



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ – UECE
MARIA SUELY ALVES COSTA

“DOIDIÇA” E DEPRESSÃO: as concepções dos
usuários da rede de atenção integral à saúde
mental de Sobral-CE

FORTALEZA - CEARÁ

2008

MARIA SUELY ALVES COSTA

“DOIDIÇA” E DEPRESSÃO: as concepções dos
usuários da rede de atenção integral à saúde
mental de Sobral-CE

Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado Acadêmico de Saúde
Pública, da Universidade Estadual do
Ceará, como requisito parcial para
obtenção do grau de Mestre em Saúde
Pública.

Área de Concentração: Política e
Serviços de Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Andrea Caprara.

FORTALEZA - CEARÁ

2008

C837d Costa, Maria Suely Alves

Doidiça e depressão: as concepções dos usuários da rede de atenção integral à saúde mental de Sobral – Ce / Maria Suely Alves Costa. – Fortaleza, 2008.

139 p.

Orientador: Prof. Dr. Andrea Caprara

Dissertação (Mestrado Acadêmico de Saúde Pública) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciência da Saúde.

1. Depressão. 2. Doidice. 3. Saúde Mental. 4. Análise do Comportamento. 5. Programa de Saúde da família. 6. Centro de Atenção Psicossocial. I. Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciência da Saúde.

CDD:362.20425

AGRADECIMENTOS

Aos colegas que trabalham no PSF – Pedrinhas e CAPS- Damião Ximenes em Sobral, que gentilmente colaboraram com esta pesquisa.

Aos colegas do curso de mestrado que ajudaram a engrandecer este trabalho por meio de conversas formais e informais, porém importantíssimas para que pudesse executá-las.

Agradeço à Doutora Cleide Carneiro, ao Doutor Jackson Sampaio e ao Doutor Erasmo Miessa, pela sua perseverança, dedicação e cuidado com esta turma de mestrado.

Ao amigo e Doutor Fernando Luis Tófoli, pelo companheirismo, incentivo em aceitar compartilhar deste desafio comigo.

A Doutora Eliany Nazaré, pelo incentivo e exemplo na busca do crescimento pessoal e acadêmico.

Aos usuários do SUS, sem os quais, não teria sentido nossa busca diária de conhecimentos e melhoria para uma assistência cada vez mais humanizada.

Ao Mestrado de Saúde Pública, pela acolhida, representado na pessoa da Professora e Doutora Salete Bessa;

Ao meu orientador, Professor Doutor Andréa Caprara, pela sensibilidade, carisma e sabedoria.

DEDICATÓRIA

À força divina que nos ilumina, protege e que me fez seguir em frente sempre, DEUS.

A todos os meus familiares, amigos e ao companheiro Diego, que me apoiaram e acreditaram em mim.

NEM SEMPRE O QUE SE QUER

Nem tudo o que eu quiser eu sei que vão me dar
Nem sempre o que se quer é o que se tem
As coisas que eu quis eu tive que buscar
Eu nunca pedi nada a ninguém
Eu sempre tive muita vontade
Eu sempre acreditei no que eu quis
Eu nunca tive medo de nada
Só das tentativas que não fiz
Nem sempre o que eu ouvi foi verdade
Nem sempre o tempo todo feliz
Eu nunca me arrependo de nada
Só das tentativas que não fiz
Nem tudo o que eu quiser eu sei que vão me dar
Nem sempre o que se quer é o que se tem
As coisas que eu quis eu tive que buscar
Eu nunca pedi nada a ninguém
Eu sempre tive muita vontade
Eu sempre acreditei no que eu quis
Eu nunca tive medo de nada
Só das tentativas que não fiz
Nem sempre o que eu ouvi foi verdade
Nem sempre o tempo todo feliz
Eu nunca me arrependo de nada
Só das tentativas que não fiz
Só das tentativas que não fiz
Sem tempo pra esperar
Sem me esquecer do que é melhor pra mim
Nem tudo o que eu quiser eu sei que vão me dar
Nem sempre o que se quer é o que se tem
As coisas que eu quis eu tive que buscar
Eu nunca pedi nada a ninguém
Tão longe de chegar mas sempre certo de seguir
Sem nunca duvidar
Sem me esquecer de tudo que vivi
Nem tudo o que eu quiser eu sei que vão me dar
Nem sempre o que se quer é o que se tem
As coisas que eu quis eu tive que buscar
Eu nunca pedi nada a ninguém

Música cantarelada por um cliente na hora da confecção do desenho.

Cantado por US4

Tema da malhação 2006 – Nacional.

RESUMO

COSTA, Maria Suely A . **“Doidiça” e Depressão: as concepções dos usuários da Rede de Atenção Integral à Saúde Mental de Sobral - CE.** 2008. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública)- Universidade Estadual do Ceará

O fenômeno saúde-doença, desde as mais remotas épocas da história, permeia o cotidiano social e recebe significado. Os significados atribuídos à saúde e à doença, geralmente, resultam da interação do conhecimento prático proveniente do senso comum com a ciência e não é diferente quando se estuda o binômio saúde-doença mental. O presente estudo busca identificar concepções da "doidiça" e depressão elaboradas por usuários da Rede de Atenção Integral à Saúde Mental de Sobral-CE, Brasil. Para este estudo, utiliza-se a abordagem qualitativa, visto que o tema abrange valores, regras, expectativas e condicionamentos. O cenário do estudo é O PSF-Pedrinhas e o CAPS II na cidade de Sobral-CE. Os atores sociais são constituídos por usuários PSF – Pedrinhas e CAPS II, sendo formada por trinta e três usuários adultos de ambos os sexos. Para coleta de informações, foram utilizadas como técnicas o desenho-história com tema e a entrevista semi-estruturada. Estes recursos visam a facilitar a expressão dos valores, pensamentos e sentimentos dos atores sociais. A organização e análise das informações foram realizadas com suporte no método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), condições prévias que parecem indispensáveis para uma boa análise e interpretação desses depoimentos com base na teoria da análise do comportamento. Entrando em contato com as concepções contidas nos discursos e nos desenhos, as concepções que mais apareceram para os usuários do PSF em relação à “doidiça” foram que o “doido” não é agressivo e sim desorganizado, inconseqüente. Tal concepção vai ao encontro do mito de que o “doido” é agressivo/violento todo e o tempo todo. A concepção de doido agressivo, impulsivo, apareceu mais nos discursos dos atores sociais do CAPS dentro de uma perspectiva momentânea na vida de um ser humano. Os discursos em relação à “depressão” tanto dos usuários do PSF quanto do CAPS, representam fielmente a sintomatologia da pessoa em “depressão”, ou seja, os sintomas agudos e padrões de comportamento, podendo dizer que os atores sociais estudados têm informações consistentes do que é a “depressão”. Destaca-se como informação importante nesta pesquisa o feito de que os usuários do CAPS, embora saibam claramente a diferença entre “doidiça” e depressão, utiliza o termo depressão de forma generalizada, funcionando como atenuante do estigma de ser “doido”. A sugestão indicada com base neste estudo é a necessidade de trabalhos consistentes e sistemáticos sobre o processo de estigma e auto-estigma com o advento da reforma psiquiátrica; também estudos que identifiquem e promovam os dispositivos que fortalecem as redes sociais na comunidade intervenção promotoras de saúde mental na atenção básica.

Palavra-chave: Depressão, Doidice, Saúde e Doença Mental, Análise do Comportamento, Concepção, PSF, CAPS.

ABSTRACT

COSTA, Maria Suely A . **“Doidiça” e Depressão: as concepções dos usuários da Rede de Atenção Integral à Saúde Mental de Sobral - CE.** 2008. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública)- Universidade Estadual do Ceará

ABSTRACT

Since early times the health-illness phenomenon has permeated any social environment with a great variety of meanings. The meanings attributed to health and illness usually results from the interaction between scientific/ empirical knowledge and common sense. This is not different when we study the dichotomy: mental health-illness. The present study aims to identify the concepts of madness and depression elaborated by users of the Mental Health Network in Sobral-CE, Brazil, and how these conceptions have influenced on their behavior. Qualitative methodology is used in this study, since the theme involves values, rules, expectations and conditionings. The scenery is constituted by users of the Mental Health Network in Sobral-CE, involving thirty three users of both sexes who are under treatment at the Community Mental Health Center (CAPS II) and the Family Health Program(PSF) in Pedrinhas quarter. The collection of data includes a semi-structured interview, and all the resources used in this work had like objectives to facilitate the social actors' expression of values, thoughts and feelings. The organization and analysis of data were held out of a Collective Subject Discourse that happened to be indispensable for a good analysis and interpretation of the statements based on the theory of behavior analysis. When we learn the concepts of the statements and of the drawings, we realize that the concepts related to madness among PSF users were that mad people are not aggressive, but disorganized and foolish. Therefore, such concepts differ from the myth that mad people are aggressive and violent most of the time. The concept of impulsiveness and aggressiveness among mad people prevailed more in the discourses of the social actors in the Community Mental Health Center(CAPS) within a momentary perspective of a human being's life. The speeches related to “depression” in users at PSF and CAPS represent, accurately, the symptoms and the behavior of a person in depression; we may say that the social actors' researches show us consistent pieces of information about what depression really is. We also have as an important piece of information in this research that CAPS users, although aware about the difference between depression and madness, usually use the term depression as an attenuating to madness. Based on this study, the suggestion is to develop a consistent and systematic study about depression and suicide, focusing on prevention and efficient intervention in moments of crisis. Another suggestion is to strengthen even more the social institutions and communities.

Key-Words : Depression, Madness, Mental illness/health, Analysis of behavior, conception, Community Mental Health Center, Family Health Program(PSF).

LISTA DE ILUSTRAÇÕES E DE TABELAS

Foto 1 PSF – Pedrinhas

Foto 2 CAPS Damião Ximenes

Desenho 1 Concepção de “doidiça” para os usuários do PSF

Desenho 2 Concepção de depressão para os usuários do PSF

Desenho 3 Tema livre para os usuários do PSF

Desenho 4 Concepção de “doidiça” para os usuários do CAPS

Desenho 5 Concepção de depressão para os usuários do CAPS

Desenho 6 Tema livre para os usuários do CAPS

Quadro A Compostos por discursos individuais, expressões-chave, idéias centrais e ancoragem

Quadro B Composto por temas emergentes, expressões-chave e DSC

Quadro 1 Perfil dos usuários do Programa Saúde da Família

Quadro 2 Perfil dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial

Gráfico 1 Motivo pelo qual os usuários foram ao PSF

Gráfico 2 Motivo pelo qual os usuários foram ao CAPS – Hipótese Diagnóstica.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Centros de Atenção Psicossocial - CAPS

Organização Mundial de Saúde - OMS

Classificação Internacional das Doenças – CID - 10

Instituto Nacional de Previdência Social - INPS

Plano Integrado de Saúde Mental - PISAM

Secretaria Executiva Regional III IV VI da cidade de Fortaleza-Ce - SER III IV VI

Sistema Único de Saúde - SUS

Posto de Atendimento Médico – PAM

Estratégia de Saúde da Família - ESF

Programa de Saúde da Família - PSF

Sistema de Informação Nacional de Empregos - SINE

Instituto Nacional de Seguridade Social - INSS

Rede de Atenção Integral à Saúde Mental - RAISM

Instrumento de análise de discurso I - IADI

Discurso dos sujeito coletivo - DSC

Núcleo de Atenção Psicossocial - NAPS

Televisão - TV

SIMBOLO

S^d - estímulo discriminativo

R - resposta

S^r - estímulo reforçador

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	11
2. REFERENCIAL TEÓRICO	17
2.1 Breve História Das Concepções das Alterações Mentais	17
2.2 "Nova Saúde Pública" e Cuidados Primários de Saúde	23
2.3 Esboço Histórico da Assistência em Saúde Mental no Brasil	29
2.4 Esboço Histórico da Reforma Psiquiátrica no Ceará e A Rede de Atenção Integral a Saúde Mental de Sobral-CE	35
2.5 Aspectos Culturais das Esquizofrenias	40
2.6 Aspectos Culturais das Depressões	43
2.7 Concepções, Pensamento e Linguagem na perspectiva da Análise do Comportamento	47
3. CAMINHO METODOLÓGICO DE INVESTIGAÇÃO	56
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO DAS INFORMAÇÕES	64
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	112
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	113
APÊNDICES	121

1 APRESENTAÇÃO

Minha identificação com o tema é uma elaboração individual e no coletivo. A opção pelo curso de Psicologia pode ser apontada com um passo significativo nesta caminhada, no desejo tornar-me parte atuante da minha realidade.

No decorrer dos cursos de graduação e especialização, a identificação com temas como Psicologia Social, Educação popular, Saúde pública e mental, Psiquiatria e reforma psiquiátrica, avaliação em Psicologia, análise do comportamento e Psicologia e Arte foram delineando minha formação.

O modo de tratar as pessoas portadoras de algum tipo de transtorno mental foi, durante muitos anos, as enclausurando-as em hospícios e mantendo-as afastadas da sociedade, chamando-as de loucas, anormais e associando o fato a um teor de periculosidade.

García Márquez (1992), num de seus Doze Contos Peregrinos, intitulado “Só vim Telefonar”, concebe uma das mais belas descrições literárias do estigma da loucura e da conseqüente perda de autonomia que ela impõe a quem recebe sua marca. Relatarei breve passagem do conto para exemplificar: Maria, a personagem principal, mexicana, tem seu carro quebrado na estrada. Numa tarde de chuva, o único veículo que atende seu sinal e pára para lhe dar uma carona é um ônibus estranho, repleto de mulheres sonolentas, todas envoltas em cobertores, Maria ainda não sabe, mas acaba de entrar no ônibus que leva as loucas para o hospício. Maria enrola-se no cobertor e adormece. No interior do hospício ou se é funcionário ou se é louco. Como Maria não é funcionária... “Como é seu nome?”, pergunta supervisora, “Maria, só vim telefonar”, a supervisora responde com condescendência: “Amanhã você telefona, agora é tarde”.

Na maioria dos países ocidentais, incluindo o Brasil, a assistência psiquiátrica tornou-se um completo problema de saúde pública, só questionada a partir de meados do século XX quando da Reforma Psiquiátrica, oportunidade em que surge a idéia de se criar opções de cuidados às pessoas que não sejam pelo viés da institucionalização. Dentre algumas opções, são criados serviços como os centros de atenção psicossocial (CAPS).

A cidade de Sobral, na zona norte do Estado do Ceará, foi o local desta pesquisa, por ser o lugar onde trabalho atualmente e por sua representatividade no campo da reforma psiquiátrica nesta região Nordeste e no Brasil, tendo sido contemplada com prêmios nacionais de experiência-modelo em saúde mental¹.

Segundo Silva e Franco (1996), saúde e doença são compreendidas em uma dimensão que ultrapassa o conceito de bem-estar e mal-estar, pois estes são fenômenos não apenas físicos que manifestam pelo bom ou mau funcionamento de um órgão, mas também por possuírem uma dimensão psicológica permeada pela emoção de cada indivíduo. Estes fenômenos agregam a dimensão psicobiológica e sociocultural, individual e coletiva.

Os subsídios teóricos do diagnóstico e intervenção formulados até hoje não contemplam toda a riqueza do processo saúde-doença principalmente no campo da saúde mental. Como enfatiza Machado (2001, p.17), “Essa singularidade teórica é marca do paradigma biológico fundado no pensamento cartesiano (positivista-determinista), diante de uma concepção mecanicista da vida e da crença em uma verdade única e absoluta.”

