto, não se dispersam completamente, uma vez que são necessárias para manter vivo o passado individual e coletivo da sociedade. Em relação a este aspecto MOSCOVICI (1978,p.48) afirma que : *“As imagens desempenham o papel de uma tela seletiva que serve para receber novas mensagens e controlam freqüentemente a percepção e a interpretação daquelas que não foram inteiramente ignoradas, rejeitadas ou recalçadas.”*

Pode haver necessidade, dentro do processo de Reabilitação Psicossocial de uma modificação do conceito de loucura percebido a partir do senso comum, muitas vezes

impregnado de metáforas, pela sociedade. No momento em que, o conceito passa a ser difundido socialmente a partir da simplificação e distorção, poderão ocorrer prejuízos acerca da Representação Social do conceito de loucura, o que poderá induzir a família e sociedade a apreenderem uma visão que contribua para a exclusão social do indivíduo como afirma MOSCOVICI (1978, p. 25) :

“ Torna-se necessário, o nascimento de um novo senso comum que não pode ser compreendido em termos de vulgarização, de difusão ou de distorção da Ciência. Para analisar esse evento e esse fenômeno, seria indispensável a contribuição da Sociologia e da História. Entretanto, a Psicologia Social apreendeu os seus aspectos essenciais e o fez mediante o estudo das Representações Sociais e das comunicações.”

O caráter social das Representações Sociais pode ser explicado pelo fato destas representações serem sociais em sua essência, uma vez que dependem tanto dos processos intrapsíquicos individuais, como da pertença do indivíduo aos contextos sociais interativos, fornecendo um leitura da realidade organizacional de vida dos grupos.

A estrutura de cada Representação Social apresenta duas faces indissociáveis, entendidas como *face figurativa* e *face simbólica*. A primeira representa o pólo passivo da estampagem do objeto, ou seja a figura; a segunda representa o pólo ativo da escolha do sujeito, correspondendo à significação conferida e na qual o sujeito está investido (MOSCOVICI,1978).

A teoria traz consigo o conceito de *campo da representação*, que refere-se à imagem, ao conteúdo limitado das proposições referentes a um aspecto preciso do objeto que está sendo representado. O conceito de *campo de representação* revela que somente após uma hierarquização dos elementos atinentes a um determinado objeto, poderá surgir uma imagem. Um exemplo disto, revela-se no fato de que opiniões englobam um conjunto representado de determinado objeto o qual, nem sempre está organizado ou estruturado, representando assim uma imagem.

Dentro do processo de construção das Representações Sociais, surgem as etapas de *Objetivação* e de *Ancoragem*. Segundo MOSCOVICI (1978) a *Objetivação* permite encontrar o saber comum, tornando o não familiar em familiar, o concreto em abstrato, procedimento pelo qual uma imagem transforma-se em objeto. A objetivação atua facilitando as comunicações, trazendo algo estranho para o saber comum do tecido social. A *Ancoragem* permite a incorporação de novos saberes num reservatório de categorias mais familiares.

A compreensão das Representações Sociais do conceito de loucura permite não apenas selecionar imagens ou protótipos relacionados a este objeto socialmente reconhecido, mas ir além, permitindo predizer comportamentos ou posturas daqueles indivíduos que estão presentes durante o processo de adoecimento, assistência e reabilitação uma vez que, as representações associam-se às diferentes formas pelas quais as pessoas de uma comunidade orientam-se e dominam o meio no qual se relacionam, como afirma MOSCOVICI (1978, P. 28): “*A Representação Social é um corpus organizado de conhecimentos e uma das atividades psíquicas graças às quais os homens tornam inteligível a realidade física e social, inserem-se num grupo ou numa ligação cotidiana de trocas, e liberam os poderes de sua imaginação.*”

As imagens, metáforas e protótipos sociais referentes ao conceito de loucura relacionam-se tão diretamente aos problemas sociais que os indivíduos e famílias enfrentam, que foi possível observar que a compreensão dos mesmos favoreceu o estudo e reflexão acerca do processo de Reabilitação Psicossocial do indivíduo na família e sociedade.

3.2. Referencial Metodológico: análise de conteúdo

O conteúdo dos discursos emergentes através das técnicas de coleta de informações foi analisado através do método de Análise de Conteúdo proposto por BARDIN (1977).

A primeira fase do processo de Análise de Conteúdo corresponde à fase de Pré - Análise, a qual engloba três subfases que são a formulação das hipóteses e dos objetivos, a referenciação dos índices e a elaboração de indicadores (preparação do material, que poderá ser analisado com o auxílio de programas de computador).

A fase de Pré - Análise inclui a leitura flutuante das informações; a escolha dos documentos para a constituição de um *corpus*, ou seja um conjunto de documentos que são submetidos aos procedimentos analíticos seguindo as regras da: Exaustividade, a qual está voltada para a necessidade de ter-se em conta todos os elementos deste *corpus*. Nenhum elemento deve ser descartado sem justificativa rigorosa; a regra da Representatividade demonstra que a partir do momento em que a amostra seja considerada uma parte representativa do universo inicial os resultados poderão ser generalizados; a regra da Homogeneidade demonstra que as informações devem obedecer critérios precisos de escolha e não apresentar demasiada singularidade; a regra da Pertinência considera que os documentos ou informações devem ser adequados, de forma que estejam de acordo com os objetivos suscitados análise.

A exploração do material é realizada através do que BARDIN (1977) conceitua como Codificação, correspondendo a uma transformação, recorte, agregação e enumeração que permite atingir uma representação do conteúdo ou da sua expressão. Compreende três fases : 1) recorte: equivalente à escolha das unidades de registro equivalentes a segmentos do conteúdo podendo

estar cristalizadas em uma palavra, frase ou tema; 2) enumeração : equivalente à escolha das regras de contagem e 3) a classificação e agregação : correspondente à escolha das categorias. A Categorização é um processo de classificação de elementos, por diferenciação, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com critérios definidos os quais podem ser : a) semântico (por temáticas); b) sintático (através de verbos ou adjetivos) e c) léxico (pela classificação das palavras segundo o sentido).

A Categorização comporta : a) o inventário (com a função de isolar elementos) e b) a classificação (para repartir os elementos, procurando impor uma certa organização às mensagens). Um conjunto de categorias significativas deve possuir as qualidades de : a) exclusão mútua; b) homogeneidade e c) objetividade e fidelidade (que se refere ao fato de que diferentes partes de um material, ao qual se aplica uma mesma grelha categorial, devem ser codificados da mesma maneira).

Por fim BARDIN (1977) apresenta o conceito de Inferência, a partir do qual devem ser observados os seguintes pólos : a) o emissor da mensagem (indivíduo ou grupo); b) o receptor da mensagem; c) a mensagem (constituindo-se no ponto de partida e no indicador) ; d) o código (indicador para revelar realidades subjacentes); e) a significação (passagem sistematizada pelo estudo formal dos códigos). Ao final destas etapas realiza-se o processo de interpretação das informações , cujo produto deverá evidenciar a realidade subjacente em estudo .

Na leitura flutuante do material, deve-se considerar a retórica, permitindo a observação das variações contraditórias do discurso que são indicadores valiosos sobre a forma como o discurso se orienta para a ação, os detalhes sutis, que aparecem sob a forma de silêncios e lapsos importantes para avaliação do investimento afetivo presente (SPINK , 1994).

Através do processo de *Objetivação* são reunidas as unidades de significação, posteriormente categorizadas. É utilizada a Figuração, como forma de tradução de conceitos em imagens, atribuindo características de coisas ou seres às palavras onde serão evidenciadas as metáforas dos discursos. Podem ser evidenciados os protótipos entendidos como os atributos relativos a um determinado objeto que são mais representados em uma categoria. No final deve ser realizada a etapa de *Ancoragem*, a qual assumirá a dimensão explicativa da Representação Social do conceito de loucura apreendido pelas famílias e sua influência no processo de Reabilitação Psicossocial.

4. REALIZANDO A PESQUISA

- **Natureza da Pesquisa**

Nesta pesquisa utilizou-se a abordagem qualitativa a partir dos pressupostos da Teoria das Representações Sociais, desenvolvida a partir da técnica de depoimento pessoal dos familiares de indivíduos que permaneciam recebendo atendimento em saúde nas instituições selecionadas para o estudo.

A abordagem qualitativa pode ser definida como uma tradição situada nas ciências sociais, dependente da observação de pessoas em seus territórios e pela interação com elas tentando compreender sua linguagem e seus termos (KIRK ; MILLER, 1986).

- **Contexto da Pesquisa**

Elegeu-se como campo para o presente estudo duas instituições localizadas no Ceará, as quais apresentavam como objetivo comum o tratamento e assistência ao indivíduo e família durante o processo de saúde – doença mental. Estas instituições foram descritas a seguir :

A) Centro de Atenção Psicossocial (CAPS): Trata-se de um serviço de assistência extra-hospitalar pública situado em um município cearense. Caracterizou-se sobretudo por uma multiplicidade crítica de técnicas e funções, prática interdisciplinar e acessibilidade local. Apresentava como objetivos tratar transtornos clinicamente reconhecidos como doença mental, prevenir o hospitalismo, desamparo e outras formas de alheamento social, garantindo permanência com vínculos sociais, prevenir rotulação, estigma e cronificação, estimular redimensionamento crítico das relações com família, trabalho, vizinhança, sexualidade, política e

auxiliar na promoção da cidadania e na construção coletiva da qualidade de vida (SAMPAIO & BARROSO, 1994).

B) Ambulatório de Saúde Mental : Está situado em Fortaleza, ligado a um Núcleo de Assistência Médica Integrada, de natureza particular, com funções de assistência à comunidade carente no qual está geograficamente inserido, além das funções de formação, ensino e pesquisa de profissionais da área de saúde, o qual presta atendimento em Saúde Mental para a população adscrita. Realiza atividades de consulta médica e de enfermagem em Saúde Mental, bem como oferece apoio à família e comunidade durante o processo saúde – doença mental.

Pôde ser considerado relevante o estudo acerca das Representações Sociais do conceito de loucura nestas diferentes comunidades, uma vez que segundo (MOSCOVICI,1978), as Representações Sociais incitam a preocupação com as condutas simbólicas e imaginárias na existência ordinária das coletividades.

- **Familiares Participantes**

Foram entrevistados ao todo, 15 (quinze) familiares de indivíduos que recebiam atendimento em saúde em uma das duas instituições selecionadas como campo de coleta de dados. O número de familiares participantes da pesquisa não obedeceu critérios numéricos. Ao final das entrevistas foram observadas a exaustão e a repetitividade presente nos conteúdos das falas, o que tornou este número de entrevistas representativas em relação à população atendida em cada uma das duas instituições, demonstrando que estes depoimentos estavam diretamente relacionados aos critérios de saturação teórica, tornando o estudo relevante e representativo em relação às população estudada.

A seleção desses sujeitos deu-se através de três momentos, obedecendo a critérios estabelecidos pela pesquisadora.

Inicialmente, foi realizado contato com os profissionais da equipe de saúde das duas instituições solicitando a autorização para realização da pesquisa, mediante apresentação de ofícios enviados às instituições referidas, sendo solicitada suas colaborações como campos de estudo, sendo explicado a importância da pesquisa, seus objetivos e assegurado o sigilo em relação à identificação dos participantes.

Após este momento, com auxílio dos profissionais, foi realizado um *survey* nas instituições referidas para que a pesquisadora reconhecesse a realidade de cada população, sendo realizado também levantamento de dados contidos no prontuário dos usuários dos dois serviços, para que fosse possível selecionar as famílias participantes que satisfizessem os seguintes critérios:

- 1) O indivíduo participante da pesquisa deveria pertencer a uma família nuclear, constituída fundamentalmente por pai, mãe e filhos, sendo enquadrado na pesquisa somente o (s) indivíduo(s) tivesse(m) acompanhado diretamente o processo saúde - doença mental do usuário do serviço, desde o seu início até o momento atual.
- 2) O indivíduo e família deveriam estar no momento, recebendo a assistência de qualquer uma das instituições citadas anteriormente.
- 3) O usuário do serviço deveria ter sofrido internamento anterior em instituição psiquiátrica.

Posteriormente foi realizado contato prévio com os membros das famílias selecionadas que estavam diretamente envolvidos durante o processo saúde -- doença mental. Neste momento foi solicitada a colaboração das famílias para participarem da pesquisa, assegurando o sigilo acerca de suas identidades, informando os objetivos da investigação, a maneira como as

informações seriam registradas e utilizadas posteriormente e o livre arbítrio da família para participar ou não da pesquisa.

Foi obedecido o que preconiza a Resolução 196/96 (CONEP, 1998), quanto aos aspectos éticos da pesquisa com seres humanos.

- **Técnicas para a obtenção das Informações**

O encontro com os familiares aconteceu nos domicílios destes, em momento que o usuário estivesse sendo atendido por uma das duas instituições citadas. Posteriormente, foram realizadas as observações livres para compreender o relacionamento do usuário com seus familiares, em cada domicílio.

Para a coleta das informações referentes aos conteúdos das Representações Sociais do conceito de loucura apreendido pelas famílias, foram utilizadas as seguintes técnicas :

A) Entrevista semi- estruturada. Segundo MINAYO (1996) a entrevista parte da elaboração de um roteiro, seguindo como objetivos a descrição do individual, a compreensão das especificidades culturais mais profundas dos grupos e a comparabilidade de diversos casos.

As entrevistas foram orientadas por um roteiro previamente estabelecido e reformulado após pré- teste, sendo realizadas em momentos anteriores à realização das observações livres. O período de realização das entrevistas e das observações livres correspondeu aos meses de outubro e novembro de 2000 .

B) Observação livre em domicílio, com a finalidade de observar comportamento e interação familiar com o indivíduo diagnosticado clínica e socialmente como doente mental, frente ao processo de saúde- doença mental. Neste caso, as observações livres foram realizadas após a realização das entrevistas, e em momentos em que o usuário estivesse interagindo com os demais membros da sua família, em seu domicílio.

A opção pelas técnicas da observação livre e da entrevista semi-estruturada deveu-se ao fato da necessidade de pormenorizar-se a codificação das categorias em dois aspectos : a) centrado no grupo e b) centrado no conteúdo. Sua importância, segundo MOSCOVICI (1978, p. 32) deve-se ao fato de que :

“A codificação centrada no grupo tende a definir as modalidades de expressão do grupo a propósito de um objeto dado. Por exemplo, o objeto é pensado em termos abstratos ou concretos, e o grupo tem dele uma imagem “real ” ou uma imagem “ideal”, etc. A codificação centrada no conteúdo é orientada para a separação dos temas que se apresentam mais freqüentemente a respeito do nosso problema. Ela também autoriza a definir o vocabulário que o exprime. As categorias e os temas ajudam-nos a isolar e a generalizar, combinando discursos muito individualizados, assim como operar estatisticamente como se tratasse de perguntas e respostas”.

Os dados das entrevistas foram registrados através da utilização do gravador. As falas foram transcritas na íntegra pela pesquisadora.

- **Procedimentos para a Análise das Informações**

Após a transcrição das entrevistas foi realizada a fase Pré – Análise a partir da leitura flutuante do conteúdo das entrevistas, as quais foram correlacionadas com as informações obtidas através das observações livres realizadas em cada grupo familiar, permitindo a construção do *corpus*. O passo seguinte foi a elaboração de esquemas que auxiliaram na construção dos primeiros esboços acerca das Representações Sociais do conceito de Loucura apreendido pelos familiares.

No segundo momento, foi realizada a fase de Exploração do *corpus* , sendo destacados os trechos mais significativos das experiências pessoais relatadas pelos familiares, os quais fundamentaram o processo de Codificação, a partir do qual surgiram as categorias temáticas. Esta fase foi realizada conjuntamente com o processo de Objetivação sendo reunidas as unidades de significação e, posteriormente, sendo construídos os protótipos relativos ao tema da pesquisa.

Em última instância, foi realizada a etapa de Ancoragem, na qual aconteceu a dimensão explicativa acerca da Representação Social do conceito de Loucura e do processo de Reabilitação Psicossocial do indivíduo a partir da concepção dos familiares.

5. DESCOBRINDO AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Este capítulo contemplou a apresentação das representações provenientes da interpretação dos relatos dos familiares, assim como a sua caracterização quanto aos aspectos de identificação.

▪ CARACTERIZAÇÃO DOS INFORMANTES DA INVESTIGAÇÃO

A idade dos familiares variou entre 35 e 67 anos. De um total de 15 participantes, 12 eram do sexo feminino e 3 do sexo masculino, sendo 5 mães, 1 pai, 3 irmãs, 1 irmão, 1 filho e 4 filhas dos indivíduos que apresentavam transtornos mentais. O número de membros que constituíam cada família variou entre 3 e 9 pessoas residindo no mesmo domicílio.

As famílias residiam em áreas periféricas de suas cidades. A renda familiar variou entre 1 e 5 salários mínimos.

Os membros familiares do sexo feminino, principalmente as mães, foram as principais envolvidas na assistência prestada aos usuários dos serviços, desde o início da doença mental até o momento atual.

5.1 CONCEPÇÕES DE LOUCURA NO CONTEXTO FAMILIAR

As Representações Sociais do conceito de loucura apreendidas pelas famílias participantes deste estudo originaram, inicialmente, núcleos de significado, os quais são descritos e analisados a seguir.

- **Mal – Estar Psíquico como Significado de Loucura**

Este núcleo de significado foi descrito pelos familiares em seu cotidiano, no qual o indivíduo expressou, através da fala ou do comportamento, a permanência de um vínculo com o fato que foi considerado pelos familiares como fundamental para o desencadeamento da loucura.

As unidades temáticas que surgiram foram Sofrimento (31,2%), Preocupação Excessiva (11,2%), Vontade de Morrer (8,5%) e Medo (8,5%) representando 59,4% de todos os relatos. As demais unidades de significação foram Pavor (2,9%), Horror (2,9%), Rancor (2,9%), Ódio (2,9%), Infelicidade (2,9%), Desgosto (2,9%), Aborrecimento (2,9%), Desassossego (2,9%), Gastura (2,9%), Coisa Ruim na Cabeça (2,9%) e Inquietação (2,9%).

O depoimento de Camélia acerca do conceito de loucura referiu-se ao sofrimento proveniente dos prejuízos psíquicos/ físicos causados durante as crises vivenciadas por sua filha:

“De quinze para dezesseis anos foi a época em que ela sentiu as crises mais fortes, ela se internou no hospital psiquiátrico, foi para Messejana. Era um sofrimento, ela dava os ataques mais horríveis, lascava a cabeça no chão, caía no meio da rua (...)”
(Camélia, mãe, CAPS)

O conceito de loucura apreendido por esta mãe foi construído, inicialmente, a partir da percepção dos episódios recorrentes das convulsões tônico – clônicas provenientes da Epilepsia e suas repercussões, dentre elas danos físicos e períodos de inconsciência momentânea :

“Ela tinha ataque por cima de ataque e ela não tomava, aí eu levei para o hospital e lá passaram os remédios, aí ela ficou boa.(...) Ela tinha o ataque e caía para trás, batia a cabeça e sofria muito.” (Camélia, mãe, CAPS)”

A partir do imaginário social, a doença pode ser compreendida como a perturbação da saúde produzida por uma situação em que prevalecem duradouras perturbações de eventos vitais, provocando prejuízos no corpo ou em suas partes (HEGENBERG, 1998).

A Epilepsia é uma doença neurológica crônica, caracterizada por convulsões que são definidas como uma perturbação fisiopatológica paroxística transitória da função cerebral, causada por uma descarga espontânea e excessiva dos neurônios, na qual o indivíduo apresenta convulsões tônico – clônicas recorrentes. Seu início ocorre geralmente na infância, cessando na puberdade, podendo ter início, em alguns casos, na idade adulta. A Epilepsia pode ser responsável pelo surgimento de episódios de violência, sintomas psicóticos ou ainda, sintomas relacionados aos Transtornos do Humor (KAPLAN, SADOCK, GREBB, 1997).

Neste caso a filha apresentava, além do diagnóstico de Epilepsia, o diagnóstico de Transtorno Bipolar, sendo relatadas tanto as crises convulsivas provenientes da Epilepsia e responsáveis pelos danos físicos relatados, como também as crises maníacas marcadas por episódios de comportamento heteroagressivo e que, segundo a mãe, eram acompanhadas pela perda da razão de sua filha, em momentos em que ela estava consciente. Portanto, a mãe

considerou que a loucura era uma condição momentânea decorrente de uma doença pré – existente, neste caso a Epilepsia, como foi possível observar neste trecho do depoimento :

“ Quando ela estava louca aqui eram cinco homens para pegar ela e não era coisa só de tapa não ! Isso aqui ela fechava e ninguém passava. Uma vez ela deu uma pedrada no braço da doutora. Mas mesmo assim ela conhecia as pessoas. E loucura já é mais um problema que vem da doença dela.” (Camélia, CAPS).

A Representação Social do conceito de loucura vinculou-se à imagem do sofrimento o qual, segundo VERGELY (p. 43, 2000) pode ser compreendido como :

“A idéia segundo a qual o sofrimento seria um sinal funda-se sobre uma constatação : a dor física é um mal revelador de uma crise interna mas também de uma agressão externa que o corpo pode sofrer. Assim é bom que ele exista e que a natureza tenha tomado o cuidado de por em nós essa linguagem. Pois, sem ela, não seríamos avisados do que se passa no interior do corpo, como em seu exterior. Não conheceríamos as doenças escondidas que podem corroer-nos em silêncio. Também nada saberíamos de nossos limites em face do mundo exterior.”

Camélia somente se referiu ao termo loucura a partir do momento em que ela passou a observar os sintomas provenientes do Transtorno Bipolar.

Desta forma, a concepção de loucura de Camélia foi pautada, inicialmente, pela percepção do sofrimento psíquico causado pela Epilepsia, representado pela perda momentânea da consciência e, conseqüentemente, da razão, provocando danos físicos. A partir do momento em que a mãe evidenciou também os sintomas provenientes do Transtorno Bipolar, ela deixou de se referir ao termo “sofrimento”, substituindo-o pela palavra “loucura”, uma vez que ela passou a observar não apenas momentos de inconsciência durante as crises convulsivas decorrentes de

uma patologia que é caracterizada por isto, passando a perceber momentos em que sua filha perdia a razão mesmo estando consciente, apresentando assim momentos de heteroagressividade sem motivos evidentes. Todos estes fatos também foram responsáveis pelo afastamento de sua filha das atividades domésticas, do trabalho, do lazer e da escola, apesar da percepção da filha acerca da importância de sua colaboração para a renda familiar e de sua insatisfação ao perceber que suas atividades sociais e de lazer não seriam mais tão frequentes:

“Nesse tempo ela não era aposentada e o meu pai e a minha mãe eram vivos eles ajudavam e eu ficava no labirinto para dar de comer à ela. Aí ela se obrigava a trabalhar nas casas de família, mas aí não deixava porque ela caía no chão e era arriscado acontecer um arte e eu não deixei mais ela trabalhar fora.” (Camélia, CAPS).

Este conceito de loucura permitiu o início do processo de Reabilitação Psicossocial através da adequação de atividades que permitiam à esta filha o retorno às funções sociais, sendo este processo iniciado pela realização de atividades diárias, consideradas pela mãe menos complexas ou que não representavam nenhuma situação que oferecia risco à saúde de sua filha. A mãe assumiu uma atitude crítica em relação à escolha destas atividades, adequando-as ou excluindo-as, com a finalidade de preservar a integridade física da filha e evitar o seu sofrimento, posicionando – se de forma a proteger sua filha de qualquer dano físico, sem contudo, torná – la inútil, permitindo sua reintegração em diversas atividades sociais, como podemos observar nestes trechos do depoimento :

“Agora eu não estou deixando nem ela engomar nem lavar a roupa dela, porque um dia se eu não chegasse tão ligeiro ela tinha ficado pregada no ferro. Mas ela vai para a padaria. Tem dias que ela fica bem, outros que ela tem um escurecimento na vista.”
(Camélia, CAPS)

O depoimento de Camélia apresentou também o núcleo de significado preocupação excessiva, o qual foi observado por ela no comportamento de sua filha. A preocupação excessiva de sua filha relacionou-se ao baixo nível sócio-econômico da família e com a continuidade do tratamento, uma vez que os remédios apresentam preços elevados. Neste caso, a preocupação pôde configurar-se como um fator que, pelo menos em parte, pôde incentivar a Reabilitação Psicossocial, uma vez que demonstrou a percepção da filha acerca da importância da sua contribuição, a partir de sua aposentadoria, para a renda familiar e seu interesse na continuidade do tratamento, como também ressaltou a preocupação da mãe em prover as necessidades humanas básicas da filha, incluindo a continuidade do seu tratamento:

“Ela está bem, vai aos passeios com o pessoal do CAPS, fala com os vizinhos, eu só não deixo ela sair de noite nem ir para algum lugar longe sem mim. Ela já vai para a escola, conversa, trabalha no labirinto lá no CAPS, e isso já vai tirando a loucura da cabeça. Só em acordar de manhã, ir para a escola e à tarde ir para o CAPS, isso para ela é outra vida, melhor do que estar só dentro de casa, acolá (...) pensando, é outra coisa. Já dá um objetivo na vida dela.” (Camélia, CAPS)

“ Eu já tenho cabelo branco, mas enquanto eu estiver viva ela vai ter o que precisar.”
(Camélia, mãe, CAPS)

É necessário salientar a importância que Camélia conferiu a necessidade de estabelecer, de acordo com a sua percepção acerca da evolução do processo de Reabilitação Psicossocial de sua filha objetivos alcançáveis para a mesma.

Porém, para que este processo de Reabilitação Psicossocial pudesse acontecer de forma efetiva, seria necessário considerar não somente a visão do familiar acerca deste processo, mas também a vontade individual e o senso crítico desta filha, acerca da sua evolução durante o tratamento. A atuação em conjunto entre o indivíduo, a família e a equipe terapêutica são indispensáveis dentro do processo de reintegração social.

As mães Violeta e Flor conceituaram a loucura a partir da observação do sofrimento psíquico de suas filhas durante relacionamentos conjugais marcados pela violência física/moral realizada por seus maridos, como foi possível observar nos dois depoimentos a seguir :

“A pessoa que é mal tratada pode chegar à loucura. Eu acho que a loucura dela foi dos maus tratos que ela sente. Eu acho que foi dos maus tratos, a convivência , aquela agitação (...). A infância e a adolescência dela foram normais, mas dezenove anos com o marido em São Paulo, o quê que ela não sofreu lá ? (...) Ela sempre se separava, mas se juntava de novo, e eu não queria que ela se juntasse porque eu não queria ver ela sofrendo. Sofria ela e sofria eu !” (Violeta, mãe, CAPS)

“Ela foi casada com ele quinze anos. Ela deixou ele porque ela não agüentou. Ele bebia e usava drogas e quando chegava em casa era espancando ela e ela desabava no meio do mundo correndo, porque não ia ficar esperando que ele batesse nela. Quando ele chegava do forró ele já ia dizendo : “ Ei você vai levar um murro no meio da cara ”, e ela já saia correndo. Aí ela foi indo até que cansou de sofrer, aí ela deixou ele.” (Flor, mãe, NAMI)

Estes conceitos de loucura foram relacionados à imagem da admissão do sofrimento psíquico durante relacionamentos conjugais os quais, ao longo dos anos, passaram a representar violência física/moral para estas mulheres. Mesmo assim, estas mulheres permaneceram sofrendo, apesar de terem o apoio familiar necessário a qualquer momento em que desejassem romper os laços conjugais. Neste momento, seria importante salientar a condição da mulher a partir do momento em que ela torna-se esposa, como afirma CARVALHO FILHO (p. 147, 2000):

“ (...) o amor é idealizado como algo romântico, capaz de realizar os sonhos de qualquer moça e rapaz. Mas para que ele seja algo positivo é preciso o desenvolvimento da capacidade do sofrimento, que é algo que deve ser buscado como ideal de realização. O sofrimento que significava a revivificação dos sofrimentos passados por Nossa Senhora, pelas santas e mártires da Igreja. É daí que viria a purificação da mulher. O casamento, também, era considerado algo que exige sacrifício. Quem não está disposto para o sacrifício, também não está maduro para a vida conjugal. Só que a renúncia deve se dar principalmente no plano feminino, pois a mulher deve sempre ceder mais, porque sabe mais amar, dá-se sempre por seu bem empregado sacrifício quando ele (o homem) estiver feliz.”

A cultura ocidental desenvolveu, ao longo do tempo, a “cultura do sofrimento ” a partir da qual o indivíduo admite o sofrimento através de trocas simbólicas, nas quais ele conserva seu lugar social pela compreensão de que o sofrimento pode representar um perda menor em relação ao que se pode manter ou adquirir. Existe então uma racionalização acerca do sofrimento, tornando-o suportável através de uma negação parcial deste (VERGELY, 2000).

A “cultura do sofrimento ” parece ter sido utilizada, em primeiro plano, pelos maridos destas mulheres, os quais destacaram fatos que confirmam seu poder de dominação em relação à estas mulheres, dentre eles a força física, a renda familiar proveniente exclusivamente

da força de trabalho, a autoridade, a imagem masculina desejada pela mulher para satisfazer suas necessidades em dar e receber amor numa relação afetiva. Estes fatos produziram uma imagem de supremacia do homem no ambiente familiar, tendo importância fundamental para a sobrevivência e continuidade da família.

Estes fatos permaneceram vinculados ao conceito de loucura relacionado a uma razão que julgava e controlava esta loucura. Este controle aparentemente racional da loucura não eximiu o indivíduo do sofrimento psíquico. Estas mulheres passaram a viver a partir de contradições, dentre elas amar/sofrer, manter/perder, as quais produziram o prolongamento do sofrimento físico/psíquico delas durante o casamento.

Em relação à este aspecto, as Representações Sociais pertencem à ordem da diversidade contida no senso comum, a partir do qual não cabe catalogar os conteúdos em busca de estabilidade ou consenso, uma vez que estes são essencialmente heterogêneos, assim como não é necessária a busca de estruturas lógicas, porque elas não existem. A análise do senso comum revela não somente a lógica e a coerência, como também as contradições (SPINK,1994).

Apesar das famílias terem acompanhado todo este processo, a libertação do sofrimento somente realizou-se a partir da vontade individual das filhas, o que determinou o auxílio direto e o acolhimento por parte dos familiares.

