



Estudos de Psicologia

ISSN: 1413-294X

revpsi@cchla.ufrn.br

Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Brasil

Brito Barreira de, Heleni; Catrib Fontenelle, Ana Maria
Representação social e subjetividade do adoecer psíquico
Estudos de Psicologia, vol. 9, núm. 2, maio-ago., 2004, pp. 285-296
Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Natal, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26190210>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Representação social e subjetividade do adoecer psíquico

Heleni Barreira de Brito
Ana Maria Fontenelle Catrib
Universidade de Fortaleza/UNIFOR

Resumo

Este estudo foi desenvolvido com 52 indivíduos portadores de transtornos do humor que fazem tratamento ambulatorial, há pelo menos um ano, em Fortaleza. Os discursos foram obtidos através de entrevistas semi-estruturadas. O método utilizado para a compreensão das representações foi a análise de conteúdo. Observamos que a construção de representações sociais de loucura ocorre na interface dos conteúdos individuais relativos às vivências subjetivas, próprias de cada sujeito e os conteúdos culturais do meio social. Essa construção de representações sociais do fenômeno loucura dá-se de maneira dinâmica, sendo os significados constantemente partilhados e re-elaborados. Quanto às representações sociais de loucura, verificamos que estas ocorrem principalmente em torno de esquemas figurativos, tais como: fora de si, doença, mal-estar psíquico e distorções da realidade. Os modos de representar as causas do próprio adoecimento psíquico encontram-se organizados em esquemas figurativos e unidades de significação referentes a perdas, mitos, traumas e doenças dos nervos.

Palavras-chave: representação; subjetividade; adoecer psíquico

Abstract

Social representation and subjectivity of becoming mentally ill. The purpose of the study was to think madness through the perspective of social psychology, identifying the net of symbolic meanings that articulate themselves. Fifty-two interviews were carried out with individuals diagnosed as mood disturbance patients. They were provided outpatient treatment for at least one year, in a specialized psychiatric unit in Fortaleza's municipal institution. The content of the speeches were gathered through semi-structured interviews, using content analysis. The process of social representations' construction of madness is a dynamic one, in which the meanings are often shared and re-elaborated. Social representations of madness identified on speeches take place mainly around figurative schemes, such as: out of oneself, disease, emotional uneasiness and reality distortion; the ways to represent the causes of own psychological illness are organized in figurative schemes and unities of meaning related to loss, myths, and nervous disease; causes attributed to psychological illness were identified as: loss, myths, and nerves' disease.

Keywords: representation; subjectivity; becoming mentally ill

Aloucura supõe uma ausência de ordem, favorecendo assim a proliferação de metáforas como estratégia para atender a necessidade social de explicação para o fenômeno. O conceito de loucura tem passado por muitas mudanças ao longo do tempo. Na Antigüidade, era associada a fenômenos sobrenaturais. Na era cristã, a loucura passou a ser relacionada a aspectos de religiosidade caracterizados, sobretudo, pelos estados de possessão. Durante o Renascimento e na época da Reforma Protestante, persistiu o caráter de religiosidade ligado à loucura, embora mudanças do sistema produtivo que ocorreram neste período tenham feito com que o indivíduo considerado louco fosse percebido de modo diferente, como improdutivo, portanto, indesejável. A nova ordem passou a ser a de excluí-lo do meio social. Este isolamento subtraía dele uma parcela importante de sua identidade e situava seu discurso em um nível incompreensível.

Por outro lado, ao alienar o indivíduo tido como louco, tirava-se do grupo uma parte de sua identidade, restringindo seus modos de expressão. Surgiram movimentos em defesa daqueles indivíduos, presos e marginalizados, em virtude de seus comportamentos considerados indesejáveis pela sociedade.

Na passagem do século XVIII para XIX, surgiram lutas pela libertação dos loucos das correntes e masmorras em que se encontravam. A partir daí a loucura passou a ser vista como doença e aumentou consideravelmente o número de asilos construídos. Vale ressaltar que a psiquiatria surgiu no século XVII, mas a loucura existe desde épocas remotas. Foucault (1978) tentou estabelecer uma relação entre a percepção científica sobre a loucura e o senso comum sobre o conceito de loucura, e observou que não se podia fazer muita distinção entre ambas.

Contemporaneamente, ocorre grande esforço visando a distinguir o que é da ordem da loucura, conceito do senso comum e categoria sócio-antropológica, e o que é da ordem da doença mental, categoria psicológica psiquiátrica. Para Sampaio (1992), o primeiro remete às visões de mundo e comportamentos que uma sociedade considera fora da imagem ideal que esta tem de si, enquanto o segundo relaciona-se com a formulação técnico-científica de um estado de sofrimento e perturbação gerador de variados níveis de inabilitades sociais.

O indivíduo necessita compreender para conviver com o seu adoecimento psíquico, já que é uma doença, na maioria das vezes, recorrente e estigmatizante, é necessário lidar com as metáforas sociais e as contradições relativas a esta, que causam alterações no comportamento e no cotidiano das pessoas acometidas. Surgem, então, as seguintes questões. Como o sujeito constrói representações sobre a loucura? Como constrói representações sobre o seu próprio adoecimento psíquico e como estas representações interferem na maneira de enfrentar o problema e na sua percepção sobre o tratamento, a cura, na auto-estima e nas suas ações na vida cotidiana?

Diante do problema a ser investigado, propusemos discutir as questões a partir dos dados obtidos na pesquisa de campo. O estudo teve marco de referência vinculado à forma de apreendê-lo e de interpretá-lo. Para este objetivo, o eixo teórico foi proposto pela Teoria das Representações Sociais, especificamente a tendência construtivista ou moscoviana proveniente da psicologia social francesa, cujos principais autores são Moscovici (1978) e Jodelet (1989). Essa tendência questiona as concepções teóricas que separam o aspecto individual do coletivo, e a dualidade entre o psiquismo e o social. Compreende essas dimensões como interdependentes ou como estruturas estruturantes e estruturas estruturadas, o que significa afirmar que as representações devem ser entendidas tanto como produtos sociais quanto como criações individuais.

O indivíduo portador de transtorno do humor constrói representações sobre a loucura e sobre o próprio adoecimento psíquico a partir das representações relacionadas a estas que já possuía antes de ser acometido por esse transtorno, e as já existentes no seu contexto social. Assim, acontece uma articulação entre os conteúdos pessoais, ou seja, da ordem da subjetividade e singularidade e os conteúdos presentes na sua cultura e no seu meio social.

As representações sociais e a rede de significações sobre a loucura e sobre o adoecer psíquico são construções engendradas a partir da articulação entre o individual e o social e ainda entre o pessoal e o coletivo. Neste sentido, para se estudar como este processo acontece, tornou-se imperativo analisar os significados contidos nas falas dos sujeitos que vivenciam a experiência de “enlouquecer”.

Entendendo que a investigação objetiva compreender o processo de construção de representações sociais sobre a loucura, tem-se, também, que qualquer transtorno mental classificado nos manuais de diagnósticos vigentes poderia ser contemplado neste estudo, no entanto, optamos por priorizar os transtornos do humor por suas características e peculiaridades.

A Teoria das Representações Sociais

O conceito de representação social se estabelece no limite entre a psicologia e a sociologia, especialmente entre a psicologia e a sociologia do conhecimento. É proveniente do conceito de representação coletiva, proposto por Durkheim (1974, citado por Bomfim & Almeida, 1992). O autor expõe teoricamente que as categorias fundamentais do pensamento originam-se na sociedade e que o conhecimento só poderia ser encontrado a partir da experiência social. Portanto, a vida social seria a condição primordial de todo o pensamento organizado. O autor cita, ainda, outra condição básica na elaboração do conhecimento, que consiste na formação de conceitos, os quais são partilhados pelos membros do grupo, originam-se a princípio, de características da vida da coletividade. Para ele, existiria diferença marcante entre as experiências singulares dos indivíduos (percepção, imaginação, sensação, etc.) e os conceitos que tornam possível a caracterização do ser essencial do homem: um homem que não pensasse por meio de conceitos não seria um homem, pois não seria um ser social reduzido apenas às percepções individuais, seria instinto do animal (Durkheim, 1983, p. 239).