A saúde neste contexto é reconhecida como o resultado da confluência de um conjunto de conceitos, tais como: saúde/doença como fruto de uma produção social, saúde como direito de todos, territorialização e acesso facilitado aos equipamentos de saúde, relação comunidade/serviços para a promoção de hábitos saudáveis, inclusão de populações desassistidas. As novas políticas públicas se voltaram para a questão da cidadania e das práticas inclusivas, incorporando novos atores sociais na discussão.

¹1. A Rede Atenção Integral Saúde Mental (RAISM) foi premiada nos últimos anos. Em 2001 foi contemplada com o Prêmio David Capistrano da Costa Filho, na categoria Experiências Exitosas na Área da Saúde Mental, promovido pelo Ministério da Saúde; em 2003 recebeu uma homenagem do Governo Federal pela Organização da Atenção em Saúde Mental no município; em 2005 venceu o Prêmio de Inclusão Social, na Categoria Clínica, promovido pela Associação Brasileira de Psiquiatria e Indústria Farmacêutica, com patrocínio da indústria farmacêutica Eli Lilly do Brasil. Em 2006, destacou-se como a grande vencedora do Prêmio Saúde É Vital. (Categoria Saúde Mental) promovido pela Editora Abril.

No Brasil, a integralidade da atenção é um dos seus pilares de construção, baseada na primazia das ações de promoção; garantia de atenção nos três níveis de complexidade; articulação das ações de prevenção, promoção e recuperação; abordagem integral dos indivíduos e das famílias. (...). A integração propriamente dita dos cuidados consiste em uma coordenação durável das práticas clínicas destinadas a alguém que sofre com problemas de saúde, visando a assegurar a continuidade e a globalidade dos serviços requeridos de diferentes profissionais e organizações, articuladas no tempo e no espaço, conforme os conhecimentos disponíveis. A integração das equipes clínicas (alguns autores referindo-se apenas à equipe médica) tem como principais atributos a constituição multidisciplinar de seus integrantes e sua inserção estrutural e participativa na rede dos cuidados. (HARTZ E CONTANDRIOPOULOS, 2004, P. 2 e 3).

Os meios de comunicação em massa parecem funcionar como veículo destas informações, compondo no imaginário popular uma concepção peculiar acerca do sofrimento psíquico.

A palavra depressão está muito presente nos meios de comunicação em massa. Jornais e outros meios trazem manchetes como "o mal do século" ou "a vida em preto e branco" (PONTE, 1994; RICARTO, 1998; SILVA, 1997).

Em minha caminhada profissional, entrei em contato com vários saberes e culturas, o trabalho com a população carente (de saúde, educação, voz, autonomia e amor) e a participação dos movimentos de reforma psiquiátrica e serviços de saúde mental (ambulatório de saúde mental no hospital geral e CAPS) o que me trouxeram identificação com esta temática das concepções de "doidiça" e depressão.

A psicose vira depressão, ansiedade transforma-se em depressão, e até o que não é transtorno mental, como a tristeza, transmuta-se depressão. Portanto, este estudo tem como objetivo buscar identificar valores, regras, ideologias, expectativas e condicionamentos que compõem a concepção de "doidiça" e depressão, num contexto cultural específico elaborado por usuários da rede de saúde mental de Sobral. Entre seus objetivos, está também proporcionar a interação de saberes, ação que considero indispensável a um trabalho eficaz, principalmente num campo tão complexo quanto o da saúde mental, onde permeiam preconceitos, relações de poder e opressão. Assim, este ensaio pretende contribuir para o campo da Saúde Mental e sua necessária integração com o saber popular.

Vale mencionar algumas palavras sobre o uso do termo “doidiça” neste estudo. No início, optei por nomear a loucura como “doidice”, por ser o termo utilizado no cotidiano cultural do universo deste estudo. No decorrer da pesquisa observo o uso constante da variante “doidiça”. Assim, decidi utilizar o termo como é mencionado pela maioria das pessoas cujas concepções foram coletadas e assim alterei o título original desta pesquisa.

Segundo Sampaio (1992), 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 e psiquiátrica. O primeiro remete às visões de mundo e comportamentos que uma sociedade considera fora da imagem ideal que esta tem em si, enquanto o segundo relaciona-se com a formulação técnico-científica de um estado de sofrimento e perturbação gerador de variados níveis de inabilidade.

Desta forma, encontram-se diversas experiências, em sua maioria geradas em dispositivos públicos de assistência em saúde mental. Ao nos inserimos no território e potencializar conquistas de uma sociedade ainda pouco familiarizada no convívio com a loucura, damos voz aos usuários do sistema de saúde mental, oferecendo-lhe um espaço para que ele discorra sobre sua vivência no adoecimento e autoconhecimento, trazendo fragmentos de suas histórias e acenando para uma perspectiva de se repensar a assistência que se pretende fornecer, ampliando o âmbito e as possibilidades do cuidado na óptica da reabilitação psicossocial. Permitindo, como diz Machado (2001),

Evocando sentimentos e pensamentos sobre minha trajetória no campo da saúde mental, trago o poema: “Gozado só assim a gente da valor”, produzido no meu primeiro contato oficial com a loucura, na visita a instituições psiquiátricas na disciplina de Psicopatologia I quando cursava a graduação em Psicologia.

Gozado! Só assim a gente dá valor!

Quando olhei para você;

Sem chinelo;

Sem roupa;

Sem você....

Tudo ficou nublado, confuso, uma onda de medo e emoção subiu pela garganta, forte derrubando toda minha proteção de vida "normal".

Gozado! Só assim a gente dá valor!

Quando a música acaba;

Quando você não esta mais aqui;

Quando o costumeiro se torna raro;

Gozado! Só assim a gente dá valor!

(COSTA)

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Na perspectiva de compreender e analisar as informações colhidas neste estudo utilizo referenciais teóricos que têm a pretensão de abordar a complexidade e dimensão deste estudo. Início com a história das concepções das alterações mentais desde o nascimento da psiquiatria com Pinel, 1793, ano que ele assumiu suas funções em Bicêtre, como propôs Foucault em História da Loucura (1972), concluindo no século XXI; realizei um percurso sobre temas tal como saúde pública, saúde coletiva e Sistema Único de Saúde (SUS); Expus a trajetória da assistência em saúde mental no Brasil e no Ceará, mais especialmente em Sobral, cenário do meu estudo; Abordei os aspectos culturais das “esquizofrenias” e depressões e na perspectiva da análise do comportamento, abordei a compreensão de concepções, pensamento e linguagem para esta teoria, aspectos de grande relevância para meu estudo.

2.1 Breve História das Concepções das Alterações Mentais

Na busca de contribuir para a difícil historiografia desse processo ainda em curso, buscarei a ajuda dos principais historiadores desta área do conhecimento para abordar os principais momentos históricos que compõem o universo da saúde mental.

Segundo Silva e Fonseca (2003), um dos pressupostos da saúde mental, de Pinel ao nascimento da Medicina Científica do século XIX, é que os princípios científicos, que se aplicam a esta área do conhecimento, são a relação entre sujeitos com histórias singulares, a fim de compreender o fenômeno do adoecimento psíquico e as terapêuticas.

Em Psiquiatria, a concepção social e a representação cultural do conceito de “loucura” são fundamentais para o entendimento de sua evolução.

No âmbito da saúde mental, deparamo-nos com inúmeros paradigmas que permeiam toda a evolução histórica e conceitual dos estudos do comportamento. O maior deles está em como conceituar loucura, este talvez influencie todos os outros.

Assim sendo, como abranger dados capazes de universalizar, ou seja, de descobrir o que é ser louco em qualquer lugar e em qualquer época?

Neste contexto, Moreno (2005) ressalta que as metodologias das revisões históricas em Psiquiatria devem ser baseadas na reunião de termos arrimados em sua etimologia histórica e comparada, do modo como o comportamento e os sintomas mudaram ao longo do tempo e como os conceitos se modificaram no curso das civilizações.

Os conceitos e terminologias referentes aos estudos do comportamento humano variam histórica, teórica e conceitualmente (loucura, alienação mental, anormalidade, doença mental, transtorno mental, doidice, maluquice, depressão).

Historicamente, o homem formula significados que facilitam sua comunicação e convivência com os outros homens e o mundo em geral. Os transtornos mentais estiveram e estão presentes nas culturas e nas civilizações de todos os tempos, com as mais variadas formas de expressão pela pessoa que sofre com o transtorno. As determinações sobre as origens, o tratamento e a assistência, no entanto, sempre foram polêmicas com variedade de hipóteses e opiniões. Assim expressa Brunelo (1998)

A representação que se formou na nossa sociedade em relação à loucura fez com que o doente mental ocupasse um lugar de total anomia, alienação e despersonalização. Perdeu sua garantia de crédito, social, de respeitabilidade, diante de um estigma que o reduziu a quase nada, gerando quebra de comunicação com o resto da sociedade, através da “surdez”, da indiferença, num processo de estigmatização e conseqüente exclusão e confinamento. (...) O indivíduo acaba sendo reduzido à condição de pessoa estranha, sem direitos e identidade e que é pior, sem prognóstico, sem uma esperança de saída, como um eterno doente mental com todas as marcas que o caracterizam. (...) Uma das conseqüências desse caminho foi colocar o doente mental na situação de desacreditado, perigoso, sem razão, pois dessa forma, sua voz não teria crédito, seus desejos não seriam ouvidos e os seus direitos poderiam ser anulados. Assim, foi mais fácil olhar o louco como aquele que é “lelé”, “pirado”, “sem razão”. E muitos não conseguem sair desse lugar, do lugar de doente mental. (1998, p. 15 e16).

Foucault (1995) descreve as principais atitudes adotadas historicamente relacionadas aos conceitos de loucura.

Na Antiguidade greco-latina, a concepção de doença mental baseava-se nas causas naturais. Os romanos prescreviam atividades como tratamento. Galeno (cerca de 150 d.C.) afirmava que a atividade era o melhor médico da natureza.

Na Idade Média, como descreve Foucault (1995), a convenção sobre a doença mental, sob influência da Igreja Católica, retornou à concepção mágico-religiosa prévia ao período clássico. Nas relações entre os seres humanos, a regra era a diferença de lugar social (no caso, entre senhor e vassalo) que seria superada somente na vida eterna, Quem subvertia a ordem natural da diferença emanada de Deus era herege ou louco. A Idade Média desenvolveu duas novas “tecnologias de cuidado” para a loucura: Inquisição e o banimento na Nau dos Loucos.

No Renascimento, a concepção de loucura ficou mais complexa. No século XVI, o louco era entendido como o sujeito inadaptado à de urbanização das cidades e da expansão, em todos os campos do saber-fazer. Na Idade Clássica, a definição de loucura ou o transtorno mental basea-se na razão e desrazão. Isto é, se a razão humanizou o homem e o libertou da regência divina, a desrazão diferenciou o desarrazoado do homem humanizado e o aproximou da animalidade.

Consideram-se, hoje em dia, que aspectos afetivos da vida dos seres humanos estão ligados às demais funções psíquicas; Porém, nem sempre, essa visão foi unânime.

Como expõem Moreno (2005) e Pessotti (1999), no século XVII, sob a influência dos trabalhos de Descartes e Leibniz, os sentimentos eram vistos como “pensamentos vagos ou confusos”. Só gradativamente a existência de sentimentos como parte da atividade mental ganhava aceitação dos teóricos da mente. Mesmo assim, a paixão era vista como constituinte do lado animal do homem, sempre subordinada à razão ou com reduzida capacidade.

Como expõe Foucault (1995), a noção de loucura dos séculos XVI e XVII estava intimamente conectada às idéias de perturbação da razão e deterioração intelectual. Como herança da visão antiga de Platão e Aristóteles, a razão era considerada a característica definidora do homem, o instrumento de conhecimento e a garantia da liberdade ética. A ausência ou a obliteração da razão levaria ao erro e ao infortúnio.

Assim, a afetividade se integraria apenas periféricamente a essa concepção de loucura, pois esta estava ligada diretamente à razão.

A existência de uma doença em que somente a parte afetiva estivesse alterada era inconcebível na noção racionalista de loucura durante o Renascimento. Essa concepção pode ser ilustrada com a descrição de *delirium*, termo derivado de latim *delirare*, que significa “sair trilhos”; “perder a razão”. Mais tarde, esse conceito de *delirium* seria deslocado pela noção de incoerência e delírio. A expressão “incoerência”, inicialmente correspondendo a *dementia*, foi utilizada para referir um discurso ilógico e acelerado, sem coerência nem conexão. Posteriormente, a descrição do *delirium* seria destacada da noção de perda da razão, ficando associada a estados orgânicos de confusão mental. O correspondente em língua portuguesa, “delírio”, destina-se às idéias não compartilhadas observadas durante estados psicóticos.

No século XVIII, a visão negativa da paixão era cada vez mais questionada. Debates infundáveis sugeriam que a loucura também seria causada pelo “excesso de subjetividade” oposto à visão intelectualizada da doença mental. No início do século XIX, influenciado pelos movimentos românticos e positivistas, os médicos se empenharam em incorporar a noção da paixão no conceito de loucura.

A Revolução Francesa, em 1789, e a Revolução Industrial, na Inglaterra, consolidaram a passagem do modo de produção feudal para o capitalista, rompendo os resquícios de uma determinada relação de subordinação entre os seres humanos e inscrevendo outro tipo de interdependência dos donos dos meios de produção e donos da força de trabalho. Antes, a loucura era uma categoria eminentemente social. Foi somente no final do século XVIII que a loucura adquiriu o valor de doença mental e se tornou também uma categoria médica. Naquele momento, o médico assumia um controle ético muito forte. A ciência toma para si o propósito do conhecimento objetivo da loucura. (FRAYSE-PEREIRA, 1984, P.82)

Isso acontece concomitantemente ao surgimento de uma nova disciplina na Medicina que procura saber causas, conteúdos e formas da loucura: o Alienismo. Um dos desdobramentos da síntese alienista foi investimento na busca da causalidade biológica para o processo saúde-doença de expressão moral ou comportamental. Esta busca iniciou com a classificação nosográfica dos transtornos mentais de Pinel, que foi desenvolvida por seu seguidor, Esquirol (1772-1840).

Com a apropriação da loucura pelo saber médico, os loucos passam a ocupar um novo espaço, o asilo. Apesar de hoje ser reconhecido como *locus* inadequado à terapêutica da pessoa com transtorno mental, no entanto é importante notar que, sobretudo na visão dos primeiros alienistas, o asilo era um espaço mais terapêutico do que a prisão local onde antes iam os loucos.

No fim da Segunda Guerra Mundial (1939 - 1945) ao mesmo tempo em que o saber médico é valorizado pela visão organicista da doença mental, é criticado por se dedicar exclusivamente à terapêutica. O contexto sócio-histórico neste período levanta questões a respeito da sociedade e cobra da ciência atitudes preventivas, um conhecimento que possa antecipar as causas e se articular com a promoção de saúde.

Surge a Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1948, que concebe a saúde como um “*estado de completo bem estar físico, mental e social*”, e não consiste somente em uma ausência de doença ou enfermidade. Embora hoje questionada por sua excessiva abrangência e por desconsiderar a saúde e a doença como um processo, tal definição teve a virtude de trazer o foco para palavras como “bem-estar”, “mental” e “social”.