A partir do casamento, as famílias não detiveram nenhum poder de decisão ou influência em relação à estas mulheres, o que deveria ser percebido como um fator que tornaria esses indivíduos cada vez mais independentes. Estes casamentos tornaram estas mulheres dependentes da subordinação imposta por seus maridos. As agressões físicas/morais passaram a ser encaradas pelas esposas como a resposta pelo esforço masculino em manter o sustento de sua família, pelo fato do companheiro ter concordado em se casar e por algum ato realizado por estas

mulheres, sendo este último percebido como afastamento de sua função de esposa/mãe/dona de casa. Em relação à este aspecto FALCI (p. 269, 1997) expõe sobre a família cearense destacando os prejuízos para a mulher que poderiam advir do relacionamento conjugal :

“Havia um intenso nível de violência nas relações conjugais do sertão. Não a violência física exclusivamente (surras e açoites), mas a violência do abandono, do desprezo, do malmequer. Os fatores econômicos e políticos que estavam envolvidos na escolha matrimonial deixavam pouco espaço para que a finidade sexual ou o afeto tivessem grande peso nessa decisão. Além disso, a mulher casada passava a se vestir de preto, não mais se perfumava, não mais amarrava seus cabelos com laços de fita, não comprava vestidos novos. Sua função era ser “mulher casada ” para ser vista somente pelo marido. Como mulher-esposa, seu valor perante a sociedade estava diretamente ligado à “honestidade”, expressa pelo seu recato, pelo exercício de suas funções dentro do lar e pelo número de filhos que daria ao marido. Muitas mulheres de trinta anos, presas ao ambiente doméstico, sem mais poderem passear - porque “lugar de mulher honesta é no lar” - perderam rapidamente os traços de beleza.”

Estes prejuízos à imagem e ao comportamento feminino, presentes na sociedade cearense durante o século XVIII, continuam sendo observados em vários relacionamentos conjugais, tanto nas cidades do interior do Estado como também na capital, perpetuando assim a cultura da admissão do sofrimento físico/psíquico da mulher durante o casamento através das gerações.

A mudança deste quadro social depende de mudanças sociais, culturais e econômicas. A emancipação individual deveria ter sido iniciada a partir do primeiro grupo familiar de forma processual, uma vez que não é fácil modificar padrões sócio - culturais rígidos numa sociedade que ainda é patriarcal, principalmente nas cidades localizadas no interior do sertão cearense, o que favoreceu a submissão da mulher em relação ao homem, tornando estas mulheres expostas à

todo tipo de violência e propensas ao adoecimento psíquico. Desta forma, a inexistência de laços familiares poderia ter provocado a extensão do sofrimento destas mulheres.

O depoimento de Antúrio, marido de Flor, apresentou os núcleos de significado Sofrimento e Medo.

Antúrio expressou o medo vivenciado por sua filha através da utilização da figura de linguagem Gradação, relatada a partir da sequência medo – pavor – horror :

“Essa doença dela começou por causa da agressão quando ele foi lá e pediu os documentos dela e pediu para se desquitar dela mas os documentos dela não estavam lá. Eu já tinha dito à ela que se ele viesse querer se desquitar, enquanto eu fosse vivo, dela ele não se desquita não. E ele, a vontade dele era querer se desquitar para casar com uma mulher que ele arranjou. Então ela ficou apavorada, horrorizada e quando ela chegou aqui dizendo que ele queria que ela entregasse os documentos, só que ela disse que não entregava e que ele disse que ia dar cadeia nela. A mulher vinha se tremendo.”
(Antúrio, pai , NAMI)

A Gradação encontrada no depoimento referiu-se a uma transição gradual das situações que produziram sofrimento físico/psíquico e medo, iniciadas pela violência de gênero e dominação sofridas durante o primeiro casamento, pela permanência da ameaça de uma nova situação que provocasse sofrimento (pelo fato do ex - marido morar na vizinhança) e por fim, pela concretização de uma nova situação na qual a violência e dominação exercidas pelo ex-marido de sua filha poderiam, segundo ele, resultar em prisão, a qual significaria para esta mulher a perda total da liberdade.

Foi evidenciado através do depoimento de Antúrio a intensidade da subordinação vivenciada por sua filha durante o casamento. Para ele o fato de negar o divórcio não representa a

transgressão de nenhuma lei porém, a exacerbação da autoridade e do poder deste homem significou para esta mulher a possibilidade de acreditar que ele seria capaz de qualquer tipo de violência contra ela.

A família foi, portanto, um elemento importante para a mudança, sendo esta compreendida como a libertação do sofrimento e o reencontro com a identidade perdida, o que tornou possível o início da Reabilitação Psicossocial destes indivíduos. Este processo dependeu fundamentalmente da iniciativa individual. Apesar da compreensão e empenho da família acerca da necessidade de libertação do sofrimento do seu familiar, para que este voltasse a ser feliz e pudesse desempenhar novamente suas funções sociais, somente a partir da decisão individual este processo pôde ser iniciado, como foi possível observar nestas falas :

“ Agora ela está trabalhando. Vai paro culto, volta, vai para casa. Levanta vai trabalhar bem animada, graças a Deus !(Violeta, mãe, CAPS)

“Agora ela diz assim, mamãe eu não vou tomar o medicamento porque eu não estou sentindo nada ! Se eu tivesse sentindo alguma coisa eu tomava ! (...) Aí agora por último , ela que foi lá no Fórum e pediu a doutora para dar a separação dela que ela não agüentava mais ! E isso foi ela mesma que viu, porque ela ia para o culto e quando ela chegava ele estava dentro de casa e ela arrudiava e entrava pela janela e se deitava na rede, e um dia para ele pegar ela ele cortou os punhos da rede dela. Ele bebe, ele é alcoólatra ! E a doutora até disse pegue a rede e mostre para o juiz ! E depois dela separada ele já voltou lá e fez mais confusão. Agora graças a Deus está tudo bem. E ele não dá pensão e já foi até preso por isso.” (Violeta, mãe, CAPS)

Em relação à interrupção do tratamento medicamentoso evidenciada no depoimento de Violeta, é necessário salientar que, apesar da superação da crise, para manter o bem – estar do indivíduo, a interrupção do tratamento medicamentoso deveria ter sido acompanhada pela equipe terapêutica.

No caso relatado por Violeta o transtorno mental desenvolveu-se durante os dezenove anos em que a filha morou em São Paulo. A mãe acompanhou principalmente o processo de Reabilitação Psicossocial, ressaltando a iniciativa da filha em relação ao pedido de separação, a percepção da necessidade do reestabelecimento de sua saúde física e mental, como também a necessidade evidenciada pela filha em retornar às atividades sociais, o que colaborou de maneira efetiva para que sua filha pudesse reintegrar-se socialmente. Além disto, este processo de Reabilitação Psicossocial foi fundamentado na superação da crise e em um novo projeto de vida elaborado pela filha, que incluiu o retorno às funções de mãe e dona de casa, atividades ligadas à religiosidade e trabalhar em uma pousada, para garantir o sustento de sua família, apesar da mãe colaborar economicamente para isto. Outro fator importante para a reabilitação desta filha está ligado à possibilidade de ter seu próprio lar, ou seja, ela mantinha independência financeira, tendo em mãos o controle de todas as atividades de um lar. Neste caso, a família permitiu que esta mulher voltasse a desempenhar todas as suas funções sociais, a partir do momento em que percebeu que a crise foi superada, sendo possível que ela retornasse às suas funções sociais de maneira independente.

Desta forma, Violeta auxiliou de maneira efetiva o processo de Reabilitação Psicossocial de sua filha, incentivando seu retorno às funções de mãe/dona de casa/ e ao seu emprego. Violeta também relatou a importância de acompanhar sua filha durante as crises, participar das reuniões de família realizadas pelo CAPS para inteirar-se da evolução de sua filha durante o tratamento, como também auxiliar economicamente sua filha quando necessário, uma vez que a remuneração recebida por ela não era suficiente para sustentar seus filhos :

“Quando ela dava as crises eu nunca saía de perto. Quando ela estava em Fortaleza eu só passava dois dias aqui. Quando eu chegava lá, às vezes ela já estava banhada e se eu notasse que ela ainda não tinha tomado banho, eu banhava ela, eu penteava o cabelo dela, eu passava perfume, lavava uma roupa, colocava ela na cama, dava merenda. (...) Eu cuidava dela o tempo todo. (...) Quando tem uma reunião que eu não vou é porque eu não posso, porque eu tenho com quem deixar minha neta. Mas eu gosto de ir para a reunião, para saber o que está se passando e como é que vai, eles aconselham para ter paciência, para fazer com que o paciente na comunidade seja bem tratado (...). Às vezes, apesar de trabalhar, ela passa aqui e deixa o papel da água para eu pagar, me pede para comprar algum remédio para a minha neta e eu ajudo !O que eu posso fazer eu faço! Eu comprei foi uma casa!” (Violeta, mãe, CAPS).

O depoimento de Flor revelou que apesar da iniciativa de sua filha em romper o relacionamento conjugal com seu primeiro marido, mantendo agora um novo relacionamento afetivo livre de qualquer agressão, o processo de Reabilitação Psicossocial de sua filha incluiu o afastamento das suas atividades de mãe e dona de casa, sendo estas desenvolvidas, pelo menos na maior parte, por Flor. A mãe também relatou que não tinha tempo disponível para conversar com sua filha sobre algumas formas de superação da crise, como a superação do “rancor”, compreendido como ressentimento profundo que colabora para a perpetuação do sofrimento psíquico, deixando claro que esta seria uma função de seus netos. No entanto, eles também não colaboravam neste sentido, como podemos observar:

“Ela não faz nada dentro de casa. Eu não tenho tempo para conversar com ela porque além de tudo que eu tenho para fazer tenho que dar conta do serviço dela, aí não sobra muito tempo. Nem os filhos dela conversam com ela! Ela tem uma menina que já é mãe mas não conversa com ela, para ela esquecer de certas coisas, esquecer, passou, passou já acabou-se, não é ?Mas era para os filhos dela conversarem com ela, dizer mãe deixe isso para lá, deixe ser do jeito que Deus quiser, se esqueça dele e não tenha motivo para ter rancor, porque o rancor traz doença para a gente.” (Flor, mãe, NAMI)

No relato de Antúrio, marido de Flor, foi possível observar que o pai colaborou de forma mais efetiva para a Reabilitação Psicossocial de sua filha, revelando conversar com ela acompanhando sua evolução, observando os períodos em que sua filha apresentou humor eutímico e o retorno do desempenho de suas atividades de mãe/dona de casa. Ele também observou, constantemente, os sinais de impregnação farmacológica provocada por altas doses de medicação, revertendo este quadro através da diminuição da dosagem da medicação e incentivando a atividade psicomotora da filha, o que deve ser relatado à equipe de saúde.

A observação dos sinais de impregnação farmacológica foi fundamental para que o indivíduo retornasse às suas funções sociais. Para que isto não ocorresse o indivíduo deveria ter sido acompanhado por um profissional qualificado no campo da Saúde Mental que estabelecesse doses de medicação que evitassem o quadro de impregnação, orientando os familiares para perceberem os sintomas de impregnação farmacológica.

Antúrio demonstrou em seu relato a percepção da doença mental como sofrimento psíquico nos momentos em que sua filha lembrava dos episódios de violência física/moral, afirmando a medicação psicotrópica provocava, em algumas ocasiões, impregnação farmacológica. Ele também considerou que a ausência da menstruação foi decorrente do sofrimento psíquico vivenciado por sua filha, sendo estes os únicos fatores que impediam o retorno de sua filha às suas funções sociais.

Desta forma, ele demonstrou desempenho melhor do que o de sua esposa Flor, no que se refere ao reestabelecimento da sua saúde física e mental de sua filha, o que contribuiu para que sua filha voltasse a desempenhar suas atividades de mãe/dona de casa :

“Ela vinha melhor do hospital ela veio da última vez calma, mas ela nunca foi agressiva, o negócio dela é só quando dá o medo que ela quer sair daqui. Quando vem na cabeça dela a lembrança do que ela sofreu. (...) A gente conversa e agora ela está mais esperta porque no correr do dia eu deixei de dar os comprimidos dela porque era muito comprimido. Ainda agora ela estava achando graça e mangando da mãe dela. (...) Ai eu deixei de dar o das oito horas e só dou um grande. Só toma um de noite. Ela dorme, para dormir não conversa e não faz zoada. Acorda alegre e chega lá fora e vai lavar as coisas na pia, cuida do menino dela. Agora só o que está matando ela é que o remédio atacou as pernas dela devido também ao que ela sofreu que aquilo ali é um nervoso, e faz a pessoa ficar toda se tremendo, aquilo ali foi um nervoso que foi começado e continuado pela agressão, a culpa toda foi dele. Se ela largasse esse pisado dela ela melhorava mais e a gente diz F estica os braços, fala direito, muda as passadas direito, a gente orienta ela.” (Antúrio, pai, NAMI)

Apesar da última crise vivenciada pela filha de Antúrio e Flor ter ocorrido há dois anos, e pelo fato dela permanecer em tratamento ambulatorial desde este período, seu processo de Reabilitação Psicossocial permaneceu restrito, devido à sua permanência na residência dos seus pais, à visão familiar de que sua Reabilitação Psicossocial dependia da adequação das doses de medicação para evitar a impregnação farmacológica, do retorno da regularidade do seu ciclo menstrual, como também pelo fato da família evitar novas crises pela restrição da filha ao ambiente da casa de seus pais, evitando o reencontro dela com seu primeiro marido.

O processo de Reabilitação Psicossocial desta mulher poderá ocorrer de maneira efetiva quando a família perceber a necessidade dela retornar ao seu lar e às suas funções de esposa/mãe/dona de casa e, principalmente, a partir do momento em que sua filha consiga superar a crise que ela vivenciou a partir da sua vontade e compreensão, uma vez que, até o presente momento, a superação da crise para ela significou estar resguardada na casa de seus pais em relação a um reencontro com seu primeiro cônjuge. Assim, o transtorno mental desta mulher foi marcado por intenso sofrimento psíquico e o seu processo de Reabilitação Psicossocial, até o

presente momento, permaneceu vinculado ao prolongamento deste sofrimento a partir da ausência de uma superação efetiva da crise por parte da filha.

O depoimento de Rosa evidenciou que o sofrimento psíquico de sua filha foi iniciado pela constatação do violento assassinato de uma amiga, não sendo esclarecido o motivo e nem identificado o criminoso:

“Quando a menina morreu era sangue. ela estava toda cortada e a velha na certa viu né, diz que a velha agarrou-se nas pernas da calça do homem que matou a menina mas ela não teve o gosto de contar. Quando Z ouviu falar correu na carreira, que ela tinha saúde né, correu para lá e ela viu tudo, viu ela morta, viu o sangue, aí levaram para o hospital e botaram uma cadeira para ela tirar as carnes das unhas da moça aí ela passou o dia lá nem para cá ela não veio. E depois levaram ela para fazer velório e a Z ficou ajudando, aí quando foi na hora do enterro ela foi para o enterro e quando ela chegou aqui seis horas né, aí foi assim assombrada, querendo correr que o homem ia matar ela também, não sei porque, e tinha um quarto lá dentro que ela dormia com a irmã e ela passou a noite acordada botando pau nas portas, fechando para ninguém passar, foi mesmo pode ter certeza! Aí todo mundo passou a noite acordado com ela, ela querendo sair de casa que vinha esse homem matar ela.” (Rosa, mãe, CAPS)

A partir do momento em que a filha recebeu a informação da morte de sua amiga, ela foi exposta à diversos eventos causadores de sofrimento psíquico como sua permanência no local do crime, a participação em diversas atividades que exigiram o contato direto com o cadáver, a percepção da violência sofrida por sua amiga durante o assassinato através da observação dos sinais evidentes no corpo, como também sua participação no velório.

O termo “ impressão na cabeça ” que representou para Rosa o sofrimento psíquico de sua filha, pode ter sido construído, principalmente, pela percepção da introjeção de todos os eventos que marcaram a convivência, como também pela perda súbita de uma pessoa de grande importância afetiva.

A introjeção é um mecanismo de defesa mental inconsciente, no qual objetos externos amados ou odiados são introjetados simbolicamente. A partir disto, o indivíduo pode

inconscientemente dirigir ódio ou agressão inaceitáveis para si mesmo, isto é, para o objeto introjetado dentro de si (TAYLOR, 1992).

O relato de Rosa evidenciou que o relacionamento de sua filha com esta moça era considerado importante para sua filha. Foi possível compreender que, a partir da perda súbita desta pessoa querida, a filha de Rosa passou a introjetar o possível sofrimento e morte de sua amiga durante o assassinato, revelando assim o medo do retorno do agressor ao trancar portas e janelas, como também referir que “vivia doente e para morrer”, tentando suicidar-se várias vezes:

“Aí, no outro dia, o pai levou ela para o doutor, aí o médico que consultou disse que a doença dela foi da impressão da morte da moça que ela botou na cabeça (silêncio). Dava essas crises fortes nela aí ela pulava portão, caía no meio da rua, pulava até de cima da casa para baixo, dizendo que foi a mulher mais infeliz que nasceu no mundo que só vivia doente e vivia para morrer e caía assim para os carros passar é porque quando os carros passavam eu só faltava morrer de pena (silêncio), aí quando os carros passavam os carros e nem passavam por riba dela. Aí loucura é vontade de viver doente assim que agora ela não faz mais isso.” (Rosa, mãe, CAPS)

O fato deste indivíduo ter relatado a intenção em “viver doente” e “viver para morrer” revelou também a necessidade de extinguir o sofrimento proveniente da “infelicidade” vivenciada, devido à perda brutal de uma amiga de infância, representando a perda abrupta de um vínculo afetivo, o qual não poderia mais ser reestabelecido.

Foi possível especular a possibilidade desta mulher ter conhecimento acerca da identidade do agressor e, a partir deste fato, ter entrado em sofrimento psíquico pela possibilidade de também ser assassinada. Daí o fato de trancar portas ou correr temendo o retorno do agressor, o qual poderia saber que ela conhecia sua identidade e participação no crime.

Esta mulher apresentava diagnóstico de transtorno Bipolar, sendo relatados episódios de mania e depressão. Durante os episódios maníacos, ela apresentava agressividade autodirigida e agitação psicomotora, sendo relatadas várias tentativas de suicídio pelos familiares :

“Às vezes dava crise que ela queria se matar (silêncio) pegaram ela quatro vezes com a corda no pescoço numa casinha lá dentro que eu fiz para ela se trancar, a gente pegou ela quatro vezes com a corda no pescoço.” (Rosa, mãe, CAPS).

Tentando fazer a filha sentir-se segura em relação a impossibilidade do retorno do assassino, a mãe construiu uma pequena casa no seu quintal, tendo apenas uma porta, uma janela de madeira espessa e grades, assegurando que para que o criminoso chegasse até sua filha, teria que passar, anteriormente, pela casa da mãe. Nesta casa, a filha sempre permanecia acompanhada de um irmão ou irmã. Desta forma, este não era um local de exclusão social para ela. Ainda assim, a filha tentou suicídio várias vezes, acreditando que o criminoso estava rondando o local.

O silêncio durante o relato da mãe evidenciou uma retrospectiva dos acontecimentos e a dificuldade da família intervir para que este sofrimento pudesse ter sido superado durante a primeira crise, o que determinou, a partir da perspectiva dos familiares, condutas que afetaram o equilíbrio nas relações familiares, apesar do tratamento realizado no hospital psiquiátrico.

A família pode ser considerada como um sistema inseparável e coerente, no qual a conduta de cada membro é dependente da conduta dos demais. O sistema familiar é um sistema caracterizado pela retroalimentação, na qual a relação entre os membros ocorre de maneira circular, e desta forma, a conduta de cada membro afeta ou é afetada pela conduta dos demais, podendo ocasionar a perda da estabilidade nas relações familiares. As famílias normais se

transformam e se reestruturam, tentando encontrar, para cada nova etapa, o equilíbrio mais adequado, favorecendo o desenvolvimento psicossocial dos seus membros (D'INCAO, 1992).

Assim, o silêncio evidenciou a ineficácia da família, em um primeiro momento, para reestabelecer o equilíbrio familiar, proteger sua filha do sofrimento e fazer esta superar a crise. Porém, a partir do momento em que a mãe revelou que “agora ela não faz mais isso”, este relato evidenciou também que o apoio familiar e o acompanhamento terapêutico realizado pelos profissionais tem sido eficazes para evitar novas crises.

Rosa avaliou o processo de Reabilitação Psicossocial da filha através da percepção de modificações comportamentais que evidenciavam o que ela referiu como “se importar”. Este termo referiu-se ao término das crises depressivas, nas quais sua filha apresentava perda de apetite e diminuição da vontade (hipobulia). Rosa referiu que, atualmente, as crises maníacas e depressivas não foram frequentes, bem como sua filha têm realizado atividades laborativas e de autocuidado. Rosa afirmou que o processo de Reabilitação Psicossocial foi um mecanismo “controlador” das crises e suas repercussões, como foi possível observar neste trecho do seu depoimento :

“ Graças a Deus, agora tá melhor porque a gente não pode mais ir para Fortaleza. Aí as doutoras já tratam. Quando ela tá tomando remédio que vê que as pílulas não estão fazendo bem, todo mês ela tá por lá aí ela diz e elas passam outro remédio. Tá mais melhor, ela começou a comer, ela não se importava com nada, tudo para ela era bom, agora ela se importa ela vai todo dia para o CAPS, ela pinta, ela borda tudo ela faz. Ela tá trabalhando. O trabalho dela é só assim de ajudar a irmã, não é trabalho mesmo.”
(Rosa, mãe, CAPS)

“Ela é esperta, toma banho, é trabalhadeira, ela pode trabalhar e até ela se aposentou. Agora ela fala com um com outro. Agora tá controlado em vista do que era.” (Rosa, mãe, CAPS).

“Ajudamos passeando, tomando banho de mar. Ela não saía para nada. Aí quando tem dinheiro a irmã dela leva ela para a praia (...). Faz é tempo que ela não tem crises desde que esse CAPS veio. (...) aí ela botou o nome da irmã para todo mês ir para a reunião. E eu só não vou porque não tenho não posso andar com meus pés, se eu tivesse dinheiro eu pegava um carro e ia para a reunião para ajudar melhor ela.” (Rosa, mãe, CAPS).

A família compreendeu a importância do trabalho na reinserção social do indivíduo, assim esta mulher tem auxiliado sua irmã na fabricação artesanal de vassouras. A família percebeu com maior ênfase a importância do trabalho para reestabelecer a saúde mental do indivíduo em detrimento ao retorno financeiro que este poderia trazer, uma vez que a filha apenas auxiliava o trabalho realizado por sua irmã Papoula não tendo vínculo empregatício ou recebendo salário pelo desenvolvimento desta atividade. Foi também importante observar o empenho da família para inteirar-se da evolução do tratamento de seu parente, através da participação em reuniões no CAPS, da observação da melhoria na qualidade de vida de seu parente através da assistência prestada por esta instituição e da necessidade do retorno às atividades de lazer em família para auxiliar a Reabilitação Psicossocial.

A avaliação deste processo de Reabilitação Psicossocial realizada por Papoula esteve vinculada à uma comparação da capacidade de relacionamento social de sua irmã, antes e depois das crises maníacas e depressivas, o que ela referiu como “ser desenvolvida”. Papoula revelou suas expectativas em relação à saúde mental de sua irmã, como também percebeu a “vontade diminuída” desta para reinserir-se socialmente, realizar atividades de lazer ou tomar decisões.

Papoula afirmou “mandar” em sua irmã, demonstrando constantemente seu empenho para o reestabelecimento da saúde mental de sua irmã e considerando relevante a diminuição do número de crises maníacas e depressivas :

“Fica assim, tudo que eu disser para ela, (...) eu acho assim que ela não tá boa mesmo, porque tudo que eu digo ela faz. De primeiro, não ! Ela dizia eu vou para fulano de tal. Agora ela só vai se eu disser assim, Z vai para fulano, aí ela vai . Diminuiu a vontade . De primeiro ela saía sem dar nem satisfação , saía para o meio do mundo, ela era desenvolvida, agora ela tá parada. Mas eu estou achando bom, melhor do que ela na crise, mas eu queria que ela fosse como era, conversadeira, ela não podia ver uma amiga passar que chamava e conversava. Agora não, as amigas que chamam ela. É desse jeito.” (Papoula, irmã, CAPS)

“Faz é tempo que ela não tem mais crise, mas agora não ela não tem outra crise mas ela é assim parada dentro de casa, sabe ? Ela não quer saber de colega, não quer saber de ninguém, tem uma amiga dela que todo dia quando vê ela diz Z vem para cá passar o dia mais eu, e ela fica é com raiva da pessoa. Ela fica assim com raiva da pessoa sem ter nem para quê. Aí eu fico mulher vai, dona tal gosta tanto de tu, vai para lá (...) aí eu fico assim conversando com ela para ver se ela se solta, mas tá o que tá prendendo ela dentro de casa é isso aí. Mas como ela está ela está melhor, não tem mais crises fortes mais não. Aí a doutora achou que ela estava com depressão aí ela estava tomando remédio para depressão.” (Papoula, irmã, CAPS)

“(...) agora ela não quer sair, só vai ali numas casinhas por aqui mais perto, na casa das amigas dela que ela tem muito, porque ela é muito conhecida aqui, mas ela não quer ir para casa das amigas dela como ela ia. Ela ia, conversava passava dia, mãe eu vou para casa de fulano de tal, pronto.” (Papoula, irmã, CAPS)

Papoula afirmou que sua irmã, ao retornar dos internamentos nos hospitais psiquiátricos, apresentava ganho de peso e diminuição da psicomotricidade, apesar disto a família auxiliava na sua recuperação através de atividades que incluíam a sua reinserção social:

“Ela não está boa como ela era, quando ela vinha de Fortaleza, né , ela vinha muito gorda, parada ali, mas no nosso tratamento aqui em casa ela melhorava, começava a sair , passeava, saía só, eu ia passar o dia na casa de uma amiga no interior, ela ia.”
(Papoula, irmã, CAPS)

Apesar da equipe de saúde ter orientado Papoula para enfrentar sua irmã, no sentido de determinar mudanças de atitude dela durante os momentos de agressividade e tentativa de suicídio, com o intuito de evitar qualquer dano físico, Papoula percebeu também que somente a partir de suas determinações sua irmã realizava várias atividades referentes ao seu processo de socialização, referindo que ela se negava a fazer estas atividades a não ser pela imposição da irmã:

“Foi até quando ela já estava aqui no CAPS, nós chamamos até a doutora que até comigo ela quis agredir e eu ainda fui em cima para dar nela porque sempre a doutora dizia você tem que ter moral, grite com ela para ela não fazer o que ela quer fazer, aí eu fazia o que a doutora mandava. Ela quis me agredir e eu fui em cima dela, enfrentei ela para ela não passar de mim, né ? Aí a doutora veio à noite, deu o calmante, ela acalmou.” (Papoula, irmã, CAPS)

“Eu tenho fé, né, que ela melhorasse, eu queria que ela melhorasse, voltasse a ser o que ela era, mas vamos ver (silêncio). Porque agora ela tá sendo mandada, né ? Só está fazendo as coisas do jeito que a gente manda. Eu tenho fé que eu ainda vou ver ela do jeito que ela era.” (Papoula, irmã, CAPS)

Ao final de seu depoimento Papoula referiu medo em relação ao fato de sua irmã “se soltar muito”. Esta expressão se referiu às crises maníacas, durante as quais sua irmã recusava as

determinações de Papoula, incluindo rejeitar a medicação, não admitindo ser “mandada”. Papoula percebeu a necessidade do retorno da autonomia de sua irmã, desde que esta autonomia não provocasse oposição para a realização de atividades que estivessem relacionadas ao processo de Reabilitação Psicossocial, dentre elas a continuidade do tratamento medicamentoso. A interrupção deste tratamento foi responsável, segundo Papoula, pelo início de algumas crises depressivas vivenciadas por sua irmã :

“Mas eu tenho medo também dela voltar a ser o que ela era, porque ela se solta muito, não é, esquece até dos remédios, às vezes nem o remédio ela queria tomar mais porque estava boa. Mas aí eu ficava em cima dela para ela tomar pelo menos de noite. Ela se soltava muito, aí quando eu dava fé ela parava dentro de casa, aí já era crise. Ela parou pode crer que é crise.” (Papoula, irmã, CAPS)

Papoula percebeu que o processo de Reabilitação Psicossocial de sua irmã estava acontecendo de maneira gradativa, a partir do momento em que ela recomeçava a trabalhar, a visitar e conversar com suas amigas, havendo diminuição na frequência das crises. Porém, ela ainda não observou o retorno efetivo da vontade e autonomia de sua irmã, o que fez com que ela compreendesse que sua irmã ainda não reestabeleceu totalmente a saúde mental.

O processo de Reabilitação Psicossocial depende de inúmeras variáveis e a família deve considerar o fato de que ele acontece de forma gradativa, a partir das possibilidades individuais para superação efetiva da crise. Sendo um processo, não possui tempo determinado e a família deve ressaltar cada evento que corrobora para a superação da crise e reinserção social do indivíduo que permanece em tratamento.

O relato de Orquídea acerca do conceito de loucura apresentou os núcleos de significado Ódio, Medo e Vontade de Morrer.

Orquídea relatou que seu irmão durante as crises demonstrou inicialmente sentimento de ódio pelos familiares, seguido de violência contra os mesmos sendo hospitalizado posteriormente. Ao retornar ao convívio familiar, seu irmão apresentou o sentimento de medo:

“Quando ele estava em crise ele odiava todo mundo, ele odiava o papai, ele não queria me ver e nem aqui em casa ele não entrava e aí eu fiquei com medo dele que ele era violento que só ele. Aí eu levei ele para o doutor e ele encaminhou ele para Messejana. Lá ele passou um mês. Quando ele veio, ele tinha um medo, mas era um medo que não colocava nem a cabeça do lado de fora.”(Orquídea, irmã, CAPS)

Durante o século XVII, Molière demonstrou que o desejo incansável de obter saúde poderia resultar na hipocondria, compreendida como a doença da alma que consiste em ficar doente a partir da idéia de ficar doente. Podemos conceber também uma lógica maximalista a partir do tudo ou nada, encarnada pela morte ou suicídio, sendo o primeiro a tentativa de viver esquecendo a vida e o segundo a vontade de morrer esquecendo a morte (VERGELY , 2000).

É importante salientar que a história de vida deste indivíduo, incluindo a loucura, foi marcada pelo consumo de drogas ilícitas e ainda, pelo relato da vontade de morrer como foi possível observar neste trecho do depoimento de Orquídea :

“Tem horas que ele fica assim aborrecido, mas é porque é assim mesmo aí gente chega e conversa, e às vezes ele diz que quer morrer e aí mamãe perguntava porque que você quer morrer. porque tem hora que me dá uma coisa ruim na minha cabeça.” (Orquídea, irmã, CAPS)

A partir da noção de “coisa ruim na cabeça” que representava mal – estar psíquico, foi possível correlacionar o medo ao reencontro do indivíduo com alguma situação de conflito, a qual ele vivenciou a partir do momento em que, pelo menos aparentemente, não apresentava

nenhum vínculo com qualquer situação que o distanciasse da realidade, dentre elas o uso de drogas ilícitas, a crise ou a hospitalização. Foi necessária, portanto, uma investigação acerca do fato que produziu este mal – estar psíquico.