A individualidade humana, ainda na concepção durkheimiana, citado por Herzlich (1972), constitui-se a partir da sociedade. Desse modo, a representação coletiva não se restringe ao somatório das representações dos indivíduos que formam uma sociedade. É muito mais do que isto, um novo conhecimento é formado, ultrapassando a soma das individualidades e beneficiando uma re-iniciação do coletivo. Nessa concepção de representação coletiva, encontra-se a primazia do social sobre o individual.

Por sua vez, Moscovici (1972) retoma o conceito proposto por Durkheim e o remodela a partir de duas vertentes: os estudos piagetianos de representação da criança e os trabalhos de Freud sobre as teorias sexuais infantis. Ele introduziu a teoria das representações sociais na psicologia social, na década de 1960, com a sua pesquisa sobre a Representação Social da Psicanálise. Propôs o redimensionamento da psicologia social a partir da elaboração do conceito de representação social. Caberia à psicologia social penetrar nas representações para descobrir a sua estrutura e seus mecanismos internos, uma vez que, como instrumento da psicologia social, as representações possibilitam o diálogo entre o individual e o social, além de proceder ao levantamento dos aspectos simbólicos e representações presentes na realidade social de difícil acesso por outras metodologias na área da psicologia social. Assim é que, para esse autor, representação social é uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos.

Seguindo essa linha de pensamento, Arruda (1992) chama a atenção para o conceito de representação coletiva proposto por Durkheim, o qual incluía nessa categoria desde a ciência até a religião, dos mitos ao senso comum. Enquanto isso, Moscovici (1972) considera que essas áreas de conhecimentos e crenças se diferenciam, contrastando ao longo da história, não cabendo, portanto, numa mesma categoria. Ob-

serva que as representações sociais revelam um fenômeno típico das sociedades modernas, poli-religiosas, pluripartidárias e “mediáticas”, nas quais não há mais mitos unificadores, mas uma proliferação de conceitos e imagens, que nascem e evoluem sobre nossos olhos, sem tempo de se transformar em tradição. Isso significa dizer que as representações sociais determinam a visão de mundo e a reação às pessoas e às coisas. O impacto delas não provém da consciência, mas da penetração que tem, da visão que transmitem e da ação que motivam.

Na visão de Jodelet (1984), representação social é uma forma de conhecimento socialmente elaborada e partilhada tendo uma visão prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social. É ao mesmo tempo produto e processo de uma atividade de apropriação da realidade externa ao pensamento e de elaboração psicológica e social desta realidade. Assim, podemos admitir que não é todo tipo de conhecimento que pode ser considerado como representação social, mas especificamente o conhecimento do senso comum, proveniente da vida cotidiana dos indivíduos, uma vez que a representação social é uma preparação para a ação, guia o comportamento, além de remodelar e reconstituir os elementos do meio ambiente onde o comportamento ocorre.

Nesse sentido, Moscovici (1989) salienta que as representações sociais são conjuntos de conceitos, afirmações e explicações, verdadeiras teorias do senso comum, que permitem a interpretação e a construção de realidades sociais. São constituídas em campos socialmente estruturados e núcleos estruturantes, o que significa que são reunidas em esquemas organizadores de interpretações e comunicações que permitem a compreensão do mundo social e orientam a ação.

Para Lane (1985), o ser humano é resultado de uma totalidade histórico-social, é produto e produtor de sua história individual ou pessoal como também da história de sua sociedade. Para sobreviver, necessita relacionar-se com os demais seres humanos e para tal utiliza-se da linguagem, que é mediadora entre o indivíduo e o mundo através das representações sociais. Nascimento (1997) chama a atenção para o caráter flexível das representações, ou seja, estas podem ser alteradas de acordo com mudanças que ocorrem no conjunto da vida social. Há, sim, uma articulação entre a dimensão da vida social e as representações como universo cultural, isto é, as representações sociais são produzidas a partir das relações socialmente vivenciadas e, simultaneamente, são elementos que constituem o social, uma vez que dão significado às ações humanas. Como modalidade de conhecimento prático, as representações sociais têm como função a orientação da comunicação intergrupal e a prática do dia-a-dia e são elaboradas a partir de referências individuais e de acordo com o contexto de valores culturais e normas sociais.

Este estudo busca o entendimento sobre as representações sociais de loucura, e o modo como a população investigada vivencia as questões relacionadas ao fenômeno loucura, quais as perspectivas de cura, além de buscar apreender o significado que essas representações sociais têm para esses sujeitos, analisando como as representações so-

ciais de loucura são produzidas e elaboradas no cotidiano dos sujeitos.

Na suposição de que as representações sociais remetem a categorias de pensamentos que expressam a realidade, explicando-a e justificando-a, consideramos que essa teoria contém potencial suficiente para a análise a ser realizada, uma vez que, segundo a referida autora, as representações sociais fazem parte do sistema simbólico que produz o conhecimento sobre o mundo, atribuindo significado à realidade, e através dessa rede simbólica de sentidos, é possível pensar o mundo de certas práticas sociais. Elas se manifestam em palavras, sentimentos, gestos, idéias, opiniões e condutas, depois se institucionalizam.

O discurso como fonte das representações sociais

Este estudo buscou identificar as maneiras como as representações sobre a loucura são construídas, tentando uma aproximação do conhecimento próprio do senso comum sobre o fenômeno loucura e sobre as múltiplas formas como um indivíduo constrói representações sobre esse tema, a partir de suas vivências e do legado cultural ao seu dispor.

Estudando os conteúdos expressos nas falas dos sujeitos, nos propusemos compreender esse processo que envolve as dimensões psíquica e cultural, tendo como ponto de partida o conhecimento sobre loucura expresso pelo senso comum, ou seja, da vida cotidiana dos sujeitos, conhecimento este que é elaborado socialmente e que funciona no sentido de interpretar, pensar e agir sobre a realidade. A pesquisa tem como base pressupostos epistemológicos construtivistas próprios da Teoria das Representações Sociais, a qual admite ser o conhecimento um produto social, devendo, portanto, ser remetido às suas circunstâncias de criação. Isso significa dizer que o acesso às representações sociais só se torna possível por meio de instrumentos que focalizem o caráter dialético do contexto social e que favoreçam o conhecimento do meio social em que as representações emergem, circulam e se transformam.

A nossa opção pela tendência construtivista deveu-se principalmente à sua capacidade de articular o social e o psicológico como ação dinâmica. Segundo Arruda (1992), não é possível separar as cognições dos quadros mentais e sociais em que estas operam.

Para análise dos dados foi utilizado o método proposto por Bardin (1976) que privilegia a escuta da fala dos sujeitos, no sentido de conseguir apreender os significados contidos nestas, e desse modo chegar a compreender o modo como as representações sobre a loucura são construídas.

Os dados deste estudo foram obtidos através de entrevistas com roteiro com 52 sujeitos, inscritos no programa de ambulatório especializado em transtornos do humor, de um hospital psiquiátrico público localizado na cidade de Fortaleza, Ceará, Brasil. Os critérios de escolha dos informantes da investigação foram: estar em tratamento há pelo menos um ano; estar em tratamento medicamentoso prescrito pelo psiquiatra do serviço de ambulatório especializado e possuir diagnóstico de transtorno do humor. O quantitativo de sujeitos foi determinado pela saturação teórica, as entrevistas fo-

ram suspensas quando os conteúdos estavam se repetindo, favorecendo a compreensão do fenômeno em estudo.