Assim, anota Ayres (2004), a sensibilidade para os aspectos sócio culturais do processo saúde-doença ganha novo ímpeto com a crescente ênfase dada à promoção da saúde; conceitos como o de vulnerabilidade recuperam os aspectos contextuais e institucionais como esfera de diagnóstico e intervenção em saúde, surgem e se desenvolvem, respeitando a pessoa e seu ambiente.

No campo da Psiquiatria, surgiram questionamentos acerca dos manicômios e suas práticas de tratamento. No clima de pós-guerra, nasceram os movimentos humanitários. Dentre esses, merece destaque a antipsiquiatria, ocorrido nos anos 1960, que fez severa crítica à Psiquiatria clássica. Nesta perspectiva, a loucura não é tratada com suporte e um caráter patológico, mas vista como forma não usual de ser no mundo. Dentro desta visão influenciada pela escola existencialista, procura-se reaver o "eu" perdido, a "identidade" que se perdeu num meio opressivo de dominação.

Pessoti (1996) revela que os maiores expoentes da antipsiquiatria foram os psiquiatras ingleses Laing e Cooper. O movimento da antipsiquiatria busca destruir o valor do saber/poder médico, colocando em questão sua função médica de produção da verdade da doença no espaço hospitalar.

Atualmente, em várias partes do mundo, movimentos da antipsiquiatria, reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial empenham-se em elaborar uma nova visão da doença mental e outra forma de tratamento. Questionando a existência e a validade real e prática dos hospitais psiquiátricos, estes movimentos visam, entre outras coisas, à humanização do tratamento do doente mental e ao respeito aos seus direitos individuais, restituindo-lhe o papel de cidadão e abrindo espaço para a expressão daquele que durante muito tempo foi silenciado.

Segundo Foucault (1991), aproximadamente na década de 1950, práticas em saúde mental passaram a considerar as contribuições das ciências psicológicas, deslocando assim a noção exclusiva de doença para a saúde, surgindo então a necessidade de conhecimento que abrange a nova concepção multifatorial da doença e da saúde.

O século XX traz para humanidade um gama de possibilidades, impulsionadas pelo saber científico, possibilitando a ampliação da expectativa de vida e melhoria das condições gerais de existência dos seres humanos, ainda que de forma desigual e iníqua.

Do ponto de vista terapêutico, experimentou-se a primeira revolução com os postulados psicanalíticos propostos por Freud, nas primeiras décadas do século XX, e a segunda revolução na década de 50, com o aparecimento dos psicofármacos.

O controle das manifestações psicóticas com os antipsicóticos, a debelação da depressão com os antidepressivos e o imediato alívio da ansiedade com os ansiolíticos proporcionaram uma qualidade de vida melhor a inúmeros pacientes, como nunca se havia visto. Muito se progrediu desde aquela época, particularmente no que diz respeito ao refinamento de técnicas diagnósticas e ao desenvolvimento de medicamentos mais eficazes em situações específicas e com perfil de tolerabilidade superior.

O grande destaque, entretanto de uma importante vertente deste processo, a biológica, já apontada no final do século XIX, ocorreu nos anos de 1980 a 1990, com o desenvolvimento das neurociências e da Medicina por imagens. A possibilidade de investigar as reações neuropsicológicas por imagens, sem procedimentos invasivos, alimentou, de forma consistente, o ideal da localização da sede da doença mental. No contexto médico a atualização nosográfica, aliada à investigação da causa biológica da doença mental e psicológica, compôs uma convenção globalmente utilizada como

referência para a classificação dos transtornos mentais, incluída na Classificação Internacional das Doenças - CID-10 da Organização Mundial de Saúde.

Assim, o século XX traz para humanidade um gama de possibilidades, impulsionadas pelo saber científico, possibilitando a ampliação da expectativa de vida e melhoria das condições gerais de existência dos seres humanos, ainda que de forma desigual e iníqua, como se constata melhor ao se estudarmos o campo da saúde pública, saúde coletiva e da promoção de saúde.

2.2 “NOVA SAÚDE PÚBLICA” E CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE

Novas perspectivas são vislumbradas no campo da saúde pública, saúde coletiva e da promoção de saúde, ao conceber a saúde também como fenômeno social e que diz respeito à qualidade de vida.

O modelo biomédico de saúde com o seu foco principal na etiologia, diagnóstico e tratamento das doenças confere importante contribuição ao desenvolvimento da assistência médica. Essa abordagem, no entanto, reduz o homem ao biológico, em geral não leva em consideração outros fatores que influenciam a saúde, como o ambiente físico e social onde os problemas de saúde ocorrem. Considerando-se que a saúde envolve inúmeras variáveis relativas ao indivíduo e ao meio ambiente, sua interpretação exige um enfoque mais amplo, não sendo, portanto, apropriado o enfoque reducionista.

Terris (1992) atualiza a clássica definição de saúde pública elaborada por Winslow, 1920, nos seguintes termos: "a arte e a ciência de prevenir a doença e a incapacidade, prolongar a vida e promover a saúde física e mental mediante os esforços organizados da comunidade". Com tal concepção, esse autor prescreve quatro tarefas básicas para a teoria e a prática de uma "Nova Saúde Pública": prevenção das doenças não infecciosas, prevenção das doenças infecciosas, promoção da saúde, melhoria da atenção médica e da reabilitação.

A “nova saúde pública”, no Brasil veio contribuir decisivamente para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) no enriquecimento e compreensão sobre os determinantes do processo saúde e doença, aproveitando-se da história e da tradição

da saúde pública. Entendê-la tanto como um campo científico quanto como um movimento ideológico em aberto, conforme sugeriram Almeida Filho e Paim (1999).

Também é necessário reconhecer que o modo como vem ocorrendo sua institucionalização bloqueia a reconstrução crítica de seus próprios saberes e práticas, provocando uma crise de identidade manifesta em sua fragmentação e diluição como campo científico.

Nunes (1986), a expressão saúde coletiva passou a ser utilizada, no Brasil, em 1979, quando um grupo de profissionais, oriundos da saúde pública e da Medicina preventiva e social procurou fundar um campo científico com orientação teórica, metodológica e política que privilegiava o social como categoria analítica, concebendo que a saúde coletiva é o fortalecimento dos sujeitos com o co-partícipe da produção de necessidades sociais que exigem iniciativa política e capacidade de reflexão crítica.

Concluo que, apesar de em si não constituir um paradigma, a saúde coletiva, como movimento ideológico comprometido com a transformação social, apresenta possibilidades de articulação com novos paradigmas científicos capazes de abordar o objeto saúde-doença-cuidado, respeitando sua historicidade e integralidade.

A promoção de saúde é definida como o processo que capacita a população a exercer e aumentar o controle sobre a sua saúde, sendo dessa forma relativa ao bem estar individual e coletivo de acordo com OMS na celebre *Carta de Ottawa* em 1986 (MENDES, 2004).

De acordo com Terris (1992), a expressão "promoção de saúde" foi usada pela primeira vez em 1945 por Henry Sigerist, historiador médico para quem a prática médica deveria compreender três grandes princípios: a promoção da saúde, a prevenção dos agravos à saúde, o tratamento e a reabilitação. Terris já apregoava a idéia de que para se ter saúde, é necessário um padrão de vida aceitável no qual estão incluídas condições apropriadas de trabalho, educação, atividades culturais e recreação. O autor postulava também a importância da interação intersetorial e as alianças interdisciplinares na promoção da saúde.

Campos (2000) expressa a noção de que o percurso histórico da concepção e a prática de promoção de saúde, todavia, foram impulsionados a partir de 1974, quando Marc Lalonde, ministro da saúde canadense, publicou o documento *Uma Nova*

Perspectiva Para a Saúde dos Canadenses (A New Perspective on the Health of Canadians), no qual foi introduzida a idéia de que um verdadeiro incremento ambiental (abordagem estruturalista) e no comportamento populacional (abordagem comportamental do estilo de vida) poderia resultar em significativa redução da morbimortalidade. O documento lançado por Lalonde deu ênfase a muitas vezes que já se preocupavam com a visão limitada do modelo biomédico tradicional, o qual, de alguma forma, separa o corpo da mente, a doença do doente e o doente da sociedade.

Essa nova perspectiva de saúde levantada por Lalonde provocou enorme repercussão e desencadeou uma série de iniciativas lideradas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), começando com a Assembléia de Alma-Ata (Organização Mundial da Saúde; 1977), no Casaquistão, da qual resultou a *Declaração de Alma-Ata*.

A primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde foi realizada em setembro de 1978, organizada pela OMS e INICEF em Alma-Ata, capital do Casaquistão. A Conferência foi assistida por cerca de 700 participantes e resultou na adoção de uma Declaração que reafirmou o significado de saúde como direito humano fundamental e uma das mais importantes metas sociais mundiais. De acordo com a Declaração, ações dos diferentes agentes internacionais no sentido de reduzir as diferenças no desenvolvimento econômico e social dos países deveriam ser estimulados para que se atingisse a meta de saúde para todos no ano 2000, reduzindo-se a lacuna entre estado de saúde dos países em desenvolvimento e desenvolvidos. Naquela ocasião, chegou-se ao consenso de que a promoção e a proteção da saúde dos povos são essenciais para o contínuo desenvolvimento econômico e social e, conseqüentemente, condição única para a melhoria da qualidade de vida dos homens e para a paz mundial. (MENDES, 2004)

Talvez o que tenha ficado como a marca da conferência tenha sido a proposta da atenção primária de saúde, mas outros componentes muito importantes e menos divulgados devem ser ressaltados: a reafirmação da saúde como direito humano fundamental; que as desigualdades são inaceitáveis; que os governos têm a responsabilidade pela saúde dos cidadãos; e que a população tem o direito de participar das decisões no campo da saúde.

Em resumo, trinta anos se passaram desde que a *Declaração de Alma Ata* foi lançada, trazendo os rudimentos de promoção de saúde, realçados posteriormente na

Carta de Ottawa. Outras conferências de promoção de saúde se sucederam e novos documentos foram elaborados; porém, parece que essas conferências e os documentos delas resultantes têm servido quase que exclusivamente para não deixar fenecer a idéia da saúde para todos, uma vez que nas regiões mais pobres do Planeta ainda existe uma grande distancia entre a retórica dessas conferências e a efetivação da prática de promoção da saúde. É provável, no entanto, que o crescente interesse na área da epidemiologia social, associado ao desenvolvimento de capital social, traga novas perspectivas ao campo da saúde pública, e possivelmente a concretização da idéia de saúde como um bem coletivo.

Seguindo-se a Conferência de Ottawa, outras foram conduzidas em diferentes países, trazendo um importante reforço para os defensores da estratégia da promoção da saúde.

Antes de relatar sobre a interface saúde mental e atenção primaria, considero pertinente contextualizar sobre a implantação do Programa Saúde da Família – PSF no Brasil.

A Constituição Federal, em 1998, instituiu o Sistema Único de Saúde – SUS, representando assim importante ponto de inflexão na evolução institucional brasileira, assegurando a saúde como um direito social universal a ser garantido pelo Estado.

Na última década, constata-se que a atenção básica no Brasil impulsionou grandes e importantes avanços, mediante a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS e o Programa Saúde da Família – PSF (ANDRADE, 2001).

Conforme Sousa (2001), o PACS foi criado com o objetivo de melhorar, mediante o trabalho dos ACS, a capacidade da população de cuidar da sua saúde, transmitindo-lhes informações e conhecimentos, proporcionando a ligação entre comunidade e serviços de saúde, capacitando os ACS para executar trabalhos no primeiro nível de atenção à saúde, garantindo cuidados à população com um grau de responsabilidade compatível com suas funções, contribuindo para extensão da atenção à saúde, garantindo o trabalho desses profissionais de maneira integrada com a equipe da unidade de saúde a que eles estiverem vinculados.

Em relação ao PSF, este foi criado em março de 1994 pelo Ministério da Saúde, com base em experiências municipais exitosas, como a de Quixadá, localizada

no Estado do Ceará. Seu objetivo geral consiste em contribuir para a reorientação do modelo de atenção com suporte na atenção básica, em consonância com os princípios do SUS, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, mediante a definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população (BRASIL,1997).

Segundo Barreto et al (2000), as equipes devem ser compostas no mínimo pelos profissionais médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes de saúde. Mediante experiências de êxito detectadas nos municípios de Quixadá, Itapiúna, Fortim, Jucás, Beberibe, entre outros, os quais adotaram a estratégia do PSF, a partir de 1995, o Governo do Estado do Ceará decidiu que a referida estratégia deveria ser o programa norteador mais adequado para proporcionar a inversão do modelo de atenção à saúde, o qual se centralizava na doença com característica de enfoque individual.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), cada equipe de Saúde da Família (ESF) é responsável por um número determinado de famílias (população adscrita) de 600 a 1000 famílias (4500 pessoas no máximo), porém, a proporção é definida considerando-se se trata de área de risco. Cada equipe é composta por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de 4 a 6 (ACS). Outros profissionais, como dentistas, nutricionistas, fisioterapeutas, educadores físicos, assistentes sociais e psicólogos poderão ser inseridos às equipes, como apoio.

O PSF não é mais encarado como mais um programa assistencial dos vários implantados no Brasil, com histórico de breve período de existência. O PSF já é considerado como uma estratégia nacional que viabiliza dentro do SUS todos os seus princípios norteadores: universalização, democratização, descentralização, integralidade e execução mista (estatal e não estatal). Sua estratégia pressupõe diferente concepção de trabalho, com nova forma de estabelecimento de vínculos entre os integrantes de uma equipe, diferenciando-se do modelo biomédico tradicional com a contemplação de uma nova relação que deve ser estabelecida entre os profissionais de saúde e a comunidade, favorecendo maior diversidade de ações (BRASIL, 2000).

O BRASIL (2000) também enfatiza que as ações dos profissionais são fundamentadas na interdisciplinaridade e articulação intersetorial. A abordagem ao indivíduo é integral, considerando-o como um ser inserido nos seus contextos familiar e social, sendo que a família deve ser abordada na sua estruturação nuclear, e na relação

com os demais subsistemas sociais, configurando-se elemento fundamental em relação às dinâmicas sociais e ao processo saúde-doença.

Na interface das ações de saúde mental com a atenção primária, sobretudo no que diz respeito à estratégia de Saúde da Família (ESF), devem ser concebidas em pelo menos três dimensões, como preconiza Sampaio (2003):

- Habilitadora – reintegrando pessoas com transtorno mental grave às suas comunidades, apoiando os esforços de re-inserção no trabalho, na vida familiar e nas atividades coletivas;
- Preventiva clássica – acompanhando psicofarmacoterapia, realização do monitoramento terapêutico para evitar ou diminuir absenteísmo e rupturas de projetos terapêuticos, assim como também a identificação precoce de crises e prevenção do hospitalismo;
- Promoção da saúde – estimulando uma cultura local de solidariedade, trabalhando a auto-estima e identidade das pessoas.

A equipe de saúde mental incentiva as equipes do PSF co-responsabilidade pelo cuidado e monitoramento das pessoas cobertas pelo PSF (Programa de Saúde da Família), isto é, que moram no território de atuação no que se refere a ações em saúde mental, intervenção denominada ação matricial.

A saúde mental é, por assim dizer, um eixo da estratégia de saúde da família (ESF). Como relata Lancetti (1990), na ESF os pacientes conhecem pelo nome os médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários. E os membros da equipe de saúde da família (SF) também conhecem os pacientes pelo nome. Conhecem cada dia melhor suas biografias e o território existencial e geográfico.