Durante o depoimento do familiar, foram encontrados relatos acerca da dificuldade de interação social do indivíduo na escola e entre seus amigos, podendo ser este fato considerado como desencadeante do mal-estar psíquico que produziu medo. Neste caso, o medo estava relacionado à percepção da exclusão social e a visão de morte poderia representar o afastamento definitivo desta exclusão. O pensamento suicida deveria ter sido foco de acompanhamento terapêutico, como também da observação familiar em relação à exposição do indivíduo à situações ou objetos, por exemplo perfuro – cortantes, que pudessem estar ao alcance do indivíduo durante as crises, produzindo maiores possibilidades de concretização do ato suicida.

A exclusão social é um tema quase sempre presente durante os estudos que se relacionam com as doenças mentais mas, somente neste caso surgiu este núcleo de significado. Portanto, este processo de Reabilitação Psicossocial apresentou-se atrelado a uma condição social que exigiu bem mais que o auxílio de seus familiares, abrangendo a exclusão social vivenciada na comunidade. O processo de Reabilitação Psicossocial dependeu também, da percepção da comunidade em relação à loucura, uma vez que a observação de algumas mudanças comportamentais decorrentes do transtorno mental, as quais não foram acompanhadas por atividades de educação em saúde que esclarecessem os profissionais da escola e a comunidade acerca do processo saúde – doença mental, acarretaram ao indivíduo dificuldades para relacionar-se socialmente, levando - o ao abandono das atividades escolares durante a quinta série do primeiro grau, como podemos evidenciar neste trecho do depoimento :

“ (...) a gente colocava ele no colégio e, às vezes, ele chegava e dizia que não ia mais e ele só fez até a quinta série. Um dia ele chegou aqui e disse que ia passar para a oitava série e eu perguntei como se ele só tinha feito até a quinta série ? Ele conversa muita besteira. Aí eu fui no colégio e a professora perguntou se eu não achava que o M estava com algum problema, porque tinha horas que ele conversava muita besteira e horas em que ele ficava muito agressivo correndo atrás dos meninos e ela tinha que se meter no meio, e depois disso um dia ele chegou aqui e disse eu não vou mais estudar e não foi mais estudar mesmo.” (Orquídea, irmã, CAPS)

Assim, a família pode vivenciar inúmeras dificuldades durante o convívio ou auxílio durante o processo de Reabilitação Psicossocial de um de seus membros que atravessa uma intensa crise psíquica, havendo momentos de desorganização nas relações internas, afastamento da família de suas relações externas, sendo a recíproca também verdadeira e uma mistura de sentimentos de raiva, confusão, dó, atitudes de silêncio, distanciamentos, aproximações, e desta forma, estas famílias vivenciam, até mesmo, o insuportável (CARREIRO, 1999).

O processo de Reabilitação Psicossocial envolve todos aqueles que participam do processo saúde - doença mental, os quais podem contribuir ou prejudicar durante o processo de reconstrução da cidadania que depende de inúmeras variáveis presentes no cotidiano social, ultrapassando os determinantes do processo de adoecimento psíquico.

O depoimento de Orquídea demonstrou a necessidade de esclarecer a comunidade acerca da loucura, para que o processo de Reabilitação Psicossocial de seu irmão pudesse acontecer de maneira efetiva. Mesmo assim, o processo de Reabilitação Psicossocial deste indivíduo já contemplou o retorno às atividades laborativas, escolares e de lazer e a família tem demonstrado satisfação ao perceber a reinserção social do seu parente e a diminuição da exclusão social sofrida anteriormente por ele.

Em seu depoimento, Orquídea demonstrou também a preocupação com os efeitos colaterais provenientes da medicação utilizada por seu irmão informando à equipe de saúde a necessidade de adequação da medicação para a melhoria do bem-estar deste indivíduo, como também sua preocupação ao observar que seu irmão estava ingerindo constantemente bebidas alcoólicas. A ingestão de bebida alcoólica deve ser enfocada no projeto terapêutico, uma vez que pode estar sendo utilizada pelo irmão de Orquídea como uma nova forma de esquivar-se do sofrimento psíquico. É importante salientar que fato do irmão de Orquídea estar ingerindo bebida alcoólica traz inúmeras complicações para sua saúde, incluindo a exposição deste às situações que podem causar danos físicos, a partir do momento em que sua irmã relatou sua heteroagressividade relacionada a pessoas que não convivem diretamente com ele. Além disto a equipe terapêutica deve orientar a família e o indivíduo acerca dos prejuízos à saúde física e mental provocados pela ingestão de álcool durante o tratamento com medicação psicotrópica, como podemos observar :

“Agora ele está bem, graças a Deus. Agora só o que eu não estou gostando é que ele agora bebe. Ele não tinha isso ! Ele foi, não foi, chega bêbado e fica perturbado, e conversa e quer brigar não com a gente, se alguém olhar para ele já quer brigar. Mas no outro dia ele está bom. Ele está trabalhando nos grupos do CAPS. E também a doutora mudou o medicamento, que agora é injeção e ele está se dando melhor. Porque ele não estava dormindo de noite, e aí o meu irmão dizia que ele não estava bem, aí a doutora mudou o remédio e agora está tudo bem.” (Orquídea, irmã, CAPS)

Papoula referiu que os familiares também auxiliavam no processo de Reabilitação Psicossocial de seu irmão através do aconselhamento para que ele não realizasse qualquer ato que possibilitasse novas crises, bem como auxiliavam na continuidade do tratamento medicamentoso, participavam das reuniões no CAPS :

“A gente conversa muito e dá conselho, e ele fica olhando para a gente e diz é mesmo. Tem vezes que ele sai e eu digo M acabe com esse movimento com esses meninos, eu fico falando com ele e ele diz que sai porque quer, e às vezes, parece que esses meninos fazem alguma coisa que ele não gosta e ele diz bem que você disse mesmo. Bem que você disse que eles não são meus amigos. Tem horas que ele fica com raiva quando eu falo com ele, e fica vermelho e fica logo agitado e chega perto de mim e eu digo venha para você ver ! E daí a pouco ele volta e nem parece mais aquele.”
(Orquídea, irmã, CAPS)

“(…) E ele sempre tomava os remédios. Um dia disseram a ele que não tomasse mais o remédio e ele chegou e disse para mim que não ia tomar mais o remédio. E eu perguntei porque. Ele disse que alguém tinha dito que o remédio não era bom para ele. Aí eu disse valha - me Deus, agora pronto ! Aí eu disse M você quer ficar doente como daquela vez ? Eu conversei com ele e ele ficou caladão. E quando chegou a hora do remédio eu mandei a minha menina dar o remédio e reparar se ele engoliu. Aí ela disse vamos tomar o remédio e ele disse que não ia. Ela disse venha tomar o remédio, estou lhe chamando, abra a boca e ele disse eu engoli, menina !Eu também participava do grupo de familiares. Todos os meses tinha aquela reunião geral com a famílias e os pacientes. A gente fazia festinhas, a gente falava como é que cada paciente estava, todos as doutoras participavam, a gente ia para o encontro dos CAPS.” (Orquídea, irmã, CAPS)

Foi possível observar também alguns depoimentos nos quais o conceito de loucura vinculou-se ao núcleo figurativo “preocupação excessiva”.

Papoula evidenciou em seu depoimento a preocupação excessiva de sua irmã a partir da figura de linguagem Hipérbole relatada através da frase “preocupação com tudo”.

Nos casos em que o humor apresentou-se irritável, vários eventos foram considerados perturbadores, provocando assim a percepção pelo familiar desta “sensibilidade ” para preocupar-se, evidenciada através da figura de linguagem Hipérbole:

“Ela se preocupa com tudo, se tem esse pessoal assistindo o jogo, qualquer movimento, ela já fica hum (...), hum (...), aí eu digo, mulher tira era coisa da tua cabeça, não vai acontecer nada”. (Papoula, irmã, CAPS)

A resolução desta situação poderia ter sido conseguida através do esclarecimento dos familiares sobre o humor irritável, suas características e como agir para promover melhor qualidade de vida para o indivíduo.

A família também permaneceu atenta para que esta “preocupação ” não provocasse novas crises, pedindo constantemente auxílio à instituição para receber os remédios ou para a utilização de uma marca equivalente e de menor custo, como também exercendo influência direta para que o indivíduo não interpretasse acontecimentos corriqueiros ou que não estavam ligados à sua pessoa, como preocupantes.

Estes depoimentos apresentaram unidades de significado que estão diretamente ligadas aos eventos que influenciaram a gênese do processo saúde – doença mental.

Os depoimentos dos demais familiares cujos parentes eram atendidos pelo NAMI apresentavam o núcleo de significado Sofrimento.

No caso relatado por Flor-de Lis, a loucura de seu irmão foi determinada a partir do sofrimento vivenciado pela morte súbita de seu pai, como também pela perda de uma razoável quantia em dinheiro resultante do esforço realizado por seu irmão, quando ele ajudava o pai em uma mercearia. Neste caso o irmão de Flor-de-Lis foi enganado por sua madrasta logo após a morte de seu pai, uma vez que ela o fez acreditar que se ele depositasse o dinheiro em uma conta bancária ela faria com que os rendimentos mensais fossem mais elevados. No entanto, o irmão de Flor-de-Lis logo descobriu que tinha sido enganado e que o fruto de seu trabalho não retornaria mais às suas mãos:

“Depois da morte do meu tio, a mulher dele falou como o meu irmão para ele colocar todo o dinheiro que ele tinha juntado numa conta dela que ela tomava de conta. Ai todos os meses ele ficava cobrando que ela desse o dinheiro para ele comprar a bicicleta nova, e nada. Até que ele encostou ela na parede e ela disse que não dava mais o dinheiro dele.” (Flor-de-Lis, irmã, NAMI).

Após estes fatos o irmão de Flo-de-Lis passou a apresentar várias modificações comportamentais como humor deprimido, isolamento social, heteroagressividade e até mesmo, conversar com porcos :

“Antes disso ele era um rapaz como outro qualquer, estudava e trabalhava muito, muito mesmo. Ele ia para as festas mas nunca fez besteira. Só que logo depois da tristeza que ele teve pela morte do pai, ele mudou completamente o jeito dele. Não queria mais saber de nada, nem de estudo, nem de trabalho, não ouvia ninguém e ficou amigo dos porcos daqui de casa. Quando eu dava fé, ele estava no quintal falando com porco, abraçando porco. Ai eu notei que ele não estava bem. Eu até queria conversar mas ele não falava, só chorava, e se a gente insistisse ele gritava e partia para cima de quem quer que fosse .” (Flor-de-Lis, irmã, NAMI).

Como nos demais depoimentos, a família procurou atendimento em um hospital psiquiátrico. Este trecho do depoimento foi marcado por intensa reação emocional, revelando o desespero do familiar frente à necessidade de auxílio profissional durante uma crise marcada por heteroagressividade e por uma postura profissional anti-ética :

“Aí na primeira crise violenta mesmo, que ele estava aqui dentro de casa querendo matar todo mundo e que teve que chamar os bombeiros e por sorte um era amigo dele, que eu vi o sofrimento dele, porque eu sabia que ele só estava botando para fora o que ele sofreu com a morte do pai e o que aquela desgraçada fez com ele (choro).” (Flor-de-Lis, irmã, NAMI).

“(…) Aí quando agente conseguiu chegar no hospital não tinha vaga e a desgraçada da médica ficou dizendo que eu não colocasse ele lá, porque era melhor eu botar um placa na testa dele dizendo que ele não ia servir mais para nada, que ele nem trabalho não ia arranjar mais. Eu tive tanta raiva que quase que eu viro a mesa por cima dela (choro). Com é que pode a gente precisando de ajuda!” (Flor-de-Lis, irmã, NAMI).

O trecho acima evidenciou a necessidade percebida pelo familiar em auxiliar o indivíduo durante a crise. Porém, a agressividade se configurou como um fator que dificultou esse auxílio. Flor-de-Lis percebeu a loucura de seu irmão a partir da percepção de todas as mudanças comportamentais que foram provocadas pela impossibilidade de seu irmão para conformar-se com a morte do pai e para compreender porque sua madrasta teria se apoderado de forma tão sórdida do seu dinheiro.

Foi difícil compreender porque um profissional de saúde, durante uma situação tão delicada, na qual família e indivíduo encontravam-se tão abalados emocionalmente, pôde reagir de maneira tão desumana e anti-ética, o que apenas provocou maior sofrimento psíquico nos familiares.

A concepção de loucura de Flor-de-Lis foi marcada portanto, pela percepção do sofrimento psíquico de seu irmão relacionado à morte do pai e à perda financeira. Ela avaliou o processo de Reabilitação Psicossocial a partir da observação do retorno do seu irmão às atividades sociais desenvolvidas antes do adoecimento psíquico, demonstrando interesse para participar das reuniões do grupo de Família desenvolvidas em sua comunidade e para auxiliar de forma efetiva na Reabilitação Psicossocial do seu irmão, como podemos observar nos seguintes trechos do seu depoimento :

“Eu acho que loucura é sofrer porque não consegue entender que a gente perde na vida. Eu sei que foi horrível perder o pai, mas a gente tem que continuar. Eu continuei e ele também precisa fazer isso. E dinheiro a gente consegue de novo.” (Flor-de-Lis, irmã, NAMI).

“Agora ele está bem, porque voltou a trabalhar, está indo para a escola e até arrumou uma namoradinha. Ele melhorou mesmo quando começou a se tratar no NAMI e participar do grupo. Eu também vou porque é importante agente também conversar, se distrair e aprender com as doutoras para ajudar melhor. Agora faz uns seis meses que ele não tem crise. Eu trouxe ele para morar comigo para evitar confusão com aquela desgraçada. Ele toma o remédio, já conversa com a gente, tá bem, graças à Deus.” (Flor-de-Lis, irmã, NAMI).

Os depoimentos de Dália e Girassol, como também os relatos de Amor-Perfeito e Flor-do-Campo, evidenciaram o sofrimento de seus parentes após a perda de parentes.

No primeiro caso, após o atropelamento de uma irmã que provocou a morte desta, a mãe de Dália e Girassol entrou em Depressão :

“ Quando foi umas sete e meia, quem deu a notícia foi a minha vizinha, ela disse que a G. tinha sido atropelada antes de pegar o ônibus para ir para a escola. Eu não estava mais em casa, só a mãe. Aí ela foi socorrer mais não tinha mais jeito. Chegou no hospital já estava morta (...). Aí ela mudou, deixou de ser a mulher alegre que ela era, só chorava, chorava e ficou sofrendo e rezava, pedindo à Deus pela alma da minha irmã.” (Dália, filha NAMI)

“Essa tristeza dela foi da morte da G. A pessoa de uma hora para a outra perder a filha que estava boazinha é duro. Porque a mãe é que dá vida, que cuida mesmo e quer saúde para os filhos. Perder a G para ela foi um sofrimento.” (Girassol, filho, NAMI)

Os internamentos em hospitais psiquiátricos foram vários e, segundo os relatos de Dália e Girassol, apenas serviram para o afastamento temporário desta mulher do convívio familiar, não auxiliando a recuperação desta mãe, sendo evidenciados momentos marcados por impregnação farmacológica devido as elevadas doses de medicamentos prescritas para o retorno desta mulher à sua residência :

“Quando ela voltava a gente dava graças à Deus, porque não adiantava muito ela ficar lá e depois, o médico sempre passava mais remédio do que precisava aí ela ficava impregnada e precisava ir lá de novo.” (Girassol, filho, NAMI)

Os depoimentos revelavam que a assistência prestada por uma instituição que oferecia atendimento em Saúde Mental que estava localizada na própria comunidade em que a família residia, foi essencial para a diminuição do número de crises, facilitando adequações na quantidade medicamentosa prescrita e a participação da família e indivíduo em oficinas voltadas para o esclarecimento das patologias e das melhores formas para lidar com a loucura.

A partir do atendimento prestado por esta instituição mudanças efetivas no quadro clínico da mãe de Dália e Girassol foram evidenciadas, dentre elas a diminuição do número de

crises e a percepção da necessidade de retorno desta mãe às atividades domésticas e comunitárias:

“Só mudou mesmo e ela melhorou quando a gente pediu para ela ficar sendo atendida no NAMI, porque qualquer coisa a doutora está ali ,e ela está em casa, perto da gente. Só assim agente fica perto, conversa, leva no vizinho, vai na reunião. É muito melhor.”
(Dália, filha NAMI)

“O que a gente quer é que ela melhore. Agora com o NAMI atendendo ela já faz as coisas, vai na reunião e agente também vai para ajudar também e ver o que deve fazer para ela melhorar. Aí é conversar e fazer ela tomar o remédio e ela não teve mais crise” (Girassol, filho, NAMI)

Os depoimentos destes filhos apresentavam o núcleo de significado Sofrimento Psíquico, o qual foi vivenciado por sua mãe, sendo provocado pela morte de uma filha :

“Eu acho que a mãe enlouqueceu porque não aguentou o sofrimento quando ela perdeu a G. E aí ela continuou sofrendo e não conseguiu mais fazer outra coisa por muito tempo. Foi com medicação certa e o NAMI e com a conversa da gente que ela foi voltando a fazer as coisas, a viver outras coisas e aceitar que ela foi. Agora ela aceita”
(Dália, filha NAMI)

“Loucura foi sofrimento que continuou para ela. (Girassol, filho, NAMI)

Loucura representava então a incapacidade para superar a crise o que provocou o sofrimento psíquico prolongado, que determinou o surgimento de doença mental. O processo de Reabilitação Psicossocial desta mãe foi auxiliado pelos filhos, a partir de relacionamentos

terapêuticos, da utilização adequada da medicação psicotrópica e da atuação efetiva da instituição referida.

Segundo os relatos de Amor-Perfeito e Flor do Campo a loucura de sua mãe teve início com o assassinato de seu único filho :

“Foi depois que mataram o meu irmão que a mãe ficou assim, só chorando, calada. Foi tão horrível ver ele do jeito que ele estava todo cheio de sangue e ele saiu de casa para trabalhar e voltou assim.” (Flor do Campo, filha, NAMI)

“Terem matado nosso irmão foi demais para ela. Eu nunca tinha visto a mãe assim , ela era alegre, cheia de vida e depois disso ela não teve mais gosto de nada. Nada importava mais para ela.” (Amor- Perfeito, filha, NAMI)

Foi possível perceber a presença do núcleo de significado Sofrimento Psíquico novamente nos depoimentos de Amor-Perfeito, Flor do Campo, como também no depoimento de Sempre Viva :

“ Eu não entendo muito disso, mas eu acho, e é o que as doutoras dizem para a gente, que loucura é quando a pessoa não consegue superar uma coisa ruim, como a morte do nosso irmão. Aí a pessoa fica com o sofrimento na cabeça. Eu acho que isso depende da pessoa e umas conseguem sofrer e parar de sofrer e outras ficam sofrendo e não sabem como sair disso. Aí é que a família tem que ser paciente, aconselhar, procurar tratamento, só assim para melhorar. (...) Ela está melhor, aos poucos, ainda fica triste mas já conversa, faz as coisas aqui acolá.” (Amor- Perfeito, filha, NAMI)

“Eu acho que foi muito sofrimento de ver o meu irmão bem quando ia trabalhar e depois receber a notícia e ver que uma gangue tinha matado ele. Ele era bom trabalhador, não dava trabalho, ajudava em casa. E por isso ela ficou louca, não parou de sofrer logo, foi aos poucos. (...) Agora está melhor ela não sofre tanto e já está voltando a ser ela de novo, querendo deixar a casa limpa. Ela até está voltando à brincar com a gente. (Flor do Campo, filha, NAMI)

“O pai perdeu o emprego com filho e neto dentro de casa. Foi horrível para ele que tinha uma carga pesada para sustentar. Ele sofreu para aceitar que o pessoal não queria empregar ele porque ele estava com quarenta e oito anos. (...) Aí tinha dias que ele estava deprimido e nem comia, nem falava, chorava, parecia uma criança. Depois passava e ele ficava agitado, não dormia, comprava tudo que via pela frente até fiado, foi tanta conta para pagar, que a gente mandou todos os bodegueiros não deixarem ele comprar nada, porque a gente não tinha dinheiro para pagar. Aí depois que a coisa foi melhorando, que o meu irmão arranhou emprego e colocou ele no NAMI ele foi melhorando. Hoje ele não faz mais conta nas bodegas, não tem mais crise. Ele está melhor. (...) A gente tem que ajudar. Foi difícil, mas a gente foi fazendo ele entender que ele tem que melhorar mesmo que a vida tenha sido injusta. Agora ele faz uns bicos, limpa quintal, ajeita liquidificador. Ele está começando a trabalhar de novo aos poucos. Ele também pastora carros.” (Sempre Viva, filha, NAMI)

Estes depoimentos evidenciavam a loucura como um forma de sofrimento prolongado resultante de situações onde houve a perda de um parente ou do vínculo empregatício. Nestes casos, mais um vez os familiares demonstravam claramente perceber que fatores psicossociais foram responsáveis pelo adoecimento psíquico de seus parentes. As avaliações acerca da evolução do quadro clínico destes indivíduos, foram marcadas pela observação da importância da assistência prestada por uma instituição localizada na comunidade, prestando auxílio durante o

processo saúde-doença mental de forma efetiva, determinando o retorno às atividades domésticas, laborativas e ao convívio social. Os depoimentos revelavam a necessidade da comunicação e aconselhamento por parte dos familiares, para que os indivíduos considerados loucos compreendessem as perdas, superando de forma processual os sofrimentos vivenciados.

Foi importante considerar também, que estas Representações Sociais do conceito de loucura apresentavam-se vinculadas às modificações comportamentais que dificultavam a convivência do indivíduo no contexto familiar, o que pode ter colaborado para o internamento psiquiátrico, uma vez que apresentavam - se como eventos perturbadoras e de difícil manejo, principalmente durante os momentos de violência.

Em relação a estas unidades de significado, as Representações Sociais podem ser entendidas como entidades quase tangíveis, nas quais os objetos produzidos ou consumidos circulam no universo cotidiano, cristalizando-se constantemente através de uma fala, das comunicações trocadas, de um gesto, um encontro e de posturas assumidas nas situações com as quais nos deparamos (MOSCOVICI, 1978).

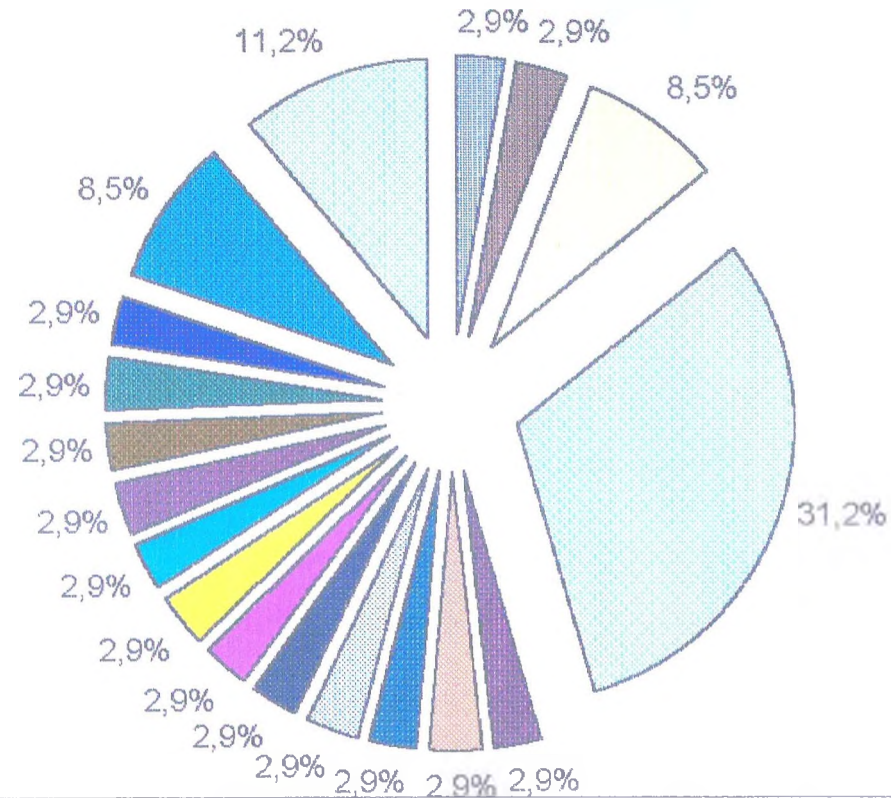
As perdas sofridas por estes indivíduos foram tão maças que para eles tornou-se difícil a elaboração de tamanha dor, o que fez com que passado retornasse como um fato congelado, que não poderia ser usado como trampolim para projetar um futuro com amplas perspectivas, as quais estavam sendo embargadas por este fato (MOFFATT, 1991).

Neste caso, o conceito de Loucura apreendido pelos familiares encontrou-se diretamente relacionado a um processo de adoecimento onde houve ausência de alterações anatômicas, fisiológicas ou químicas, havendo desconforto decorrente da interação do indivíduo com fatos sociais que perturbavam sua vida social e familiar, que resultavam em um mal-estar individual,

que pode ser designado como Disforia e esta, designava a doença que não apresentava causas ou anomalias físicas identificáveis (HEGEMBERG, 1998).

Foi possível observar que o início do processo de adoecimento psíquico esteve relacionado à crises acidentais como o assassinato de amigos de infância (CAPS), a violência conjugal (CAPS e NAMI), a morte súbita de entes queridos (CAPS e NAMI) e perdas financeiras (NAMI), demonstrando a necessidade do auxílio da família e dos profissionais de saúde para que o indivíduo pudesse superar o conflito social vivenciado, a partir de um processo terapêutico que possibilitasse a compreensão objetiva do fato, e o desenvolvimento de modos de reapropriação que possibilitassem o retorno às funções e atividades sociais desempenhadas anteriormente pelo indivíduo.

Diagrama 1. Mal-Estar Psíquico como Significado de Loucura



■ Rancor	■ Ódio	□ Medo
□ Sofrimento	■ Pavor	■ Horror
■ Desassossego	■ Vontade de Ficar Doente	■ Infelicidade
■ Ficar Afobado	■ Ficar Aborrecido	■ Ficar Aperreado
■ Gastura	■ Inquietação	■ Desgosto
■ Coisa Ruim na Cabeça	■ Vontade de Morrer	□ Preocupação Excessiva

- **Doença como Significado de Loucura**

As Representações Sociais do conceito de loucura relacionadas ao termo doença apresentavam os núcleos de significado Crise (23,8%), Nervosismo (19,0%), Impregnação (14,3%), Crise Forte (14,3%), Sangue na Cabeça (14,3%), Perturbação na Cabeça (9,5%) e Fraqueza da Cabeça (4,8%).

As concepções de loucura analisadas estavam vinculadas às alterações fisiológicas que provocavam desequilíbrios homeostáticos, sendo evidenciadas através de alterações comportamentais e prejuízos orgânicos.

As doenças podem ser compreendidas como uma perturbação dos processos fisiológicos a partir da qual se evidencia uma diminuição das capacidades do indivíduo, uma perturbação da saúde, uma situação em que há duradouras perturbações de eventos vitais, provocando prejuízos para o corpo ou suas partes, uma falha física, psíquica ou físico – psíquica em um organismo que suscita a necessidade de auxílio subjetivo, clínico ou social. Todas estas condições podem provocar sensação de desconforto, a partir da qual o indivíduo necessita de auxílio e intervenção de um profissional de saúde. A partir deste momento, o indivíduo é considerado doente (HEGENBERG, 1998).

A concepção de loucura que emergiu no depoimento de Cravo estava vinculada aos núcleos de significado Perturbação da Cabeça e Fraqueza da Cabeça :

“É fraqueza da cabeça. E a gente vê quando a pessoa é fraca da cabeça porque em toda força de lua ela fica perturbada. Ela fica afobada e a gente não pode nem falar com ela. E sabe, ela fala com a gente com quatro pedras na mão. Tem vez que quando ela tá de veneta ela faz as coisas dentro de casa, mas na maior parte ela não faz não. Ela fica querendo ir embora com medo. É fraqueza da cabeça mesmo. É a lua quando tá de força aí dá aquela fraqueza na cabeça dela aí pronto.(...) O cérebro da pessoa num fica na cabeça, então se o cérebro tá fraco na força da lua ela faz tudo, a lua faz tudo no cérebro, a pessoa estando fraco, e ela é mulher! E ela teve muito doente.” (Cravo, irmão, CAPS)

Cravo compreendeu a loucura como sendo uma “fraqueza da cabeça”, que foi responsável pela “perturbação da cabeça” de sua irmã, sendo esta perturbação representada por agressividade, tentativa de fugir de casa e medo.

Em relação a este aspecto é importante a noção de doença como um tipo de necessidade de ajuda subjetiva, clínica, ou social, em indivíduos cujo equilíbrio físico e/ou psíquico se encontre de alguma forma prejudicado (HEGENBERG, 1998).

Para Cravo, a fraqueza da cabeça deixava, em alguns momentos, esta parte do corpo ineficaz em relação ao domínio da vontade e do sentido de sua irmã. Segundo Cravo, o termo “veneta” significava momentos em que sua irmã detinha poder sobre a vontade de realizar algo, e o termo “sentido” representava a racionalidade evidente em qualquer ato realizado por ela.

Esta concepção de loucura foi fundamentada na explicação de que havia uma perturbação da função cerebral que estava relacionada ao controle da vontade e da razão. A partir disto, o funcionamento do cérebro ficava exposto a intervenção de estímulos, internos ou externos, que poderiam atuar sobre o domínio da vontade e razão, determinando situações de comportamento violento e atitudes desesperadas sem causa ou motivo real.

Esta concepção de loucura referiu-se então à doença como desequilíbrio homeostático, uma vez que a loucura de sua irmã interferiu na manutenção do equilíbrio interno da função cerebral no que se refere ao controle da vontade e da razão, permitindo a ação de estímulos internos ou externos, os quais determinavam alterações indesejáveis .

A caracterização homeostática da doença refere-se a manifestação das patologias quando os mecanismos homeostáticos não realizam suas funções, resultando em sintomas que demonstram que o corpo não está em condições de compensar as alterações produzidas por estímulos perniciosos, tendo como resultado o prejuízo na função de algum órgão e a redução do bem – estar (HEGENBERG, 1998).

A fraqueza e a perturbação da cabeça deixavam a irmã de Cravo exposta à “força da Lua Cheia” como também às alterações fisiológicas provenientes do ciclo menstrual, ambas detentoras de poder, segundo Cravo, para determinar mudanças comportamentais.

Em relação à “força da Lua Cheia”, este fato configurou-se como uma crença popular, não se apresentando como fator desencadeante da crise ou doença mental. Na verdade, a maioria das mulheres apresenta ciclos menstruais que variam entre vinte oito e trinta dias, período que coincide com a última etapa do Ciclo Lunar, que corresponde a apresentação da Lua Cheia. Durante o período pré - menstrual, devido às diferenças nos níveis de concentrações hormonais a mulher pode experimentar alterações do humor, as quais nada tem haver com a “força da Lua ”, a não ser pelo fato da coincidência cronológica destes fatos.