As entrevistas foram realizadas no período de agosto a setembro de 1998. Os registros das informações foram gravados e posteriormente transcritos na íntegra. Os sujeitos foram abordados enquanto aguardavam o atendimento médico, momento em que a autora da pesquisa se apresentava e expunha os objetivos da pesquisa, ocasião em que indagava se estes concordariam em participar. De acordo com os dados epidemiológicos disponíveis, reveladores de que os transtornos do humor são mais comuns em mulheres, no universo pesquisado observamos um número maior de portadores deste transtorno entre o sexo feminino.

Na pesquisa de campo, empregamos um roteiro que orientava a entrevista, tornando possível o sujeito expressar-se livremente. Os tópicos incluíam: como pensa a loucura? como percebe o próprio adoecimento? a que atribui o surgimento de seu adoecimento? o que mudou em sua vida a partir desse adoecimento? como se sente percebido pelas outras pessoas? o que acha sobre o tratamento e cura? Os sujeitos entrevistados foram ainda encorajados a falar um pouco sobre suas histórias de vida.

O conteúdo dos discursos conseguidos com as entrevistas foi analisado através do método proposto por Bardin (1976), via levantamento das unidades de significação, categorização e contagem de freqüência.

Caracterização dos informantes da investigação

O estudo foi realizado envolvendo 52 participantes, sendo 46 do sexo feminino e 06 do sexo masculino, uma vez que os transtornos do humor são mais comuns em mulheres. As idades variaram entre 21 a 70 anos. Quanto ao grau de instrução, um terço dos entrevistados havia concluído o ensino médio (18 em 52, o que corresponde a 34,6%), sendo que 23,0% (12 em 52) eram analfabetos, ou seja, nunca haviam freqüentado a escola.

Quase um terço dos participantes não concluiu o Ensino Fundamental (16 em 52, que equivalem a 30,8%). Apenas 7,6% (04 em 52) eram alfabetizados, ou seja, aprenderam a escrever o próprio nome e a ler com certa dificuldade; 4,0% (02 em 52) chegaram ao ensino médio, mas não conseguiram concluir-lo e apenas 1 indivíduo estava cursando a universidade.

Quase a totalidade dos entrevistados possuía ocupação, 94,3% (49 em 52), sendo que mais de um terço desempenhavam tarefas domésticas, e apenas 5,7% (03 em 52) dos participantes não possuíam nenhum tipo de ocupação.

Quanto à renda familiar, 51,9% (27 em 52) possuíam renda entre 02 e 05 salários mínimos, e 26,9% (14 em 52) situavam-se no intervalo de até 01 salário mínimo.

Em relação à procedência, 69,2% dos participantes (36 em 52), que corresponde a dois terços do total, eram procedentes da capital e 30,7% (16 em 52) eram constituídos por pessoas provenientes do restante do estado.

Mais de dois terços dos entrevistados (71,1%, ou 37 em 52) pertencia à religião católica, 28,8% (13 em 52) professavam outras religiões cristãs e apenas 3,8% (02 em 52) não seguiam nenhuma orientação religiosa.

Quanto ao estado civil dos entrevistados, 40,3% eram casados (21 em 52) e 34,6% (18 em 52) solteiros. Os outros, 25,1% (13 em 52), eram desquitados ou separados.

Compreensão dos significados contidos nos discursos

Representações sociais de loucura

Através da análise de conteúdo dos discursos, ficou visível que os sujeitos constroem representações sociais de loucura em torno dos seguintes núcleos de significado: fora de si, doença, mal-estar psíquico e distorção da realidade.

Fora de si. Esse núcleo de significação foi apresentado por 31 (57,6%) dos entrevistados. Foi observado esforço em explicitar o significado, geralmente associado a comportamentos divergindo dos padrões estabelecidos pelo meio social, considerados fora do normal, comportamentos esses variando desde andar sem roupa, comer excrementos, até praticar violências. Esse núcleo de significação envolve ainda a perda do controle consciente dos impulsos que leva o indivíduo a agir sem pensar:

Loucura para mim é a pessoa que fica fora de si, faz coisas fora do normal, fora dos padrões, tira a roupa, joga pedra, cisma com as pessoas, come porcaria, come até cocô... (Mulher/33 anos).

Loucura é a pessoa doida; quebra as coisas, rasga dinheiro, anda todo rasgado, não se cuida, não tem senso de nada do que está fazendo... (Mulher/38 anos).

Doença. Essa idéia significante apareceu no discurso de 09 (17,3%) entrevistados, que revelaram esforço em apresentar termos técnicos como distúrbio, transtorno, fenômeno, desequilíbrio emocional ou problema mental. A loucura é percebida como uma doença, podendo esta ser dos nervos, do cérebro, do sistema nervoso, sangue fraco, nervosismo ou até mesmo doença do outro mundo. Desse modo, a loucura estaria associada a doenças de uma outra ordem que não as doenças do corpo, o que remete à concepção de dualidade mente e corpo. Assim, as representações de loucura seriam resultantes do processo de objetivação da representação do corpo, que participa dessa produção como substrato para tornar o desconhecido familiar.

Loucura para mim é um desequilíbrio emocional, um desequilíbrio mental, um distúrbio. Loucura é uma coisa assim que a pessoa nunca mais fica normal, sempre tem aquele surto... (Mulher/42 anos).

Loucura, eu acredito que é uma doença, um desequilíbrio mental. Tecnicamente é um problema mental, tá certo que certos problemas é consequência, a pessoa é uma pessoa normal e se tornou assim. Outros são problemas naturais. Acho que existem muitos tipos de loucura. Acho muito complicado... (Homem/22 anos).

Mal-Estar Psíquico. Essa unidade de idéia significativa foi manifestada por 6 (11,5%) dos entrevistados. Denota a experiência pessoal que o sujeito vivencia com a loucura,

percebida como algo muito ruim, horrível, um estado de mal-estar no qual o indivíduo perde o prazer de viver.

Loucura é aquilo que causa mal estar e prejuízo para a própria vida, prejuízo emocional e prejuízo à saúde... (Mulher/40 anos).

Eu acho a loucura uma coisa horrível, uma coisa ruim demais. A pessoa não tem saúde. Tem tempo que eu fico, aí ando, ando, ando pelo mundo que faço bolhas nos pés, eu não sei explicar não, é ruim demais... (Mulher/53 anos).

Distorção da Realidade. Essa unidade de significação foi identificada em 6 (11,5%) dos sujeitos e refere-se, além de alterações da realidade, à idéia de mudança na personalidade e tendência à fantasia:

A loucura é a distorção da realidade. É a falta de tato com o que é real, com os fatos. É uma desagregação mental de comportamento. É uma visão distorcida por parte de alguém do que é normal, distorce tudo que vem a ser normal... (Homem/28 anos).

É uma fantasia também, a pessoa quer ser dona do mundo, quer abraçar o mundo com as pernas, aí não consegue realizar esse sonho fantástico, aí fica perturbada das idéias... (Mulher/36 anos).

Representações sociais sobre as causas do próprio adoecimento psíquico

Em relação ao modo como os sujeitos entrevistados percebem o próprio estado de adoecimento psíquico, foi possível observar que, quando tentaram explicar, acabaram apontando as causas, tendo sido identificados as seguintes ideações, organizadas em núcleos de significado referentes a perdas, mitos, traumas e doença dos nervos, em torno das quais as representações sociais sobre as origens atribuídas ao próprio adoecimento psíquico são elaboradas.

Perdas. Essa unidade foi apresentada por 14 (27,0%) entrevistados envolvendo perdas em diversos níveis, materiais e afetivas, inclusive a morte de entes queridos:

A doença que começou em mim foi assim: eu comecei a pensar na morte do meu pai e fiquei triste, perdi todo o prazer da minha vida, aí adoeci, não queria ver ninguém... (Mulher/60 anos).

O meu problema é perda afetiva, perdi minha avó que me criou, assassinaram meu pai, foi latrocínio... (Mulher/38 anos).