O movimento da reforma psiquiátrica destaca, para uma real mudança no campo da assistência em saúde mental, a criação e implementação de políticas fundamentadas em propostas de reformulação de atenção psiquiátrica, baseadas numa concepção não manicomial das práticas terapêuticas, considerando primordialmente a questão da cidadania da pessoa com transtorno mental, envolvendo, além da rede básica de saúde (equipes da ESF), os diversos setores da sociedade nas questões relacionadas ao universo da saúde mental. A busca de integração entre o serviço especializado e a

atenção básica à saúde é entendida como primordial para a consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS e para uma efetiva política de saúde mental.

No campo da saúde mental podem ser identificados conceitos de adoecimento psíquico e as terapêuticas operadas nos diferentes períodos de desenvolvimento político e econômico e da organização da sociedade humana, dos primórdios à idade contemporânea. A seguir, abordarei os principais aspectos históricos da assistência em saúde mental no Brasil.

2.3 ESBOÇO HISTÓRICO DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL

No Brasil até a segunda metade do século XIX, não houve assistência médica específica aos doentes mentais.

Segundo Moztazo e Kirschbaum (2003), a inauguração do primeiro hospital psiquiátrico no Brasil ocorreu em 1852, no Rio de Janeiro. Ele recebeu o nome de D. Pedro II, e foi dirigida pelos religiosos da Santa casa de Misericórdia. Com certa rapidez, outras santas casas, asilos e manicômios foram criados em todo o território do nacional. Na proclamação da República, a Psiquiatria passou a ter uma conotação científica.

Como relata Machado (2004), em sua pesquisa documental nos anos 60 a Psiquiatria deu seu passo na assistência em massa à saúde. A maioria dos hospitais públicos estava em precárias condições de manutenção administrativa e, principalmente, sem perspectivas assistenciais humanas. Começou-se a contratação de leitos psiquiátricos privados por parte do Estado.

Nos anos 1970, proliferaram os ambulatórios e os manicômios particulares conveniados. Durante o mesmo período, iniciaram os movimentos na América Latina e no Brasil, para direcionar propostas de reformulação e reorganização da política de saúde mental, buscando humanizar o tratamento aos pacientes.

Entre 1973 e 1982, foram divulgados documentos oficiais do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), Ministério da Previdência e Assistência Social e Divisão Nacional de Saúde Mental, condenando o atendimento asilar.

No final da década de 1970, surgiu o conceito de reforma psiquiátrica. No Brasil, esta expressão veio associada com o movimento de democratização e cidadania que se consolidou na segunda metade da década de 1980. Um marco na história da reforma psiquiátrica no Brasil foi o II Encontro Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, em Bauru – SP (1987), induzindo novos rumos para a saúde mental. Assim, a preocupação deixou de estar centralizada apenas na instituição psiquiátrica e passou a abranger a condição humana, social, política e cultural do doente mental, abrindo espaço para um questionamento viável e crítico. “Não mais se trata de curar um doente, mas de adaptá-lo num grupo, torna-lo novamente um sujeito definido pela rede de suas inter-relações sociais”. (TENÓRIO, 2002, p.30)

Em 1987, ocorreu no Rio de Janeiro a I Conferência Nacional de Saúde Mental, seguindo os pressupostos da 8ª Conferência Nacional de Saúde ocorrida em Brasília em 1986. O documento final que analisava as desigualdades sociais, o aumento da morbidade, adotando o novo conceito de saúde, reitera a implementação da reforma sanitária. Propunha-se, pois, a reformulação do modelo de assistência em saúde mental e conseqüente reorganização dos serviços, privilegiando o atendimento extra-hospitalar e as equipes multiprofissionais. Iniciava-se a discussão dos direitos de cidadania e da legislação relativa ao doente mental.

A internação em hospícios e asilos manicomial e, conseqüentemente, a exclusão do convívio social das pessoas com transtornos mentais, passou a ser fortemente questionada no País a partir da década de 1970, com o surgimento do movimento da reforma psiquiátrica. Formado inicialmente por profissionais da área da saúde mental, o movimento incorporou as famílias dos pacientes, os próprios pacientes e ganhou força com os avanços da reforma sanitária, consagrados na Constituição de 1988, e, posteriormente, do advento do SUS, com a Lei 8.080, de 1990 (MACHADO, 2005 P.11).

Segundo Tenório (2002), a lei Paulo Delgado também foi o norte do processo de revisão legislativa. Em 1989, o deputado Paulo Delgado (PT-MG) apresentou o projeto de lei nº. 3.657/89, que veio a ser conhecido como a Lei da Reforma Psiquiátrica.

O projeto era simples, com apenas três artigos de conteúdo: o primeiro impedia a construção ou contratação de novos hospitais psiquiátricos pelo Poder Público; o segundo previa o direcionamento dos recursos públicos para a criação de “recursos não-

manicomiais de atendimento”; e o terceiro obrigava a comunicação das internações compulsórias à autoridade judiciária, que deveria então emitir parecer sobre a legalidade da internação.

Somente após onze anos de tramitação no Congresso Nacional e inúmeras modificações no projeto de Lei Federal proposto pelo deputado Paulo Delgado, é que este foi aprovado e sancionado pelo Presidente da República em 06 de abril de 2001 – Lei 10.216, representando uma conquista singular no tocante à inclusão social da pessoa com transtorno mental e modificações no âmago da assistência psiquiátrica no Brasil.

Os países da América Latina têm na Declaração de Caracas sua principal influência para a adoção de políticas no âmbito da saúde mental. Essa declaração resultou da Conferência Regional para Reestruturação da Assistência Psiquiátrica no Continente, promovida pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) na Venezuela, em novembro de 1990. O principal ponto identificado na Declaração de Caracas é que a assistência psiquiátrica convencional não permite alcançar objetivos compatíveis com um atendimento comunitário, descentralizado, integral, participativo, preventivo e contínuo, levando-se em consideração a existência de única modalidade assistencial: o hospital psiquiátrico. Tendo em vista que, o atendimento primário de saúde é a estratégia adotada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela OPAS, e referendada pelos países membros para alcançar a meta de Saúde para Todos no ano 2000, foi declarado fundamentalmente que a reestruturação da assistência psiquiátrica ligada à atenção básica permite a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais, possibilitando uma revisão crítica do papel hegemônico e centralizado do hospital psiquiátrico (BRASIL a, 2004).

Entre 1991 e 1995, o Ministério da Saúde assumiu seu papel de definir os muros de uma reforma psiquiátrica que garantisse a construção da rede de serviços capaz de substituir eficazmente o sistema hospitalocêntrico. Algumas normas - como na lei nº 9.716, de 07 de agosto de 1992 – tiveram impacto relevante e eficaz. Simultaneamente, diversos estados da Federação, iniciando pelo Rio Grande do Sul, aprovaram projetos de reforma psiquiátrica, acompanhando a Lei Federal proposta pelo Deputado Delgado (BRASIL b, 2004).

Os CAPS, dentro da atual política de saúde mental do Ministério da Saúde, são considerados dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde

mental. Eles devem ser territorializados, ou seja, devem estar circunscritos no espaço de convívio social (família, escola, trabalho, igreja etc) daqueles usuários que os freqüentam. Deve ser um serviço que recupere as potencialidades dos recursos comunitários à sua volta, pois todos esses recursos devem ser incluídos nos cuidados em saúde mental. A reinserção social pode ocorrer a partir do CAPS, mas sempre em direção à comunidade (BRASIL, 2002).

De acordo com Ministério da Saúde (BRASIL, 2004b), os CAPS visam A :

- prestar atendimento em regime de atenção diária;
- gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado;
- promover a inserção social dos usuários mediante ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas. Os CAPS também têm a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território;
- dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, Programa Saúde da Família, Programa de Agentes Comunitários de Saúde;
- regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área;
- coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território e
- manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental.

Durante a reforma psiquiátrica, faz-se necessário evidenciar o fato de que a saúde mental incorporou novos conceitos e saberes para o tratamento de pessoas com transtorno mental, destacando-se a necessidade de profissionais capacitados para atuar junto aos serviços de atenção básica e serviços especializados. Prioriza-se, portanto, a

humanização do atendimento, a inclusão social e a assistência descentralizada, bem como a promoção da saúde.

Neste período, no final do século XX, surgem no País alguns movimentos de crítica ao modelo manicomial, pautados também em denúncias da violência praticada dentro dos espessos muros dos hospitais psiquiátricos e no combate à segregação dos portadores de transtorno mental. Assim, paradoxalmente, surge o dispositivo chamado CAPS no Brasil. Com efeito, os anos 1990 foram responsáveis pela disseminação de propostas como os centros de atenção psicossocial (CAPS), Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), Residências terapêuticas, dentre outros. A década de 1990 foi o palco de implantação de novas ideologias e a implementação de novos dispositivos, visando à reabilitação social do paciente com transtorno mental.

Segundo Amarante (1998), os NAPS e os CAPS configuram-se como as respostas mais eficazes e criativas, mas a noção de que a implantação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais – em alternativa aos leitos dos hospitais psiquiátricos – também é realística e significativa. E complementa, dizendo que a disseminação deste entendimento e sua aplicação devem ser perseguidas com grande determinação nos anos posteriores.

Amarante também acentua que há de se considerar a *municipalização das ações em saúde*, configurando-se como uma atitude concreta, no âmbito da qual algumas iniciativas de alguns estados e cidades já podem ser consideradas experiências exitosas.

No tocante à criação de normas legislativas, os estados pioneiros foram: Rio Grande do Sul, Ceará, Pernambuco, Minas Gerais, bem como o Distrito Federal.

O primeiro Centro de Atenção Psicossocial do Brasil foi inaugurado em março de 1986 em São Paulo, denominado Professor Luis da Rocha Cerqueira, conhecido como CAPS da rua Itapeva. A criação deste CAPS e de tantos outros, com outros nomes e lugares, fez parte de intenso movimento social, inicialmente de trabalhadores de saúde mental, que buscavam a melhoria da assistência no Brasil e denunciavam a situação precária dos hospitais psiquiátricos, que até então eram o único recurso destinado aos usuários portadores de transtornos mentais. Nesse contexto, os serviços de saúde mental surgem em vários municípios do País e vão se consolidando como dispositivos eficazes na diminuição de internações e na mudança do modelo assistencial (BRASIL, 2002).

As portarias 189/91 e 224/92 instituíam e definiam os CAPS como sendo os dispositivos de atenção em saúde mental, entretanto somente com a Portaria N 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, o Ministério da Saúde estabelece as modalidades dos Centros de atenção psicossocial, passando a ser assim divididos: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme está disposto abaixo:

- **CAPS I** é um serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, funcionando no período de 8 às 18 horas, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana;
- **CAPS II** é um serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, funcionando das 8 às 18 horas, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até 21 horas;
- **CAPS III** é um serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes, constituindo-se em serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e fins de semana;
- **CAPSi** é um serviço de atenção psicossocial para atendimento a crianças e adolescentes, constituindo-se em referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local, atendendo a critérios epidemiológicos;
- **CAPSad** é um serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000, funcionando das 8 às 18 horas, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até 21 horas. (BRASIL, 2002)

Vale ainda mencionar a implantação do Programa *De Volta para Casa*, criado pelo Ministério da Saúde. Consiste em um plano de reinserção social de pessoas acometidas de transtornos mentais, decorrentes de internações prolongadas, obedecendo a critérios definidos na Lei n 10.708, de 31 de julho de 2003, que tem como pressuposto primordial o pagamento de um auxílio ao paciente, visando à sua reabilitação psicossocial. Esse programa está em consonância com as recomendações da OPAS e OMS para a área da saúde mental com o objetivo de reverter gradativamente o modelo de atenção pautado no padrão hospitalocêntrico por outro de atenção comunitária, consolidado em serviços territoriais e de atenção diária (Brasil, 2004 b).

Como diz Tenório (2002), a reforma psiquiátrica é a tentativa de dar ao problema da loucura outra resposta social, não asilar: evitar a internação como destino e reduzi-la a um recurso eventualmente necessário, agenciar o problema social da loucura.

Adentrarei agora a experiência em reforma psiquiátrica do Estado do Ceará, palco de transformações, especificamente Sobral, que se destaca com o modelo de atenção integral a saúde mental.

2.4 ESBOÇO HISTÓRICO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO CEARÁ E A REDE DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE MENTAL DE SOBRAL-CE

Segundo Sampaio e Barroso (2002), havia no Ceará, desde 1886, o Asilo para Alienados São Vicente de Paula, vinculado à Santa Casa de Misericórdia de natureza asilar e tutelar. Além deste asilo para alienados, foi criada, em 1935, a Casa de Saúde São Gerardo, a primeiro de cunho privado e o Hospital de Saúde Mental de Messejana, instituído em 1963, sendo este de atendimento público. Assim, nasceram as primeiras instituições manicomial no Estado, mais outras que foram surgindo.

No Estado do Ceará na primeira metade da década de 90 contávamos com dois CAPS – um no Município do Iguatu e outro em Quixadá, e hospitais psiquiátricos, tendo sua concentração maior na capital do Estado – Fortaleza.

Em 1999, havia nove CAPS em todo o Estado, sendo um na Capital-Secretaria Regional III - SER III - e outros em Canindé, Cascavel, Ico, Iguatu, Itapipoca, Aracati,

Juazeiro do Norte e Quixadá, Sobral, e três hospitais-dia na Capital. Atualmente há CAPS em todo o Estado, ressaltando que continua em plena expansão uma rede ampliada em saúde mental todo o Estado, principalmente em Fortaleza, na atual gestão.

Sampaio e Barroso (2002) assinalaram que os primeiros seis CAPS do Ceará apresentavam grande diversidade em suas estruturas, funções e formação de equipes, mas mesmo que em graus diferentes de realização buscam cumprir os princípios de serviços substitutivos os CAPS. Optei para concentrar minha análise em Sobral, o município onde foi realizada esta pesquisa, onde o campo da saúde mental passou por importantes mudanças.

Como relatam Girão e Soares (1997), Sobral é uma cidade situada na região norte do Ceará, distante 224 quilômetros de Fortaleza. Quanto a alguns aspectos sócio-históricos do Município, posso dizer que Sobral é um dos municípios brasileiros que hoje retrata em sua estrutura urbana os vários ciclos econômicos responsáveis por seu desenvolvimento e crescimento. No Município, é possível identificar edificações majoritariamente no Centro da cidade e no seu entorno, construídas no século XVIII, XIX e XX quando a fazenda Caiçara passou a povoação. Esta fazenda pertencia ao Capitão Antônio Rodrigues Magalhães que, em 1743, doou parte de suas terras para construção da Capela de Nossa Senhora da Conceição, futura matriz da cidade de Sobral. Ao redor da matriz e, mais tarde, da capela do rosário, surgiram as primeiras casas da povoação. Os bairros da Matriz e do Rosário formavam dois pequenos centros de atividade, que pouco a pouco foram se desenvolvendo até se unirem mediante o aparecimento de novas ruas entre eles. No dia 5 de julho de 1773, a povoação de Caiçara foi elevada a vila, como o nome de Distinta e Real Vila de Sobral. Em 12 de janeiro de 1841, pelo decreto nº 229, a vila de Sobral foi elevada à categoria de cidade, com o título de Fidelíssima Cidade Januária de Acaraú, pelo presidente José Martiniano de Alencar. Em 25 de outubro de 1842, pelo Decreto nº 224, a cidade de Januária passou a se chamar cidade de Sobral.