Este fato corresponde ao que a ciência concebe como Tensão Pré – Menstrual, considerada como um conjunto de sintomas apresentados por algumas mulheres antes do início de cada menstruação. Várias teorias sugerem que o excesso do hormônio Estrogênio ou déficit do hormônio Progesterona na Fase Lútea podem ser responsáveis por este quadro, o qual é

caracterizado por de alterações do humor, receio de perder o controle e labilidade emocional (BRUNNER, SUDDARTH, 1994).

Esta concepção de loucura esteve relacionada a um processo de adoecimento, sendo também elaborada a partir de explicações provenientes da cultura na qual os indivíduos estão inseridos.

Os fatores culturais determinam quais sinais e sintomas são percebidos como anormais, ajudando a compreender mudanças físicas e emocionais difusas em padrões compreensíveis para o doente e as pessoas que o cercam (CARREIRO, 1999).

As sociedades utilizam as Representações Sociais como um instrumento para apreensão da realidade, sendo influenciadas pelos conhecimentos já adquiridos, como também pela cultura na qual estão inseridas. Desta forma, é possível conceber a Representação Social tanto na medida em que ela possui uma contextura psicológica autônoma, como na medida em que é própria de cada sociedade e de cada cultura particularmente (MOSCOVICI, 1978).

Na gênese da construção das Representações Sociais MOSCOVICI (1978) ressaltou a importância da comunicação. Segundo o autor, é comum perceber a difusão do saber a partir de um esquema vertical, imposto pela elite, diferenciando os que sabem dos que ignoram. O papel das trocas é então fundamental, uma vez que através das trocas as experiências e teorias se modificam qualitativamente na forma e no conteúdo. As modificações realizam-se através dos meios de comunicação como também, pelas estruturas de organização daqueles que comunicam. A comunicação produz uma recombinação e uma nova interpretação dos fatos, objetos ou representações partilhadas.

Desta forma, havia necessidade de esclarecer os familiares em relação aos fatores determinantes do processo saúde – doença mental, uma vez que várias crenças populares,

compreendidas como convicções absurdas, continuam sendo difundidas culturalmente, sendo incorporadas às concepções de loucura individuais na tentativa de compreender e explicar determinados fenômenos, podendo dificultar a compreensão das verdadeiras causas do adoecimento psíquico e a superação efetiva da crise. Assim modificações hormonais durante o período pré – menstrual podem ser responsáveis por alterações do humor ou labilidade emocional, porém não se configuram como fatores determinantes da loucura, bem como a força da Lua Cheia não exerce nenhuma influência sobre o controle da vontade e do sentido, embora a Lua exerça uma força de atração gravitacional sobre a água dos oceanos provocando as marés alta e baixa.

A concepção de Rosa evidenciou a loucura em termos de doença, uma vez que seu depoimento fez referência aos sintomas decorrentes do Transtorno do Humor, tais como o afeto lábil, observado em períodos de “desgosto e choro” de sua filha :

“Agora ela tá boa. tem dia que ela tem desgosto, tem dia que ela chora, é negócio de nervo, né? Aí às vezes quando ela vai para lá, e ela fica nervosa lá ela diz mamãe eu estava tão nervosa que as doutoras me botaram no soro e dava remédio à ela.” (Rosa mãe, CAPS)

A Emoção pode ser compreendida como um complexo estado de sentimentos, que apresenta componentes somáticos, psíquicos e comportamentais estando relacionada ao afeto e ao humor. Denomina – se Afeto a experiência da emoção expressada pelo indivíduo e observada pelos outros. O Afeto Lábil compreende mudanças bruscas e rápidas no tom emocional, sem relação com estímulos externos. O Humor compreende uma emoção difusa e prolongada

experimentada e relatada pelo indivíduo, incluindo a depressão, a euforia e a raiva (KAPLAN, SADOCK, GREBB, 1997).

Esta concepção de loucura relacionou-se também a um desequilíbrio homeostático, o qual foi evidenciado pela condição do “nervosismo”, o qual para ser tratado depende da ação de medicação administrada por via endovenosa.

O depoimento de Rosa ressaltou, portanto, a concepção de loucura a partir de uma alteração nervosa que determinou alguns sintomas característicos dos Transtornos do Humor, sendo passível de tratamento medicamentoso.

Papoula compreendeu a loucura como entidade nosológica que poderia ser adquirida, ou seja “pegada” pelo indivíduo. Ela não considerou a condição atual de sua irmã não apenas como loucura, mas também como um nervosismo pré - existente já observado pelos familiares durante o período anterior ao assassinato da amiga de sua irmã. Após o assassinato, os familiares relataram um aumento da recorrência das crises de nervosismo em curtos intervalos de tempo, condição denominada pelos familiares como “crises fortes” :

“ (...) No começo da doença dela só quem participou, quando foi pegada, foi mamãe.”
(..) para mim eu acho que ela não é loucura é um nervo, é um nervoso que ela tem, que ela pegou sei lá como. Mamãe falou que o nervoso dela foi por causa de uma amiga dela que ela teve e morreu e ela viu né, aí ela criou mais esse nervosismo. Eu não me lembro dela quando ela nasceu, mas dizem que ela era não era tão assim, já era nervosa mas não era tão assim tão forte como estava tendo crise por cima de crise.” (Papoula, irmã, CAPS)

É importante salientar que existem várias pessoas na família de Rosa que também apresentavam transtornos mentais, incluindo um de seus irmãos. Neste caso, o depoimento

referiu-se à possibilidade da irmã de Rosa já ter nascido “nervosa”, o que poderia indicar que a concepção de loucura como uma doença que poderia ter sido influenciada pela possibilidade de transmissão genética dos transtornos mentais. Ainda assim, Papoula observou que apesar do nervosismo pré – existente os fatores psicossociais também foram responsáveis pelo agravamento do nervosismo de sua irmã.

Camélia percebeu momentos em que a loucura de sua filha foi decorrente do quadro de impregnação farmacológica provocado pela elevada dosagem de medicação psicotrópica, observando sintomas físicos como diminuição da flexibilidade cérea e protusão da língua:

“Tem também loucura quando ela fica com aquele negócio na boca (...) impregnada! Aí, ela fica parada, dura.” (Camélia. mãe. CAPS)

A concepção de loucura emergiu a partir da observação dos efeitos colaterais provocados pela medicação, que devia ter função curativa da loucura. No entanto, o uso indevido ou a dosagem inadequada provocavam alterações fisiológicas facilmente percebidas através de sintomas físicos e que reduziram o bem – estar do indivíduo. A concepção de loucura de Camélia também foi elaborada a partir da visão de doença.

Este depoimento foi importante, uma vez que o familiar apresentou-se comprometido com o tratamento, evidenciando sintomas que indicavam prejuízo para a evolução do bem – estar do indivíduo, exigindo modificação na prescrição medicamentosa, visando melhoria da qualidade de vida do seu parente.

Antúrio relatou que sua filha não era louca, uma vez que ele observava a ausência de agressividade ou pensamento incoerente, sintomas considerados por Antúrio como características fundamentais para identificar a loucura em um indivíduo. Ele referiu que a condição de sua filha

era uma doença passível de tratamento medicamentoso, denominando – a nervosismo, a qual foi provocada pelo sofrimento físico/psíquico iniciado durante o casamento, o qual foi constantemente lembrado por ela. Este nervosismo teria sido responsável pela amenorréia, referida por Antúrio como “suspensão da regra”, a partir da qual o sangue proveniente da menstruação ficou alojado na cabeça de sua filha, diminuindo o fluxo da circulação sanguínea e provocando os sintomas como “ficar calada e parada”, que na verdade são relativos à depressão :

“Essa doença dela não é loucura. todo mundo diz que esse negócio dela não é mental, foi o nervoso naquela hora que ela sentiu sozinha em casa com o neném dela, porque o nervoso, ela dizia que toda hora chegava alguém para falar com ela. e era a lembrança dele e da agressão que ela sofreu. (...) Ela não tem nada de doidice na cabeça dela, ela não é agressiva, não conversa besteira, ela não se zanga, é calma todo o tempo. Isso tudo no corpo dela foi a agressão que ela sofreu, e até suspendeu a regra. Talvez, se ela tomasse um remédio que voltasse, talvez ela ficasse o que era. Mas a gente só pode dar outro remédio com orientação dos médicos. Eu acho que com a continuação do tratamento ela vai melhorar cada vez mais e a gente tem muita paciência com ela. Mas tudo que tá prendendo ela é essa regra que não volta que suspendeu pela agressão que ela sofreu e ela não tem nada de loucura. Com o nervoso do medo que ela teve veio a suspensão e o sangue ficou preso na cabeça e diminuiu a circulação e é isso que faz ela ficar calada e parada assim.” (Antúrio, pai, NAMI)

Desta forma estes familiares também perceberam a loucura como algo que desejam, de alguma forma, controlar, eliminar, interromper ou aliviar, com a finalidade de reestabelecer o a saúde mental/física de seus parentes.

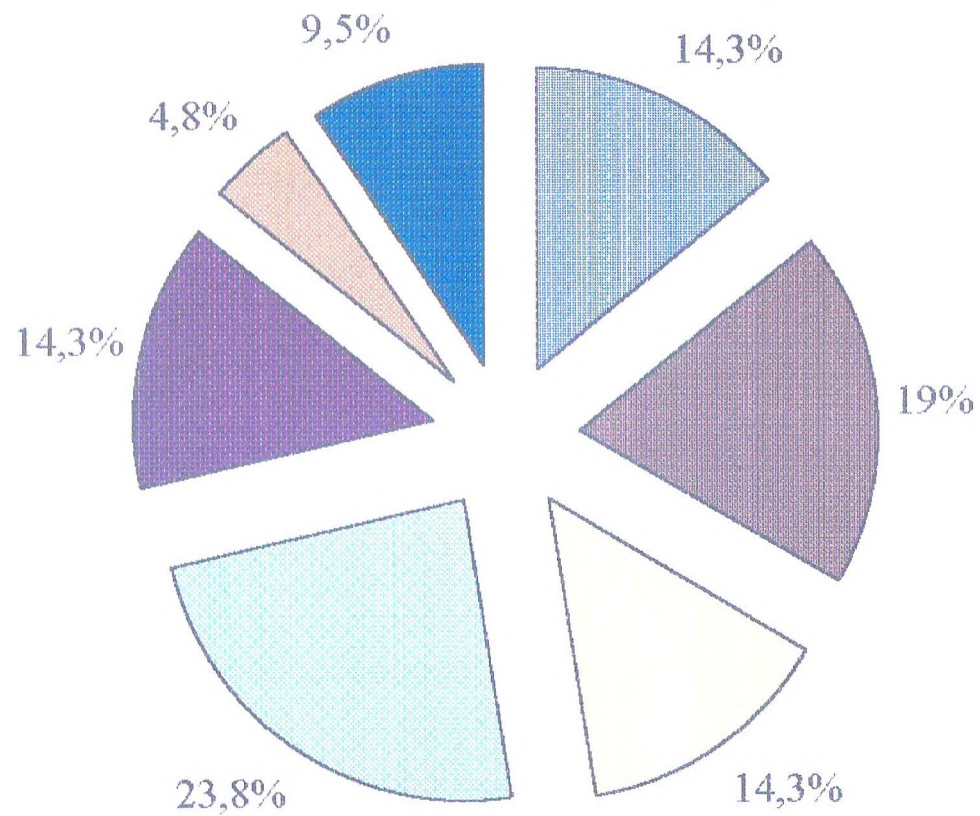
Para ACKEMAN (1986) a homeostase atua a partir do princípio de um equilíbrio dinâmico, no qual o funcionamento ideal do organismo pode ser alcançado a partir da instabilidade fluida, produtiva, que fornece ao indivíduo um alto grau de plasticidade de

adaptação e crescimento, ao mesmo tempo em que os demais processos vitais também estão sendo coordenados.

O processo saúde – doença mental pode envolver tanto o desequilíbrio, como o reestabelecimento do equilíbrio homeostático. A partir do surgimento de eventos traumatizantes, há mobilização dos mecanismos de defesa psíquicos/físicos que atuam para proporcionar alívio do conflito emocional e da ansiedade vivenciadas pelo indivíduo. A ação destes mecanismos pode fazer como que o indivíduo reconheça e compreenda o fato que produziu sofrimento psíquico, o que possibilita a superação do trauma, ou ainda o indivíduo pode não ser capaz de superar o trauma em um primeiro momento, o que pode provocar crises sucessivas, tornando o indivíduo propenso ao desenvolvimento de um transtorno mental, condição que exige integração entre indivíduo, família e profissionais de saúde para a construção de um projeto terapêutico que auxilie o indivíduo na superação do trauma e na sua Reabilitação Psicossocial .

A partir do momento em que as pessoas acreditam que são impotentes para controlar o que acontece com elas, as habilidades de enfrentamento podem tornar-se restritas. Somente quando o indivíduo percebe que os eventos e seus resultados podem ser controláveis, elas tentam ativamente vencer as situações adversas.

O conceito de loucura vinculado à noção de doença, pautada no desequilíbrio homeostático, pode ser considerado relevante para que os familiares também possam compreender o processo saúde – doença mental, desde que sejam levadas em consideração as causas bio – psico – sociais que podem ser responsáveis pelo adoecimento psíquico do indivíduo, e principalmente, quando este conceito estiver intimamente relacionado à compreensão de que a mudança, compreendida como Reabilitação Psicossocial, é possível.

Diagrama 2. Doença como Significado de Loucura

■ Impregnação

■ Nervosismo

□ Sangue na Cabeça

□ Crise

■ Crise Forte

■ Fraqueza da Cabeça

■ Perturbação da Cabeça

- **Fora de Si como Significado de Loucura**

Os depoimentos analisados à seguir permaneceram relacionados à concepção de loucura como um estado em que o indivíduo foi considerado “Fora de Si”, apresentando os núcleos de significado Agressividade (14,7%), Perturbação do Sentido (9,8%), Jogar Pedra (9,8%), Ausência de Conhecimento (7,5%), Sair do Normal (4,9%), Perda da Compreensão (2,4%), Ficar Pirada (2,4%), Ficar Atarantada (2,4%) Transgredir Regras (2,4%), Juízo Errado (2,4%), Juízo Afetado (2,4%) Juízo Perdido (2,4%), Ficar Nua (2,4%), Queimar Roupa (2,4%), Pular Portão (2,4%), Pular Janela (2,4%), Fugir de Casa (2,4%) Beber Água do Esgoto (2,4%), Sentar no Sol (2,4%), Conversar Besteira (2,4%), Virar a Cabeça (2,4%), Querer Matar (2,4%) e Querer Morrer (2,4%).

O depoimento de Rosa revelou a percepção de que durante as crises sua filha não estava no “juízo certo”, condição que determinaria um estado de “fora de si”.

A crise pode ser entendida como um estado de desequilíbrio resultante da ação inadequada dos mecanismos de manejo do indivíduo ou família, para atender às demandas de determinada situação (TAYLOR, 1992).

A condição de “fora de si” foi evidenciada por modificações comportamentais relacionadas ao trauma resultante do assassinato da amiga de sua filha, demonstrando a perpetuação do sofrimento psíquico, a incapacidade para superar a perda e a dificuldade para compreender que não havia nenhum fato concreto que demonstrasse que ela também seria assassinada.

Rosa não compreendia determinados comportamentos que demonstravam o medo da filha em relação ao retorno do assassino, como fugir de sua residência pulando portões ou

subindo em cima da casa, jogando pedras nos familiares que tentavam trazê-la de volta para casa, não compreendendo também o fato de sua filha tentar suicídio para fugir do sofrimento causado pela morte de sua amiga, como podemos observar neste trecho do depoimento :

“O que é loucura ? Ela tinha muita loucura, às vezes que ela vinha que tinha crise que dava nela ela só vivia assim e quando ela melhorava que dava alta trazia ela para casa, aí quando chegava aqui dava a crise né (pausa) dava essas crises fortes nela aí ela pulava portão, caía no meio da rua, pulava até de cima da casa para baixo (...). Em crise é assim como eu estou dizendo, assim querendo correr, saía na rua rebolando pedra e o pessoal atrás, eu não estou dizendo? Não era assim (pausa) não estava no juízo dela certo, né? ” (...) Às vezes dava crise que ela queria se matar. Pegaram ela quatro vezes com a corda no pescoço numa casinha lá dentro que eu fiz para ela se trancar . A gente pegou ela quatro vezes com a corda no pescoço.” (Rosa, mãe, CAPS)

Esta concepção de loucura como “fora de si ” foi evidenciada no depoimento de Rosa através das expressões “virou assim a cabeça”, “estava muito, muito atarantada” e “ficava abirobada” :

“(…) quando ela voltou para cá um dia uma colega dela chamou ela para passar no mesmo canto onde a moça morreu aí ela virou de novo. Virou assim a cabeça, ficava dizendo coisa que era do passado que o homem ia matar ela também, muita coisa.” (Rosa, mãe, CAPS)

“Quando ela estava muito, muito atarantada e eu pegava eu tinha saúde, aí eu pegava e corria viajava e pagava um táxi do meu dinheiro para vir para Fortaleza para o hospital dela, que ela estava precisando.” (Rosa, mãe, CAPS)

“ (...) ela ficava abirobada, sem querer comer, querendo sair de casa querendo correr (...).” (Rosa, mãe, CAPS).

Estas expressões utilizadas por Rosa referiam – se aos momentos em que o “juízo de sua filha” estava atordoado ou perturbado.

O julgamento ou juízo refere – se à capacidade do indivíduo para avaliar uma situação corretamente, incluindo a compreensão dos prováveis resultados e da sua influência para que o indivíduo possa agir, apropriadamente, dentro da mesma (KAPLAN, SADOCK, GREBB, 1997).

A crise vivenciada pela filha de Rosa não foi superada, uma vez que qualquer evento relacionado ao assassinato fazia sua filha “virar a cabeça”. Esta expressão foi considerada uma Hipérbole, sendo utilizada a partir da detecção da intensidade de sofrimento psíquico causado pelo assassinato da amiga da filha de Rosa, que ainda permanecia presente na memória de sua filha, apesar do tempo transcorrido.

Então, virar a cabeça significava voltar ações ou fatos, que estavam acontecendo no presente para o passado. Assim durante as crises a filha de Rosa permanecia fora da sua situação presente, e apesar da família direcionar esforços para que ela superasse o sofrimento vivenciado pelo assassinato de sua amiga, incluindo o internamento em instituições psiquiátricas, ela permanecia constantemente associando o passado ao presente.

Esta constante associação entre o passado e o presente durante as crises seria resultante do “juízo que não estava certo”, sendo este compreendido como uma condição em que o juízo ou julgamento da filha de Rosa acerca do assassinato era incapaz de tornar a situação

compreensível e superável, provocando situações de desespero evidente a partir da percepção da continuidade do sofrimento psíquico.

Para ACKERMAN (1986) a essência da vida é a mudança, o crescimento, a aprendizagem e a adaptação à novas condições, uma vez que o processo de vida não se configura como seguro e estável em qualquer sentido absoluto, sendo intrinsecamente instável. Somente a partir desta instabilidade pode haver crescimento e adaptação.

A filha de Rosa vivenciou uma série de eventos causadores de sofrimento psíquico não conseguindo, em um primeiro momento, mobilizar mecanismos de manejo para superá-los. A família compreendeu a importância da superação da crise para a Reabilitação Psicossocial dela, apesar de perceber que neste caso, os resultados estavam surgindo à longo prazo, uma vez que o assassinato da amiga aconteceu há 25 anos. Ainda assim, existiam resultados visíveis como o retorno ao trabalho, a diminuição da frequência das crises e a reintegração em atividades na comunidade, ou seja, apesar das dificuldades vivenciadas pela família, havia necessidade de compreender que este indivíduo necessitava de ajuda familiar e profissional, para que cada vez mais, ele pudesse encontrar caminhos para a melhoria da sua qualidade de vida.

A incapacidade de conviver com a diferença é proveniente de sentimentos de discriminação, de preconceitos, de crenças distorcidas e de estereótipos, isto é imagens do outros que são fundamentalmente errôneas (SILVA,2000).

Apesar das dificuldades relatadas durante os depoimentos, a filha de Rosa teve apoio de seus familiares não sendo observado, em nenhum momento, discriminação a partir do relacionamento familiar, como também a família mobilizava esforços para a Reabilitação Psicossocial deste parente querido, percebendo a evolução do quadro e a melhoria na condição de saúde deste indivíduo a partir dos trabalhos desenvolvidos pelo CAPS.

O depoimento de Papoula evidenciou a loucura como “fora de si” a partir da percepção das crises desencadeadas pelo fato de sua irmã “não conhecer nada” :

“Loucura é a pessoa que não conhece nada. né ? Fica no meio da rua jogando pedra no povo que não tem nada a haver. que quer morrer como ela queria. É assim é querer morrer com as próprias mãos, isso aí é loucura da pessoa. Isso é de um algum problema que a pessoa tem ela não diz e fica lá matutando na cabeça dela. e ela não fala para ninguém. eu acho que seja isso loucura. Pelo menos quando ela tá com as crises aqui eu fico dizendo que é coisa que ela bota na cabeça, tira isso da tua cabeça, tira isso da tua cabeça, essas tuas preocupações, tira isso da tua cabeça, isso aí faz ela pirar. Eu acho até bom quando ela tá no CAPS porque aqui tem menino e ela fica aperreada. quando vê os meninos gritar, brigar, aí ela fica aperreada e eu tento fazer ela acalmar. Aí ela fica violenta. Até comigo ela fica violenta. Primeiro ela não me atendia. Agora ela atende. agora ela tá mais calma comigo, primeiro ela não queria atender, ela não tem medo de mim é porque se ela não me atender, quem é que ela vai atender? (Papoula, irmã, CAPS)

A expressão “não conhecer nada” estava relacionada também à incapacidade de julgar fatos corretamente e compreendê-los de maneira efetiva. A partir disto, surgiu o que Papoula denominou como preocupação, ou seja uma inquietação proveniente de uma idéia fixa, que provocava, na maioria das vezes, comportamento auto e heteroagressivo.

A concepção de loucura que surgiu no depoimento de Papoula apresentou o significado de “fora de si”, sendo este estado também constatado em momentos onde predominavam a perda da capacidade para julgar fatos e responder a estes de maneira funcional, como também a perda da capacidade de conviver de maneira harmônica durante as crises, uma vez que em seu depoimento Papoula afirmou que antes do assassinato da amiga uma das principais características de sua irmã era a facilidade para o relacionamento social.

Este depoimento evidenciou que a partir da identificação dos sintomas relacionados ao Transtorno do Humor (diminuição da psicomotricidade) e da percepção de modificações comportamentais (agressividade, tentativas de fuga, tentativa de suicídio) a família teve como única opção o internamento psiquiátrico, antes do surgimento do CAPS. Papoula observou que ao retornar dos internamentos sua irmã apresentava algumas características de impregnação farmacológica e a partir disto, a família atuava para reverter o quadro de impregnação através de atividades de lazer. Após o surgimento do CAPS, as formas de intervenção de Papoula durante as crises de sua irmã sofreram modificações, uma vez que ela afirmou que comunicava – se de forma interativa para que sua irmã superasse o fato que a preocupava, evitando assim situações que não proporcionavam a superação da crise, como foi possível observar nestes trechos do relato de Papoula :

“Quando ela começa ela fica parada dentro de casa. Não sai para canto nenhum. A gente bota ela dentro de um quarto porque, às vezes, ela quer sair. quer ir para o meio da rua, ela quer correr para o meio da rua jogando pedra no povo e dizendo que queria morrer debaixo dos carros. A gente trancava as portas e ela pulava o portão aqui de lado, aí nós fizemos um quarto lá atrás para ela não fazer isso, não sair para o meio da rua. Às vezes, a gente botava uma rede e ela botava no pescoço fazendo que ia se enforcar. às vezes pegava todo o remédio e tomava de muito aí ficava parada, dopada, aí ninguém podia fazer nada e precisava levar para o hospital. aí quando ela ficava muito braba, muito braba que ninguém aguentava ela, tinha que levar para Fortaleza. ela se internava lá para ela ficar um bocado de tempo lá e como a gente morava distante de lá não podia estar lá perto, às vezes a gente ficava de mês sem ver ela.” (Papoula, irmã, CAPS)

“Quando ela voltava ela voltava gorda, agora ela vinha parada, ela ficava dopada, agora depois ela ia andando, se movimentando, voltando, vinha passeando, mas na vista em que ela tá agora, Ave Maria, ela tá melhor ! Aí depois que o CAPS chegou aqui melhorou muito para gente porque não tem mais o problema de levar para Fortaleza que, às vezes, tinha até que levar amarrada dentro do carro, quando estava muito braba, aí depois que chegou o CAPS a gente manda chamar a doutora , ela vem e quando ela estava muito assim, sabe. na crise ela veio e deu até injeção aqui mesmo, aí ela melhorou.” (Papoula, irmã, CAPS)

A agressividade, a violência e a imprevisibilidade foram historicamente associadas à doença mental. A Reforma Psiquiátrica têm demonstrado, a partir dos trabalhos desenvolvidos pela Comunidade Terapêutica, que a agressividade pode ser trabalhada e transformada, uma vez que seja dado ao indivíduo a possibilidade de elucidar as razões do comportamento agressivo (AMARANTE, 1995).

Há necessidade da família permitir a expressão do sofrimento psíquico deste indivíduo, principalmente através da fala, para que a partir disto, indivíduo família e profissionais de saúde possam elaborar um projeto para a Reabilitação Psicossocial do indivíduo, que leve em consideração a superação dos fatores que provocam o prolongamento do sofrimento psíquico e as novas crises que permanecem associadas ao assassinato da amiga deste indivíduo.

Em seu depoimento, Violeta também expôs uma concepção da loucura de sua filha narcada pela “perda do juízo” :

“Nós chegamos no hospital e não tinha vaga aí o doutor deu uma injeção nela e mandou que a gente procurasse outro hospital. Quando ela acordou ela acordou pirada, sabe o que é uma pessoa sem um pingão de juízo ! Ai eu vou me embora, eu vou me embora, e eu disse já é tarde. vamos deixar para amanhã, já é tarde, até que ela saiu correndo no meio da rua. Eu só ouvia os motoristas dizendo tira essa mulher da rua que ela vai morrer ! E a minha felicidade foi um crente que pegou ela, tinha força, né ! Aí eu me obriguei a de madrugada pegar um taxi de Fortaleza para Aracati, gastei o que não tinha, arrisquei a minha vida e a dela porque eu não conhecia o motorista e ele vinha puxando mil ! Mas cheguei em casa e liguei para minha outra filha e ela veio pegar agente na rodoviária uma hora da manhã. Eu sofri !” (Violeta, CAPS)

Este fato foi constatado durante as crises, nas quais sua filha adotava atitudes como fugir do hospital, agredir pessoas, lançar objetos contra pessoas e fugir de casa, necessitando de internamento em instituição psiquiátrica devido ao comportamento agressivo :

“Teve um dia que ela saiu correndo, completamente louca, sem rumo, agressiva e para gente trazer de volta teve que chamar a polícia, a polícia militar, aí veio a ambulância e ela foi medicada”. (...) Chegando lá o hospital não tinha vaga e a gente rodou muito com ela se sentindo mal. Aí ela fica agressiva, fica muito agressiva. Agrede o povo, joga as coisas, não dormia, não dormia, aí a gente chamava a doutora para vir aqui medicar ela. (...) Uma vez eu passei sete noites sem dormir, porque se eu dormisse ela pulava o portão. E não tem uma mãe que não fizesse o que eu fiz por ela. (...) Quando ela estava lá (internada) ela chorava para comer, chorava para ir embora. Chorava perturbada, muito perturbada (...) (Violeta, CAPS).

No caso de Violeta, a irracionalidade presente no comportamento de sua filha também imprimiu à sua concepção de loucura a percepção de um estado de “fora de si”. Esta expressão também foi resultante da percepção de uma intensa modificação no comportamento da filha de Violeta, evidenciada em trechos de seu depoimento que revelam o comportamento da filha em períodos anteriores às crises :

“Uma moça com coração divino, se ela chegasse em sua casa ela ajudava, lavava uma louça, Ave Maria ! E ela era muito animada.” (Violeta, CAPS).

A expressão “fora de si” revelou então as contradições percebidas no comportamento da filha de Violeta, tais como “ter um coração divino” significando amabilidade o que se contrapunha à agressividade evidente nas crises, como também a perda da capacidade para o trabalho remunerado ou doméstico, incluindo a indisposição para ajudar em tarefas desenvolvidas por outras pessoas, fato este que não ocorria antes das crises.

Torna-se imprescindível um projeto terapêutico que envolva a família, uma vez que esta é uma das principais responsáveis continuidade do tratamento que tem por objetivo final o reestabelecimento do saúde mental do indivíduo considerado louco. Em relação à este aspecto ACKERMAN (1986, p. 84) afirma que :

“No sentido mais amplo, nada permanece sempre o mesmo. A mudança é a essência da vida: mudança em qualquer nível de experiência influencia mudança em outro. A homeostase da personalidade, portanto, não pode ser concebida isoladamente; ela torna-se um princípio significativo apenas quando é aplicada à todos os níveis de organização do processo de vida, não apenas individual, familiar e social, mas àqueles níveis que envolvem as inter-relações de vida humana com a natureza física.”

O indivíduo comum pode interessar-se pelos conceitos ou visões acerca de um fenômeno que se apresenta, a partir do momento em que este afeta seu meio ou seus hábitos e ainda, porque o indivíduo julga necessário estar a par disto para compreender e conviver com o fato, uma vez que, seu surgimento acarreta mudanças na relação com a realidade, valores e comportamentos (MOSCOVICI, 1978).

O fato de ameaçar as pessoas poderá contribuir para um aumento da probabilidade de admissão em instituições psiquiátricas, principalmente quando o indivíduo já tem histórico de

internamentos anteriores nos quais apresentou comportamentos semelhantes (SADIGURSKY, 1997).

É importante salientar que a crise deve ser encarada como um momento em que o indivíduo necessita de apoio profissional e familiar. É através dela que o indivíduo reconstitui os eventos traumatizantes que estão imbricados no processo de adoecimento psíquico, sendo necessária intervenção da família ou dos profissionais de saúde para auxiliar na escolha dos meios que auxiliem o indivíduo a compreender as causas da crise, como também superá-la.