Casos de separações conjugais também emergiram como fator desencadeante de dificuldades psíquicas:

Em consequência da separação dos meus pais fiquei revoltada com meu pai, deprimida, preocupada... (Mulher/25 anos).

Eu fico deprimida, agressiva, com vontade de morrer, chorando, sem dormir... Foi porque na época que meus pais estavam em crise de separação, eu fiquei em dúvida se ficava com meu pai ou com minha mãe... (Mulher/24 anos).

Os rompimentos de vínculos afetivos também estão incluídos nesta unidade de significação, e foram mencionados pelos sujeitos como responsáveis pelo início de suas dificuldades.

Terminei um namoro de muitos anos, fiquei com depressão, abandonei meu curso, não queria sair, não me arrumava, não via alegria em nada, era uma tristeza muito grande, chorava por qualquer besteira... (Mulher/21 anos).

As perdas materiais se encontram presentes como elemento estressor, geralmente associado a outras perdas:

Com a separação do meu casamento, com as perdas materiais e a condição de vida, perdi as coisas, casa, carro, e ainda por cima perdi o marido. Com essas perdas fui me enchendo de estresse aí adoeci... (Mulher/42 anos).

Mudanças importantes, como as que ocorreram em consequência de migração, e as perdas econômicas que forçam o indivíduo a mudar o seu estilo de vida, aparecem como influências nítidas no adoecimento:

Tudo começou quando eu vim morar aqui em Fortaleza. Vendemos dois carros, terra, gado para botar um negócio, aí o governo Collor bloqueou todo o nosso dinheiro. Me responsabilizei por um cheque a um agiota, aí esse agiota todo dia na minha porta... Ficamos sem carro, eu via meu filho ir para aula a pé debaixo de chuva, me deu aquela angústia, o desespero total, toda agonia, aí eu senti que ia enlouquecer... (Mulher/52 anos).

Mitos. As explicações míticas foram observadas em 13 (25,0%) dos entrevistados, que atribuíram o surgimento do adoecimento psíquico a influências sobrenaturais ou espirituais, lendas e mitos, as quais funcionam como construções metafóricas para explicar a origem da doença. Desta forma, o conceito loucura é ancorado nos conhecimentos já sedimentados e cristalizados pertencentes ao arcabouço cultural do indivíduo, promovendo a integração cognitiva do objeto representado no sistema de pensamento já existente.

Porque eu tinha que desenvolver a mente para frente desde o começo do mundo. Uma mãe de santo disse que atrás de mim tinha duas sombras, que era para mim desenvolver. Só que eu não fiz o que ela mandou, porque o caboclo passou para eu tomar 21 banhos de eucalipto e de sal grosso, só que eu nem liguei... (Mulher/49 anos).

A minha doença foi causada por cansaço físico e mental ajudado pelos maus espíritos... (Mulher/33 anos).

Crenças ligadas à bruxaria são encontradas nos discursos dos sujeitos para explicitar a origem da doença, de modo a proceder à objetivação do saber científico, apreendendo o novo conhecimento a partir da criação de sua própria relação com o objeto, dando forma e sentido de acordo com as significações já existentes em seu ambiente social.

Fizeram uma bruxaria para mim e para mamãe na boca de um sapo, aí eu estava menstruada, aí suspendeu, eu baixei aqui nesse hospital... (Mulher/42 anos).

Rapaz, eu sei lá! Eu acho que essa doença não é desse mundo não. Acho que é encosto, botaram sete encostos em cima de mim. Quem botou foi a mulher do homem que eu gostava. Eu gostei sete anos de um homem junto, aí a mulher dele bateu nas

partes como eu não ficava com ele nem sete anos. Ela botou macumba para eu ficar louca, eu fiquei... (Mulher/23 anos).

As explicações cósmicas, como a influência da ação exercida pelos astros no estado do indivíduo, são demonstradas nessa representação do adoecimento psíquico, em que conteúdos culturais são articulados às vivências pessoais:

Minha doença ataca mais pela força da lua. Lua nova e lua cheia. Na lua cheia, quando o planeta nasce embaixo e vai subindo, vai começando a dor de cabeça e na lua nova é do mesmo jeito. No sair da lua nova fico ruim da cabeça, na lua cheia fico desaforento, não posso trabalhar porque a paciência é pouca... (Homem/70 anos).

O resguardo quebrado aparece como um mito muito forte na nossa cultura tendo emergido nos discursos dos sujeitos como forma de objetivação, permitindo que eles se familiarizassem com a estranheza causada pelo adoecimento psíquico:

Eu percebo que minha doença começou de um resguardo quebrado, foi um susto. Meu marido me bateu, eu caí durinha, quando acordei fui no hospício... (Mulher/45 anos).

Eu choro, agrido o povo, a minha família fala, eu não escuto, fico revoltada, também já tentei morrer enforcada, eu acho que foi um resguardo quebrado... (Mulher/44 anos).

Traumas. As vivências traumáticas e estressoras apareceram nas falas de 19 (36,5%) dos sujeitos. Sugerem, portanto, a influência desses acontecimentos na construção de representações sociais para explicar a etiologia dos transtornos psíquicos:

A minha doença é devido ao meu marido, por causa da cachaça dele e das mulheres. Ele me deixava sozinha de noite e ia para as festas dançar com as mulheres e me deixava só. Ele me maltratava, me batia muito... (Mulher/39 anos).

Foi porque minha mãe me amarrou com cadeado com uma corrente na perna com umas cordas nas telhas, passei 15 dias acorrentada, todo dia ela me dava uma pisa... (Mulher/22 anos).

Doença dos nervos. A doença dos nervos foi apresentada como núcleo de significação importante nas representações relativas às origens do adoecimento psíquico, tendo sido observada na fala de 06 (11,5%) sujeitos:

A minha doença não tem nada a ver com loucura, a minha doença é dos nervos. Foi o seguinte, eu vim para cá porque o meu sistema nervoso estava abalado, eu estava agressiva... (Mulher/38 anos).

Eu me trato do sistema nervoso, começo a chorar, a me preocupar... (Mulher/26 anos).

Representações sociais dos modos de enfrentamentos da doença

Quanto ao modo como os sujeitos enfrentam a doença, foram identificadas as seguintes unidades de significação: negação, racionalização e aceitação.

Negação. Esse mecanismo foi observado em 19 (36,5%) dos entrevistados e reflete as dificuldades em aceitar e lidar com a doença:

Ah! Para mim loucura não existe. O que existe são pessoas perturbadas, perturbadas com coisas que não podem resolver... (Mulher/39 anos).

Não tenho doença nenhuma, graças a Deus! (Mulher/49 anos).

Racionalização. Na fala de 19 (36,5%) participantes verificamos uma tendência para explicar o seu mundo de experiência com a doença e para dar-lhe um sentido, de forma a evitar a angústia e a manter o auto-respeito:

Eu acho que não é loucura não. Para mim foi uma aventura. O meu problema é nervosismo, eu sou nervoso, sou de briga, dá vontade de brigar porque eu sou karatê, com quem eu encontrar eu brigo... (Homem/25 anos).

Dizem que sou louca, mas eu não fico no meio da rua, não jogo pedra, só que quando estou muito preocupada fico sem comer... (Mulher/27 anos).

ACEITAÇÃO. Detectamos em 14 (27,0%) discursos uma atitude de aceitação frente aos conflitos e contradições decorrentes da doença:

O remédio faz parte da minha rotina, é como escovar os dentes, virou um hábito, nunca mais tive nada... (Mulher/33 anos).

Eu nunca usei minha doença para me fazer de vítima, a coitadinha... Eu levo minha vida normal... (Mulher/44 anos).

Representações sociais das mudanças ocorridas a partir do adoecimento psíquico

Em relação às mudanças ocorridas na vida dos sujeitos, decorrentes do adoecimento, foram identificados os seguintes mecanismos, que constituem as seguintes representações sociais: projeto interrompido, perda da identidade, não houve mudança.