Segundo Girão e Soares (1997), no fim do século XIX e início do século XX, o progresso econômico e cultural pelo qual passou a Cidade decorria de sua posição geográfica, pois era passagem obrigatória das mercadorias que desembarcavam no Porto de Camocim, provocando significativas mudanças, nas relações comerciais com o porto de Camocim e, dali, com a Europa..

Atualmente ainda é considerado um município-pólo, destacando-se pelo crescimento, pela influência na economia local, pela implantação de políticas públicas integradas, o que impulsiona o desenvolvimento sociocultural do Município e da região. Sobral passa por franco desenvolvimento em todos os aspectos e setores convivendo concomitantemente com costumes de uma metrópole e de uma cidade pequena.

No que trata a história da assistência em saúde mental no Município de Sobral, segundo Sampaio (1997), em 1974 foi criada, pelo senhor Wladimir Ferreira Gomes, a Casa de Repouso Guararapes, um hospital psiquiátrico que foi a primeira instituição especializada em Saúde Mental na Macro região de Sobral.

Segundo Silva *et al* (2000), nos doze anos que se seguiram, o Município de Sobral passou a dispor dos seguintes atendimentos psiquiátricos: hospitalar, emergencial, ambulatorial e liberal.

Hospitalar: a clientela atendida pela Casa de Repouso apresentava alto grau de cronificação, com grande tempo de permanência e freqüentes reinternações. Aos 80 leitos de internação foram incorporados, em 1997, 30 leitos de hospital-dia.

Emergencial: o atendimento psiquiátrico de emergência era realizado pela Casa de Repouso Guararapes, em menor proporção pela Santa Casa de Misericórdia de Sobral.

Ambulatorial: apresentava grande carência, havia pequena quota de assistência pública na Santa Casa de Misericórdia de Sobral (conveniada ao Sistema Único de Saúde - SUS), no Hospital Perpétuo Socorro (conveniado ao SUS) e no Posto de Atendimento Médico – PAM (próprio do SUS);

Liberal: havia dois consultórios particulares, ambos para atendimento privado.

Segundo Costa *et al* (1997), no Hospital Psiquiátrico de Sobral também foi possível identificar elevado número de óbitos e evasões e nenhuma alta com a complementação ambulatorial sugerida. Este último indicador demonstrava a completa ausência de um sistema de cuidados.

Como relatam Andrade *et al* (1999), em 10 de julho de 2000, a Casa de Repouso Guararapes foi descredenciada como prestadora de serviços ao SUS, depois de uma intervenção de 120 dias motivada por denúncias de tortura e maus-tratos, envolvendo a morte de paciente Damião Ximenes Lopes. A partir desse quadro, foram tomadas várias providências, como envolvimento direto das equipes do Programa Saúde da Família - PSF, destacando-se a estruturação do CAPS; a implantação da Residência Terapêutica, a primeira do Nordeste, como alternativa assistencial aos pacientes crônicos e com perda do vínculo familiar; a emergência e internamento em hospitalar geral, e o ambulatório de psiquiatria.

Segundo Andrade *et al* (1999), até o ano de 1996, Sobral tinha como principal característica um governo municipal quase ausente na formulação e execução das suas políticas públicas. Estas características perpassavam todos os setores da administração, e, de forma bastante acentuada, o da saúde. Quase toda a rede dos serviços assistenciais de saúde pertencia a entidades filantrópicas, entidades privadas e ao Governo estadual. Como o Município não se apresentava habilitado em nenhuma forma a gestão do SUS, o financiamento de sua rede assistencial se limitou ao pagamento por contraprestação de serviços. Até mesmo a oferta de serviços mais especializados era inconstante, variando no sabor de interesses corporativos e das condições contingenciais de financiamento, mas nunca com base na sua realidade epidemiológica.

Andrade (1999) registra que, diante desta realidade, foi pensado e executado o Plano Municipal de Saúde, que buscou a inversão deste modelo para outro onde se trabalhava o conceito de saúde como qualidade de vida e o processo saúde-doença como fruto de uma produção social, muito mais do que simplesmente de uma história natural (biológica) da doença. Portanto, para seu enfrentamento, se fizeram necessários uma abordagem coletiva e um bom planejamento com base epidemiológica, tendo sido o Programa Saúde Família como estratégia estruturante da organização da atenção primária. A implantação do Programa Saúde da Família no Município de Sobral, tinha como objetivo promover uma mudança do modelo de atenção em saúde, e com isto uma melhoria da qualidade de vida de sua população.

Como base no Projeto Técnico do CAPS de Sobral (SOBRAL, 2006) este serviço funciona desde 1998, tendo recebido do Ministério da Saúde a classificação de CAPS II em 2002. A intervenção municipal e posterior fechamento do manicômio que

havia na Cidade fizeram com que este serviço assumisse rapidamente a grande demanda de pessoas portadoras de transtorno mental de uma forma condizente com os princípios da reforma psiquiátrica brasileira, visando à (re) integração comunitária e à (re) habilitação de seus usuários.

O CAPS II de Sobral tem abrangência municipal, atendendo a todos os bairros e distritos do Município, consoante dados do (IBGE, 2007), tem área de 2.123 km² e 176.895 habitantes e algumas localidades bastante dispersas – algumas a mais de 70 km da sede. Além desta área, o Município de Forquilha – 517 km² (IBGE, 2007), 20.181 habitantes (IBGE,2007) que era Distrito de Sobral, também é atendido, por estar geograficamente incrustado na área da antiga Sede. Forquilha é um município próximo (18 km), emancipado de Sobral em 1986, com acesso fácil, e cuja área somada à de Sobral constitui um contínuo territorial.

No decorrer do seu processo de estruturação e organização da assistência em saúde mental, Município de Sobral se configura atualmente na Rede de Atenção à Saúde Mental de Sobral – RAISM.

A RAISM segue o modelo da interdisciplinaridade, por acreditar que o campo da Saúde Mental, em razão da sua complexidade, deve receber atenção por parte de uma equipe composta por diversos tipos de técnicos, que por sua vez farão uso de uma multiplicidade metodológica, adaptada às necessidades clínicas individuais do cliente.

A Rede de Atenção Integral à Saúde Mental de Sobral é constituída pelos serviços: CAPS II Damião Ximenes Lopes (especializado no tratamento de pessoas com transtorno mental severo e persistente) CAPS AD Maria do Socorro Victor (especializado no tratamento de pessoas com transtornos mentais associados ao uso de substâncias psicoativas), um Serviço Residencial Terapêutico - SRT, uma Unidade de Internação Psiquiátrica, no Hospital Geral Dr. Estevam Ponte, e um Ambulatório de Psiquiatria, para cobertura regional, localizado no Centro de Especialidades Médicas-CEM. Tais serviços articulam-se e com as 48 equipes da ESF, distribuídas em 27 centros de Saúde da Família, sendo 14 na Sede e 13 nos distritos e outros profissionais de referência para o desenvolvimento de ações de saúde mental na atenção primária, saúde mental comunitária e Associação Encontro dos Amigos da Saúde Mental.

A RAISMS é caracterizada por uma política de saúde mental humanizada, qualificada, de base comunitária, arrimando-se nos princípios do SUS, da

universalidade, hierarquização, integralidade, regionalização e integralidade das ações, apresentando diversidade terapêutica em seus diferentes níveis de complexidade, favorecendo a participação social e a implantação para a avaliação das políticas.

O CAPS está intimamente ligado à Estratégia Saúde da Família (ESF), que em Sobral tem cobertura de 100% dos territórios. Esta integração ocorre na forma de colaboração na promoção à saúde mental, prevenção de transtornos psíquicos e educação continuada nas ferramentas terapêuticas da saúde mental, o que é de grande importância na assistência a clientes cujo tratamento pode e deve ser realizado na atenção primária (principalmente transtornos ansiosos e afetivos leves e somatizações).

Como serviço de atenção secundária, o CAPS, quando necessário, pode encaminhar para outros recursos secundários, porém sempre com a ciência e intermediação do PSF. Quando necessário, o CAPS fornece orientação e capacitação em saúde mental para estes serviços.

Posso resumir os tipos de atendimento do CAPS de Sobral a seguir: triagem no PSF; grupo de convivência; acolhimento de intercorrências; acompanhamento em Psiquiatria, Psicologia, Enfermagem, Terapia Ocupacional, Serviço Social (individual e grupal); Atenção intensiva e semi-intensiva e habilitação social; visitas domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias; atividades educativas; cadastramento de clientes; registro dos atendimentos; psicofarmacologia; vigilância à saúde mental; estágio, residência e supervisão.

A concretização da reforma psiquiátrica no Município de Sobral, ocorreu com base nos princípios gerais do movimento brasileiro e também mundial de reforma psiquiátrica, mas deve-se, sobretudo, à existência de mártir-Damião Ximenes Lopes, que denunciou ao mundo a prática desumana que era imposta aos portadores de transtorno mental com sua morte. Damião Ximenes Lopes foi torturado e assassinado no dia 04 de outubro de 1999, quando estava internado na Casa de Repouso Guararapes,

filiada à época ao Sistema Único de Saúde, no Município de Sobral, Estado do Ceará. Era portador de transtorno mental - com sintomas de esquizofrenia. Morreu aos 30 anos. Os familiares recorreram à Justiça para que as circunstâncias que o levaram à morte do rapaz fossem apuradas e os responsáveis, punidos, ato que desencadeou o processo de

aceleração da reforma psiquiátrica no Município de Sobral e criação da Rede de Atenção Integral em Saúde Mental.

Desta forma, as diversas experiências em saúde mental inseridas no território possibilitam a sociedade ainda pouco familiarizada com o convívio com a pessoa portadora de um transtorno mental a ir amadurecendo através da própria experiência suas concepções acerca dos transtornos mentais. A seguir me reportarei os aspectos culturais das esquizofrenias e depressões.

2.5 ASPECTOS CULTURAIS DA ESQUIZOFRENIAS

A Psiquiatria transcultural e a Antropologia discutem e comparam as possíveis relações entre cultura e esquizofrenia nas diferentes sociedades. Nesse estudo das concepções das alterações mentais, se faz importante a compreensão da esquizofrenia, conceito da Psiquiatria e Psicologia, visando a identificar o que é da ordem das formulações técnico-científicas e da “doidiça”, conceito do senso comum e da cultura. Sendo a esquizofrenia o transtorno mental paradigmático da Loucura/ “doidiça” abordarei seus aspectos culturais.

Segundo a CID-10 (OMS, 1993), os transtornos esquizofrênicos são caracterizados por distorções fundamentais e características do pensamento e da realidade e por afeto inadequado ou embotado. A perturbação envolve as funções mais básicas que dão à pessoa normal um senso de individualidade, unicidade e direção de si mesmo. Os pensamentos, sentimentos e atos mais íntimos são sentidos como conhecidos e partilhados por outros e podem desenvolver delírios explicativos, ao ponto de que forças naturais ou sobrenaturais trabalham de forma a influenciar os pensamentos e as ações do indivíduo atingido, de formas muitas vezes bizarras.

Um campo igualmente rico de investigações também se desenvolveu em torno do estudo das crenças, conceitos, concepções e representações sobre os transtornos mentais. Nesse terreno encontra-se estudos sobre a diversidade cultural dos significados do nervoso, ou doença dos nervos. Citarei dois estudos, os de Redko (1998)

e Villares e Mari (1998) que investigaram as concepções acerca da esquizofrenia como problema fundamental dos nervos, ou nervoso numa abordagem antropológica.

Redko (1998) exprime que desde 1904, quando Kraepelin fez a sua primeira expedição para Java com a intenção de identificar alguns casos de *dementia praecox*, os psiquiatras têm identificado pacientes que apresentam sintomas esquizofrênicos clássicos em todas as partes do mundo; porém, a universalidade da categoria psiquiátrica esquizofrenia, assim como seus critérios diagnósticos permaneceram controversos até hoje, principalmente quando são comparados com culturas distintas em especial na África e na Ásia.

Murphy e Raman empreenderam em 1971 o primeiro estudo cuidadoso, ao fazer um seguimento por 12 anos de pacientes, mostrando que os pacientes com esquizofrenia, que viviam nas Ilhas Maurício, apresentavam uma evolução melhor (menos recorrências, mais pacientes vivendo normalmente e livres de sintomas), do que um grupo de pacientes de semelhantes seguidos na Inglaterra. Além disso, esse melhor prognóstico não estava associando a qualquer diferença nas taxas de incidência de ambas as culturas, com um tratamento melhor, com hospitalização menos prolongadas, nem com condições de vida mais favoráveis. Conseqüentemente, a discrepância na proporção de recuperação social dos pacientes pode estar relacionada com a natureza da esquizofrenia nessas duas culturas, ou com a influência de cada uma dessas culturas sobre a esquizofrenia (REDKO,1998).

Toda a investigação subsequente de Murphy continuou indicando diferenças surpreendentes tanto na incidência como na evolução de esquizofrenia em culturas distintas. Como a cultura não é algo estático, nem mera variável, o que precisa ser caracterizado é o tipo de experiências que a cultura fornece para aqueles indivíduos mais propensos a adquirir esquizofrenia; ou seja, existiria um estilo de comunicação que poderia sobrecarregar aqueles indivíduos que não conseguem distinguir as mudanças de significado entre duplo pensar e duplo falar: situações sociais poderiam suscitar esquizofrenia se estas situações persistentemente confrontassem as pessoas com tarefas que requeressem a interpretação de informação ambígua, conflituosa, senão complexa.

Murphy hipotetiza que as diferenças nas incidências (risco) estariam mais relacionadas com o duplo vínculo cultural, enquanto as diferenças na cronicidade (evolução) poderiam ser atribuídas aos aspectos de organização social e coesão (por

exemplo, os obstáculos que uma cultura colocada nos modos como o indivíduo com esquizofrenia retoma os seus papéis sociais normais).

No estudo de Villares e Mari (1998) sobre a esquizofrenia e o contexto familiar, foi observado que, mesmo considerando a complexidade social brasileira e as transformações de valores e modos de vida decorrentes de fatores econômicos, sociais e políticos nas últimas décadas, a família permanece como referência central para a constituição da individualidade e para consolidar uma visão de mundo e de estilos de vida na cultura do Brasil.

No país, assim como em nações de cultura hispânica de maneira geral, a família provê a estrutura de apoio mais importante para o manejo das doenças mentais graves. E esta é a condição da esquizofrenia, uma doença frequentemente crônica e incapacitante que impinge aos componentes familiares o cuidado ou administração, de alguma maneira, do membro da família que sofre, que fica dependente e desorganizado.

Villares e Mari (1998) observaram que, nos relatos dos familiares de pessoa com esquizofrenia, permanece a dúvida sobre tratar-se ou não de uma doença. Percebe-se que o tratamento médico é de alguma forma útil, mas em muitas situações tal tratamento não tem alcance. Trata-se, então, de buscar outras explicações recorrentes ao vocabulário moral, psicológico e espiritual, pois há que se encontrar uma forma de convivência com o inexplicável.