Alguns depoimentos ressaltavam o estado de “fora de si” dos indivíduos a partir de comportamentos que foram marcados pela agressividade, a qual oscilou desde a verbalização do pensamento incoerente, sentimento de ódio em relação aos familiares sem motivo real, tentativa de homicídio, oposição em relação à autoridade dos pais e fugir de casa, como podemos observar nos depoimentos de Orquídea e Margarida:

“E daí nós ficamos assim observando o jeito dele. Ele não ficou como uma pessoa normal como a gente, porque tinha horas que ele conversava tanta besteira, aí logo também ele perdeu a mãe dele, aí juntou uma coisa com a outra. Aí ele veio embora aqui para Aracati, e eu fiquei tomando de conta dele. Depois ele ficou trabalhando em Canoa e disseram que ele estava usando drogas, eu fui e tirei ele de Canoa e botei ele aqui, e quando foi um dia ele já rapaz começou a se sentar assim no sol, e aí eu dizia M o que é que você tem? E ele dizia nada, nada. E depois, um dia ele não veio dormir em casa e vieram me dizer que ele estava caído no meio da rua bebendo água do esgoto e a gente trouxe ele e foi daí que começou a violência dele, ele ficou me odiando, odiava papai, ele tinha ódio de nós. Ele não queria me ver e nem aqui em casa ele não entrava e aí eu fiquei com medo dele que ele era violento que só ele. (...) Na crise ele realmente enfrentava, chegava no terreiro e saía esculhambando, chamando as mulheres que passavam na rua de nome feio. (...) E teve um dia que ele queria matar o papai. Eu cheguei e o papai pedindo socorro, porque naquele tempo o meu pai não morava perto de mim.” (Orquídea, irmã, CAPS)

“Quando dava as crises ela não parava em casa e nem me atendia. Era mais fácil atender uma pessoa de fora que os de dentro de casa. (...) Só quando dava a crise é que ela queria ir daqui para Majorlândia à pé, e uma vez ela foi para Fortaleza sem a gente saber ! Pegou o ônibus e foi num sábado e voltou num domingo. Da segunda vez, ela pegou um moto-táxi e o cara não viu. Quem via ela não dizia que ela tinha nada, agora ela só era mais revoltada quando a gente prendia ela, aí ela ficava irritada, batia na gente, e precisava amarrar. Aí da outra vez, que já tinha o CAPS ela estava em crise, aí nós amarramos ela, o irmão foi que anarrou porque ela tem muita força, aí eu falei para a doutora Lídia, aí quando deu a crise que ela estava muito violenta, ela veio aqui e começou a acompanhar ela e dava o medicamento dela aqui. Quando ela estava louca aqui eram cinco homens para pegar ela e não era coisa só de tapa não ! Isso aqui ela fechava e ninguém passava. Uma vez ela deu uma pedrada no braço da doutora.”
(Margarida, mãe, CAPS)

Estes depoimentos apresentavam concepções de loucura marcadas pela noção da perda da normalidade ou do sentido durante as crises. Em relação à concepção de normalidade que é constantemente utilizada para analisar o comportamento humano SILVA (2000, p.122) afirma que :

“Tem a ver também com a concepção do sujeito inteiramente autopolicado que emerge das modalidades disciplinares, confessionais e pastorais, bem como com a ausência de qualquer consideração sobre o que poderia, de alguma forma, interromper, impedir ou perturbar a tranqüila inserção dos indivíduos nas posições-de-sujeito construídas por estes discursos. Conceber o corpo como submetido, por meio da alma, a regimes de verdades normalizadores, é uma maneira produtiva de repensar a assim chamada "materialidade" do corpo.”

A observação por parte dos familiares acerca das mudanças relativas ao comportamento destes indivíduos foi importante, uma vez que este fato demonstrou a ineficácia

dos mecanismos de manejo, como não deixar o indivíduo sozinho ou selecionar as atividades que o indivíduo faz para solucionar de maneira efetiva a crise vivenciada.

As perdas afetivas sofridas por estes indivíduos foram responsáveis por estes quadros, porém durante o processo de Reabilitação Psicossocial, é necessário abrir espaço para a diferença em relação às formas adotadas pelos indivíduos para superar as perdas, não excluindo aqueles indivíduos que necessitam de mais tempo e auxílio familiar e profissional para sobrepujar a crise.

As Representações Sociais correspondem à situações reais de vida, possuindo núcleos positivos que abrem espaço para a transformação, com também núcleos de resistência para conceber a realidade. Desta forma, a visão de mundo dos diferentes grupos sociais expressa as contradições e os conflitos que permeiam a convivência diária e sua expressão marca o entendimento do indivíduo com seus pares e seus contrários (MINAYO, 1996).

Estas diferenças referem-se à visão de múltiplo e não apenas do diverso, uma vez que o múltiplo é sempre um processo, uma ação. Já a diversidade é um estado, uma condição estática limitando-se ao existente. Em relação à este aspecto SILVA (p. 101, 2000) afirma que :

“ Respeitar a diferença não pode significar “deixar que o outro seja como eu sou” ou deixar que o outro seja diferente de mim tal como eu sou do (outro)”, mas deixar que o outro seja como eu não sou, deixar que ele seja esse outro que não pode ser eu; significa deixar que o outro seja diferente. deixar ser uma diferença que não seja em absoluto, a diferença entre duas identidades, mas diferença da identidade sem relação alguma com a mesmidade”.

Apesar de ser compreensível a preocupação com a saúde e integridade do indivíduo, os familiares deveriam perceber que atos que pareciam ser incompreensíveis eram formas utilizadas por estes indivíduos para superar o sofrimento psíquico, e até mesmo em algumas

ocasiões, representando também formas de chamar a atenção dos entes queridos para estes fatos como podemos observar nos depoimentos a seguir :

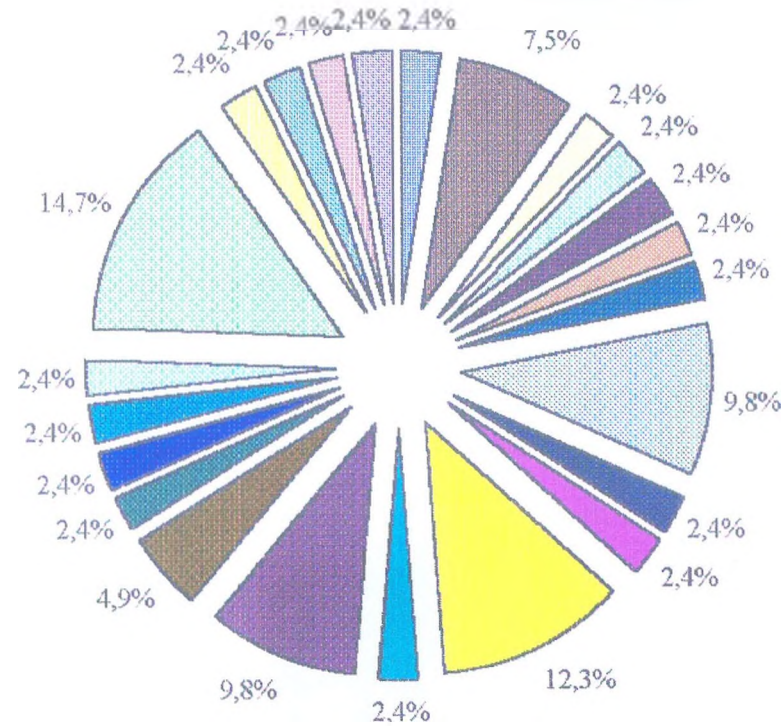
“ Quando ele estava nas crises dele ele sentava nas calçadas quentes e eu dizia M saia daí , e ele dizia que não porque estava muito gripado e estava na calçada quente para tirar a febre. Você acha que uma pessoa que tem compreensão faz uma coisa dessas ? Eu acho que loucura é uma coisa que dá que não imagina nada, tudo que vem pela frente dá vontade de fazer e diz besteira, tem hora que quer recobrar o juízo e não consegue eu penso assim (...). Logo ele usou drogas naquele tempo aí que complicou mais a situação do M naquele tempo. É porque naquele tempo, apesar do meu pai ser doente, mas ele dizia minha filha eu vi o M cheirando um negócio e realmente eu fiquei pastorando e era cola, daí foi que começou o problema do M, e quando a gente foi consultar ele em Messejana o médico disse que ele tinha cheirado muita cola e isso tinha afetado o juízo dele. Realmente tinha dias que ele chegava aqui e dizia olha aí, foi esse bicho aí que estava fazendo macumba para o meu lado e realmente ele não entrava aqui em casa, quando ele chegava aqui na porta que olhava para esse quadro, geralmente, ele dizia assim não quero conversa com esse homem e qualquer coisa que acontecia ele dizia que era uma macumba que tinha nele e que o homem do quadro que tinha colocado isso nele. Eu levei ele até para a sessão espírita, mas realmente ele veio ficar bom depois que tomou os medicamentos.” (Orquídea, irmã, CAPS)

“E loucura já é mais um problema que vem da doença dela. Quando ela foi para Mossoró era um balde para cada necessidade dela aqui na sala ela era doida, doida, doida ! E ninguém podia tirar! Ficava nua no quintal tomando banho e ninguém pegava. Queimou as roupas todas! E quando ela recebe dinheiro ela fica preocupada e anda e fica parando, fica toda dura. (...) Na crise ela fica totalmente fora do sentido.” (Camélia, mãe, CAPS)

O processo de Reabilitação Psicossocial não tem como objetivo tornar os indivíduos que são considerados fracos em fortes, não sendo também um processo de adaptação do jogo dos fortes aos fracos mas, acima de tudo isto, a Reabilitação Psicossocial é um processo para mudar

regras para que os fortes possam conviver no mesmo cenário que os fracos. Não é uma luta para tornar forte o indivíduo que em algum momento de sua existência possui um desabilidade para lidar com algo, mas para permitir que eles continuem em cena com aqueles considerados fortes (PITA, 1996).

Diagrama 3. Fora de Si como Significado de Loucura



- | | | | |
|------------------------|------------------------|----------------------|--------------------------|
| ■ Perder a Compreensão | ■ Não Conhecer Nada | □ Ficar Nua | ■ Queimar Roupa |
| ■ Pular Portão | ■ Pular Janela | ■ Ficar Atarentada | ■ Perturbação do Sentido |
| ■ Fugir | ■ Beber Água do Esgoto | ■ Sair Correndo | ■ Conversar Besteira |
| ■ Jogar Pedra | ■ Sair do Normal | ■ Transgredir Regras | ■ Virar a Cabeça |
| ■ Querer Matar | ■ Ficar Pirada | ■ Agressividade | ■ Juízo Errado |
| ■ Juízo Afetado | ■ Juízo Perdido | ■ Sentar no Sol | |

- **Significados atribuídos para Causas da Loucura**

Os depoimentos dos familiares evidenciavam como causas da loucura de seus parentes fatores psicossociais, psicobiológicos e culturais.

Os fatores psicossociais foram relacionados a violência física/moral, a ausência de relacionamentos afetivos, a morte de parentes ou amigos, à perda do vínculo empregatício e pela vontade própria do indivíduo considerado louco, estando vinculados à eventos que produziram traumas psicológicos que provocaram sofrimento psíquico recorrente, como também o desenvolvimento de doenças mentais.

As causas psicobiológicas foram provocadas por alterações decorrentes de traumatismos cranianos, utilização de drogas ilícitas, impregnação farmacológica provocada por elevadas doses de psicofármacos, doenças neurológicas pré-existentes, transmissão hereditária como também através da congestão provocada pela ingestão de banana com leite.

A concepção orgânica e/ou neurológica foi ressaltada nos depoimentos quando os familiares relatavam a percepção do corpo doente.

A doença dos nervos condensa a idéia de causalidade. Se o indivíduo crê que a doença dos nervos é uma afecção neurológica, podera ter dificuldade em aceitar a psicoterapia, reivindicando tratamento medicamentoso (COSTA, 1989).

O único fator cultural identificado evidenciou uma correlação entre a “força da Lua ” (força gravitacional) e possíveis alterações fisiológicas observadas na menstruação, no humor, no sentido ou na racionalidade do indivíduo.

A maioria dos familiares apresentou concepções de loucura que abrangeram mais de um dos fatores causais citados anteriormente. Desta forma, a maior parte dos depoimentos consideraram como causas da loucura do seu familiar fatores biopsicossociais.

No depoimento de Rosa, a concepção de loucura apoiou-se na crença de que a menstruação ou regra poderia ter sido um dos fatores causais da loucura da filha. Durante um dos internamentos da filha um psiquiatra teria afirmado, segundo Rosa, que a doença de sua filha estaria diretamente ligada à sua menstruação, bem como a cura se realizaria a partir da menopausa. Neste caso, o psiquiatra deveria ter se referido às alterações de humor provocadas pela Tensão Pré-menstrual, as quais já eram ser percebidas pelo indivíduo e família antes da primeira crise, os quais têm explicação científica comprovada e podem determinar o adoecimento psíquico como foi possível observar neste trecho do depoimento de Rosa :

“Aí uma vez eu disse ao doutor que ela quando ficava menstruada ficava abirobada, sem querer comer, querendo sair de casa querendo correr, aí ele disse tenha paciência que ela vai ficar boa, isso aí quando ela terminar a regra dela ela fica boa. E depois que ela terminou ela não teve nadinha. Ela teve com 38 anos. Deve ser que passa o sangue para cabeça. E o doutor mesmo dizia. quando você chegar em casa vá brincar se distrair e eu mandava mas ela não queria ir, ela ia a força. Por que tem dia que ela não tem gosto. Ela só vai para o CAPS todo dia, ela levanta, toma café e dia mamãe eu vou... não vá não... não eu vou.” (Rosa, mãe, CAPS)

Rosa referiu os termos loucura e nervosismo durante seu depoimento. O termo nervosismo foi utilizado durante os trechos do depoimento marcados por auto/heteroagressividade e tentativa de fuga. Já o termo nervosismo foi utilizado nos momentos em que houve predominância das alterações de humor percebidas pela família.

O processo de adoecimento psíquico da filha de Rosa foi determinado pela confluência de fatores psicossociais desencadeados pelo sofrimento psíquico causado pelo assassinato da amiga, como também fatores psicobiológicos vinculados às alterações do Humor evidenciadas pela Tensão Pré-menstrual, como foi possível observar neste trecho do relato de Rosa :

“A doença dela começou quando ela estava menstruada sabe, aí ela tinha uma colega e gostava muito de andar com essa colega e ela estudava com ela sabe, naquele colégio ali, e tinha uma mulher que criava essa menina, uma moça muito bonita gorda, essa mulher criava essa menina com muita estimaçãõ porque ela era rica. aí quando foi um dia apareceu uma pessoa que matou a velha, não, matou ela, a moça sabe , amanheceu o dia a moça morta (...)” (Rosa, mãe, CAPS)

Segundo CARREIRO (1999), a família observa em seu próprio contexto, o processo de adoecimento psíquico de um dos seus membros, a partir do momento em que concebe a loucura como um acontecimento individual que deposita a doença naquele que enlouqueceu.

No caso de Rosa, seria necessário esclarecer de forma efetiva aos familiares os fatores que determinaram o adoecimento psíquico do seu familiar, o que poderia ter auxiliado à família para intervir de maneira mais eficaz durante as crises.

Cravo evidenciou como causas da loucura de sua irmã a vontade individual desta, a ação nociva da “força da Lua” durante o período menstrual e uma “fraqueza da cabeça ” de sua irmã. Ele deu menor ênfase ao fato do assassinato da amiga de sua irmã. Foram evidenciadas então em seu relato alterações psicobiológicas :

“(…) É fraqueza da cabeça. (...) E a Lua é forte, ela perturba o sentido e a vontade da pessoa se a pessoa estiver fraca.(...) e ela teve muito doente(...) e nunca quis ter homem! Toda mulher tem que ter homem, mas também isso é coisa dela”.(Cravo, CAPS)

Este familiar revelou que sua irmã tinha períodos de loucura por vontade própria, afirmava que ela nunca teve interesse em relacionar-se afetivamente, como também acreditava que estava nas mãos de sua irmã manter-se fora das crises, uma vez que estas aconteciam esporadicamente. Em relação ao ciclo menstrual, ele acreditava que sua irmã apresentava uma dificuldade ou “fraqueza” para controlar sua vontade individual, permanecendo exposta à ação de forças externas (como a força da Lua) e força internas (relativas à alterações de humor que a maioria dos indivíduos podem evidenciar quando uma mulher está menstruada). Desta forma, estas forças externas e internas foram responsáveis pelo surgimento das crises de sua irmã. Ele utilizou os termos perturbação e fraqueza para se referir à doença mental de sua irmã, termos que confirmaram que sua visão acerca das causas da loucura foi pautada principalmente numa visão organicista acerca da doença mental, provocada exclusivamente por alterações/ perturbações fisiológicas no organismo.

Estas considerações foram enfatizadas durante observações livres realizadas nestes contextos familiares. Desta forma, Cravo, apesar de participar no projeto terapêutico de sua irmã demonstrou posicionamento machista, extremamente vinculado a determinados aspectos culturais que envolvem uma percepção acerca da fragilidade feminina, como também demonstrou que as intervenções/interações terapêuticas efetivas deveriam ser realizadas por mulheres, ou seja, sua mãe e irmã, demonstrando assim a visão de que o cuidado domiciliar deve ser desenvolvido pela mulher. É importante salientar que todos os membros da família devem estar envolvidos no

projeto terapêutico. Além disto as concepções, causas e formas de intervenção relacionadas à loucura devem ser as mesmas para todos os familiares, evitando prejuízos durante o relacionamento terapêutico realizado pelos familiares a partir disputas que podem ocorrer em relação ao tipo de intervenção mais adequada, a partir da percepção de cada familiar em relação aos fatores desencadeantes das crises.

No caso de Cravo, foi observado que sua concepção acerca das causas da loucura apresentou uma vertente sócio-cultural (ação da força da Lua), a qual não apresentava fundamentação científica. É necessário que a equipe terapêutica evidencie que os fatores psicossociais foram causas fundamentais para este processo de adoecimento psíquico, como também de que forma a menstruação pode produzir alterações de humor, desmistificando as noções de “cabeça fraca” e loucura provocada pela vontade individual.

Apesar de Cravo evidenciar em seu depoimento que auxiliava no tratamento de sua irmã a partir do que ela chamou de “aconselhamento”, este tipo de relacionamento interpessoal poderia ser questionável, uma vez que sua visão acerca das causas da loucura de sua irmã apresentava-se, em grande parte, construída a partir de fatores fundamentados no senso comum sem comprovação científica :

“Mas a gente ajuda dando conselho para acalmar. É aí que eu vejo que essa doença que ela pegou é uma fraqueza na cabeça, logo ela foi uma moça que nunca quis saber de homem, aí ficou assim perturbada.” (Cravo, irmão, CAPS).

Papoula relatou como causas da loucura de sua irmã fatores psicossociais, relacionados ao assassinato da amiga de sua irmã, e fatores psicobiológicos referentes às alterações de humor já presentes antes do trauma psicológico vivenciado por sua irmã :

“Quando ela começa ela fica parada dentro de casa. Não sai para canto nenhum. A gente bota ela dentro de um quarto porque, às vezes, ela quer sair, quer ir para o meio da rua, quer correr para o meio da rua jogando pedra no povo e dizendo que quer morrer em baixo dos carros. (...) Mamãe falou que o nervoso dela foi por causa de uma amiga que ela teve e morreu, e ela viu, né! Aí ela criou mais esse nervosismo (...), mas dizem que ela não era tão assim, já era nervosa, mas não era tão forte assim (...)” (Papoula, irmã, CAPS)

Este depoimento levou em consideração os fatores psicossociais e psicobiológicos que tinham comprovação científica. Papoula também relatou não acreditar que a “força da Lua” poderia ser responsável pela loucura de sua irmã, referindo que apesar desta informação ser culturalmente difundida, ela acreditava que a loucura de sua irmã foi determinada pelos fatores psicossociais e psicobiológicos já descritos. Outra informação importante em seu depoimento referiu-se à observação de que a preocupação excessiva de sua irmã, a partir de idéias de referência, era um dos principais fatores desencadeantes das crises.

Este depoimento evidenciou uma reflexão relativa às causas da loucura, uma vez que este indivíduo não se deixou levar pelo senso comum, fato que pode ter sido determinado, principalmente, pelo fato deste indivíduo ter demonstrado empenho para atuar de forma efetiva para o reestabelecimento da saúde de sua irmã.

O depoimento de Orquídea considerou como causas da doença mental a associação entre um trauma fisiológico (queda de um barco acompanhada de pancada na cabeça) e um trauma psicológico (morte da mãe). É necessário salientar que o traumatismo sofrido pelo irmão de Violeta durante a queda do barco não foi suficiente para provocar uma doença mental. Porém, o trauma psicológico vivenciado por ele a partir da perda de sua mãe, associado ao fato do envolvimento, do consumo e da dependência de drogas ilícitas, tornaram-se as verdadeiras

causas do adoecimento psíquico, só evidenciadas posteriormente no depoimento desta familiar, talvez pelo fato de que o envolvimento com drogas configurou-se como vergonhoso para a família :

É porque naquele tempo, apesar do meu pai ser doente mas ele dizia minha filha eu vi o M cheirando um negócio e realmente eu fiquei pastorando e era cola, daí foi que começou o problema do M e quando a gente foi consultar ele em Messejana o médico disse que ele tinha cheirado muita cola e isso tinha afetado o juízo dele. (...)Foi da queda do barco, aí depois ele conversava tanta besteira (...) e juntou ainda com a perda da mãe dele, aí pronto”. (Papoula, CAPS)

Um fator importante evidenciado no relato de Orquídea esteve relacionado ao fato desta familiar não associar a doença mental de seu irmão às causas sobrenaturais. Apesar dela ter relatado que no início da doença mental chegou a levar seu irmão à um terreiro de macumba, a mesma referiu que as crises foram superadas de forma efetiva a partir da utilização de medicação psicotrópica, como também a partir do momento em que seu irmão passou a ser atendido pelo CAPS :

“ (...) qualquer coisa que acontecia ele dizia que era uma macumba que tinha nele (...) Eu levei ela até para a sessão espírita mas, realmente, ele veio ficar bom depois que ele tomou os medicamentos.” (Orquídea, irmã, CAPS)

Neste caso, este familiar também demonstrou uma atuação afetiva para reestabelecer a saúde mental do seu irmão, percebendo a necessidade de um tratamento que envolvesse tanto a utilização de medicação psicotrópica, como também a utilização de interação pessoa-pessoa .

Para Violeta, o trauma psicológico proveniente da violência física e moral sofrida por sua filha durante quinze anos de casamento determinou a loucura de sua filha. Em seu depoimento, Violeta utilizou apenas a palavra loucura, que assumiu o significado de

(

extravasamento do sofrimento psíquico vivenciado durante o casamento de sua filha. Neste caso, esta concepção de loucura apresentou como causas apenas os fatores psicossociais:

“A loucura dela começou no casamento (...) a pessoa que é mal tratada pode chegar à loucura!”(Violeta, mãe, CAPS)

Estes depoimentos baseados nas causas psicossociais que segundo estes familiares foram fundamentais para causar a doença mental de seus familiares estão, na verdade, vinculados a uma visão de que a partir da violência sofrida, da ausência de relacionamentos afetivos e da perda de entes queridos o relacionamento familiar tornou-se conturbado. Na sequência dos depoimentos houve ênfase nas características relativas às desabilitações sociais destes indivíduos para inúmeras tarefas que exerciam e para a convivência harmônica na sociedade.

Foram observados relatos de longas trajetórias de sofrimento psíquico, de internamentos em hospitais psiquiátricos que determinavam um maior distanciamento/isolamento social, inúmeras internações recorrentes em hospitais psiquiátricos, como também dificuldades durante o relacionamento familiar.

É importante salientar que a família deveria considerar todas as variáveis imbricadas no processo de adoecimento psíquico, desde causas fisiológicas de comprovação científica até traumas sociais vivenciados, solicitando ajuda não somente durante a crise, mas realizando um relacionamento interpessoal continuado com o familiar. É através da apreensão de significados diferentes associados à fala e aos atos, que os indivíduos recompõem as histórias individuais e sociais que integram suas vidas, trabalhando elementos novos e confrontando-os com os elementos já apreendidos.

Representar socialmente pode ser considerado um processo de organizar imagens e linguagem que simbolizam ações produzidas a partir da consciência individual ou coletiva de um objeto ou fenômeno, fato este que poderá ter sido apreendido reflexivamente (MOSCOVICI, 1978).

Torna-se importante a intervenção profissional para que estes familiares compreendam de maneira reflexiva o processo saúde- doença mental de seus familiares .

O relato de Camélia revelou como causas da loucura de sua filha a Epilepsia provocada por uma congestão após a ingestão de banana com leite. Não existem comprovações científicas que indiquem a possibilidade do desenvolvimento da Epilepsia a partir da condição referida anteriormente. Porém, Camélia também considerou que a Epilepsia foi responsável pelo surgimento das crises depressivas e maníacas, condição que foi comprovada cientificamente. Neste caso, apesar do familiar considerar um mito alimentar como causa da Epilepsia, ela também considerou um fator que tem comprovação científica para o desenvolvimento de doença mental, o que facilitou a compreensão da família acerca da necessidade de tratamento farmacológico e do relacionamento terapêutico para o reestabelecimento da saúde mental de sua filha. Também foi relatado o desencadeamento de crises devido aos quadros clínicos de impregnação farmacológica provocada por doses elevadas de psicotrópicos :

“O problema da M foi de uma congestão de banana com leite (...) . Ela tinha ataque por cima de ataque e ela não tomava (...). É também quando ela voltava de Fortaleza e ela vinha impregnada. (...) E loucura já é mais um problema que vem da doença dela.”
(Camélia, mãe. CAPS)

Os depoimentos de Antúrio e Flor admitiram fatores psicossociais como fundamentais para o início da doença mental de sua filha, sendo provenientes da violência física/psíquica

vivenciada durante o casamento. O trauma psicológico também teria, segundo eles, determinado amenorréia, a qual teria interferido na circulação cerebral, determinando as características clínicas da Depressão, fato que não possui comprovação científica, não devendo ser considerado como causa da doença mental. Foi também relatado por este indivíduo os efeitos da impregnação farmacológica produzida por psicotrópicos como uma condição de agravava o estado de saúde da sua filha. Os familiares devem estar conscientes de que o trauma psicológico foi o principal responsável pelo adoecimento psíquico, devendo ser trabalhado a partir da psicoterapia realizada pelos profissionais de Saúde Mental e do relacionamento interpessoal, que pode ser realizado pela família e profissionais conjuntamente :

“ Essa doença dela começou por causa da agressão quando ele foi lá e pediu os documentos dela (...) Essa doença dela não é loucura, todo mundo diz que esse negócio dela não é mental. foi um nervoso (...) e era a lembrança da agressão que ela sofreu. (...)” (Antúrio, pai, NAMI)

É possível considerar que para o familiar pode ser mais conveniente considerar a doença mental como um nervosismo, o que se configura como uma espécie de Eufemismo, pois a utilização deste termo pode contribuir para que a família perceba o fenômeno da loucura do familiar como um fenômeno que poderia ser revertido de maneira mais fácil do que se ele fosse considerado como loucura/doença mental. O fenômeno social da loucura foi reconhecido, ao longo do tempo, como uma condição que poderia ser irreversível.

Em relação à este aspecto é importante salientar que as Representações Sociais apresentam-se como formas de conhecimento prático com finalidade de compreensão da realidade, favorecendo a comunicação. O sujeito social constrói e expressa suas representações acerca de um objeto, a partir do contexto em que está inserido, de suas interações sociais no

(
cotidiano, do conhecimento que já possui e dos determinantes sociais envolvidos na elaboração da representação (JODELET,1989).

Os demais depoimentos dos familiares atendidos pelo NAMI, apresentaram como causas da loucura dos familiares fatores psicossociais como a morte de entes queridos associada à perdas financeiras (depoimento de Flor-de-Lis), a morte de parentes (depoimentos de Girassol e Dália, Amor-Perfeito e For do Campo), a perda do vínculo empregatício (depoimento de Sempre-Viva) :

“Depois da morte do meu tio a mulher dele falou como o meu irmão para ele colocar todo o dinheiro que ele tinha juntado numa conta dela que ela tomava de conta. Ai todos os meses ele ficava cobrando que ela desse o dinheiro para ele comprar a bicicleta nova, e nada. Até que ele encostou ela na parede e ela na parede e ela disse que não dava mais o dinheiro dele.” (Flor-de-Lis, irmã, NAMI)

“Foi depois que mataram o meu irmão que a mãe ficou assim, só chorando, calada. Foi tão horrível ver ele do jeito que ele estava todo cheio de sangue e ele saiu de casa para trabalhar e voltou assim.” (Flor do Campo, filha, NAMI)

“O pai perdeu o emprego com filho e neto dentro de casa. Foi horrível para ele que tinha uma carga pesada para sustentar.” (Sempre Viva, filha, NAMI)

Foi importante observar que os familiares atendidos pelo NAMI, apresentavam concepções de loucura que evidenciavam de maneira clara a importância dos fatores psicossociais como fundamentais para que o processo de adoecimento psíquico fosse desencadeado, bem como apresentavam concepções de loucura fundamentadas na percepção do sofrimento psíquico de seus parentes.

A percepção da subjetividade dentro de cada processo de saúde – doença mental é fundamental para uma maior ênfase na Reabilitação Psicossocial do indivíduo, além de auxiliar a

atuação mais efetiva dos familiares e da comunidade, no sentido de desconstruir preconceitos relativos à doença mental que envolvam todos aqueles que participaram deste processo.

A utilização da Teoria das Representações Sociais permitiu repensar, experimentar e refazer o fato à nossa maneira, em novo contexto, fazendo com que o pesquisador introduza-se no pensamento social e na realidade de que ele foi eliminado, tornando-os próprios (MOSCOVICI, 1978).

O mais importante nestes momentos seria o resgate da cidadania e o reconhecimento das individualidades destes indivíduos a partir da micropolítica familiar, bem como auxiliar a família para acolher, compreender e auxiliar durante o processo saúde-doença mental de um dos seus membros.

Apoiando-se na idéia de que a construção das Representações Sociais acontece através de mecanismos de ordenação de significados culturais e significados individuais, esta pesquisa qualitativa tornou-se um valioso instrumento, uma vez que esteve voltada para a compreensão de processos subjetivos e sociais, favorecendo o conhecimento de indivíduos e grupos, através do conteúdo das falas, hábitos, atitudes, comportamentos, valores e crenças.

Uma vez que as Representações Sociais representam estruturas cognitivo-afetivas, não podem ser reduzidas somente ao conteúdo cognitivo, precisando ser entendidas a partir do contexto que as engendram e a partir de sua funcionalidade nas interações sociais do cotidiano, elucidando desta forma o conhecimento que lhe é subjacente e os determinantes de sua elaboração (SPINK, 1994).

A loucura pode ser proveniente dos fatores psicossociais e psicobiológicos, os quais podem iniciar o processo de adoecimento psíquico de forma separada ou conjuntamente. A

maioria dos depoimentos foi marcada pela observação da confluência destes fatores, sendo destacados, principalmente, os fatores psicossociais como causas da loucura dos familiares.

A loucura pode ser entendida como a expressão da nossa incapacidade para suportar e elaborar um montante determinado de sofrimentos, sendo um fenômeno específico para cada ser humano que vivencia este processo. O louco pode ser considerado o membro de grupo capaz de assumir conflitos que determinam caos para si mesmo, ou para o grupo familiar. Neste caso, a proposta terapêutica deve ser baseada também, na participação do indivíduo e família em grupos operativos, que buscam explicitar o implícito para solucionar a crise e melhorar a qualidade de vida do indivíduo (PICHON-RIVIERE, 1986).