Projeto interrompido. No discurso de 34 sujeitos (65,3%) ficou visível a idéia de que tiveram seus projetos de vida bloqueados em razão das dificuldades provocadas pela doença. Os planos interrompidos incluem o abandono dos estudos:

Mudou porque eu gostava de estudar. Eu sonhava em fazer direito, mas vem um problema desse e todos os sonhos da gente acabam... (Mulher/42 anos).

Minha vida mudou porque minha vontade era de estudar, mas eu fiquei doente, perdi as provas, eu estava na 4^a série e tive que parar... (Mulher/21 anos).

Interrupções nos projetos ligados à vida profissional também foram apresentadas:

Perdi vários trabalhos, endoidava saía... (Mulher/26 anos).

Percebem-se nos discursos referências às mudanças ocorridas nos relacionamentos interpessoais:

Mudou muita coisa na minha vida, mudou meus relacionamentos... (Mulher/40 anos).

Minha vida mudou porque o homem lá de casa me abandonou, me deixou com o menino, aí eu fui para casa do meu irmão, depois fui para casa da minha avó, não tive mais sossego... (Mulher/44 anos).

Através dos discursos dos entrevistados, percebemos a idéia de discriminação que sofrem por parte das pessoas de seu convívio social:

O que mudou é que me deu completa insegurança, porque não sabe se vai ficar boa. Depois de uma crise a gente tem medo de não ser aceita pela sociedade. A gente fica uma pessoa marcada. O certo é isso. Eu tenho um namorado há 3 anos, acho que ele não assume porque tem medo da minha doença. Eu tenho um primo que é deputado, ele não me arrumou emprego porque teve medo de eu ter uma crise e envergonhar ele... (Mulher/44 anos).

Com essa doença mudou tudo na minha vida, passei a morar na casa dos outros, mudou 100%. Perdi a confiança da minha família, ninguém confia em mim. Perdi as amizades que eu construí, tudinho se afastaram de mim... (Mulher/26 anos).

As falas sinalizam também para a qualidade de vida, comprometida ou ameaçada a partir do adoecimento:

Mudou assim, porque vivo dentro de hospital, mudou minha liberdade... (Mulher/36 anos).

Minha vida para trás era boa, eu trabalhava, conseguia pagar escola particular para minha filha, dava tudo a ela dentro dos conformes. Hoje ela estuda em escola do governo, não posso mais pagar curso de computação para ela nem aeróbica... (Mulher/33 anos).

Perda da identidade. Mudanças profundas na personalidade, no jeito de ser e de se comportar foram relatadas por 15 sujeitos (29,0%):

Mudou tudo na minha vida. Eu era muito feliz, alegre e brincalhona. Não tenho mais alegria. Eu brinco, mas é aquela falta. Não estou completa, falta uma coisa. Não tenho saúde. A pessoa tendo saúde tem tudo, é completa de tudo. Quando a pessoa tem saúde, tem prazer de viver, tem alegria, tem tudo, é feliz. Eu não me sinto normal não. Eu não sou mais a mesma pessoa. Não tenho mais vontade de me arrumar, me divertir. Eu tenho muito desgosto. Tanto faz estar doente como boa... (Mulher/41 anos).

O que mudou na minha vida é que eu me sinto outra pessoa, como se tivesse apagado tudo e eu tivesse que aprender tudo de novo... (Mulher/22 anos).

Foram também relatadas mudanças positivas no sentido do amadurecimento e do crescimento pessoal:

Minha vida mudou pelo fato da minha forma de ser. Antes do problema eu era muito arrogante, muito prepotente. Passei a valorizar a vida e a valorizar o contato com outras pessoas. Hoje sou mais reservado, mais cauteloso. Aprendi a valorizar o meu tempo e o convívio com outras pessoas. Mudou minha visão de mundo... (Homem/28 anos).

Minha vida mudou porque depois da doença eu aprendi a viver por minha conta, sem esperar por marido. Não sei, eu amadureci, eu envelheci e aprendi muitas coisas... (Mulher/45 anos).

Não houve mudança. Para apenas 03 (05,7%) entrevistados, o surgimento da doença não acarretou nenhuma mudança em suas vidas, como sugerem os trechos dos seguintes discursos:

Não mudou nada não, a minha vida foi só de sofrer... (Mulher/42 anos).

Mudou não, a vida continua do mesmo jeito... (Mulher/38 anos).

Representações sociais referentes ao modo como se sentem percebidos pelos outros

Quanto à maneira como os entrevistados se sentem percebidos pelos outros, foi possível identificar os significados: louco, doente e normal:

Louco. As falas de 24 (46,2%) participantes investigados expressam a opinião e o sentimento de que são discriminados e vistos como loucos:

As pessoas me chamam de louca, meus irmãos, minha família. Dizem que sou louca... (Mulher/63 anos).

As pessoas têm medo de mim, ficam apavoradas porque pensam e dizem que sou louca... (Mulher/39 anos).

Doente. Dentre os sujeitos investigados, 14 (26,9%) têm a impressão de serem vistos e tratados como doentes:

Acho que as outras pessoas pensam que sou doente devido a tantos internamentos... (Mulher/44 anos).

Dizem que se não fosse a minha doença eu tinha a capacidade para fazer muita coisa... (Mulher/45 anos).

Normal. Os discursos indicam que 14 (26,9%) indivíduos investigados sentem-se percebidos como pessoas normais: e o que é normal?

Pensam que sou uma pessoa normal... (Mulher/24 anos).

Acho que elas me vêm com normalidade, com naturalidade... (Homem/28 anos).

Representações sociais de si mesmo: auto-estima

A auto-estima dos sujeitos ficou visível através das alocuções, possibilitando identificar as seguintes categorias: auto-estima negativa, auto-estima positiva, auto-estima exarcerbada e auto-estima oscilante.

Auto-estima negativa. Os dados colhidos nas entrevistas demonstram que a maioria dos participantes (28, ou 54,0%), apresenta auto-estima negativa:

Eu não sinto mais vontade de viver. Parece que o mundo já se acabou para mim. Parece que uma coisa se apagou em mim. Sinto um vazio dentro de mim... (Mulher/38 anos).

Eu tenho 33 anos e não consegui construir nada. A gente faz uma avaliação e vê que fez tudo errado. Tinha vontade de morrer, hoje eu não estou longe disso não... (Mulher/33 anos).

Auto-estima positiva. Apesar dos conflitos impostos pelo adoecimento psíquico, 13 (25,0%) participantes da pesquisa revelaram uma auto-estima positiva refletindo que estão conseguindo lidar com a doença de modo a garantir o ajustamento:

Não me vejo em momento algum como uma pessoa deficitária ou inferior... (Homem/28 anos).

Eu sou uma pessoa alegre, comunicativa, trabalhadora, adoro fazer amizade, adoro viajar, comer bem, conversar, música... (Mulher/42 anos).

Auto-estima oscilante. O conteúdo expresso nas falas de 07 (13,4%) sujeitos demonstra uma oscilação da auto-estima que ora tende para a positividade e em outro momento pende para a negatividade:

Aqui e acolá eu fico pensando, meu Deus, será que eu sou normal ou será que eu sou doida? Eu vivo uma vida normal, sou feliz... (Mulher/42 anos).

Não pude mais trabalhar porque a paciência é pouca. Eu não sou bom da cabeça. Eu gosto de viver. Nunca imaginei me matar não... (Homem/70 anos).

Auto-estima exacerbada. No discurso apresentado por 4 (7,6%) sujeitos, percebemos uma elevação ou exagero da auto-estima, o que indica certa influência dos quadros maníacos.

Tenho muitas profissões. Acho que é isso que atrapalha. Sou auxiliar de enfermagem, técnico de laboratório, arte culinária, costureira, ainda canto na noite. Será que eu sou danada? (Mulher/36 anos).