No estudo de Villares e Mari (1998), observo que a perspectiva popular oferece dois usos para o termo: nervoso pode ser o sintoma ou consequência de uma determinada doença, ou resposta a um evento traumático; pode ser também a denominação de uma doença propriamente dita, definida por uma etiologia, sintomatologia e tratamento específico. A distinção entre esses usos do termo nervoso, entretanto, não é clara. A manifestação do nervoso, na realidade, acontece num *contínium* em que a gravidade vai determinar quando esse não é apenas um sintoma de algum problema, mas passa a elaborar o problema em si. O nervoso também é concebido como fator que pode levar ao desenvolvimento de uma doença quando fica além da possibilidade de controle pela pessoa que sofre. Essa diferenciação pode ser apreendida de afirmações que contrapõem descrições da pessoa que “passa” nervoso ou tem um “ataque” de nervoso e da que “é” ou “sempre foi” nervosa. Na primeira

condição, encontram-se todas as pessoas que enfrentam uma situação difícil (incluindo, freqüentemente, os pacientes).

2.6 ASPECTOS CULTURAIS DAS DEPRESSÕES

A intensa difusão de conceitos "psicologistas" desenvolve uma peculiaridade na forma de expressão popular dos transtornos mentais. Posso dizer que a terminologia científica dos transtornos mentais sai dos "espaços acadêmicos" e torna-se intensamente difundida na mídia e no cotidiano pessoal, originando um discurso interpretativo do comportamento humano.

Dicionários da língua portuguesa como, Michaelis (2000) e Ferreira (1993) trazem os seguintes significados do termo depressão.

Ato de deprimir (-se), abaixamento de nível resultante de pressão ou de peso, baixa de terreno, diminuição, redução, achatamento ou cavidade superficial. Diminuição de função fisiológica. Distúrbio mental caracterizado por adinamia, desânimo, sensação de cansaço, e cujo quadro muitas vezes inclui, também, ansiedade, em grau maior ou menor. Abatimento moral ou físico, letargia. Período de baixa atividade econômica geral, caracterizado por desemprego em massa, deflação, uso decrescente de recursos e baixo nível de investimentos.(MICHAELIS, 2000 E FERREIRA 1993)

Para Silva (1997), depressão é uma enfermidade que atinge de 5% a 6% da população do Planeta (7,5 milhões de pessoas só no Brasil). A OMS expressam que a depressão é uma das doenças mais caras para a sociedade, ocupando hoje o quarto lugar como afecções mais presentes na população mundial.

Silva (1997) ressalta que de cada 100 brasileiros com depressão, por exemplo, só sete se tratam de modo adequado. Os outros se perdem no caminho. A maioria, cerca de dois terço, nem sequer procura ajuda médica. Um pequeno grupo, um terço, se dá conta que tem um problema a resolver, mas se dirige a clínicos gerais ou a profissional de outras especialidades. Entre a primeira consulta a um médico qualquer e o

diagnóstico correto há um período de 18 meses em média. A depressão demora de cinco a seis meses para tomar conta do indivíduo. Por isso, o olhar clínico é muito importante. Depois de detectada, a crise é resolvida facilmente. Em 40 ou 60 dias, o paciente sai dela. O tratamento é realizado à base de medicamentos antidepressivos e/ou psicoterapia. Pode-se evitar a reincidência de crises em 80% dos casos com tratamento adequado. O maior risco que corre a pessoa portadora de depressão é o suicídio.

Fleck *et al* (2003), em artigo elaborado para o projeto *Diretrizes da Associação Médica Brasileira para Tratamento da Depressão*, confirmam e ampliam dados acerca do transtorno depressivo. Estudos de prevalência em diferentes países ocidentais mostram que a depressão é um transtorno freqüente. A prevalência anual na população em geral varia entre 3% e 11%. A prevalência de depressão é de duas a três vezes mais freqüente em mulheres do que em homens. A depressão é um transtorno crônico e recorrente, pois aproximadamente 80% dos indivíduos que receberam tratamento para episódio depressivo terão segundo episódio depressivo ao longo de suas vidas, numa média de quatro. A depressão é um transtorno incapacitante, tendo sido estimada como a quarta causa específica, nos anos 90, de incapacitação mediante uma escala global para comparação de várias doenças. A depressão é pouco diagnosticada pelo médico não-psiquiatra. Os motivos para o subdiagnóstico advêm de fatores relacionados aos pacientes e aos médicos. Os pacientes podem ter preconceito em relação ao diagnóstico de depressão e descrença do tratamento. Os fatores relacionados aos médicos incluem falta de treinamento, falta de tempo, descrença em relação à efetividade do tratamento, reconhecimento apenas dos sintomas físicos da depressão e identificação dos sintomas de depressão como uma reação “compreensível”. Os modernos sistemas classificatórios em psiquiatria operacionalizam o diagnóstico de depressão, segundo o CID-10.

Como o nosso escopo é a compreensão cultural do conceito de depressão, é importante fazer um histórico das categorias associadas à depressão, da melancolia ao transtorno depressivo.

Segundo Moreno (2005), a Medicina antiga acreditava que a excitação afetiva culminaria em irracionalidade, precipitando o episódio melancólico. Essa idéia, aliada à Teoria dos Humores, era considerada um mecanismo comum de loucura, noção que se manteve inalterada durante o Período Medieval, sendo retomada no Renascimento.

Nos séculos XVI e XVII, o conceito de melancolia era uma temática comum em diversos estudos. Durante o Renascimento, persistia a idéia grega de traço “doentio”, sempre ligado ao excesso ou ao desequilíbrio dos humores; mas, às vezes, o melancólico também era visto como alguém que possuía certas habilidades, como a “clareza da mente”.

No começo do século XVIII, a palavra “melancolia” tinha dois significados. Um uso popular para se referir à tristeza, ao suicídio e à nostalgia, e outros, de uso técnico, reforçar a idéia de um transtorno “delirante”. A melancolia era vista, pois, como uma entidade clínica com poucos delírios. Em 1809, Pinel insistia na melancolia como uma doença caracterizada por números circunscritos de delírios. Sua noção incluía amplamente todas as formas de psicose crônica, entre elas, as esquizofrenias.

No século XIX, Esquirol reconhecia esse transtorno afetivo como forma distinta de perturbação mental, a qual denominaria de *lypemanie*. Esquirol abandonou o termo “melancolia” por considerá-lo excessivamente leigo e frouxo, impróprio para o uso técnico em Medicina. As características da *lypemanie* incluíam a perda, a inibição, a redução e o declínio mental, aproximando-a do conceito posterior de “depressão endógena”.

No trabalho de Esquirol, houve a mudança da óptica de desestruturação psíquica global para uma forma de loucura parcial. Assim, a *lypemanie*, era uma forma de loucura parcial, cujos distúrbios primários são as emoções. O seu trabalho contribuiu para enfatizar a natureza afetiva desse transtorno, porém, este termo foi incorporado ao linguajar psiquiátrico, tomando o papel de uma “expressão de transição”, entre a melancolia e a depressão, tal como se conhece hoje.

A melancolia era considerada como variante da mania, ou seu estágio evolutivo. O prognóstico melancólico era reservado, na medida em que a *dementia* era vista como o estágio final da melancolia.

A palavra depressão (do latim *deprimere*, “pressionar para baixo”) gradativamente deslocou o conceito de melancolia, que era intimamente ligado ao conceito dos humores hipocráticos. A transformação do termo melancolia em depressão ocorreu ainda na primeira metade do século XIX. Apesar da introdução desse vocábulo, a melancolia e a *lypemanie* continuaram sendo preferidas por estudiosos para indicar

uma síndrome clínica ou doença, enquanto a depressão era mais utilizada como sintoma de “uma condição caracterizada pela diminuição de animo, diminuição de coragem ou iniciativa, e uma tendência a pensamentos tristes”.

Gradualmente, o conceito de depressão foi ampliado, englobando também condições com intensidade diferentes, como *melancholia delirante, gravis, phantastica, simplex, paranoide ou cum stupore e melancholia attonita* (acompanhada dos delírios niilista de Jules Cotard, 1882). Aspectos somáticos e manifestações ansiosas da depressão também foram observadas ao longo das várias descrições nosológicas: como *palpitatio melancholica*, de Cullen (1803); hipocondria, de William Gull (1868); os vários conceitos de angustia; *Melancholie anxieuse*, de William Gull (1868); os vários conceitos de angustia; *melancholie anxieuse*, de Cortarde (1880) (Winokut et al., 1969; Berrios, 1992; Berrios e Potter, 1999). Além da disputa conceitual sobre a terminologia mais adequada para descrever esses estados, sua etiologia também gerou muitas discussões. (MORENO, 2005, p.20).

Atualmente, os problemas com a terminologia depressão continuam. Sua grande variabilidade em relação à gravidade, à sintomatologia, ao curso e ao prognóstico, ou seja, à heterogeneidade de apresentação, fizeram com que essa palavra fosse empregada de maneiras diferentes.

Como expressa Moreno (2005), em relação à variabilidade do termo depressão, este constitui:

- um termo leigo que se refere à tristeza e ao desânimo;
- sintoma psiquiátrico correspondente ao humor depressivo e;
- síndrome clínica, como um conjunto de sinais e sintomas correlacionados ao complexo do estado depressivo.

A depressão apresenta ainda diferentes significados de acordo com os vários campos científicos. Na compreensão dos neurofisiologistas, a depressão se refere a qualquer diminuição na atividade eletrofisiológica central. Para farmacologistas, a refere-se ao efeito das drogas que diminuem atividade de determinado órgão. Na óptica dos psicanalistas pode ser efeito de um evento de perda ou separação, vinculado as

vivências infantis. Na análise do comportamento, são aprendizagens: de desamparo, padrão de pensamento ruminativo e não-aceitação de si próprio.

A depressão se tornou no final do século passado a emoção em destaque: todos os transtornos mentais se transformam em depressão.

Para realização de uma análise consistente sobre as concepções da “doidiça” e depressão utilizei a teoria da análise do comportamento.

2.7 CONCEPÇÕES, PENSAMENTOS E LINGUAGEM NA PERSPECTIVA DA ANÁLISE DO COMPORTAMENTO

A análise do comportamento concebe a sociedade como fenômeno geral ou classe de fenômenos passível de ser objeto de estudo e intervenção científica. Skinner (1987a) compreende o comportamento humano como resultado da interação destes três níveis de seleção por consequência: o nível filogenético (a evolução das espécies), o nível ontogenético (o comportamento operante) e o nível cultural (a seleção das práticas culturais).

Holpert (2004) destaca a importância do estudo da sociedade e das questões sociais pela análise do comportamento que parece ter sido compreendida por Sigrid Glenn, ao propor o conceito de “metacontingências”. Este conceito estabelece que o comportamento humano deve ser estudado em dois níveis distintos de análise: um individual e um social. Esta distinção ocorre pelo fato de nem sempre os comportamentos individuais serem mantidos pelas mesmas consequências resultantes das atividades do grupo. Ao descrever relações funcionais no nível cultural, o conceito de metacontingências retoma uma proposta primordial de Skinner relativa à compreensão da sociedade pela análise do comportamento: a importância de direcionar as práticas culturais para a sobrevivência da espécie.

Skinner, no seu livro acerca do comportamento verbal traz o seguinte pressuposto: “Os homens agem sobre o mundo e o transformam, e são, por sua vez,

transformados pelas conseqüências de suas ações” (1978, p.20). Define comportamento verbal como todo aquele mediado por outra pessoa, e incluímos, no verbal, gestos, sinais, ritos e, obviamente, a linguagem. Assim, é possível dizer que o homem ao falar transforma o outro e, por sua vez, é transformado pelas conseqüências de sua fala.

Deste modo, suponho de início que a linguagem se originou na espécie humana como conseqüência da necessidade de transformar a natureza, mediante a cooperação entre os homens, por meio de atividades produtivas que garantissem a sobrevivência do grupo social.

Em Lane (1989), a linguagem, como produto de uma coletividade, reproduz, através dos significados das palavras articuladas em frases, os conhecimentos – falsos ou verdadeiros – e os valores associados a práticas sociais que se cristalizaram; ou seja, a linguagem reproduz uma visão de mundo, produto das relações que se desenvolveram com suporte no trabalho produtivo para a sobrevivência do grupo social.

Existe um mundo interno de sentimentos e estados da mente, mas ele está fora do alcance de uma segunda pessoa e, portanto, da ciência. O modo como as pessoas se sentem é freqüentemente tão importante quanto o que elas fazem.

Sob esta perspectiva, qualquer análise da linguagem implica considerá-la como produto histórico de uma coletividade. (Skinner define “tato” como os significativos das palavras, e são variáveis independentemente produzidas pelo grupo social ao qual o indivíduo pertence.) Assim, a aprendizagem da língua materna insere a criança na história de sua sociedade, fazendo com que ela reproduza em poucos anos de “hominização” o conhecimento acumulado pela humanidade.

Como exemplifica Skinner (1995), não se chora porque se está triste, ou sente tristeza porque se chora; chora-se e sente-se tristeza porque alguma coisa aconteceu (talvez alguém a quem se ama tenha morrido). É fácil confundir o que a pessoa sente com causa, porque sentem enquanto estão se comportando (ou mesmo antes de se comportar), mas os eventos responsáveis pelo que se faz (e, portanto pelo que se sente) permanecem num passado realmente distante.

A análise experimental do comportamento favorece a compreensão dos sentimentos por esclarecer os papéis dos ambientes passados e presentes.

Todas as palavras usadas para designar sentimentos começaram como metáfora, e é significativo o fato de que a transferência sempre tenha sido do público para o

particular. Como se refere Skinner (1995), a etiologia é a arqueologia do pensamento. A palavra *comporta-se* é recente. A mais antiga é fazer. Como mostra o verbete bastante longo do Orford English Dictionary (1928), fazer sempre enfatiza as conseqüências – o efeito que alguém provoca sobre o mundo. Descreve-se muito do que se faz com palavras que se usa para descrever o que os outros fazem.

O comportamento geralmente parece espontâneo; ele simplesmente acontece. Dize-se que “ocorre” e também que “Ocorreu-me dançar”. Com freqüência associamos isso é associado com “pensamento” ou “idéia”. Faz-se o que se faz por causa do que aconteceu, e não do que acontecerá.

O ato de *interpretar*, as origens de interpretar são obscuras, mas a palavra parece ter tido alguma conexão com o preço; o interprete já foi um cambista. *Interpretar* parece ter o significado de avaliar. Pode ser compreendido como alguma coisa que se faz. Quando se fala em pesar evidências, se está usando uma metáfora; mas uma metáfora é uma palavra “transferida” de um referente para outro, com base numa propriedade comum. O falante então transforma a cópia em palavras, cujos significados, de alguma forma, correspondem aquilo que o falante percebeu.

A linguagem é uma espécie de comportamento; compartilha-se nosso comportamento verbal, pois ele é um comportamento social.

Uma tarefa primordial da análise da linguagem é classificar o comportamento verbal, mas a taxonomia deve ser funcional.

Desse modo, Segundo Catania (1999), a reprodução do comportamento verbal inclui as quatro combinações possíveis de estímulos falados ou escritos e de respostas faladas ou escritas: de vocal para vocal (comportamento ecóico), de escrito para escrito (transcrição), de escrito para vocal (comportamento textual) de vocal para escrito (ditado).

Um operante verbal é uma probabilidade. Cinco tipos de operantes – mando, tato, intraverbal, ecóico e textual – são distinguidos pelas suas respectivas contingências de reforço. São mantidos por ambientes verbais ou culturais – isto é, pelos ouvintes.

Provérbios e máximas são conselhos públicos.