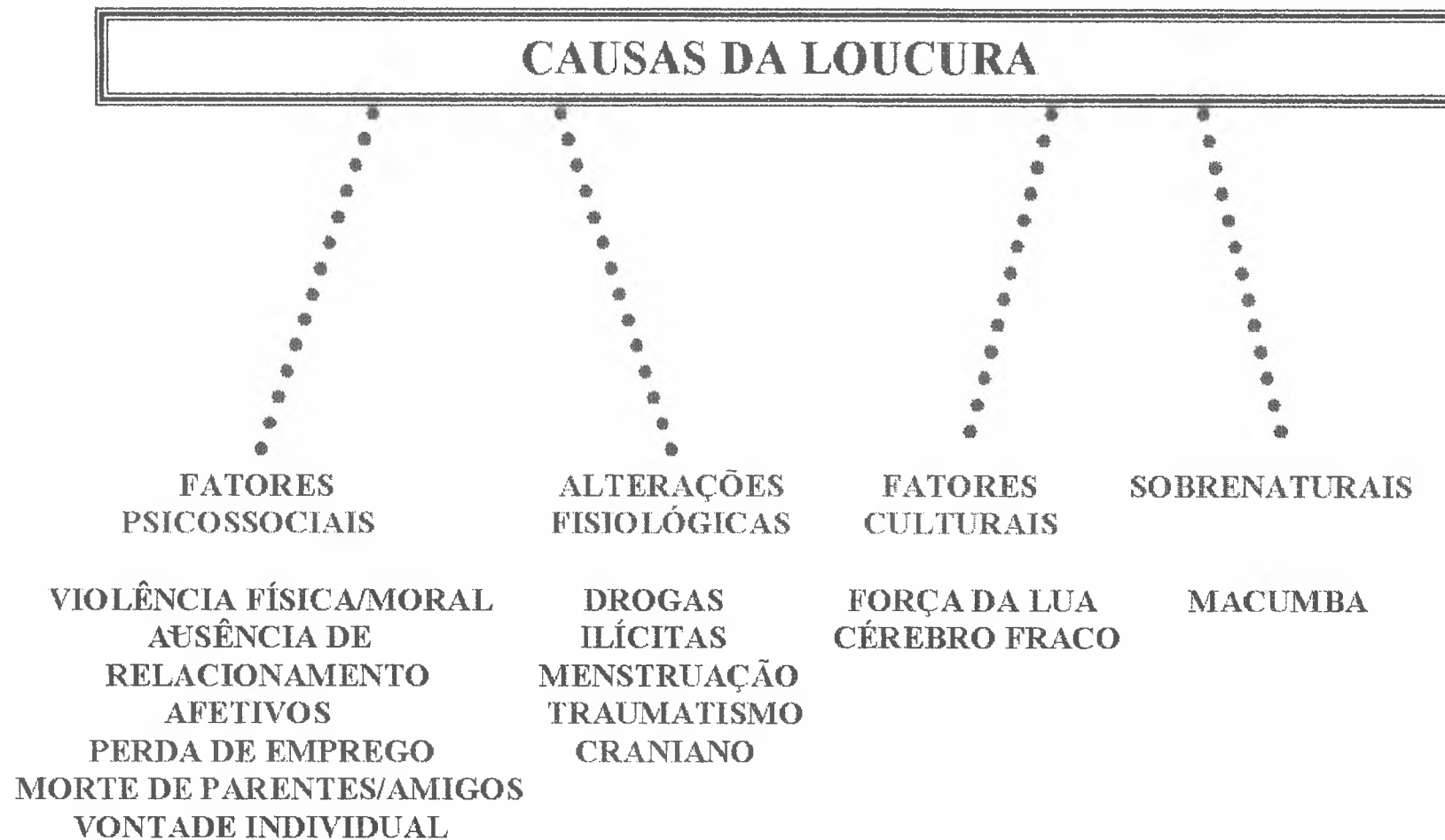
Desta forma, os depoimentos revelaram que as concepções acerca das causas da loucura pautavam as intervenções realizadas pelos familiares durante o processo de Reabilitação Psicossocial. Foi observado, em todos os relatos, o empenho dos familiares para que este processo fosse consolidado, como também todos os familiares revelaram a importância da associação da terapêutica medicamentosa e da psicoterapia para o reestabelecimento da saúde mental dos indivíduos.

O conhecimento acerca da loucura foi proveniente do saber científico e do senso comum, e este último conteve inúmeras interpretações que estão associadas às modificações culturais sofridas por esta concepção, ao longo do tempo, tentando explicar o fenômeno socialmente reconhecido.

Os conceitos relativos à loucura mantiveram relações com a assistência. A incorporação de crenças populares pode ser de grande auxílio para os profissionais de saúde, incluindo os profissionais de Enfermagem, para que estes indivíduos possam perceber até que

ponto a compreensão por parte dos familiares acerca das causas efetivas da loucura influenciou na busca de uma terapêutica adequada.

**DIAGRAMA 4. FATORES QUE DETERMINARAM O SURGIMENTO
DA DOENÇA MENTAL**



- **Interações Familiares em Função da Reabilitação Psicossocial do Indivíduo**

Os relatos dos familiares demonstravam interações que abrangiam modificações no comportamento familiar, utilização de estratégias de tratamento e/ou procura/oferecimento de apoio social para estes indivíduos.

As modificações no comportamento familiar incluíam ter paciência, acalmar, acompanhar o indivíduo quando ele percorresse longas distâncias, não rotular o indivíduo com jargões sociais, impor limites durante as crises, para que o indivíduo não cometesse nenhum ato que provocasse dano à sua integridade física, favorecer/incentivar a interação social, incentivar atividades de lazer, utilizar relacionamento terapêutico, principalmente quando foram detectados sinais evidentes de crise, e até mesmo executar cuidados para suprir as necessidades humanas básicas, quando estes indivíduos estavam impossibilitados de realizar o autocuidado.

A utilização destas estratégias revelavam a percepção da necessidade de tratamento e de auxílio profissional durante as crises, incluindo a intervenção no período inicial das crises, participação nas reuniões familiares promovidas pelas instituições de saúde, incentivar o tratamento, permanecer inteirado da evolução do tratamento utilizado, observar a adequação/eficiência da terapêutica psicobiológica utilizada pelas instituições que favoreciam assistência.

O apoio social foi evidenciado pela procura dos direitos sociais que os indivíduos com transtornos mentais têm como, por exemplo, a aposentadoria.

Os familiares relataram que as principais mudanças observadas no comportamento dos indivíduos considerados loucos foram : a dependência de seus familiares para a realização de atividades e do autocuidado, agressividade auto/hetero dirigida, agitação psicomotora, diminuição da vontade para realizar ações ou relacionar-se socialmente, afastamento das

atividades laborativas, enfrentamento da autoridade familiar, desacatar orientações dos familiares, tristeza/desgosto, choro, insônia, inapetência, ingestão de álcool e endividamento.

Em relação ao processo de Reabilitação Psicossocial, os familiares relataram que os indivíduos reiniciaram a execução de tarefas domiciliares e laborativas, havendo retorno do humor eutímico, apetite, atividades escolares, como também foi possível observar o retorno da capacidade para administrar dinheiro, evitando endividamento.

Segundo JOVCHELOVITCH (1994), a necessidade de defender a vida em comum, ameaçada pela violência, miséria, ou desigualdade, torna-se também a necessidade de recuperar o pensamento a palavra e a plena possibilidade de resgatar a cidadania, onde os sujeitos políticos se encontram na ação e no discurso, participando da vida em comum.

Foi possível observar, em todos os casos, o desenvolvimento do processo de Reabilitação Psicossocial, uma vez que os indivíduos, a partir de suas possibilidades, estavam retornando ao convívio social e à execução de atividades que haviam deixado de realizar, ou seja, estava sendo possível o resgate da autonomia individual a partir da atuação em conjunto entre indivíduo, família, profissionais, a partir de um projeto terapêutico voltado para os princípios da Reforma Psiquiátrica e Reabilitação Psicossocial.

O resgate da autonomia individual pode ser compreendido como a capacidade de produção de uma nova ordenação para a vida dos indivíduos considerados loucos, a partir das situações vivenciadas, o que favorece uma progressiva abrangência de relacionamentos ou atuação em situações, que anteriormente, não estavam mais sendo satisfeitas, ampliando as possibilidades cotidianas individuais (KINOSHITA, 1996).

A opção pela utilização da Teoria das Representações Sociais de Serge Moscovici deveu-se ao fato de que esta teoria pode ser utilizada para representar algo que conduz ao ato de

repensar, experimentar e refazer o fato à nossa maneira, em novo contexto, fazendo com que o pesquisador introduza-se no pensamento social e na realidade de que ele foi eliminado, tornando-os próprios (MOSCOVICI, 1978).

Foi importante observar que estes familiares reconheciam as particularidades de cada processo de adoecimento psíquico, permanecendo atentos para encontrar uma forma de tratamento que evidenciasse melhoria do quadro clínico de seus parentes. O processo de Reabilitação Psicossocial foi iniciado a partir da micropolítica familiar, a partir da atuação competente de profissionais que permitiram a compreensão e auxílio dos familiares durante o processo saúde-doença mental de um dos seus membros.

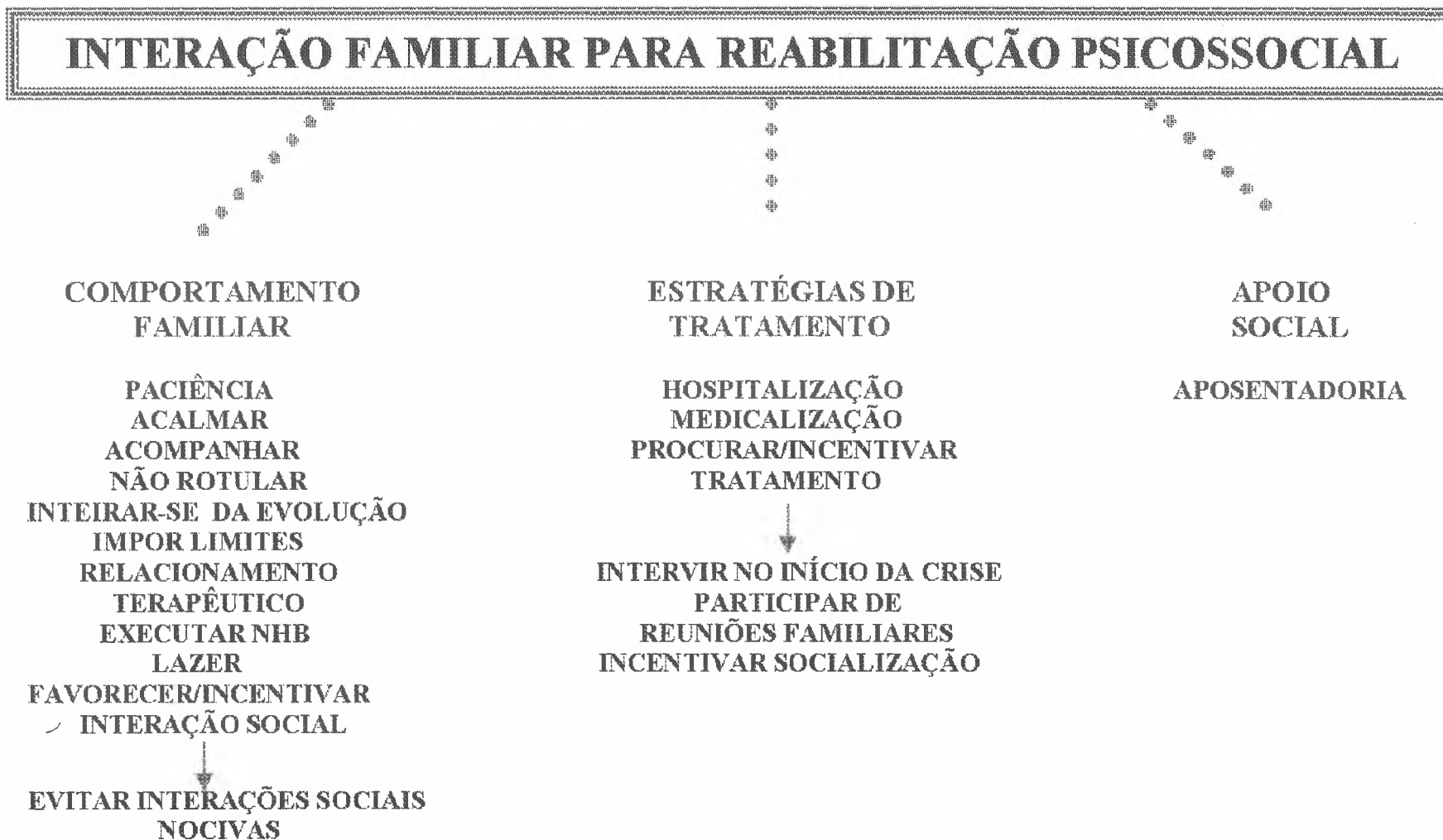
As Representações Sociais apresentam-se como formas de conhecimento prático com finalidade de compreensão da realidade, favorecendo a comunicação. O sujeito social constrói e expressa suas representações acerca de um objeto, a partir do contexto em que está inserido, de suas interações sociais no cotidiano, do conhecimento que já possui e dos determinantes sociais envolvidos na elaboração da representação (JODELET, 1989).

Apoiando-se na idéia de que a construção das Representações Sociais acontece através de mecanismos de ordenação de significados culturais e significados individuais, esta pesquisa tornou-se um valioso instrumento para a compreensão dos processos subjetivos e sociais relacionados ao processo saúde-doença mental, permitindo elucidar os comportamentos de indivíduos e grupos, através da compreensão do conteúdo das falas, hábitos, atitudes, comportamentos, valores e crenças.

Uma vez que as Representações Sociais representam estruturas cognitivo-afetivas, não podem ser reduzidas somente ao conteúdo cognitivo, precisando ser entendidas a partir do contexto que as engendram e a partir de sua funcionalidade nas interações sociais do cotidiano,

elucidando desta forma o conhecimento que lhe é subjacente e os determinantes de sua elaboração (SPINK, 1994).

DIAGRAMA 5. INTERAÇÃO FAMILIAR EM FUNÇÃO DA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL DO INDIVÍDUO



6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Representação Social do conceito de loucura apreendido pelos familiares atendidos pelo CAPS e NAMI, apresentou os núcleos de significado Fora-de-Si (42,3% dos relatos), Mal-estar Psíquico (36% dos relatos) e Doença (21,6% dos relatos).

A Representação Social do conceito de loucura como sendo um estado de Fora-de-Si apresentou como principais núcleos de significado a Agressividade (14,7% dos relatos), Sair Correndo (12,3% dos relatos), Perturbação do Sentido (9,8% dos relatos), Jogar Pedra (9,8% dos relatos), Não Conhecer Nada (7,5%) e Sair do Normal (4,9%) .

Em relação à Representação Social do conceito de loucura como sendo Mal-estar Psíquico, os núcleos de significado mais evidenciados foram Sofrimento (31,2% dos relatos), Preocupação Excessiva (11,2 % dos relatos), Medo (8,5% dos relatos) e Vontade de Morrer (8,5% dos relatos).

A Representação Social do conceito de loucura como significado de Doença ressaltou os núcleos de significado Crise (23,8%), Nervosismo (19,0% dos relatos), Impregnação (14,3% dos relatos), Crise Forte (14,3% dos relatos) e Sangue na Cabeça (14,3% dos relatos).

As concepções de loucura apresentadas pelos familiares estavam pautadas na percepção dos fatores psicossociais, dentre eles morte de parentes/amigos, perdas financeiras, violência física/moral, ausência de relacionamentos afetivos e vontade individual. Os fatores psicobiológicos foram ressaltados através da percepção de alterações fisiológicas evidenciadas pelo uso de drogas ilícitas, traumatismo craniano e alterações de comportamento/humor provocadas pela menstruação. Os fatores sócio-culturais relativos ao desencadeamento da loucura, foram ressaltados pelas alterações comportamentais provocadas pela “força da Lua” ou do “cérebro fraco”. Apesar das causas sobrenaturais terem surgido em

um depoimento, o relato evidenciou que este familiar não considerou este fato como causa efetiva do adoecimento psíquico do indivíduo, referindo a percepção de fatores psicossociais e psicobiológicos como fundamentais para o desencadeamento da loucura.

Os fatores psicossociais foram os principais responsáveis pela loucura dos indivíduos, sendo constantemente relacionados aos fatores psicobiológicos e sócio-culturais. Dentre os fatores psicossociais o fator mais evidente esteve relacionado à morte de parentes/amigos.

As principais alterações observadas pelos familiares no comportamento dos indivíduos foram auto/heteroagressividade, afastamento das atividades laborativas/domésticas, alterações de humor, agitação psicomotora e dificuldade de relacionamento social.

Os familiares recorreram, durante as primeiras crises, à assistência prestada por hospitais psiquiátricos localizados em suas cidades, evidenciando insatisfação quanto à ineficácia do tratamento prestado nestas instituições e aos prejuízos causados pela prescrição de altas doses de medicação psicotrópica, que favorecia impregnação farmacológica.

As Figuras de Linguagem evidentes nos discursos favoreceram a compreensão da pesquisadora acerca do processo de adoecimento psíquico observado pelos familiares, demonstrando como os familiares evidenciavam e associavam os fatores causais da loucura, verificando os fatores precipitantes da crise.

O processo de Reabilitação Psicossocial teve início de maneira efetiva a partir do momento em que indivíduo e família passaram a receber atendimento do NAMI e CAPS, devido ao fato destas instituições atuarem a partir dos princípios da Reforma psiquiátrica, estando inseridas nos contextos sócio-culturais destas famílias, adequando quando necessário o tratamento medicamentoso e, principalmente, oferecendo assistência de forma humana, a partir de atividades de grupo para familiares e clientes com função de educação em saúde.

As concepções de loucura apresentadas pelos familiares pautaram o auxílio prestado pelos familiares para reestabelecer a saúde mental/física dos indivíduos. Uma vez que estas concepções apresentaram principalmente uma vertente psicossocial, a partir disto os familiares perceberam a qualidade prestada pelo atendimento realizado pelo NAMI e CAPS pela observação da reintegração social dos indivíduos através do retorno às atividades laborativas/domésticas, reestabelecimento do humor eufímico e necessidade de socialização. Porém, alguns familiares evidenciaram insatisfação ao perceber que isto configura-se como um processo, devendo ser respeitado o progresso individual e o estabelecimento de metas atingíveis durante o processo de Reabilitação Psicossocial.

Estas concepções de loucura influenciaram de forma efetiva o processo de Reabilitação Psicossocial, pois estavam vinculadas principalmente a uma vertente psicossocial da loucura. Desta forma, os familiares buscaram além do tratamento psicofarmacológico, inteirar-se da evolução do quadro clínico, realizando relacionamento terapêutico, incentivando tratamento e socialização, participando dos grupos de família promovidos pelo NAMI e CAPS, intervindo no início da crise.

A loucura destes indivíduos pode ser considerada como um prolongamento do sofrimento psíquico vivenciado pelo indivíduo, a partir do qual não foi possível a utilização dos modos de reapropriação adequados para a superação da crise vivenciada.

As concepções de loucura apresentavam, na maioria das vezes, a confluência entre dois ou mais fatores, a saber psicossociais, psicobiológicos e sócio-culturais, sendo importante evidenciar o empenho familiar e dos profissionais das instituições NAMI e CAPS para a Reabilitação Psicossocial dos indivíduos e auxílio às famílias.

As Representações Sociais do conceito de loucura apresentadas por estes familiares, apresentaram vertentes que estiveram presentes na construção sócio-cultural da concepção de loucura, ao longo da história da humanidade.

É imprescindível perceber que as Representações Sociais do conceito de loucura apreendido pelos familiares também foram influenciadas pelo período histórico que estas pessoas vivenciavam, não sendo esquecidas as concepções que foram difundidas culturalmente, baseadas principalmente no senso comum para explicar o fenômeno da loucura.

Os depoimentos demonstraram que as Representações Sociais do conceito de loucura apreendido pelos familiares adaptaram-se ao conceito de loucura como fenômeno da subjetividade humana, aos novos modelos de atendimento em Saúde Mental e à visão de que a loucura não é um fenômeno que desabilita socialmente de forma irreversível o indivíduo, uma vez que a partir do apoio familiar e da atuação de profissionais competentes, a Reabilitação Psicossocial é um processo possível.

Este trabalho apresentou então, contribuições para a Enfermagem, uma vez que a compreensão da Representação Social do conceito de Loucura apreendido pela família e sua influência na Reabilitação Psicossocial do indivíduo, elucidou o pensamento, a palavra e a visão de mundo da família dentro do processo saúde - doença mental, bem como demonstrou para a comunidade como este conhecimento foi construído socialmente por estes atores sociais. As Representações Sociais presentes nesta pesquisa, forneceram a concepção de Loucura apreendida pelos familiares para além de sua individualidade, abrangendo o domínio da vida em comum do o indivíduo e sociedade.

Esta pesquisa tornou-se portanto, mais um instrumento e um documento social, vinculado ao aperfeiçoamento da Assistência de Enfermagem ao indivíduo, família e comunidade, sendo possível ultrapassar através da utilização da Teoria das Representações Sociais, percepções superficiais acerca do problema de saúde em questão, tornando o desempenho do profissional de Enfermagem mais eficiente para solucionar questões tão complexas como a compreensão do conceito de saúde -doença mental, bem como demonstrar

alguns dos caminhos que devem ser trilhados para se conseguir Reabilitar Psicossocialmente o indivíduo em seu contexto social.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACKEMAN, N. W. Diagnóstico e Tratamento das Relações Familiares. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

AMARANTE, Paulo (coord.) Loucos Pela Vida : a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. 136p.

ASSIS, M. M. A Reflexões sobre os as Contradições dos Modelos Assistenciais Psiquiátricos. **Revista Baiana de Enfermagem**. V. 6, n. 1, p. 72-82, abr. 1993.

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Lisboa : Edições 70, 1977. 125p.

BERTOLETE, J. M. Em Busca de uma Identidade Perdida para a Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, A. (Coord.) Reabilitação Psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1996. 158 p. Cap. 21, P. 155-158.

BRITO, H. B. **Dizem que Sou Louco**: representação e subjetividade do adoecer psíquico. Fortaleza, 1999. 123 p. Monografia (Especialização) Universidade Estadual do Ceará, 1999.

BRUNNER, L. S., SUSUDDARTH, D. S. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabra Koogan, v. 3, 1994.

CARREIRO, L. F. O Inferno são as Famílias ? In : FERNANDES, M. I. A., VICENTIN, M. C. G., VIEIRA, M. C. T. (orgs) Tecendo a Rede: trajetória da saúde mental em São Paulo 1989-1996. Taubaté : Cabral Editora Universitária, 1999.

CARVALHO FILHO, B. J. de. Marcas de Família: travessias no tempo. Fortaleza: Secretaria de Cultura e do Desporto do Ceará, 2000.

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA E PESQUISA (CONEP). Resolução nº 196/96. Cadernos de ética em pesquisa. Brasília, CNS/ABRASCO, 1998. P. 34 – 42.

COOPER, D. Psiquiatria e Antipsiquiatria. São Paulo : Perspectiva,1987.162 p.

COSTA, J. F. Psicanálise e Contexto Cultural. Rio de Janeiro : Campus, 1989.

D'INCAO, M. A. A Doença Mental e a Sociedade: uma discussão interdisciplinar. Rio de Janeiro: Graal, 1992. 308 p.

FALCI, K. As Mulheres do Sertão Nordestino. In : DEL PRIORE, M. (org) História das Mulheres no Brasil. São Paulo: Contexto e UNESP, 1997.

FRAYZE-PEREIRA, J. O que é loucura. São Paulo : ABRIL-CULTURAL/BRASILIENSE, 1985.104p.

FOUCAULT, M. História da Loucura na Idade Clássica. São Paulo: Perspectiva, 1987. 492 p.

GUSSI, M. **A Institucionalização da Psiquiatria e do Ensino de Enfermagem no Brasil**. Ribeirão Preto, 1987, 102 p. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – São Paulo.

HEGENBERG,L. Doença : um estudo filosófico. Rio de Janeiro: Fiocruz,1998. 137 p.

JODELET, D. Folies et Représentations Sociales. Paris : Presses Universitaires De France, 1989.

JOVCHELOVITCH, S. Vivendo a Vida com os Outros : intersubjetividade, espaço público e representações sociais. IN : GUARESCHI, P. A, JOVCHELOVITCH, S. (orgs) Textos em Representações Sociais. Petrópolis : Vozes,1994.

KIRK, J. , MILLER, L. Reability and Vality in Qualitative Research. Beverly Hills, Califórnia: Sage, 1986 72 p.

KAPLAN,H. I, SADDOCK, B. J., GREBB, J. A Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 7ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997, 1169 p.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial . In: PITTA, A Reabilitação Psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1996.158 p. Cap. 3, p. 55-59.

MACHADO, R. et al. Danação da Norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978, 559 p.

MARTINS, C. Discriminando o Doente Mental. São Paulo: Edarth, 1990.126p.

MINAYO, M. C. de S. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 4ª ed., São Paulo/ Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1992. 269 p.

MOFFAT, A Psicoterapia do Oprimido: ideologia e técnica da psiquiatria popular. 7ª ed. São Paulo: Cortez,1991.

MONTEIRO, A. R. M. **O Significado para Família do Ir-e-vir de um dos seus Familiares ao (do) Hospital-dia**. Fortaleza,1995, 145 p. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal do Ceará.

MOSCOVICI, S. A representação Social da Psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978. 290 p.

NIETSCHE, E. A **Aplicabilidade da Teoria das Representações Sociais na Saúde: uma nova possibilidade de pesquisar?** Florianópolis , 1996. 25 p.mimeo.

OLIVEIRA, F. B. Reabilitação Psicossocial no Contexto da Desinstitucionalização. São Paulo, 1999. 16 p. mimeo.

ORNELAS, C, P. O Paciente Excluído: história e crítica das práticas médicas de confinamento. Rio de Janeiro: Revan, 1994. 208 p.

PESSOA, C. K. L. *Revelando a diferença*. **R. Enferm. UERJ**. Edição Extra, p. 60-70, 1996.

PESSOTI, I. A. A loucura e as Épocas. 2ª ed, Rio de Janeiro: Editora 34, 1994. 208 p.

PICHON-RIVIERE, E. Teoria do Vínculo. São Paulo: Martins Fontes, 1986.

PITTA, A O que é Reabilitação Psicossocial no Brasil hoje. In: PITTA, A Reabilitação Psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1996.158 p. Cap. 1, P. 19-26.

REZENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS . C. (org.) Cidadania e Loucura : políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1994, 288 p. Cap. 6, P. 35-42.

SADIGURSKY, D. **Desinstitucionalização do Doente Mental**: expectativas da família.1997, 224 p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto de São Paulo.

SAMPAIO, J. J. **Manual de organização dos centros de atenção psicossocial**.1988. mimeo.

_____ **Proposta de política de saúde mental de Sobral/ Ce**.1994. mimeo.

SAMPAIO, J. J C., BARROSO, C. M. C. **Manual de Organização dos Centros de Atenção Psicossocial**. 1994. mimeo.

SILVA, T. T. da S. (org) Identidade e Diferença: a perspectiva dos estudos culturais, Rio de Janeiro : Vozes,2000.

SPINK, M. J. Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais. In : GUARESCHI, P. A & JOVCHELOVITCH, S. (orgs.) Textos em Representações Sociais. Petrópolis : Vozes, 1994. 320 P. Cap. 4, P 117-145.

TAYLOR, C. M. Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica de Mereness. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992, 465 p.

TORRES, G. Florence Nightingale. In : GEORGE, J. B. Teorias de Enfermagem . Porto Alegre : Artes Médicas, 1993. Cap. 3, p. 38-48.

VERGELY, B. O Sofrimento. São Paulo : EDUSC, 2000, 231 p.

WITACKER, D. C. A Cultura e Doença Mental. IN : D 'INCAO, M. A (org) Doença Mental e Sociedade: uma discussão interdisciplinar, Rio de Janeiro : Graal, 1992.

ANEXOS

Anexo 1.**ENTREVISTA**

- 1) Como começou a loucura?
- 2) O que é loucura para você ?
- 3) Como ele(a) era antes da loucura ?
- 4) Como foram os internamentos em hospitais psiquiátricos ?
- 5) Como vocês estão ajudando atualmente para que ele(a) melhore ?

Anexo 2.

Entrevistas CAPS

Entrevista 1 - Rosa, mãe, CAPS

1. Como começou a Loucura de sua filha ?

A doença dela ela estava menstruada sabe, aí ela tinha uma colega e gostava muito de andar com essa colega e ela estudava com ela sabe, naquele colégio ali, e tinha uma mulher que criava essa menina, uma moça muito bonita gorda, essa mulher criava essa menina com muita estimaçãõ porque ela era rica, aí quando foi um dia apareceu uma pessoa que matou a velha, não, matou ela, a moça sabe, amanheceu o dia a moça morta, tanto sangue numa bacia grande e a velha, e a velha quase fica perturbada também só de ver a filha, aí levaram para o hospital mas a velha não teve o gosto de contar sabe a estória e depois ela morreu e ficou por saber quem matou a moça. Diz o pessoal que foi a família dela, que ela era muito rica e não queria que ela ficasse com o dinheiro e tudo que era dela era da velha e botaram lá pra velha ganhar o dinheiro dela. Aí a família era grande e deram uma paulada e mataram a velha. Aí morreu a moça e a velha. Quando a menina morreu era sangue, ela tava toda cortada e a velha na certa viu, né, diz que a velha agarrou-se nas pernas da calça do homem que matou a menina mas ela não teve o gosto de contar. Quando Z ouviu falar correu na carreira, que ela tinha saúde né, correu pra lá e ela viu tudo, viu ela morta, viu o sangue, aí levaram pro hospital e botaram uma cadeira pra ela tirar as carnes das unhas da moça aí ela passou o dia lá nem pra cá ela não veio. E depois levaram ela pra fazer velório e a Z ficou ajudando, aí quando foi na hora do enterro ela foi pro enterro e quando ela chegou aqui seis horas né, aí foi assim assombrada, querendo correr que o homem ia matar ela também, não sei porque, e tinha um quarto lá dentro que ela dormia com a irmã e ela passou a noite acordada botando pau nas portas, fechando pra ninguém passar, foi mesmo pode ter certeza! Aí todo mundo passou a noite acordado com ela, ela querendo sair de casa que vinha esse homem matar ela. Aí no outro dia o pai levou ela pro doutor, aí o médico que consultou ela disse a ele que a doença dela foi a impressão que ela pegou e botou na cabeça. A impressão da moça. Aí só sei que o pai dela pediu pra botar no hospital que cuidasse porque aqui não tinha hospital, aí o médico deu um mês pra ela ficar tomando remédio aqui pra ajeitar ela e depois levar pra hospitalizar em Fortaleza. O primeiro hospital que ela foi ... o segundo foi o Myra Lopez esse era um hospital bonito só de descanso só tinha flor, que uma vez eu fui visitar ela era tanta da rosa e lá ela melhorou e do fastio ela ficou melhor, ficou melhor, gorda, forte, aí quando ela voltou pra cá um dia uma colega dela chamou ela pra passar no mesmo canto onde a moça morreu aí ela virou de novo. Virou assim a cabeça, ficava dizendo coisa que era do passado que o homem ia matar ela também, muita coisa. Aí foi de novo pro médico inté o doutor Nobre e ele passou pra ela ir pra Fortaleza pro Myra

opez. Aí, só sei que inté agora né... que agora ela tá melhor, né ? Ela sai, trabalha nas coisas, mas foi desde dezessete anos quando ela sentiu a crise.