No meu pensamento eu sou a mãe de Deus. Eu sou a Xuxa, sou a rainha dos baixinhos, eu sou tudo dentro de uma só. Eu saio nua, pelada no meio da rua como a Eva, a primeira mulher que veio ao mundo... (Mulher/42 anos).

Representações sociais sobre o tratamento

Em relação ao modo como os sujeitos investigados percebem o tratamento, foi possível identificar as seguintes categorias: excelente, bom, regular e insuficiente.

Excelente. Esse conceito foi atribuído por 23 (44,2%) sujeitos, que consideram a terapia eficaz, estão muito satisfeitos com o modo como o tratamento tem sido conduzido, até mesmo reconhecem que contribuiu para melhorar a qualidade de suas vidas:

Olha, eu acho o tratamento excelente. Desde que comecei o tratamento não senti mais nada. Resolvo tudo... (Mulher/33 anos).

O tratamento, o lítio? Ótimo. No começo eu não acreditava, mas eu já estou 5 anos sem crise... (Mulher/44 anos).

Alguns sujeitos percebem o remédio como algo milagroso, próximo do divino:

O tratamento eu acho excelente. Quando estou anormal eu só melhoro quando eu tomo esses remédios. Abaixo de Deus, primeiro Deus, depois o remédio... (Mulher/38 anos).

Alguns consideram o tratamento realizado por inspiração divina:

O tratamento é excelente. Acho que Deus deu um dom a esses psiquiatras... (Mulher/52 anos).

Bom. O conteúdo das falas de 11 (21,2%) entrevistados sustenta que estes reconhecem a importância do tratamento e o classificam como bom:

Acho o tratamento muito bom... (Mulher/38 anos).

O tratamento é bom... (Mulher/22 anos).

Regular. Entre os entrevistados, 11 (21,2%) reconhecem a importância do tratamento, porém apresentam algum tipo de restrição:

Acho o tratamento muito bom, mas é muito demorado e eu não gosto do meu médico... (Mulher/23 anos).

Acho o tratamento bom. O meu tratamento pelo menos. Tomo um lítio pela manhã e dois à noite e me sinto muito bem, a única coisa é que engorda... (Mulher/42 anos).

Eu estou achando um bom tratamento, eficaz, eficiente. Eu acho ruim essa troca de médico. Tem médicos que lhe deixam à vontade, outros não... (Homem/22 anos).

Sobre o tratamento acho bom. Acho ruim porque é longe. Tenho que vir do Jaguaribe todos os meses... (Mulher/57 anos).

Insuficiente. Dentre os entrevistados, 07 (13,4%) não reconhecem a importância do tratamento ou não acham que tenham melhorado com este:

Eu acho que da dor de cabeça eu estou curada, mas dessa coisa que eu sinto, disso eu não melhorei não... (Mulher/38 anos).

Sinceramente falando eu não acredito nesse tratamento. Não bota fé nesse tratamento não... (Mulher/26 anos).

Há os que, não reconhecendo a eficácia do tratamento, pretendem ir em busca de outro tipo de terapêutica:

Eu não estou achando melhora em mim, porque eu sempre fico com essa zanzeira na cabeça, mas eu vou procurar tratamento espiritual... (Mulher/33 anos).

Há os que estão insatisfeitos com a relação médico-paciente:

Por mim eu confesso que não tem influência. O medicamento, sem dúvida, tem de fato influência, mas a conversa com o médico acho muito mecânica, muito resumida... (Homem/28 anos).

Representações sociais sobre cura

A perspectiva de cura consiste em uma das preocupações desta investigação; e em relação a este objetivo, identificamos 03 categorias: acredita, não acredita e têm dúvida.

Acredita. A maioria dos investigados, 32 (61,6%), crê em cura para seu adoecimento, até mesmo existem aqueles que já se consideram curados:

Eu acredito que me curei. Eu me vi louca, louca e fiquei boa... (Mulher/52 anos).

Há aqueles que acreditam que para obter cura é necessário ter fé:

Acredito na cura, e para gente ficar boa, a gente tem aquela fé... (Mulher/41 anos).

Alguns associam a possibilidade de cura à ação divina, única cura possível:

A única cura que eu penso, que eu tenho fé é a de Deus... (Mulher/29 anos).

Jesus Cristo quando esteve aqui na terra fez cego ver, surdo ouvir, paralítico andar, morto ressuscitar. Se for adequado para mim, ele pode me curar... (Mulher/38 anos).

Cura não! Eu acho assim, que cura não é negócio de espírito nem de macumba. Só Deus. Eu não confio em outra coisa senão em Deus... (Mulher/24 anos).

Há os que relativizam a cura, como um estado de melhora ou diminuição dos sintomas obtida com a ação dos remédios:

Eu vivo como na condição de curado, mas eu sei que se eu parar com o remédio vou ter problema. Como já tive... (Homem/28 anos).

Eu estou melhorando agora com esses remédios. Eu estou vendendo que estou ficando boa... (Mulher/21 anos).

Existem os que acreditam na possibilidade de curar-se através da ação de entidades espirituais:

Eu acredito que vou ser curada, mas tem que ter ajuda das entidades lá fora. Só do hospital não acredito em cura não. Vou procurar tratamento espiritual... (Mulher/33 anos).

Outros acreditam na eficácia da associação entre tratamento medicamentoso e tratamento espiritual:

Acho que os remédios e os videntes tão me ajudando... (Mulher/49 anos).

Alguns discursos expressam a participação do indivíduo na própria cura:

Acredito muito na cura, mas depende da pessoa. A minha doença tem cura, estou fazendo o tratamento direitinho... (Mulher/38 anos).

Eu acredito em cura. Eu também tenho muita força de vontade, me ajuda muito. A pessoa é que tem que se ajudar... (Mulher/57 anos).

Não acredita. Foi-nos possível observar entre os entrevistados que 12 (23,0%) não acreditam na possibilidade de cura:

Eu acho cura um pouco difícil. Eu acho que vou ser sempre assim. Acho que não vou mudar nunca... (Mulher - 38 anos).

A idéia de cura é muito remota. Cada vez que eu tenho um baque volta tudo de novo... (Mulher/33 anos).

Outros parecem ter sido desencorajados pelo médico a não esperar pela cura:

Bom, eu não sei se tem cura. Cura efetiva creio que não, como o médico já falou... (Mulher/21 anos).

Cura? Acredito não, porque o doutor já disse para o meu irmão. Ele disse que eu ficava melhor, mas boa total eu não ficava não... (Mulher/44 anos).

Têm dúvida. Há aqueles que têm dúvida quanto à possibilidade de cura (15,4%), revelando um posicionamento contraditório em relação à cura, ora achando possível, ora considerando improvável:

As curas existem, não existem aquelas curas impossíveis, que pela medicina não foram possíveis... (Homem/22 anos).

Não acredito em cura não. Posso até acreditar. Sei não. Mas esse meu problema tem cura não... (Mulher/58 anos).

Conclusões: a loucura e sua rede de representações sociais

A construção de significados para o fenômeno loucura surge em torno dos núcleos de sentidos contidos nas seguintes categorias de análise: fora de si, doença, mal estar psíquico e distorção da realidade. Para a maioria dos sujeitos (57,6%), principalmente mulheres com baixa escolaridade e sem atividade profissional, o significado de loucura está relacionado a estar fora de si. Podemos inferir daí que, sendo o conceito de loucura ainda nebuloso e de explicação difícil, pertence à ordem do desconhecido e tudo o que é desconhecido, segundo Moscovici (1989), motiva as pessoas a criar representações sociais.

A loucura é ligada a uma condição de estranheza por ser um fenômeno no qual não se tem uma compreensão plena ou domínio, e os porquês não foram completamente elucidados; o estar fora de si faz parte de uma estratégia protegida, frente a algo que ameaça.