Etimologicamente falando, um provérbio é “colocado à frente”, e uma máxima é um “grande dito”. Transmitidos por livros ou passados de boca em boca, eles têm vida em si próprias. Às vezes

são específicos as situações em que ocorrem e freqüentemente são simples metáforas. (SKINNER, 1995, p.60)

A exemplo dos provérbios e máximas, as regras têm vida própria, independentemente de falantes ou ouvintes particulares. Elas auxiliam os membros de um grupo a se comportar de formas prováveis de ser aceitas, ou ao menos não censuradas, e ajudam o grupo a aceitar ou a censurar consistentemente.

Lane (1989), acentua que a palavra é uma arma de poder, demonstrando o quanto a imposição de um significado único e absoluto à palavra é uma forma de dominação do indivíduo, como ocorre em situações de hipnose, de comando militar e de lavagem cerebral.

Esta arma de poder só é dominada pelo confronto que o indivíduo possa fazer entre diferentes significados possíveis e a realidade que o cerca - aliás, este é o princípio proposto e definido por Paulo Freire - condição para um pensamento crítico, para o desenvolvimento da consciência social e, conseqüentemente, para a criatividade que transforma as relações entre os homens.

Esta análise me permite apontar para uma função da linguagem que é a medição ideológica inerente nos significados das palavras, produzida por uma classe dominante que detém o poder de pensar e “conhecer” a realidade, explicando-a por meio de “verdades” inquestionáveis e atribuindo valores absolutos, de tal forma que as contradições geradas pela dominação e vividas no cotidiano dos homens são camufladas e escamoteadas por explicações tidas como verdades “universais” ou “naturais”, ou, simplesmente, como “imperativos categóricos” em termos de “é assim que deve ser”.

A análise do comportamento e sua filosofia correspondente, o behaviorismo, possuem uma visão monista e probabilística do comportamento humano. Ela é monista, pois dispensa a explicação mentalista de que o comportamento humano é causado por um fenômeno interno. Ela é probabilista, pois supõe que se conhecendo a história de vida da pessoa e o ambiente em que vive, poderá supor maior probabilidade de execução de determinado comportamento.

No modelo explicativo da análise do comportamento, há no conceito de reforço a raiz das demais explicações teóricas. O reforço nada mais é do que uma especial forma de interação de um organismo com o seu ambiente. Esta relação determina que na presença de um estímulo ambiental S^d (estímulo discriminativo), ocorre uma resposta R

que será reforçada com um outro estímulo ambiental S^r (estímulo reforçador). S^d sinaliza a possibilidade de obtenção de reforço. R é o comportamento do organismo. S^r é a conseqüência de R, que se chama de estímulo reforçador. Assim, o comportamento é controlado pelas suas conseqüências. Além disto, esta relação, uma vez estabelecida, fará aumentar a probabilidade de que, em uma situação semelhante, o organismo responda da mesma maneira.

A relação ora descrita se refere ao que se chama de reforço positivo, pois, na apresentação de um estímulo, há aumento na probabilidade de resposta. Existe ainda o reforço negativo e a punição. Reforçamento negativo ocorre quando o organismo responde a um S^d e têm como conseqüência a retirada de um estímulo, que se chama de estímulo aversivo. Neste caso, a freqüência do comportamento também aumentará em ocasiões futuras.

Sidman (2003) chama a atenção para o fato de que a punição é reconhecida não pelas suas conseqüências, tais como no reforço, mas pela remoção de um estímulo reforçador ou na apresentação de um estímulo aversivo. Novamente, há um controle do comportamento pelas suas conseqüências. Não abordaremos todos possíveis esquemas decorrentes da punição neste breve esboço.

Segundo Sidman (2003), pode-se chamar de coerção toda relação que envolve reforço negativo ou punição, no controle do comportamento de outrem. Aqui, controle não é sinônimo de coerção, pois se toma por base a utilização de reforço positivo e possui efeitos colaterais diferentes de quem está neste esquema (traz sensações de felicidade, prazer, auto-realização,...).

Segundo esse teórico, a sociedade utiliza-se muito mais de meios coercitivos do que de controle pelo reforço positivo, e adverte: os efeitos colaterais da punição também, longe de secundários, freqüentemente têm significação comportamental consideravelmente maior do que os esperados “efeitos principais”.

Um dos efeitos colaterais da punição é a capacidade de esta se generalizar, ou seja, de ir-se espalhando para outras pessoas, ambientes e/ou situações semelhantes, de forma cada vez mais abrangente. Tomando o exemplo de uma criança constantemente submetida a controle aversivo dentro de sua sala de aula, pode-se verificar que, para ela, a angústia que acompanha os episódios aversivos começa a se verificar não só na

iminência de ser punida, mas também ao adentrar a sala de aula, ao ver a professora,... a situação assim pode se seguir, gerando até reações emocionais diante da entrada da escola, da visão de seus colegas, ou até de pessoas assemelhadas fisicamente à sua professora.

Conseqüência natural desta generalização se traduz no fato de que as pessoas que punem se tornam punidoras condicionados. Assim, o sujeito que aplicou a punição pode em si indicar ao sujeito a possibilidade de ser posto em esquema de coerção. No exemplo da criança ora citado, fica patente que ela passou a agir de forma negativa em relação à professora, podendo assim talvez evitá-la ou buscar agredi-la.

Pode-se ainda citar, entre as reações indesejadas do sujeito ante a coerção, a probabilidade de que este reaja em contra-coerção, ou seja, que ele use de métodos aversivos com pessoas de seu ambiente. Esta reação foi testada em laboratório. Foram colocados dois pombos em uma gaiola, e dava-se choque em um deles. Com o passar do tempo, o pombo que recebia choques passou a agredir a bicadas o outro pombo que estava na gaiola, mesmo sem nenhuma ação da parte do outro pombo.

Outra reação possível se resume em deixar de agir. Quando o sujeito é muito punido, costuma receber, como conseqüência de seus atos, estimulação aversiva. Assim, ele pode ir cada vez mais restringindo suas ações até chegar a um estado em que quase não age ou reage. Esta seqüência de ações se chama de desamparo aprendido e costuma estar relacionada à aquisição da depressão.

Skinner (1987b) relaciona algumas atitudes das sociedades modernas com estados denominados de apatia e depressão. Estas atitudes são predominantemente a alienação do trabalhador com relação ao produto de seu trabalho, a delegação de funções, a institucionalização de regras sociais por meio do governo e religiões e a predominância de reforçadores condicionados e incontinentes que resultam numa separação dos valores reforçador e prazeroso das conseqüências.

O mais conhecido efeito da punição é a tentativa de fuga ou esquiva da parte do sujeito envolvido. Isso significa que ele tentará se desfazer do estímulo aversivo logo que entrar em contato com ou ele assim que intuir a sua vinda (respectivamente). Isso pode denotar que a pessoa tentará se desfazer daquela situação sempre que possível ocorrendo sempre assim o menor contato possível com o estímulo aversivo.

Reforçamento negativo gera fuga. Quando encontramos um reforçador negativo fazemos tudo o que podemos para o desligarmos, para escapar dele. Se o encontramos novamente,, faremos o que funcionou antes. Reforçadores negativos também podem ser usados como punidores. Uma maneira de punir pessoas é atingi-las com com reforçadores negativos como uma consequência de algo que tenham feito.”(SIDMAN,2003,p.21).

A pessoa em constante ameaça de coerção que não consegue antever as punições, fica à espera de exibir um comportamento de fuga-esquiva e passa a não se comportar mais para ser reforçada por outras vias.

Pode-se retomar o conceito de reforço: reforço pode ser expresso como uma relação “se...então”, uma contingência: se nós agirmos de uma maneira particular, então um reforçador virá; se agirmos de alguma outra maneira, então este reforçador não vira.”(SIDMAN, 2003, p.22).

Ao explicar o conceito de reforço desta maneira, Sidman (2003), na realidade, deu um exemplo categórico do que é uma regra. A regra, no caso, envolvendo comportamento 1 e sua consequência. A regra nada mais é que a descrição verbal de uma contingência, ela pode ser traduzida por “Se...então”, ou seja ela descreve a relação entre o ambiente e o comportamento. Às regras tem sido atribuídas à rapidez com que os seres humanos progrediram como espécie. Isso decorrido pelo fato de poderem ser transmitidas verbalmente de pessoa para pessoa, evitando, assim, que tudo seja controlado pelo ambiente imediato. Assim, pode-se aprender comportamentos com os quais nunca se teve contato. Muitas vezes, regras erradas podem ser transmitidas ou se pode elaborá-las com base em falsos dados ou relações. Assim, responde-se erradamente ao ambiente. É desse modo que se pode caracterizar algumas ações do espectro suicida, especialmente em crianças, pois estas possuem pequena capacidade para testar regras hipotéticas encobertamente (no plano abstrato). Este tipo de comportamento pode ser encontrado nas outras faixas de idade também, embora de modo mais sutil. Isso ocorre pelo fato de que regras falsas podem ser postas à prova e confrontadas com as contingências ou com outras regras mais funcionais.

Segundo Derdyk e Groberman (2004), imitação é uma aprendizagem pela qual os indivíduos aprendem comportamentos novos ou modificam antigos por meio da observação de um modelo. Deve-se, portanto, compreender que a imitação também se relaciona com o comportamento operante.

Baum (1999) postula o argumento de que a imitação um caráter filogenético. Assim, os humanos nascem com uma predisposição à serem estimulados pelo comportamento dos outros seres humanos. A pessoa, ainda, possui a tendência a se comportar da mesma maneira como a pessoa que a observa. São estas duas capacidades inatas que torna passível imitar os outros. Muitos traços essenciais adquiridos no desenvolvimento de cada um dependem desta capacidade. Do mesmo modo, a imitação é responsável por uma mais rápida propagação de valores e costumes de determinada cultura, pois seu efeito é mais veloz do que a modelagem que geralmente funciona na base do acerto e erro.

A imitação pode ser discriminada, ou seja, conscientizada ou não. Quando se imita de forma discriminada, se está mais propenso a escolher os modelos a seguir. Pode-se avaliar as conseqüências de atos e assim, escolher um modo mais funcional de agir. Existe a premissa de que aprendizagem por observação é diferente da imitação. Nesta, além de copiar o modelo, a pessoa discrimina as variáveis que controlam seu comportamento.

Segundo Baum (1999), é comum que seres humanos “imitem o sucesso”, ou seja, que escolham pessoas ou tipo de pessoas bem-sucedidas para modelos. Outra regra sugerida por Baum, que parece existir na cultura, é imitar os indivíduos com os quais pessoa convive mais freqüentemente. Na espécie humana, os pais são os primeiros modelos a serem seguidos, participando da vida de seus filhos por muito tempo. Assim, servem de modelo para diferentes respostas. Essas respostas podem ser mais aceitas socialmente, como por exemplo, o comportamento amoroso, ou ser menos aceitas, como a imitação de comportamentos violentos por crianças que tem pais agressivos.

Devo deixar clara a diferença entre imitação e modelagem.

Tanto a imitação como a modelagem permite ao indivíduo adquirir novos comportamentos. No entanto, na imitação, o comportamento é

aprendido através da observação de um modelo, enquanto na modelagem este comportamento é adquirido reforçando-se diferencialmente cada resposta até chegar-se no comportamento final desejado. (DERDYK e GROBERMAN,2004,p.40).

À luz da análise do comportamento, foi identificado o processo de aprendizagem destas concepções. Assim me aproximo do conhecimento do senso - comum sobre os conceitos de "doidice" e depressão e de como os usuários da rede saúde mental de Sobral concebem este fenômeno baseados em suas vivências, e seu contexto social e cultural. A organização e análise das informações foram realizadas com suporte no método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). A adentro o caminho metodológico desta pesquisa.

3. CAMINHO METODOLÓGICO DE INVESTIGAÇÃO

Estudando as concepções da "doidice" e depressão elaboradas por usuários da rede de saúde mental de Sobral, utilizei pesquisas e estudos ligados às categorias identificadas nesta investigação: regras, linguagem, cultura, saúde e doença mental.

Para este fim foi adotada metodologia na seqüência delineada:

Tipo de estudo

Trata-se de estudo descritivo e observacional com abordagem qualitativa visto que o tema abrange valores, regras, expectativas e condicionamentos.

Como ensina Minayo (2006), quando a opção é pelo método qualitativo, esta se baseia em alguns pressupostos teóricos, dentre eles o de que as abordagens qualitativas são mais indicadas às questões do significado e da intencionalidade inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais.

Atores Sociais

Neste estudo, trabalhamos com usuários dos serviços CAPS II - atenção secundária e de um PSF - atenção básica, adultos de mais de 18 anos, de ambos os sexos, no total de trinta três. A escolha dos atores sociais no CAPS ocorreu a partir das opções dos profissionais pelos usuários acompanhados por eles, após uma explicação geral do objetivo da pesquisa. Participou da pesquisa um total de 18 atores sociais entrevistados no CAPS, ressaltando que não serão investigados clientes que têm o pesquisador como profissional de referência nesta rede de saúde mental. Os sujeitos do PSF foram escolhidos na sala de espera, convidados verbalmente por mim, totalizando 15 sujeitos entrevistados.

O princípio utilizado não foi número de atores sociais pesquisados sim o da saturação das informações.

Não foram incluídos na amostra usuários que apresentem distúrbios orgânicos cerebrais, estados psicóticos secundários ao abuso de drogas e deficiência mental ou física de natureza grave. Portanto, foram incluídos na pesquisa usuários que possuam capacidade cognitiva, de comunicação, autonomia para decidir sobre sua participação na pesquisa.

De acordo com Lefèvre (2000), a seleção da amostra em pesquisa deste tipo deve considerar a quantidade, variabilidade e qualidade dos sujeitos a serem entrevistados. Como nessas pesquisas as pessoas interessam menos do que seus discursos, a quantidade não é uma variável crítica, sendo a variabilidade muito mais crítica, por isso deve-se trabalhar com amostras intencionais e com critérios eminentemente qualitativos de coletas e processamento de dados.

Cenário

O PSF Pedrinhas foi escolhido para pesquisa por sua proximidade geográfica e acesso favorável do CAPS II à unidade e à equipe do PSF.

De acordo com os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB - 2006), o bairro das Pedrinhas tem sua delimitação iniciada na ponte Othon de Alencar sobre o Rio Acaraú com a rua Othon de Alencar; segue por esta até a avenida do

Estudante, seguindo ao longo da avenida Euclides Ferreira Gomes até o rio Acaraú, chegando ao ponto inicial.

Considerado um dos bairros mais antigos de Sobral, com mais de 100 anos, foi o segundo criado na sede. Seu nome “Pedrinhas” decorre da grande quantidade de pedras que eram trazidas pelas águas do Rio Acaraú durante suas enchentes.

Apesar de ser um bairro vizinho ao centro comercial da Cidade e de ter um perfil socioeconômico de classe média, a comunidade enfrenta questões sociais como: trabalho infantil e o alcoolismo. O bairro conta hoje com uma população de 5.429 habitantes e 1.340 famílias. No que se refere às condições de moradia e saneamento, 91% vivem em casa de tijolo, aproximadamente 93% recebem água do Serviço Autônomo de Água e Esgoto (SAAE), e 85% contam com rede de esgoto. A coleta pública de lixo atende a 86% das moradias e 99% têm acesso à rede elétrica (SIAB, 2006).

A equipe do PSF é composta por: enfermeira, auxiliar de enfermagem, médico, preceptor de área, agente de saúde, atendente medico, auxiliar de serviços gerais e de apoio dos núcleos de saúde integral, de 2005 a 2007, com ações de saúde mental, atividade física e reabilitação. E compostas pelos seguintes profissionais: educador físico, nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, psicólogo.