O que é loucura para a senhora ?

O que é loucura ? Ela tinha muita loucura, as vezes que ela vinha que tinha crise que dava nela ela só vivia assim e quando ela melhorava que dava alta aia ela pra casa, aí quando chegava aqui dava a crise né... dava essas crises fortes nela aí ela pulava portão, caía no meio da rua, pulava até de cima da casa pra baixo, dizendo que foi a mulher mais infeliz que nasceu no mundo que só vivia doente e vivia pra morrer e caí assim pra os carros passar é porque quando os carros passavam eu só faltava morrer de pena (silêncio) aí quando os carros passava os carros nem passava por riba dela. Aí loucura é vontade de viver doente assim que agora ela não faz mais isso. Em crise é assim como eu tô fazendo assim querendo correr, saía na rua rebolando pedra e o pessoal atrás, eu não tô dizendo? Não era assim... não tava no juízo dela certo, né?

Com ela era antes da doença ?

Ela era boa, boa! Trabalhava muito. Taí ela agora tá trabalhando, é doente mas tá trabalhando, agora mas esta semana não foi prá lá (CAPS). Aí vai e ajuda irmã a fazer tapete.

E no relacionamento familiar como ela era antes da doença ?

Não ! Ela nunca matou ninguém, nunca enfrentou ninguém, ela nunca fez nada. Ela queria fazer era por ela. Às vezes dava crise que ela queria se matar... ligaram ela quatro vezes com a corda no pescoço numa casinha lá dentro que eu fiz pra ela se trancar a gente pegou ela quatro vezes com a corda no pescoço.

Como é para senhora conviver com ela ?

Quando ela tava muito, muito atarentada e eu pegava eu tinha saúde, aí eu pagava e corria viajava e pagava um táxi do meu dinheiro pra vir pra Fortaleza o hospital dela, que ela tava precisando.

E agora, como é o relacionamento ?

Há ! Agora a crise dela só dá assim do remédio, sabe? Ela fica sem querer comer. Mas ela não maltrata ninguém, nunca brigou com ninguém, com os netos ela nunca fez nada. Ela fazia só com ela.

7. E depois do atendimento no CAPS, o que mudou ?

Graças a Deus, agora tá melhor porque a gente não pode mais ir pra Fortaleza. Aí as doutoras já tratam . Quanta ela tá tomando remédio que vê que as pílulas não estão fazendo bem, todo mês ela tá por lá aí ela diz e elas passam outro remédio. Tá mais melhor, ela começou a comer, ela não se importava com nada, tudo pra ela era bom, agora ela se importa ela vai todo dia pro CAPS, ela pinta, ela borda tudo ela faz. Ela tá trabalhando. O trabalho dela é só assim de ajudar a irmã, não é trabalho mesmo .

8. Como vocês estão ajudando atualmente para que ela melhore ?

Ajudamos passeando, tomando banho de mar, ela não saía de casa pra nada. Aí quando tem dinheiro a irmã dela leva ela pra praia. Ela é uma moça calma, não tem negócio de festa e alegria. Mas ela vai trabalhar. Agora ela tá cem por cento ela já tá boa. Quando ela tá com fastio lá dão remédio dão injeção. Faz é tempo que ela não tem crise desde esse CAPS que veio. Não teve nada. Desde que apareceu ela tá lá porque ela é nervosa, aí ela botou o nome da irmã pra todo mês ir pra reunião. E eu só não vou porque não posso andar com meus pés, se eu tivesse dinheiro eu pegava um carro e ia pra reunião porque elas querem uma pessoa pra conversar todos os meses.

9. Como eram os internamentos em hospitais psiquiátricos ?

Aí eu não sei diz, porque ela tinha uma tia em Fortaleza que cuidava dela e ela passava mais tempo lá do que aqui. A tia já morreu mas ela cuidava dela e passava pra mim o que tinha acontecido. Lá ela estava sempre melhor, comendo, conversando, aí passava uma semana, um mês e quando estava perto de menstruar aí ela piorava. Aí uma vez eu disse ao doutor que ela quando ficava menstruada ficava abirobada, sem querer comer, querendo sair de casa querendo correr, aí ele disse tenha paciência que ela vai ficar boa, isso aí quando ela terminar a regra dela ela fica boa. E depois que ela terminou ela não teve nadinha. Ela teve com 38 anos. Deve ser que passa o sangue pra cabeça. E o doutor mesmo dizia, quando você chegar em casa vá brincar se distrair e eu mandava mas ela não queria ir, ela ia a força. Por que tem dia que ela não tem gosto. Ela só vai pro CAPS todo dia, ela levanta, toma café e dia mamãe eu vou... não vá não... não eu vou.

10. Como é a Z agora?

Agora ela tá boa, tem dia que ela tem desgosto, tem dia que ela chora, é negócio de nervo, né? Aí às vezes quando ela vai pra lá, e ela fica nervosa lá ela diz mamãe eu tava tão nervosa que as doutoras me botaram no soro e dava remédio a ela.

Ela é esperta, toma banho, é trabalhadeira, ela pode trabalhar e até ela se aposentou. Agora ela fala com um com outro. Agora tá controlado em vista do que era.

Entrevista 2 - Cravo,irmão, CAPS

1. Como começou a loucura ?

Toda vez que a lua nova faz força ela fica perturbada. Mas também é coisa dela mesma, porque uma mulher nova como ela nunca teve namorado, nunca se interessou por isso. E a mulher tem que ter homem né ?

2 O que é loucura para você ?

É fraqueza da cabeça. E a gente vê quando a pessoa é fraca da cabeça porque em toda força de lua ela fica perturbada. Ela fica afobada e a gente não pode nem falar com ela. E sabe, ela fala com a gente com quatro pedras na mão. Tem vez que quando ele tá de veneta ela faz as coisas dentro de casa, mas na maior parte ela não faz não. Ela fica querendo ir embora com medo. É fraqueza da cabeça mesmo. É a lua quando tá de força aí dá aquela fraqueza na cabeça dela aí pronto. E a lua é forte, ela perturba o sentido, a vontade da pessoa, se a pessoa estiver fraco. O cérebro da pessoa num fica na cabeça, então se o cérebro tá fraco na força da lua ela faz tudo, a lua faz tudo no cérebro, a pessoa tando fraco, e ele é mulher! E ela teve muito doente.

3 E agora com o atendimento do CAPS como ela está ?

Não agora ela tá melhor. Quando ela tá fazendo as consultas dela ela fica melhor, ela tá mais calma.

4 E em relação ao relacionamento familiar ?

Melhora, fica melhor. Quando ela tá com raiva ela perturba, fica perturbada.

5 E neste momento como está a Z ?

Agora ela tá melhorzinha. Melhor do que quando tava em Fortaleza, porque ela tá lá em tratamento no hospital eles aplicam aqueles choques e esses choques é coisa ruim né, que botam até um pano na boca pra não morder a língua, e a pessoa fica preso na cama, como eu também já estive lá, eu não gostava muito e aí ficava perturbado.

O jeito dela é por dia, né? Tem dia que ela tá boa, tem dia que ela tá mais doente. Ela tem uma veneta que eu não sei o que é mas é a fraqueza, tem hora que ela tá boa, satisfeita e tudo, mas tem hora que perturba, aí ela fica virando tudo e quer até quebrar as coisas. Briga com os vizinhos, com a gente.

6. Como vocês estão ajudando atualmente para que ela melhore?

Rapaz, a gente dá conselho a ela mas ela só respeita doutor, né. Mas a gente ajuda dando conselho pra acalmar. É aí que eu vejo que essa doença que ela pegou é uma fraqueza na cabeça, logo ela foi uma moça que nunca quis saber de homem, aí ficou assim perturbada. Ela tinha uma amiga que queria muito bem a ela, aí ela ficou mais assim porque viu a moça morta, aí perturbou mais, né! Ela já era fraca da cabeça! Quando ela era criança não tinha preocupação, mas depois que ela formou que ficou moça, não quis saber de homem aí ficou assim. Porque a moça que é moça, ela tem que procurar homem, namorar e arrumar um homem pra casar e tudo e ela não quis saber disso. Você pode notar que toda moça que não casa ela fica perturbada.

8. Tem mais alguém na família que tem este problema?

Na minha família todo mundo é nervoso. Não pode ter raiva porque quando tem raiva aí fica alterado mesmo.

Entrevista 3 – Papoula, irmã, CAPS

1. Como começou a loucura?

O começo mesmo da doença dela eu não me lembro não, eu era novinha, eu não me lembro da doença dela não. Mas da crise que ela teve pra frente eu lembro. No começo da doença dela só quem participou, quando foi pegada, foi mamãe.

Quando ela começa ela fica parada dentro de casa. Não sai pra canto nenhum. A gente bota ela dentro de um quarto porque, às vezes, ela quer sair, quer ir pro meio da rua, ela quer correr pro meio da rua jogando pedra no povo e dizendo que queria morrer debaixo dos carros... a gente trancava as portas e ela pulava o portão aqui de lado... aí nós fizemos um quarto lá atrás pra ela não fazer isso, não sair pro meio da rua. Às vezes, a gente botava uma rede e ela botava no pescoço fazendo que ia se enforcar, às vezes pegava todo o remédio e tomava de muito aí ficava parada, dopada, aí ninguém podia fazer nada e precisava levar pro hospital, aí quando ela ficava muito braba, muito braba que ninguém aguentava ela tinha que levar pra Fortaleza, ela se internava lá pra ela ficar um bocado de tempo lá e como a gente morava distante de lá não podia estar lá perto, às vezes a gente ficava de mês sem ver ela. Quando ela voltava ela voltava gorda, agora ela vinha parada, ela ficava dopada, agora depois ela ia andando, se movimentando, voltando, vinha passeando, mas na vista em que ela tá agora, Ave Maria, ela tá melhor... Aí depois que o CAPS chegou aqui melhorou muito pra gente porque não tem mais o problema de levar pra Fortaleza que, às vezes, tinha até que levar amarrada dentro do carro, quando tava muito braba, aí depois que chegou o CAPS a gente manda chamar a doutora, ela vem e quando ela tava muito assim, sabe, na crise ela veio e deu até injeção aqui mesmo, aí ela melhorou. Aí a doutora disse leve ela pra lá (CAPS) pra ela se consultar e ela ficar aqui melhor do que estava, porque aqui tem menino...

2 Como é conviver com a Z ?

É assim ela fica calma, mas assim qualquer coisinha assim que ela vê zuada, tá esse monte de gente assistindo jogo ela fica hum... tão assistindo o jogo... aí eu faço ela ficar calma, eu digo mulher fica calma, deixa eles assistirem o jogo, porque ela fica com esse nervoso, aí eu fico todo tempo com ela. Aí se preocupa com tudo. Aí eu digo fica calma, não vai acontecer isso não, eu acho que o negócio da cabeça dela é mais é preocupação. Ela faz as coisas. Quando ela tem coragem ela faz, sabe, não é bem feito mas ela faz.

3 O que é loucura para você ?

Loucura é a pessoa que não conhece nada, né, fica no meio da rua jogando pedra no povo que não tem nada a haver, que quer morrer como ela queria, mas pra mim eu acho que ela não é loucura é um nervo é um nervoso que ela tem,

que ela pegou sei lá como. Mamãe falou que o nervoso dela foi por causa de umas amigas dela que ela teve e morreu e ela viu né, aí ela criou mais esse nervosismo. Eu não me lembro dela quando ela nasceu, mas dizem que ela era não era tão assim, já era nervosa mas não era tão assim tão forte como tava tendo crise por cima de crise. É assim é querer morrer com as próprias mãos, isso aí é loucura da pessoa. Isso é de um algum problema que a pessoa tem ela não diz e fica lá matutando na cabeça dela, e ela não fala pra ninguém, eu acho que seja isso loucura. Pelo menos quando ela tá com as crises aqui eu fico dizendo que é coisa que ela bota na cabeça, tira isso da tua cabeça, tira isso da tua cabeça, essas tuas preocupações, tira isso da tua cabeça, isso aí faz ela pirar. Eu acho até bom quando ela tá no CAPS porque aqui tem menino e ela fica aperreada, quando vê os meninos gritar, brigar, aí ela fica aperreada e eu tento fazer ela acalmar. Aí ela vira de ficar violenta. Até comigo ela fica violenta. Primeiro ela não me atendia. Agora ela atende, agora ela tá mais calma comigo, primeiro ela não queria atender, ela não tem medo de mim é porque se ela não me atender, quem é que ela vai atender?

3 Como vocês estão ajudando atualmente para que ela melhore ?

É assim, quando ela tá perturbada, querendo fazer uma coisa, que ela quer fazer uma coisa como eu falei, eu digo não faça isso não, não faça isso não, não bote isso na cabeça não, não se preocupe com isso não, é assim que eu ajudo ela. Eu não sei o que é a preocupação dela, porque ela se preocupa com tudo ! Com tudo ela se preocupa, se faltar alguma coisa aqui assim, se tiver alguma pessoa brigando ali, ela já está se tremendo. Fique calma ! Que não vem pra nós não ! É dali ! Fique só vendo, é assim... eu aconselho muito, fico dizendo tenha calma, não se preocupe, isso não vai acontecer não, pra calmar ela.

4 Como foi a última crise dela ?

Foi até quando ela já já tava aqui no CAPS, nós chamamos até a doutora que até comigo ela quis agredir e eu ainda fui em cima pra dar nela porque sempre a doutora dizia você tem que ter moral grite com ela pra ela não fazer o que ela quer fazer, aí eu fazia o que a doutora mandava. Ela quis me agredir e eu fui em cima dela, enfrentei ela pra ela não passar de mim, né ? Aí a doutora veio à noite, deu o calmante, ela calinou.

5 Com é a convivência hoje com a Z ?

Ela não tá boa como ela era, quando ela vinha de Fortaleza, né, ela vinha muito gorda, parada ali, mas no nosso tratamento aqui em casa ela melhorava, começava a sair, passeava, saía só, eu ia passar o dia na casa de uma amiga no interior, ela ia... agora ela não quer sair, só vai ali numas casinhas por aqui mais

perto, na casa das amigas dela que ela tem muito, porque ela é muito conhecida aqui, mas ela não quer ir pra casa das amigas dela como ela ia. Ela ia, conversava passava dia, mãe eu vou para casa de fulano de tal, pronto. Faz é tempo que ela não tem mais crise, mas agora não ela não tem outra crise mas ela é assim parada dentro de casa, sabe? Ela não quer saber de colega, não quer saber de ninguém, tem uma amiga dela que todo dia quando vê ela Z vem pra cá passar o dia mais eu, e ela fica é com raiva da pessoa. Ela fica assim com raiva da pessoa sem ter nem para que. Aí eu fico mulher vai, dona tal gosta tanto de tu, vai pra lá... aí eu fico assim conversando com ela pra ver se ela se solta, mas tá o que tá prendendo ela dentro de casa é isso aí. Mas com ela tá ela tá melhor, não tem mais crises forte mais não. Aí a doutora achou que ela tava com depressão aí ela tava tomando remédio pra depressão. E às vezes ela fica sem querer comer, porque eu acho que isso aí é ela que implica, aí pronto não quer comer e fica fraca e eu digo que ela não engorda porque ela não come, agora ela tá melhor eu faço vitamina pra ela e ela toma. Aqui agente botava comida e ela não comia, às vezes ela comia do lado de casa pra não mostrar que comeu aqui. Aí minha cunhada dizia, olha ela comeu foi muito, mas aqui ela não comia pra me massacrar.

6 Como é a Z agora?

Ela tá melhor, mas eu queria ver ela como ela era, né? Solta, saía pra todo canto só tinha crise assim quando ela parava, quando ela parava eu dizia mãe lá vem crise, já tá dentro de casa, não quer sair pra canto nenhum, eu dizia mãe a Z não tá boa, ela tá dentro de casa, ela não mais sair pra canto nenhum, não quer ir pra casa da vizinha, eu dia mãe a Z não tá boa, mas em vista do que ela era, aquela crise de nervo violenta ela não teve mais nenhuma não. Como ela era ela não ficou, mas eu até uma vez falei com a doutora pra mudar os comprimidos dela que ela tava tomando os comprimidos e tava ficando assim nervosa e tremendo, qualquer coisa ela tava se tremendo, aí a doutora mudou, ela mudou e diminuiu mais, mais ela ainda treme, quando amanhece o dia ela fica tremendo.

Fica assim, tudo que eu disser pra ela, ... eu acho assim que ela não tá boa mesmo, porque tudo que eu digo ela faz. De primeiro, não! Ela dizia eu vou pra fulano de tal. Agora ela só vai se eu disser assim, Z vai pra fulano, aí ela vai. Diminuiu a vontade. De primeiro ela saía sem dar nem satisfação, saía pro meio do mundo, ela era desenvolvida, agora ela tá parada. Mas eu tô achando bom, melhor do que ela na crise, mas eu queria que ela fosse como era, conversadeira, ela não podia ver uma amiga passar que chamava e conversava. Agora não, as amigas que chamam ela é desse jeito. E isso não é por falta de namorado não, que até quando ela era boa que saía pra todo canto ela nunca namorou e nem é da menstruação. Agora quando vem a força da lua, ela fica

assim um pouco nervosa e tudo aperreia, mas eu acho que não é disso não. E isso é ditado do povo. Isso é o povo que diz. É superstição do povo. Eu nunca nem prestei atenção na lua. É agora eu que sou boa, quando vou menstruar eu fico assim agitada com os meninos, imagine uma pessoa doente. Eu acho que menstruação mexe com alguma coisa da cabeça. Isso é coisa dos mais velhos. Diz que a força da lua faz nascer os pintos. E o povo que já é fraco da cabeça, mexe. A força da lua mexe com tudo. Eu já ouvi falar muito isso. Ela começou a ser atendida no CAPS desde que começou. Ela se internou em Fortaleza, passou uma chuva, aí voltou. Ela antes comia tudo, ou ela mesma fazia pra comer. Agora, se eu não disser assim, Z vai comer, ela não come. E ela não voltou a ser como ela era, alegre...ela não tem mais aquela alegria que ela tinha (silêncio). Se eu for pra praia ela vai, mas nem banho toma. Aí começa com preocupação, aí eu digo Z deixa de preocupação, vamos tomar banho, e ela não era assim. E a gente quer soltar ela, mas ela não vai.

7 Você acha que ela ainda pode melhorar ?

Eu tenho fé, né, que ela melhorasse, eu queria que ela melhorasse, voltasse a ser o que ela era, mas vamos ver (silêncio). Porque agora ela tá sendo mandada, né? Só tá fazendo as coisas do jeito que a gente manda. Eu tenho fé que eu ainda vou ver ela do jeito que ela era. Mas eu tenho medo também dela voltar a ser o que ela era, porque ela se solta muito, não é, esquece até dos remédios, às vezes nem o remédio ela queria tomar mais porque tava boa. Mas aí eu ficava em cima dela pra ela tomar pelo menos de noite. Ela se soltava muito, aí quando eu dava fé ela parava dentro de casa, aí já era crise. Ela parou pode crer que é crise.

Entrevista 4 – Violeta, mãe, CAPS

1 Como começou a loucura ?

Começou no casamento. Foi por causa do casamento que ela teve a primeira crise, Aí ela se internou, mas depois que saiu ela não quis vir morar comigo. Na segunda crise ela se internou no hospital mental, passou lá um mês, e aí quando ela veio embora, ela veio morar aqui e nós ficamos cuidando dela, medicando ela, E aí ela começou a ser atendida pelo CAPS. Ela ia de manhã, passava o dia e à tarde a gente ia buscar. A gente passou um tempo cuidando dela e ela melhorou. Depois ela piorou novamente, aí nós levamos pra Fortaleza. Chegando lá o hospital não tinha vaga e a gente rodou muito com ela se sentindo mal. Aí ela fica agressiva, fica muito agressiva. Agride o povo, joga as coisas, não dormia, não dormia, aí a gente chamava a doutora pra vir aqui medicar ela.

E outra vez a doutora ficou com ela lá na casa onde ela trabalha. E agora graças a Deus ela está trabalhando. Ela tem um marido que é muito agressivo, e eu acho que isso é devido à sacanagem do marido. Ela quando ficava mais prejudicada era quando ele chegava em casa bêbado, aí começava a fazer sacanagem, aí ela ficava agressiva. Mas agora ela tá bem, graças a Deus, tá trabalhando, sustentando os filhos, porque o canalha não dá nada.

2 O que é loucura para você ?

A pessoa que é mal tratada pode chegar à loucura. Eu acho que a loucura dela foi dos maus tratos que ela sente. Eu acho que foi dos maus tratos, a convivência, aquela agitação, que ele chegava em casa de madrugada, de manhã... se alugava uma casa não queria pagar a energia, a água, o aluguel, era aquela confusão, aí ela ficou agitada assim, coitada...

Da primeira vez ela não ficou internada em Fortaleza. Ela ficou internada da segunda vez. Aí eu achei que lá era muito bom. Pra ela era muito bom. Quando eu chegava lá ela ainda estava em crise e ainda estava amarrada, mas tinha que fazer isso. Eu tinha muita pena, mas ia fazer o que ? Quando ela estava em crise ela agredia os médicos, as enfermeiras, os pacientes. Quando ela estava lá ela chorava pra comer, chorava pra ir embora. Chorava perturbada, muito perturbada, ela uma pegava uma bicicleta e saía e só chegava no outro dia. Teve um dia que ela saiu correndo completamente louca, sem rumo, agressiva e pra gente trazer de volta teve que chamar a polícia, a polícia militar, aí levaram na ambulância, ela foi medicada. A gente batalhou muito pra ela ir para Fortaleza. Eu ajudo ! Mas só com a minha ajuda não dá ! A família também tem que ajudar ela !

3 Como vocês estão ajudando atualmente para que ela melhore ?

Quando ela dava as crises eu nunca saía de perto. Quando ela tava em Fortaleza, eu só passava dois dias aqui. Quando eu chegava lá, às vezes ela já estava banhada e se eu notasse que ela ainda não tinha tomado banho, eu banhava ela, eu penteava o cabelo dela, passava perfume, lavava uma roupa, colocava ela na cama, dava a merenda. Lá ela ainda não sabia conversar não. Não sabia de nada. Depois que ela tava melhor, aí a gente vinha embora prá aqui, porque ela tinha que vir pro marido dela e eu também tinha os meus problemas pra resolver, não é ? E eu queria ver ela boa de novo e não gostava de ver ela daquele jeito. Eu cuidava dela o tempo todo. Uma vez passei sete noites sem dormir, porque se eu dormisse ela pulava o portão. E não tem uma mãe que não fizesse o que eu fiz por ela. Depois que o CAPS começou a funcionar ela

melhorou mais ainda. As doutoras de lá tratam muito bem todos os pacientes e se elas não puderem resolver elas encaminham pra onde possa resolver. Elas cuidam dos pacientes e não são de deixar um paciente sem solução. Elas são muito responsáveis. Mandam apanhar a pessoa na porta de carro, mandam deixar, tem aquele cuidado e até remédio ela compra pra aquele paciente que realmente não tem como comprar o remédio. Faz passeios com os pacientes dela, eu também já fui pra passeio em Fortaleza. Quando tem uma reunião que eu não vou é porque eu não posso, por exemplo, teve uma que eu não tinha com quem deixar minha neta. Mas eu gosto de ir pra reunião, pra saber o que está se passando e como é que vai, eles aconselham pra ter paciência, pra fazer com que o paciente na comunidade seja bem tratado, fazer com que eles tenham repouso... agora minha filha não tinha repouso por causa do marido, aí eu trouxe ela pra cá. A infância e a adolescência dela foram normais, mas dezoito anos com o marido em São Paulo, o quê que ela não sofreu lá? Hoje ela não diz que tá nem melhor e nem pior. Ela trabalha. Vai pro culto, volta, vai pra casa. Levanta vai trabalhar bem animada, graças a Deus! Agora ela diz assim, mamãe eu não vou tomar o medicamento porque eu não estou sentindo nada! Se eu tivesse sentindo alguma coisa eu tomava! Ela sempre foi muito interessada no trabalho, até quando estava doente ela levantava e queria ir pro trabalho, mas não podia, doente da cabeça. Quando ela fica agitada aí eu ligo pra doutora e digo doutora, ela tá muito agressiva. Aí ela diz: pois você pegue ela e traga, aí nós colocamos ela no carro. Ela só tem quatro meses de separada. Ela sempre se separava, mas se juntava de novo, e eu não queria que ela se juntasse porque eu não queria ver ela sofrendo. Sofria ela e sofria eu! Aí eu disse a ela que não se juntasse de novo. Aí agora por último, ela que foi lá no Fórum e pediu a doutora pra dar a separação dela que ela não aguentava mais! E isso foi ela mesma que viu, porque ela ia para o culto e quando ela chegava ele estava dentro de casa e ela arrudiava e entrava pela janela e se deitava na rede, e um dia pra ele pegar ela ele cortou os punhos da rede dela. Ele bebe, ele é alcoólatra! E a doutora até disse pegue a rede e mostre pro juiz! E depois dela separada ele já voltou lá e fez mais confusão. Agora graças a Deus está tudo bem. E ele não dá pensão e já foi até preso por isso. Às vezes, apesar de trabalhar, ela passa aqui e deixa o papel da água pra eu pagar, me pede pra comprar algum remédio pra minha neta, e eu ajudo! O importante é a saúde dela! O que eu posso fazer por ela eu faço! Eu comprei foi uma casa! Jesus me ajudou e eu comprei. Ela com a casinha dela e eu com a minha. E Jesus foi o primeiro a ajudar na recuperação dela. Na segunda internação foi dose. Nós chegamos no hospital e não tinha vaga aí o doutor deu uma injeção nela e mandou que a gente procurasse outro hospital. Quando ela acordou, ela acordou pirada, sabe o que é uma pessoa sem um pingo de juízo! Aí eu vou me embora, eu vou me embora, e eu disse já é tarde, vamos deixar pra amanhã, já é tarde, até que ela saiu correndo no meio da rua. Eu só ouvia os motoristas dizendo tira essa mulher da rua que ela vai morrer! E

minha felicidade foi um crente que pegou ela, tinha força, né! Aí eu me briguei a de madrugada pegar um taxi de Fortaleza pra Aracati, gastei o que não tinha, arrisquei a minha vida e a dela porque eu não conhecia o motorista e ele vinha puxando mil! Mas cheguei em casa e liguei pra minha outra filha e ela veio pegar agente na rodoviária uma hora da manhã. Eu sofri! E eu confio no poder de Jesus que ela nunca mais há de se sentir mal! Porque se ela passar mal eu posso mal também porque eu também vou sofrer. Quando a pessoa, antigamente casava e arranjava um bom marido era ótimo, mas é difícil. E agora desses dois mil... A família dele nunca ajudou, nem a avó que criou ele gosta dele.

1 Como ela era antes da loucura?

Uma moça com coração divino, se ela chegasse em sua casa ela ajudava, lavava uma louça, Ave Maria! E ela era muito animada. Agora ela voltou a ser assim, normalizou, amém Jesus, e eu tenho fé em Deus que ela nunca mais vai ter crise de novo. Todo dia ela passa aqui. Ave Maria, ela gosta muito de mim.

Entrevista 5 - Orquídea, irmã, CAPS

1 Como começou a loucura?

Quando meu pai era vivo trabalha em Fortaleza, lá no Mucuripe naqueles barcos. E lá com oito anos o M levou uma queda de um barco. Ele sangrou muito, na cabeça dele... E daí a gente ficamos assim observando o jeito dele. Ele não ficou como uma pessoa normal como a gente, porque tinha horas que ele conversava tanta besteira, aí logo também ele perdeu a mãe dele, aí juntou uma coisa com a outra. Aí ele veio embora aqui para Aracati, e eu fiquei tomando de conta dele. Depois ele ficou trabalhando em Canoa e disseram que ele estava usando drogas, eu fui e tirei ele de Canoa e botei ele aqui, e quando foi um dia ele já rapaz começou a se sentar assim no sol, e aí eu dizia M o que é que você tem? E ele dizia nada, nada. E depois, um dia ele não veio dormir em casa e vieram me dizer, que estava caído no meio da rua bebendo água do esgoto e a gente trouxe ele e foi daí que começou a violência dele, ele ficou me odiando, odiava papai, ele tinha ódio de nós. Ele não queria me ver e nem aqui em casa ele não entrava e aí eu fiquei com medo dele que ele era violento que só ele. Aí eu levei ele para o doutor e ele encaminhou ele para Messejana. Lá ele passou um mês. Quando ele veio, ele tinha um medo, mas era um medo que não

colocava nem a cabeça do lado de fora. Aí começamos a tirar ele de dentro de casa e a sair com ele. Aí outra crise deu nele. Ele não podia ver um carro de mão que ele jogava pedra, aí disseram que a doutora que hoje é do CAPS estava trabalhando aqui. E aí eu levei ele lá e ela conversou com ele e deram remédio a ele, e nesse tempo ele lascou a cabeça no chão, ele fazia tanta da coisa com ele, ele não dormia à noite e passava a noite correndo, aí foi quando a doutora encaminhou ele mesmo para o CAPS e a partir daí ele não sentiu mais crise. Eu fiquei muito feliz porque aí não tinha mais aquele desassossego que a gente tinha de passar a noite sem dormir, e ele tangia gato e cachorro tudo que ele via na frente dele, e ninguém mais via. Ele dizia ouvia umas vozes chamando ele e a partir do momento em que o CAPS chegou em Aracati ele terminou com essa arrumação. Graças a Deus ele nunca mais teve crise.

2. Como era o M durante as crises ?

Na crise ele realmente enfrentava, chegava no terreiro e saía esculhanbando, chamando as mulheres que passavam na rua de nome feio. O meu irmão às vezes dizia para ele parar e só assim ele saía, mas mesmo assim ele esculhanbava de longe e não queria muita conversa e saía. Ele era muito agressivo com a gente dentro de casa e quem ainda falava com ele era uma amiga minha e ele ainda atendia um pouco ela. Ele não comia, a gente botava a comida e ele olha, olha e aí pronto. Aí eu já dizia, o M não está querendo comer e também não dormia à noite. Ele começa logo sem sentir fome, mas agora graças à Deus nunca mais ele sentiu nada. Tem horas que ele fica assim aborrecido, mas é porque é assim mesmo aí gente chega e conversa, e às vezes ele diz que quer morrer e aí mamãe pergunta porque que você quer morrer ? Porque tem hora que me dá uma coisa ruim na minha cabeça.