Cada indivíduo possui internalizadas as normas de condutas ditadas por seu meio social, que o orientam quanto ao modo adequado de comportar-se. Quando alguém age fora dos padrões estabelecidos, como por exemplo, nos quadros maníacos, surge necessidade de explicar tais manifestações. A loucura e os conhecimentos científicos sobre ela são, então, conectados à noção de que a pessoa se torna diferente, estranha, outra pessoa, ou seja, é ancorada no conhecimento próprio do senso comum sobre o referido fenômeno. Assim, o conceito de loucura se liga e é inserido ao conceito preexistente, enraizando-se socialmente. O objeto representado (loucura) adquire significado através da representação social da loucura (a pessoa fica fora de si) e passa a ser utilizada como sistema de interpretação do meio social.

Desse modo, nos discursos apresentados pelos sujeitos da pesquisa, o fora de si consiste em uma unidade de significação estruturante, assumindo a função de criar e transformar um significado de outros elementos constitutivos da representação social. Por meio dele, os outros elementos de representação adquirem sentido e valor. O núcleo de significação, no caso, fora de si, determina a natureza dos elos, fazendo a conexão entre os outros elementos de representação, ou seja, por estar fora de si, o indivíduo “age sem pensar”, “faz coisas fora dos padrões”, “joga pedra”, “cisma com as pessoas”, “rasga dinheiro”, “fica que nem criança”, “come

porcaria”, “come até cocô”, “quer matar os pais”, “pode até se matar”. Nesse sentido, o estar fora de si consiste no elemento unificador e estabilizador da representação social de loucura.

Dentre as formas de representar a loucura, a doença aparece de modo significativo e relacionada à doença da mente, doença do cérebro ou doença dos nervos. Essa concepção remete à idéia dicotômica mente/corpo e foi revelada no discurso de participantes analfabetos e/ou com algum grau de escolaridade, tanto homens, quanto mulheres, com idade média de 38 anos. O conteúdo dos discursos reflete uma nítida diferença entre esse tipo de doença (mente, cérebro, nervos) e outras espécies de doença. Podemos inferir que o aspecto de estranheza do qual se reveste o fenômeno loucura incentiva a produção de representações sociais, e que essa produção se realiza na medida em que fragmentos conceituais provenientes do conhecimento científico, veiculados pelo meio social através do tempo, como a concepção de que a mente está relacionada à consciência, pensamento, o cérebro, associado à idéia de ser o centro responsável pelo comando das ações globais do indivíduo, e os nervos, relacionados à idéia de controle das emoções e impulsos. São assim ancorados ao conceito de doença, o qual é mais familiar. Desse modo, os conceitos ainda não estruturados são organizados, prevalecendo as marcas do pensamento antigo, que são ancoradas no conhecimento já estabelecido, no caso o conceito de doença já assimilado.

Doença se configura como uma unidade de sentido na representação social de loucura, ao redor da qual outros elementos de representação são unificados: perturbação mental, distúrbio cerebral, doença da cabeça, doença dos nervos, sistema nervoso e nervosismo, além de configurar a loucura como algo que se inscreve dentro do próprio indivíduo (cérebro, mente, nervos) e não como exterior a este, mas no organismo.

Vale destacar, aqui, um ponto de convergência com os resultados da pesquisa realizada por Jodelet (1989), na qual foi observado que as pessoas que hospedavam doentes mentais no interior da França representavam a doença mental baseadas em uma teoria ingênua sobre o sistema nervoso: o sistema nervoso separa cérebro e nervos. O cérebro remete ao social e é caracterizado pela sua atividade, pelo controle sobre o funcionamento intelectual e orgânico; e os nervos, que remetem à natureza, produzem os humores, violência, maldade e uma forma de regulação (automatismo e excitação) da vida orgânica e mental. A partir daí os doentes mentais eram classificados.

Podemos comparar esses indicadores com os dados obtidos em nossa pesquisa e admitir uma tendência à universalização dessa representação social de loucura. A loucura representada como um mal-estar remete à dimensão psíquica ou psicológica, isto é, a doença não estaria inscrita no corpo, mas o indivíduo sente-a, percebe-a através de uma sintomatologia, que é vivenciada e que se inscreve na sua experiência emocional.

O mal-estar expresso pelos participantes da pesquisa sinaliza para sentimentos referentes à tristeza, impaciência, an-

gústia, perda do prazer de viver, culminando em vontade de morrer e nos leva a admitir uma correlação com os estudos de Herzlich (1973) sobre a concepção de doença como destruição. O mal-estar causado pelo adoecimento psíquico é experimentado pelo indivíduo como destruição ou aniquilamento da personalidade.

O termo mal-estar é comumente utilizado para designar algum incômodo ou desconforto detectado pelo organismo, gerando tensão e ansiedade, podendo comprometer o ajustamento. O estado de mal-estar traduz uma indefinição, não é bem uma dor, mas causa sofrimento, não determina um órgão ou função que são atingidos, é algo difuso.

De acordo com alguns discursos, a loucura foi representada como fantasia, fantasia aqui entendida como formação de imagens mentais e cenas, eventos ou experiências que realmente não aconteceram; e também como atividade imaginativa, na qual se pode dar direção voluntária e consciente aos elementos psíquicos. Em alguns casos a fantasia consiste em “sonhos fantásticos” ou “idéias perturbadas”, “ver coisas que não existem”, ou “inverter as coisas”.

A concepção de loucura como fantasia remete à classificação proposta por Herzlich (1973), de doença como liberação. Assim a doença mental possibilita ao indivíduo libertar-se dos conflitos e angústias provocados por esta, permitindo refúgio no mundo livre de pressões e responsabilidades, favorecendo o acesso ao mundo onde tudo é possível e permitido, ainda que irreal.

As vivências traumáticas foram bastante mencionadas pelos sujeitos entrevistados, variando desde agressões físicas ou espancamentos sofridos durante alguma fase da vida; até experiências frustrantes, estressoras e estafantes, que são apontadas como prováveis causas, ou como fatores agravantes do adoecimento. Nesses casos, observamos a idéia de culpa atribuída a outras pessoas pelo estado atual dos clientes pesquisados. A origem da doença assim estaria relacionada a fatores externos ao indivíduo, projetados para fora de si. Ao projetar a culpa no outro, o indivíduo elabora um processo de auto-vitimização, eximindo-se de qualquer responsabilidade. Esse processo remete à concepção de doença como liberação sugerida nos trabalhos de Herzlich (1973).

A representação social de traumas e sofrimentos associados à loucura parece estar ancorada no conhecimento do senso comum, característica da nossa sociedade, e que se evidencia em grande parte dos discursos. Neste sentido, a relação trauma/adoecimento psíquico está inserida na área da diversidade sobre a loucura, pois reflete o aspecto subjetivo dessas vivências.

As diversas maneiras de expressar a relação entre trauma/loucura referem-se aos diferentes ambientes sociais de onde cada um provém e às diversas formas como os sujeitos adquiriram esses conhecimentos, uma vez que os conhecimentos determinados culturalmente não são estanques, ao contrário, são re-elaborados de acordo com as vivências individuais.

As perdas afetivas e/ou materiais foram expressas por um número considerável de entrevistados e envolvem morte de entes queridos, separação dos pais, rompimentos de ví-

culos, desilusão amorosa, baixa do padrão econômico, mudança de cidade e/ou de domicílio e diminuição da qualidade de vida. Essas perdas são apontadas como causadoras de sofrimento no indivíduo. Deparamo-nos aqui com a relação sofrimento/ loucura como uma representação social construída através do processo de ancoragem.

Por sua vez, 13 entrevistados apresentaram explicações míticas, sobrenaturais, espirituais ou cósmicas para seus adoecimentos, o que sugere ser a loucura um fenômeno de definição e compreensão difíceis, não existindo consenso sobre ele nem mesmo entre os teóricos da área. Ao se defrontar com as suas manifestações, o indivíduo utiliza-se de elementos constitutivos do arcabouço cultural para representá-las, dotando-as de sentido.

Uma das explicações míticas apontadas refere-se ao resguardo quebrado, o que consiste em uma produção imaginária e estruturante, organizada em um núcleo de sentido, para dar forma concreta e explicar o fenômeno loucura, tornando-o concreto e objetivo. Temos aí um exemplo claro da construção de representação social, subdenominado objetivação.

Ao relacionar a origem do adoecer psíquico a fatores espirituais como bruxaria, encosto ou macumba, os sujeitos seguiram também um processo de objetivação, integrando os elementos do conhecimento científico a uma realidade do senso comum. O mesmo processo é verificado na representação de loucura relacionada à força da lua, em que um esquema conceitual é dotado de realidade ao ser integrado ao saber próprio da vida cotidiana dos sujeitos.

A doença dos nervos, do sistema nervoso, ou nervosismo, foi mencionada como provável causa do surgimento da loucura. Esta representação social de doença dos nervos, nervosismo, sistema nervoso, como estreitamente ligada ao adoecer psíquico parece estar ancorada no conhecimento do senso comum inerente ao nosso contexto social. Esses termos foram muito utilizados pelos participantes. Consideramos que esta relação doença dos nervos/adoecimento psíquico, faz parte da ordem das permanências sobre a loucura, pois traduz um saber compartilhado e repassado através da cultura. Enquanto isso, o modo como é explicado e interpretado pertence à ordem das diversidades, pois diz respeito aos diferentes contextos e condições em que cada sujeito entrou em contato com este conhecimento.

Em relação às causas da loucura segundo a ótica dos entrevistados, observamos uma predominância dos fatores exógenos (traumas, perdas e explicações míticas) sobre os fatores endógenos (doença dos nervos), havendo uma consonância entre os resultados obtidos em nossa pesquisa e os resultados encontrados por Herzlich (1973) em sua pesquisa sobre as representações de saúde e doença. Naquele estudo verificou haver um predomínio dos aspectos de modo de vida (fatores exógenos) sobre a origem das doenças, enquanto os fatores individuais (fatores endógenos) ocuparam uma posição secundária.

Quanto às várias maneiras de lidar com a loucura ou com o adoecimento psíquico, verificamos uma tendência dirigida para três mecanismos de enfrentamento ou de defesa. A ne-

gação aparece nos discursos como sendo a mais freqüente, em que o sujeito nega o reconhecimento dos fatos ou das implicações lógicas da realidade externa referentes à doença, fazendo isso em favor de suas fantasias internas de satisfação de meros desejos.

A tendência a racionalizar apareceu freqüentemente, demonstrando a constante luta do indivíduo para dar sentido ao seu mundo de experiência com a doença. Assim, procura explicar não apenas a loucura em si, mas também o seu próprio adoecimento psíquico, o seu comportamento e os seus sentimentos. É interessante observar que os processos cognitivos, envolvidos na obtenção das explicações, são geralmente influenciados de maneira deformada por fatores emocionais e motivacionais. Desse modo, a doença ou a loucura é explicada, como também o comportamento e sentimentos do indivíduo, de modo a protegê-lo da angústia e, sobre tudo, mantendo o auto-respeito.

A aceitação apareceu nos discursos em menor freqüência, ora significando enfrentamento positivo na perspectiva do ajustamento, ora denotando acomodação ou forma de adaptação.

Os sujeitos em suas experiências com a doença reconhecem mudanças impostas por esta, as quais atingem várias dimensões de suas vidas, o que remete à proposição de Berlinguer (1988), que afirma supor a doença uma relação dialética entre três áreas: indivíduo, sociedade e saber médico. Cada vez que o fenômeno doença se manifesta, acarreta modificações e transformações nas outras áreas. Nos discursos dos entrevistados, observamos mudanças referentes ao próprio indivíduo, quanto ao modo de estar, sentir e se relacionar no mundo. Assim, a doença provoca transformações no sujeito e no meio social em que emerge.

Concluímos, assim, que o adoecimento psíquico pertence à ordem da diversidade, adquire significados individuais e suas consequências influenciam fortemente o comportamento e a vida dos sujeitos.

As representações que cada indivíduo constrói sobre loucura e sobre o seu adoecimento interferem no modo como irá lidar com este, influenciando seu comportamento e suas atitudes, além de repercutir, de modo positivo ou negativo, em sua percepção sobre o tratamento e na sua possibilidade de cura.

Foi possível observar que aqueles entrevistados que construíram significados negativos sobre a loucura tendem a perceber a própria doença também dentro de uma lógica pessimista e obscura, não dando muita importância ao tratamento e, geralmente, não relativizando a cura, que nestes casos passa a ser percebida como algo distante, que só a idéia de um milagre poderia viabilizar.

A representação social de cura associada a Deus ou a um milagre divino remete à idéia de loucura relacionada à ação sobrenatural, coisa do outro mundo, dos espíritos, não sendo possível, portanto, uma solução ou intervenção humana. A forma de ver a loucura traz consequências referentes ao modo como cada indivíduo percebe a si mesmo, de modo que a auto-estima do sujeito estaria também relacionada aos significados atribuídos à loucura.

Referências

Arruda, A. (1992). Representações sociais: emergência e conflito na Psicologia Social. In L. A. S. Baptista (Org.), *Anuário do laboratório de subjetividade e política*. Niterói: Editora da Universidade Federal Fluminense.

Bardin, L. (1976). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Berlinguer, G. (1988). *A doença*. São Paulo: Hucitec e Centro Brasileiro de Estudo da Saúde.

Bomfim, Z. A. C., & Almeida, S. F. C. (1992). Representação social: conceituação, dimensões e funções. *Revista de Psicologia*, 9(1/2), 51-74.

Durkheim, E. (1983). As formas elementares da vida religiosa. In E. Durkheim, *vida e obra* (Os Pensadores, pp. 203-243). São Paulo: Abril Cultural.

Foucault, M. (1978). *História da loucura na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva.

Herzlich, C. (1972). Representation Sociale. In S. Moscovici (Org.), *Introduction à la Psychologie Sociale*. Paris: Larousse.

Herzlich, C. (1973). *Health and illness: a social psychological analysis*. Londres: Academic.

Jodelet, D. (1989). *Folies et representations sociales*. Paris: Presses Universitaires de France.

Lane, S. T. M. (1985). *O que é Psicologia Social*. São Paulo: Brasiliense.

Moscovici, S. (1972). *A representação social da psicanálise*. Rio de Janeiro, Zahar.

Moscovici, S. (1989). Des representations collectives aux representations sociales: éléments pour une histoire In D. Jodelet (Org.), *Les representations sociales*. Paris: Presses Universitaires de France.

Nascimento, M. A. A. (1997). *As práticas populares de cura no povoado de Matinha dos Pretos na Bahia*. Tese de doutorado não-publicada, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Sampaio, J. J. C. (1992). *Hospital psiquiátrico público no Brasil: a sobrevivência e outros destinos possíveis*. Dissertação de mestrado não-publicada, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Heleni Barreira de Brito, Mestre em Saúde Pública, pela Universidade Estadual do Ceará, é Professora Assistente no Centro de Ciências da Saúde da Universidade de Fortaleza/Unifor. Endereço: Rua Capitão Antonio Aguiar, 60 – Aldeota; Fortaleza, Ceará; CEP: 60115-250. Fone: (85) 477-3159 e (85) 9985-1527. E-mail: helen@unifor.br

Ana Maria Fontenelle Catrib, Doutora em Educação, pela Universidade Federal da Bahia/UFBA, é Professora Titular no Curso de Pedagogia e no Mestrado em Educação em Saúde da Universidade de Fortaleza-UNIFOR. E-mail: catrib@unifor.br