3 O que é loucura para você ?

Eu acho que loucura é uma coisa que dá que não imagina nada, tudo que vem pela frente dá vontade de fazer e diz besteira, tem hora que quer recobrar o juízo e não consegue eu penso assim... logo ele usou drogas naquele tempo aí que complicou mais a situação do M naquele tempo. É porque naquele tempo, apesar do meu pai ser doente mas ele dizia minha filha eu vi o M cheirando um negócio e realmente eu fiquei pastorando e era cola, daí foi que começou o problema do M e quando a gente foi consultar ele em Messejana o médico disse que ele tinha cheirado muita cola e isso tinha afetado o juízo dele. Realmente tinha dias que ele chegava aqui e dizia olha aí, foi esse bicho aí que estava fazendo macumba para o meu lado e realmente ele não entrava aqui em casa, quando ele chegava aqui na porta que olhava para esse quadro, geralmente, ele dizia assim não quero conversa com esse homem e qualquer coisa que acontecia ele dizia que era uma

macumba que tinha nele e que o homem do quadro que tinha colacado isso nele. Eu levei ele até para a sessão espírita, mas realmente ele veio ficar bom depois que tomou os medicamentos. Eu acho que o problema do M começou desde o tempo daquela queda, ele conversava tanta besteira e aí ele se recuperou, e depois ele começou com o problema de drogas e aí foi que ele ficou mais doente, mas eu creio que foi devido à essa queda dele, assim ele não era totalmente doente, mas a gente notava as besteiras dele, ele conversava tanta besteira, a gente colocava ele no colégio e, às vezes, ele chegava e dizia que não ia mais e ele só fez até a quinta série. Um dia ele chegou aqui e disse que ia passar para a oitava série e eu perguntei como se ele só tinha feito até a quinta série ? Ele conversa muita besteira. Aí eu fui no colégio e a professora perguntou se eu não achava que o M estava com algum problema, porque tinha horas que ele conversava muita besteira e horas em que ele ficava muito agressivo correndo atrás dos meninos e ela tinha que se meter no meio, e depois disso um dia ele chegou aqui e disse eu não vou mais estudar e não foi mais estudar mesmo. Quando ele estava nas crises dele ele sentava nas calçadas quentes e eu dizia M saia daí , e ele dizia que não porque estava muito gripado e estava na calçada quente para tirar a febre. Você acha que uma pessoa que tem compreensão faz uma coisa dessas ?

4. Como vocês estão ajudando atualmente para que ele melhore ?

A gente conversa muito e dá conselho, e ele fica olhando para a gente e diz é mesmo. Tem vezes que ele sai e eu digo M acabe com esse movimento com esses meninos, eu fico falando com ele e ele diz que sai porque quer, e às vezes, parece que esses meninos fazem alguma coisa que ele não gosta e ele diz bem que você disse mesmo. Bem que você disse que eles não são meus amigos. Tem horas que ele fica com raiva quando eu falo com ele, e fica vermelho e fica logo agitado e chega perto de mim e eu digo venha para você ver ! E daí a pouco ele volta e nem parece mais aquele. Depois que ele entrou no CAPS a nossa vida mudou muito , porque era um desassossego muito grande. Ele não dormia, saía na carreira e era o desassossego maior do mundo. E teve um dia que ele queria matar o papai. Eu cheguei e o papai pedindo socorro, porque naquele tempo o meu pai não morava perto de mim. Ele era tão magro e chegava perto de você e não passava cinco minutos perto de você. E ele dizia que não podia ficar quieto, a doutora do CAPS dizia M porque você não fica aqui e ele respondia que não podia. Era um desassossego muito horrível. E eu tratava logo de dar o remédio dele. Agora ele está tomando só injeção. E ele sempre tomava os remédios. Um dia disseram a ele que não tomasse mais o remédio e ele chegou e disse para mim que não ia tomar mais o remédio. E eu perguntei porque . Ele disse que alguém tinha dito que o remédio não era bom para ele. Aí eu disse valha - me Deus, agora pronto ! Aí eu disse M você quer ficar doente como daquela vez ?

Eu conversei com ele e ele ficou caladão. E quando chegou a hora do remédio eu mandei a minha menina dar o remédio e reparar se ele engoliu. Aí ela disse vamos tomar o remédio e ele disse que não ia. Ela disse venha tomar o remédio, estou lhe chamando, abra a boca e ele disse eu engoli, menina !

Eu também participava do grupo de familiares. Todos os meses tinha aquela reunião geral com a famílias e os pacientes. A gente fazia festinhas, a gente falava como é que cada paciente estava, todos as doutoras participavam, a gente ia para o encontro dos CAPS.

5. Como é o M agora ?

Agora ele está bem, graças a Deus. Agora só o que eu não estou gostando e ele agora bebe. Ele não tinha isso ! Ele foi, não foi, chega bêbado e fica perturbado, e conversa e quer brigar não com a gente, se alguém olhar para ele já quer brigar. Mas no outro dia ele está bom. Ele está trabalhando nos grupos do CAPS. E também a doutora mudou o medicamento , que agora é injeção e ele está se dando melhor. Porque ele não estava dormindo de noite, e aí o meu irmão dizia que ele não estava bem, aí a doutora mudou o remédio e agora está tudo bem.

6. Tem outra pessoa com este problema na família ?

Tem um primo meu , e é mais doente que o M e já se internou várias vezes em Mossoró. E ele é muito agressivo e tem raiva de mim porque eu não queria que o M andasse com ele, todo o dinheiro que ele pega ele bebe. E até o M reconhece que não dá certo andar com ele.

Entrevista 6 – Margarida, mãe, CAPS

1 Como começou a loucura ?

Quando começou ela não dormia, só queria estar andando, a gente ia atrás dela e ela não queria que a gente fosse atrás dela. E para ela não sair de casa nós até amarramos ela para ela não sair. Mas não aconteceu nada não. Às vezes as pessoas perguntavam se o problema dela era de namorado, mas ela nunca teve namorado, não.

2 O que loucura para você ?

É um problema que eu não sei nem explicar pra você . Foi mais de uma vez que ela teve esse problema. Só de internamento ela foi internada duas vezes lá em Messejana. Agora ela está participando das oficinas de pintura do CAPS, estudando no CSU. Quando dava as crises dela ela não parava em casa e nem

me atendia. Era mais fácil ela atender uma pessoa de fora do que os de dentro de casa. E foi uma amiga nossa que levou ela no médico e ele encaminhou ela para Messejana, mas eu só fui fazer visita uma vez para ela porque eu não tinha condições para ir para Fortaleza, não tinha dinheiro para o ônibus.

3. Como foram as internações em hospitais psiquiátricos ?

Quando ela ia ela passava um mês, e depois todos os meses eu tinha que ir para lá para ela fazer consulta e pegar os remédios. Quando ela voltava ela voltava no normal dela mesmo alegre, calma, vai para a escola, ajuda, a vida dela é essa. Ela não é de andar, de querer ir para festas, ela é quieta dentro de casa. Só quando dava a crise é que ela queria ir daqui para Majorlândia à pé e uma vez ela foi para Fortaleza sem a gente saber ! Pegou o ônibus e foi num sábado e voltou num domingo. Da segunda vez ela pegou um moto-táxi e o cara não viu. Quem via ela não dizia que ela tinha nada, agora ela só era mais revoltada quando a gente prendia ela, aí ela ficava irritada, batia na gente, e precisava amarrar. Aí da outra vez, que já tinha o CAPS ela estava em crise, aí nós amarramos ela, o irmão foi que amarrou porque ela tem muita força, aí eu falei para a doutora Lídia, aí quando deu a crise que ela estava muito violenta, ela veio aqui e começou a acompanhar ela e dava o medicamento dela aqui. Aí desde essa vez ela ficou sendo atendida pelo CAPS. Aí ela ia de manhã para o CAPS e à tarde vai para a escola.

4. Como ela está agora ?

Agora quando ela dá a crise ela não fica mais agitada correndo, por causa do remédio que ela toma logo, quando o comprimido não dá jeito ela toma logo injeção, eu participo das reuniões, agente conversa sobre como eles estão.

5. Como vocês estão ajudando atualmente para que ela melhore ?

A gente pede a ela para não deixar de ir pro CAPS e nem ela mesma não quer deixar de se tratar lá, ela mesma se interessa em tomar os comprimidos na hora certa.

Entrevista 7 – Camélia, mãe, CAPS

1. Como começou a loucura ?

O problema da Mir foi de uma congestão de banana com leite quando ela tinha dois anos de idade, aí eu levei ela no posto e para o hospital . Ela tinha ataque por cima de ataque e ela não tornava, aí eu levei para o hospital e lá passaram os remédios, aí ela ficou boa . Com sete anos começou de novo. Ela tinha o ataque e caía para trás, batia a cabeça e sofria muito. Ia para a prefeitura pegar receita. Com o Revotril e com o Gardenal, aí é que ela piorava. Nesse tempo ela não era aposentada e o meu pai e a minha mãe eram vivos eles ajudavam e eu ficava no labirinto para dar de comer à ela. Aí ela se obrigava a trabalhar nas casas de família, mas aí não dava porque ela caía no chão e era arriscado acontecer um arte e eu não deixei mais ela trabalhar fora. De quinze para dezesseis anos foi a época em que ela sentiu as crises mais fortes, ela se internou no hospital psiquiátrico, foi para Messejana. Era um sofrimento , ela dava os ataques mais horríveis, lascava a cabeça no chão, caía no meio da rua, mas quando passava aquilo ali ela era a mesma pessoa. Aí foi quando o CAPS chegou e agora na vida dela ela está com saúde, graças à Deus.

2 O que é loucura para você ?

É quando ela não toma os remédios direito. E também quando ela voltava de Fortaleza ela vinha impregnada. Quando ela veio de Fortaleza ela passou mais de cinco meses assim aí depois do atendimento daqui ela não ficou mais assim. Às vezes, ela sente mas é uma coisa passageira. Quando ela estava louca aqui eram cinco homens para pegar ela e não era coisa só de tapa não ! Isso aqui ela fechava e ninguém passava. Uma vez ela deu uma pedrada no braço da doutora. Mas mesmo assim ela conhecia as pessoas. E loucura já é mais um problema que vem da doença dela. Quando ela foi para Mossoró era um balde para cada necessidade dela aqui na sala ela era doida, doida, doida ! E ninguém podia tirar! Ficava nua no quintal tomando banho e ninguém pegava. Queimou as roupas todas! E quando ela recebe dinheiro ela fica preocupada e anda e fica parando, fica toda dura. Eu já tenho cabelo branco, mas enquanto eu estiver viva ela vai ter o que precisar. Todo dia eu tomo banho, levo ela para o CAPS, levo ela para o colégio.

3 Como vocês estão ajudando atualmente para que ela melhore ?

Quando ela não está na crise ela é uma boa pessoa. Às vezes ela quer brigar com a irmã, aí eu dou conselho a ela e aquilo ali passa. Agora eu não estou deixando nem ela engomar nem lavar a roupa dela, porque um dia se eu não chegasse tão ligeiro ela tinha ficado pregada no ferro. Mas ela vai para a padaria. Tem dias que ela fica bem, outros que ela tem um escurecimento na vista. E foi uma felicidade depois que ela se aposentou , porque o pão de cada dia ficou mais fácil para ela.

4. Como foram os internamentos em hospitais psiquiátricos ?

A primeira vez foi tudo mais fácil, da terceira ela disse que quando ia tomar banho ela disse que enfermeira pegava o asseptol e jogava nos olhos dela, foi amarrada porque estava agressiva, mas isso ninguém repara porque isso acontece com todos que vão para lá. Ela veio de lá ainda doente, sentindo impregnação, e agora não acontece mais e também no CAPS tem entretenimento e a cabeça fica ocupada. Na crise ela fica totalmente fora do sentido, porque uma pessoa normal como nós ia fazer as necessidades e deixar tudo na sala. E as carreiras que ela dava!

5. Como a Mir é hoje ?

Hoje ela tá boa. Ela só não pode parar de tomar o remédio. Ela está bem, vai aos passeios com o pessoal do CAPS, fala com os vizinhos, eu só não deixo ela sair de noite nem ir para algum lugar longe sem mim. Ela já vai para a escola, conversa, trabalha no labirinto lá no CAPS, e isso já vai tirando a loucura da cabeça. Só em acordar de manhã, ir para a escola e à tarde ir para o CAPS, isso para ela é outra vida, melhor do que estar só dentro de casa, acolá... pensando, é outra coisa. Já dá um objetivo na vida dela para o sentido voltar.

Entrevistas do NAMI

Entrevista 1 – Flor, mãe, NAMI

1 Como começou a loucura ?

Foi assim ela é separada do marido, aí o marido dela invadiu lá para ela dar o desquite e se ela não desse ia dar cadeia nela. Aí ela quis tomar a identidade dela que estava a uns dias guardada lá em casa e daí começou. Ela ficou querendo correr. Lá em casa tem um quintal grande e ela ficou do quintal para dentro de casa, inquieta e ela diz que sente uma gastura na cabeça. Ela foi casada com ele quinze anos. Ela deixou ele porque ela não aguentou. Ele bebia e usava drogas e quando chegava em casa era espancando ela e ela desabava no meio do mundo correndo, porque não ia ficar esperando que ele batesse nela. Quando ele chegava do forró ele já ia dizendo ei você vai levar um murro no meio da cara e ela já saía correndo. Aí ela foi indo até que cansou de sofrer, aí ela deixou ele. Quando aconteceu aquilo dele dizer que ia colocar ela na cadeia ela já vivia separada dele, mas vivia bem, ela já estava com outro rapaz e já tinha até um garoto de um ano e ainda não tinha problema com esse último rapaz . O problema dela foi só com o primeiro.

2O que é loucura para você ?

Eu não sei dizer. Eu só sei que ela fica parada, calada... e tem nervoso de todo jeito, ouviu ! Tem um tipo que não pode ter raiva e nem alegria que tem diarreia. No nervoso dela ela fica andando, ela lembra do que ela faz, ela fala e diz que o culpado de tudo foi o sem vergonha do marido dela. Ela ficou com medo dele e todo dia ela ia lá pra casa, e à noite a gente ia deixar ela na casa dela e ela ainda ficava com medo ainda. Quando começou eu acho que o medo era dele.

3 Como ela era antes da doença ?

Ela era boa, boa, era calma, muito calma. Não tinha problema, fazia as coisas dela em casa e fazia tudo à tempo, quando ele chegava já estava tudo pronto da comida à roupa lavada e cuidava do neném que ela tinha e se dava bem com todo mundo, só não se dava com o sem vergonha do marido dela. Depois ela parou de fazer tudo. Abandonou a casa e não quis mais saber de nada. Nem para o menino ela ligava e deixava ele chorando. Ela estava muito acabada.

4 Como foram os internamentos em hospitais psiquiátricos ?

Ela voltava melhor, mas aí quando ela chegou em casa a gente mandava ela tomar banho depois que acordava tomar café e tomar logo o remédio. Aí dava um sono nela que ela dormia demais. E de noite tinha outro comprimido depois de jantar aí ela dormia e só no outro dia de novo ela acordava, aí nós vimos que não dava porque a pessoa dormir demais também não é bom.

5 Como vocês estão ajudando atualmente para que ela melhore ?

Ela não faz nada dentro de casa. Eu não tenho tempo para conversar com ela porque além de tudo que eu tenho pra fazer tenho que dar conta do serviço dela, aí não sobra muito tempo. Nem os filhos dela conversam com ela! Ela tem uma menina que já é mãe mas não conversa com ela, para ela esquecer de certas coisas, esquecer, passou, passou já acabou-se, né? Mas era para os filhos dela conversarem com ela, dizer mãe deixe isso para lá, deixe ser do jeito que Deus quiser, se esqueça dele e não tenha motivo para ter rancor, porque o rancor traz doença pra gente. E essa doença dela foi do medo que ele teve dele pensando que ia pra cadeia. E o problema dela veio da suspensão da regra dela também. Eu também tive uma suspensão dessa e fiquei louca, louca, aí me levaram para o médico e o médico disse que eu não ia ficar mais do jeito que eu era porque o sangue atingiu o cérebro e que em vez de sair fez foi subir para o cérebro. Ele disse que eu ia ficar melhor, mas boa eu não ia ficar mais. E depois eu tive outra recaída e tomei até injeção na veia. Desde que eu tirei ela do Hospital Mental ninguém disse nada sobre o que era o problema dela. Ela foi internada duas vezes, a primeira foi só onze dias e assim não deu tempo de melhorar, né? Ela voltou melhor, mas teve uma piora e voltou aí ficou um mês e eu tirei pra não matarem ela lá.

Entrevista 2 – Antúrio, pai, NAMI

1 Como começou a loucura ?

Essa doença dela começou por causa da agressão quando ele foi lá e pediu os documentos dela e pediu para se desquitar dela mas os documentos dela não estavam lá/. Eu já tinha dito à ela que se ele viesse querer se desquitar enquanto eu fosse vivo, dela ele não se desquita não. E ele, a vontade dele era querer se desquitar para casar com uma cunhã que ele arranjou. Então ela ficou apavorada, horrorizada e quando ela chegou aqui dizendo que ele queria que entregasse os documentos, só que ela disse que não entregava. A mulher vinha se tremendo. E aí começou ela piorou, piorou, e aí o nosso caso é só esse vimos o que aconteceu com ela e vimos que nós não podíamos ficar aqui sem saber direito o que ela estava sentindo. E desde esse dia a mulher tomou uma suspensão que nada mais apareceu para ela e desde esse dia devido o medo da apavoração que ele fez ela ficou assim parada. Aí a mãe dela internou, aí ela ficou onze dias no primeiro hospital, aí a mãe dela ficou com pena e pediu a alta dela. Aí quando ela chegou em casa tomava dois comprimidos de manhã e três antes de dormir aí eu disse desse jeito não dá para ela viver assim, dopada de remédio a gente não sabe nem quando ela melhora ou piora. Ela vivia dormindo. Acordava tarde, almoçava e depois arriava na rede e depois precisava a gente chamar para ela poder jantar.

Aí tomava o remédio oito horas da noite e só acordava no outro dia. Aí mesmo assim ela continuou se apavorando dentro de casa e queria saltar essa janela e as portas tinham que viver trancadas. Ela fica com medo que ele venha aqui mas eu não deixo, não. Outra vez foi na casa onde ela morava que ela fechou tudo com medo que ele viesse. Quando piorou mesmo, nós internamos ela de novo no mental e lá estava muito cheio e mandaram ela para o outro. Ela vinha melhor do hospital ela veio da última vez calma, mas ela nunca foi agressiva, o negócio dela é só quando dá o medo que ela quer sair daqui. Quando vem na cabeça dela a lembrança do que ela sofreu.

2 O que é loucura para você ?

Essa doença dela não é loucura, todo mundo diz que esse negócio dela não é mental, foi o nervoso naquela hora que ela sentiu sozinha em casa com o neném dela, porque o nervoso, ela dizia que toda hora chegava alguém para falar com ela , e era a lembrança dele e da agressão que ela sofreu.

3 Como ela era antes da loucura ?

Ela era boa de saúde, tomava conta da casa e de tudo. Ela não sofria nada de doença. Até doente mesmo ela era uma mulher sadia, saudável, gorda dentro de casa .

4 E agora como ela está ?

Ela ficou triste, não fala mais nele. E eu digo que isso aí foi do nervoso que ela sofreu e que ela achava que a qualquer hora ele podia fazer coisa pior com ela.

5 Como vocês estão ajudando atualmente para que ela melhore ?

A gente conversa e agora ela está mais esperta porque no correr do dia eu deixei de dar os comprimidos dela porque era muito comprimido. Ainda agora ela estava achando graça e mangando da mãe dela. Ela estava tomando dois de manhã, dois meio dia e dois de noite, aí eu disse nós vamos acabar com essa mulher ! Aí eu deixei de dar o das oito horas e só dou um grande. Só toma um de noite. Ela dorme para dormir não conversa e não faz zoada. Acorda alegre e chega lá fora e vai lavar as coisas na pia, cuida do menino dela. Agora só o que está matando ela é que o remédio atacou as pernas dela devido também ao que ela sofreu que aquilo ali é um nervoso, e faz a pessoa ficar toda se tremendo, aquilo ali foi um nervoso que começado e continuado pela agressão, a culpa toda foi dele. Se ela largasse esse pisado dela ela melhorava mais e a gente diz F estica os braços, fala direito, muda as passadas direito, a gente orienta ela. Ela não tem nada de doídice na cabeça dela ela não é agressiva, não conversa besteira, ela não se zanga, é calma todo o tempo. Isso tudo no corpo dela foi a agressão que ela sofreu, e até suspendeu a regra. Talvez, se ela tomasse um

remédio que voltasse, talvez ela ficasse o que era. Mas a gente só pode dar outro remédio com orientação dos médicos. Eu acho que com a continuação do tratamento ela vai melhorar cada vez mais e a gente tem muita paciência com ela. Mas tudo que tá prendendo ela é essa regra que não volta que suspendeu pela agressão que ela sofreu e ela não tem nada de loucura. Com o nervoso do medo que ela teve veio a suspensão e o sangue ficou preso na cabeça e diminuiu a circulação e é isso que faz ela ficar calada e parada assim.

Entrevista 3 - Flor-de-Lis irmã, NAMI

1 Como começou a loucura ?

Foi assim o meu irmão foi criado por um tio que era muito bom pra ele, só que há uns cinco anos , depois que ele enviuvou ele casou com uma criatura que não valia nada. Há um ano o meu tio teve um ataque e morreu e a mulher dele ficou com tudo o que ele tinha e foi depois da morte do meu tio, que a mulher dele falou como o meu irmão para ele colocar todo o dinheiro que ele tinha juntado numa conta dela que ela tomava de conta. Aí todos os meses ele ficava cobrando que ela desse o dinheiro para ele comprar a bicicleta nova, e nada. Até que ele encostou ela na parede e ela disse que não dava mais o dinheiro dele.

Antes disso ele era um rapaz como outro qualquer, estudava e trabalhava muito, muito mesmo. Ele ia para as festas mas nunca fez besteira. Só que logo depois da tristeza que ele teve pela morte do pai, ele mudou completamente o jeito dele. Não queria mais saber de nada, nem de estudo, nem de trabalho, não ouvia ninguém e ficou amigo dos porcos daqui de casa. Quando eu dava fé, ele estava no quintal falando com porco, abraçando porco. Aí eu notei que ele não estava bem. Eu até queria conversar mas ele não falava, só chorava, e se a gente insistisse ele gritava e partia para cima de quem quer que fosse .

Aí na primeira crise violenta mesmo, que ele estava aqui dentro de casa querendo matar todo mundo e que teve que chamar os bombeiros e por sorte um era amigo dele, que eu vi o sofrimento dele, porque eu sabia que ele só estava botando para fora o que ele sofreu com a morte do pai e o que aquela desgraçada fez com ele (choro).

Aí quando agente conseguiu chegar no hospital não tinha vaga e a desgraçada da médica ficou dizendo que eu não colocasse ele lá, porque era melhor eu botar um placa na testa dele dizendo que ele não ia servir mais para nada, que ele nem trabalho não ia arranjar mais. Eu tive tanta raiva que quase que eu viro a mesa por cima dela (choro). Com é que pode a gente precisando de ajuda!.

2 O que é loucura para você ?

conversa da gente que ela foi voltando a fazer as coisas, a viver outras coisas e aceitar que ela foi. Agora ela aceita.

3 Como ela era antes da doença ?

Ela trabalhava, fazia tudo que precisava. Tinha tristeza que todo mundo tem mais não era assim. Depois que a G morreu ela mudou completamente. Parou de fazer tudo e só rezava e chorava, mesmo que a gente levasse pro hospital ou que a gente falasse com ela.

4 Como vocês estão ajudando atualmente para ela melhorar ?

Depois que ela ficou sendo atendida pelo NAMI e agente começou a participar das reuniões ela e a gente conseguimos entender melhor o que aconteceu e como ajudar ela para ela sair, fazer o que ela fazia antes. A gente conversa e doutora orienta a gente nas reuniões. É assim conversando para ela entender e superar a morte da G.

Entrevista 5 - Girassol, filho, NAMI

1 Como começou a loucura ?

Essa tristeza dela foi da morte da G. A pessoa de uma hora para a outra perder a filha que estava boazinha é duro. Porque a mãe é que dá vida, que cuida mesmo e quer saúde para os filhos. Perder a G para ela foi um sofrimento.

2 O que é loucura para você ?

Loucura foi sofrimento que continuou para ela.

3 Como eram os internamentos em hospitais psiquiátricos ?

Quando ela voltava a gente dava graças à Deus, porque não adiantava muito ela ficar lá e depois, o médico sempre passava mais remédio do que precisava aí ela ficava impregnada e precisava ir lá de novo.

4 Como vocês estão ajudando atualmente para ela melhorar ?

O que a gente quer é que ela melhore. Agora com o NAMI atendendo ela já faz as coisas, vai na reunião e agente também vai para ajudar também e ver o que deve fazer para ela melhorar. Aí é conversar e fazer ela tomar o remédio e ela não teve mais crise.

Entrevista 6 - Flor do Campo, filha, NAMI

1 Como começou a loucura ?

Foi depois que mataram o meu irmão que a mãe ficou assim, só chorando, calada. Foi tão horrível ver ele do jeito que ele estava todo cheio de sangue e ele saiu de casa para trabalhar e voltou assim. Eu acho que foi muito sofrimento de ver o meu irmão bem quando ia trabalhar e depois receber a notícia e ver que uma gangue tinha matado ele. Ele era bom trabalhador, não dava trabalho, ajudava em casa. E por isso ela ficou louca, não parou de sofrer logo, foi aos poucos. (...) Agora está melhor ela não sofre tanto e já está voltando a ser ela de novo, querendo deixar a casa limpa. Ela até está voltando à brincar com a gente.

2. O que é loucura para você ?

Eu acho que loucura é ficar sofrendo, sofrendo como a mãe ficou por causa do nosso irmão. A doutora disse que ela não conseguiu deixar de sofrer como a gente já não sofre mais tanto, mas isso depende de cada um.

3. Como ela era antes da doença ?

Ela era uma mãe como outra qualquer. Se preocupava com as coisas mas era dentro do normal, agora depois que o meu irmão morreu a única coisa que ela sabe fazer é chorar por ele. Perdeu a alegria de viver que ela tinha.

4. Como foram os internamentos em hospitais psiquiátricos ?

Era o jeito mandar ela pra lá, porque ela deixava até de comer. A gente visitava e lá ela parecia melhor. Quando chegava em casa passava um tempo mas logo ela tava chorosa de novo. Os remédios ela não se dava muito bem. Agora no NAMI tudo que ela precisa logo a gente resolve porque eles não dão só o remédio eles fazem grupo que ajuda a gente ela a conviver com a falta dele. Eu vou. Só assim a mãe melhorou, tá melhorando, com a ajuda da gente e do NAMI.

5. Como vocês estão ajudando atualmente para que ela melhore ?

É assim conversando, vendo o que ela precisa que é o NAMI. Com a ajuda dele, das doutoras dele é que a gente soube conversar melhor para ela melhorar como ela está agora, fazendo tudo de novo e mais feliz.

Entrevista 7 - Amor- Perfeito, filha, NAMI

1 Como começou a loucura ?

Tudo começou por terem matado nosso irmão, o que foi demais para ela. Eu nunca tinha visto a mãe assim, ela era alegre, cheia de vida e depois disso ela não teve mais gosto de nada. Nada importava mais para ela.

2 O que é loucura para você ?

Eu não entendo muito disso, mas eu acho, e é o que as doutoras dizem para a gente, que loucura é quando a pessoa não consegue superar uma coisa ruim, como a morte do nosso irmão. Aí a pessoa fica com o sofrimento na cabeça. Eu acho que isso depende da pessoa e umas conseguem sofrer e parar de sofrer e outras ficam sofrendo e não sabem como sair disso. Aí é que a família tem que ser paciente, aconselhar, procurar tratamento, só assim para melhorar. (...) Ela está melhor, aos poucos, ainda fica triste mas já conversa, faz as coisas aqui acolá.

3 Como foram os internamentos em hospitais psiquiátricos ?

Aqui ali era horrível, era só pra ela ficar até se acalmar, mas não resolvia nada, era só remédio .

4 Como vocês estão ajudando para ela melhorar ?

Depois do NAMI a gente teve apoio para entender melhor que ela é diferente, o entendimento dela foi diferente. Aí a gente conversa, participa das reuniões e dá força para ela se recuperar

Entrevista 8 - Sempre Viva, filha, NAMI

1 Como começou a loucura ?

O pai perdeu o emprego com filho e neto dentro de casa. Foi horrível para ele que tinha uma carga pesada para sustentar. Ele sofreu para aceitar que o pessoal não queria empregar ele porque ele estava com quarenta e oito anos. (...) Aí tinha dias que ele estava deprimido e nem comia, nem falava, chorava, parecia uma criança. Depois passava e ele ficava agitado, não dormia, comprava

tudo que via pela frente até fiado, foi tanta conta para pagar, que a gente mandou todos os bodegueiros não deixarem ele comprar nada, porque a gente não tinha dinheiro para pagar. Aí depois que a coisa foi melhorando, que o meu irmão arranhou emprego e colocou ele no NAMI ele foi melhorando. Hoje ele não faz mais conta nas bodegas, não tem mais crise. Ele está melhor. (...) A gente tem que ajudar. Foi difícil, mas a gente foi fazendo ele entender que ele tem que melhorar mesmo que a vida tenha sido injusta. Agora ele faz uns bicos, limpa quintal, ajeita liquidificador. Ele está começando a trabalhar de novo aos poucos. Ele também pastora carros.

2 O que é loucura para você ?

Ai eu não sei. (...) Acho que é não entender umas coisas da humanidade quando ela é cruel com a gente (...) é sofrer mesmo.

3 Como ele era antes da doença ?

Ele era muito, muito trabalhador. Nunca deixou faltar nada em casa. A gente tinha pouco mas ele sempre dava um jeito pra ter tudo, como pobre mais tinha tudo. Depois que ele perdeu o emprego e ninguém queria mais empregar ele primeiro ficava deprimido, como eu já falei, depois se agitava e queria comprar o que ele comprava sem ter mais salário. Mais a gente deu graças a Deus por ele ficar sendo atendido pelo NAMI, aí sim ele melhorou e melhorou perto da gente. No hospital ele vinha melhor, mais a gente queria ele em casa de novo. E com o grupo da doutora e das doutorinhas a gente se diverte, elas explicam muita coisa que agente não sabe. Ele vem melhorando. Já não faz mais conta na bodega. Já tá mais alegre. Aqui acolá ele quer piorar, mais a gente dá remédio, conversa, conversa muito, faz ele ver que não é mais do mesmo jeito mais a gente se ajuda e dá certo de novo.