Com base nos dados analisados por Scorsafava *et al* (2001); pode-se perceber que não existe dificuldade de acesso à unidade de saúde por parte dos entrevistados. O principal problema identificado neste território foi a questão da segurança publica. Sessenta por cento reconhecem que falta espaço para lazer e 40% relataram a ausência de iluminação pública a necessidade de uma melhoria no saneamento básico. Vinte por cento apontam a necessidade de ofertas de vagas em escolas e 100% consideram boas as ofertas de vagas nas creches.O principal indicador de violência nesta área foi o alcoolismo (100%), drogas ilícitas (80%), roubos/assaltos (40%), agressão física, prostituição e atuação de gangues(20%).Os problemas de saúde que atingem a população deste território foram variados. Os mais citados foram: diarreia, hanseníase, alergias, gripe, “quebranto” e “ventre caído”.

O CAPS localiza-se no centro da Cidade, área nobre, da cidade. A origem do bairro Centro coincide com o núcleo histórico inicial da época em que a vila foi elevada à categoria de cidade, em meados do século XIX conforme SIAB (2006), o bairro

começa na ponte Otto de Alencar, sobre o rio Acaraú, segue por esta até a foz do riacho Mucambinho, segue por esta até confrontar com a rua Bela Vista, segue por esta até a rua Jânio Quadros, daí até a rua Cel. Albuquerque; segue por esta até a via férrea Sobral- Fortaleza; segue por esta até o ponto inicial. Têm área de 207,50 ha com diversas zonas: de Uso Misto, Zona Comercial e Zonas de Renovação Urbana.

Contém as poligonais de preservação rigorosa e de proteção do sítio histórico conforme instrução de Tombamento IPHAN, abrigando, portanto, a maioria dos monumentos históricos. Verifica-se grande incidência de edificações do tipo misto (comércio ou serviço junto com habitação).

Importante é ressaltar que, sobre o cenário, o grupo de PSF esta circundado pelo bairro Pedrinhas, mas o grupo do CAPS, embora a sede seja no Centro seus usuários residem nos mais diversos locais da Cidade.

Coleta de informações

Para coleta de informações, foi utilizado o instrumento do desenho-história com tema. Estes recursos visam a facilitar a expressão dos valores, pensamentos, sentimentos, significados e intencionalidade, que ocupam posições centrais na pesquisa social que utiliza abordagem qualitativa, aparecendo muito mais clara e naturalmente nos discursos.

Segundo Lefevre (2005), para se obter descrições de pensamentos, crenças e valores em escala coletiva, é preciso fazer perguntas abertas para um conjunto de indivíduos de alguma forma representativos dessa coletividade e deixar que eles se expressem mais ou menos livremente, ou seja, que produzam discursos.

Instrumentos

Desenho história com Tema é uma técnica desenvolvida no do procedimento de desenho-estória que reúne e utiliza informações de técnicas temáticas e gráficas com o objetivo de apreender elementos com vistas à ampliação de conhecimento do repertório comportamental. É aplicada a todas as faixas etárias, em ambos os sexos, em

qualquer nível cognitivo, socioeconômico e cultural. Sua administração pode ser individual ou coletiva. Consiste na solicitação de que o sujeito desenhe de acordo com o tema sugerido e em seguida conte uma história sobre este.

Após a aplicação desse instrumento, os desenhos e as histórias serão submetidos ao seguinte procedimento de análise (TRINCA, 1997):

Aspecto comportamental do teste - possibilita a análise funcional do comportamento por intermédio de entrevistas, observação direta e estórias-fantasia; aspecto comportamental encoberto: identificam-se os sentimentos e sua função no ambiente, por meio entrevistas com sujeito, observação direta e estórias-fantasias.

Aspecto conceitual - verifica-se a formação de conceitos adquiridos no decorrer da vida e o conjunto de crenças e regras que governam o comportamento, indicados por entrevistas e relatos de fantasias em situações lúdicas.

Pesquisas e trabalhos variados ressaltam as inúmeras possibilidades psicológicas do desenho. O grafismo, de maneira geral, pode ser usado como forma de comunicação, principalmente entre as crianças; como expressão de psicopatologia, o grafismo recebe especial destaque nas abordagens sobre arte de “doentes mentais” e nas discussões sobre “arte e primitivismo”.

Ponto importante a se considerar na análise psicológica de uma produção gráfica é a sua origem, que introduz variáveis bem significativas. Pode-se estar diante de um desenho espontâneo, feito pela criança, adolescente ou adulto, mas especialmente pela primeira, sem solicitação direta ou indireta de quem quer que seja, e que geralmente é mostrado a outrem sem dissimulação. O desenho pode assumir o aspecto de secreto: principalmente na pré-puberdade e na adolescência, muitos desenhos podem ser mostrados apenas para os elementos do grupo e ser especialmente escondidos do adulto. Em condições especiais, o psicólogo pode ter acesso a esse material, o que o torna particularmente valioso para interpretação. Os desenhos executados por solicitação durante um exame psicológico ou uma coleta de dados para uma pesquisa constituem outro grupo bem distinto e característico.

Procedimento

Entre em contato primeiramente com a instituição (Apêndice A) e em seguida com os atores sócias da pesquisa. Foram explicados os propósitos da pesquisa e entregue o termo de consentimento (apêndice B). Aos atores sócios foi solicitado que realizassem desenhos com base nos temas “Doidice”, Depressão e Desenho Livre e, após o relato, atribuísem um título à produção. Na seqüência foi aplicado o inquérito (Apêndice C) a fim de coletar dados do perfil do sujeito e algumas questões de inquérito sobre os desenhos e tema da pesquisa. O inquérito funcionou como dispositivo de detalhamentos das concepções dos usuários sobre os temas, direcionando após a produção livre (desenho e história com tema e título) a investigação.

O ambiente físico da aplicação do instrumento foi cuidadosamente organizado, preservando-se o silêncio, não-interferência de terceiros, a disposição de folhas de papel-ofício, lápis preto, lápis colorido, giz de cera e borracha.

Organização e análise das informações

Sendo uma pesquisa de abordagem qualitativa, esta proposta implica a utilização de quatro figuras metodológicas, elaboradas para ajudar a organizar e tabular os discursos, condições prévias que me parecem indispensáveis para uma boa análise e interpretação desses discursos.

Segundo Lefèvre (2005), as figuras são: ancoragem, a idéia central, as expressões-chave e o discurso do sujeito coletivo.

Ancoragem: quando é possível encontrar no discurso traços lingüísticos explícitos de teorias, hipóteses, conceitos, ideologias existentes na sociedade e na cultura e que estes estejam internalizados no indivíduo.

Idéia Central: afirmações que permitem traduzir o essencial do conteúdo discursivo explicitado pelos sujeitos em seus depoimentos.

Expressões-chave: são constituídas por transcrições literais de partes dos depoimentos, que permitem o resgate do essencial do conteúdo discursivo dos segmentos em que se divide o depoimento.

O discurso do sujeito coletivo: busca resgatar o discurso como signo de conhecimento dos próprios discursos, assim configura-se em uma estratégia

metodológica com vistas a tornar mais clara uma dada representação social e o conjunto das representações que conforma um dado imaginário.

Para Lefèvre (2005), o que se busca fazer é reconstruir, com pedaços de discursos individuais, como em um quebra-cabeças, tantos discursos – síntese quantos se julgue necessários para expressar uma dada “figura”, ou seja, um dado pensamento ou representação social sobre um fenômeno.

Como conceitua Lefèvre (2005), O Discurso do Sujeito Coletivo consiste numa forma não matemática nem metalingüística de representar (e de produzir) de modo rigoroso, o pensamento de uma coletividade, o que se faz mediante uma série de operações sobre os depoimentos, que culmina em discursos-síntese reunindo repostas de indivíduos diferentes, com os conteúdos discursivos de sentido semelhante. Uma das marcas distintivas da contemporaneidade é a emergência da pluralidade.

Depois de todos os dados coletados (gravados e transcritos) com o uso do instrumento, foi para a tabulação dos dados.

Lefèvre (2005) explica passo a passo como tabular os dados da pesquisa

Primeiro passo – as questões devem ser analisadas isoladamente, isto é, inicialmente o primeiro discurso de todos os sujeitos, análise consiste em copiar integralmente, o conteúdo de todas os discursos referente ao primeiro desenho na coluna expressões chave I, que é o Instrumento de Análise de Discurso I (IADI), assim sucessivamente com os demais discursos.

Segundo passo – consiste em identificar e sublinhar, em cada uma das respostas, com uma cor determinada as expressões chaves das idéias centrais e as ancoragens das expressões-chave de outra cor.

Terceiro passo – consiste em colocar as idéias centrais e ancoragens nas janelas correspondentes.

Quarto passo – consiste em identificar e agrupar as idéias centrais e as ancoragens do mesmo sentido ou de sentido equivalente, ou sentido complementar.

Quinto passo – consiste em denominar cada um dos agrupamento por A, B,C,...(como nomeados).

Sexto passo – é a formulação do discurso do sujeito coletivo.

A análise dos discursos do sujeito coletivo será baseada na Teoria da Análise do Comportamento, que busca examinar a ligação entre pensamento, emoção, comportamento e fatores ambientais que contribuem para manutenção de um determinado padrão de comportamental.

Princípios éticos adotados para este estudo

Os preceitos éticos foram respeitados, buscando caminhar de forma correta na realização do experimento. Para tanto, o primeiro procedimento foi enviar o projeto ao Comitê de Ética e Pesquisa. Após obtenção do parecer favorável, enviei minha proposta de trabalhos à Coordenação da Rede de Atenção Integral Saúde Mental de Sobral.

Conforme a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, todo procedimento de qualquer natureza a envolver o ser humano, cuja aceitação não esteja ainda consagrada na literatura científica, será considerada como pesquisa e , portanto, deverá obedecer às diretrizes da presente resolução. (BRASIL,1996).

Quanto ao posicionamento ético nesta pesquisa, este poderá ser conferido nos seguintes aspectos: foi assinado por todos os sujeitos envolvidos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice B), respeitando o desejo de cada um de não participar do estudo, caso não o queiram, e de que qualquer dano será evitado. Em razão deste parâmetro, foram incluídos na pesquisa usuários que possuem capacidade cognitiva, de comunicação, autonomia para decidir sobre sua participação.

A pesquisa teve como base os quatro princípios da Bioética: autonomia, justiça, beneficência e não maleficência, norteados Resolução n ° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que contém diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisa envolvendo seres humanos, de forma direta ou indireta, individual ou coletiva, sejam elas realizadas por qualquer categoria profissional, no campo biológico, psíquico, educacional, cultural ou social, incluindo o manejo de informações e materiais.(FORTES, 1998)

O princípio da autonomia foi considerado mediante o esclarecimento, aos informantes da pesquisa, de que sua participação foi voluntária, sendo que, a qualquer momento, poderiam se negar a responder as questões abordadas, como também poderiam desistir da pesquisa, a qualquer instante. Foi respeitada a individualidade dos informantes. Quanto ao princípio da beneficência, ficou acordado que serão

devolvidos os resultados da pesquisa aos informantes e aos representantes legais das entidades envolvidas, objetivando uma forma de devolução dos resultados obtidos com a investigação. A troca de saberes possibilita o crescimento racional do conhecimento, levando a uma melhoria no serviço ofertado e na relação entre usuários e profissionais de saúde. No que diz respeito à não-maleficência, garanti que, no transcorrer do estudo, nenhum efeito nocivo incidiria sobre os participantes. Suas concepções sobre o objeto de estudo não influenciaram na forma como estes foram tratados na Rede de Saúde Mental durante e após a pesquisa. Esta investigação atendeu ainda ao princípio da justiça e de equidade, pois este trabalho tem como objetivo contribuir para a melhoria da atenção à pessoa com transtorno mental, desenvolvendo assim finalidades sócio-humanitárias. Os resultados deste trabalho serão apresentados às instituições envolvidas, bem como aos atores sociais participantes direta e indiretamente, ou seja, trabalhadores e usuários da RAISM.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO DAS INFORMAÇÕES

Para o tratamento dos dados empreguei a técnica de análise temática do discurso. Com os discursos gravados, procedi à sua transcrição literal. A transcrição e a organização dos discursos foram feitas na mesma ordem em que foram realizadas as entrevistas. Os atores sociais foram identificados por números, sendo quinze entrevistados no PSF, o primeiro grupo entrevistado, e dezoito usuários entrevistados no CAPS, segundo grupo sob entrevista. A primeira parte da entrevista obtém dados do perfil dos atores sociais.

No segundo momento, tendo os discursos já transcritos, selecionei em cada discurso individual (que é o discurso literal) as partes mais significativas (grifando-as), e colocando ao lado destas o que chamei de idéia central (sentido do discurso).

Após essa etapa, transcrevi idéias centrais com suas respectivas expressões-chave e ancoragem (teoria /ideologia presente no discurso) referentes à entrevista de cada um dos sujeitos participantes, formando a Quadro A em apêndice. Em seguida, organizei os temas emergentes com base nas ancoragens e títulos das histórias, identificando as temáticas pelas letras do alfabeto A, B.... Em seguida, transcrevi as expressões-chaves de acordo com as temáticas, agrupando todos os usuários entrevistados. Por fim foi feito o DSC, no Quadro B em apêndice.

Para melhor compreender os discursos, resumirei os procedimentos adotados. Inicialmente, os sujeitos foram conduzidos a desenhar com três temáticas predefinidas (O que é “doidiça”? O que é depressão? Tema livre) e a elaborar uma história com seus desenhos e nomeá-los com um título. Em seguida foi aplicado o inquérito com o objetivo de aprofundar a temática. Na organização dos dados utilizei o método de análise do DSC e foram constituídos os discursos. Os títulos dos discursos foram por mim escolhidos com base nos dos títulos individuais de cada ator social, quel percebia representar melhor a temática principal do discurso coletivo.

A ordem em que foram expostos os discursos segue a lógica do tema que mais aparece para o que menos aparece, portanto os gráficos foram feitos com base nas respostas e não número de atores sócias. Este processo de categorização tem como base a técnica de análise temática de Lefèvre (2005).

4.1 Cenário – 1 PSF Pedrinhas



Foto 1: PSF – Pedrinhas

- **Perfil dos atores sociais da pesquisa, amostra do PSF com base no inquerito**

Os usuários entrevistados no PSF são 15 sujeitos no total, observe os seguintes aspectos:

FAIXA ETARIA	N
18	01
19	01
21	01
24	02
27	01
30	02
31	01
34	01
37	02
43	01
49	01
51	01
43	01
Total	15

SEXO	N
Masculino	03
Feminino	12
Total	15

ESTADO CIVIL	N
Casado	10
Solteiro	04
Viúvo	01

Total	15

NÚMERO DE FILHOS	N
0 Filhos	04
01 Filho	03
02 Filhos	04
03 Filhos	01
04 Filhos	01
05 Filhos	01
06 Filhos	01
Total	15

ESCOLARIDADE	N
Alfabetizado	02
Fundamental Completo	01
Fundamental Incompleto	01
Ensino Médio Completo	07
Ensino Médio Incompleto	03
Total	15

PROFISSÃO	N
Artesão	01
Estagiário	01
Operador de Máquina	01
Dona de Casa	05
Enfermeira	01
Ajudante de Produção	01
Balconista	01

Bancário	01
Atendente Odontológico	01
Terapeuta Comunitário	01
Auxiliar de Enfermagem	01
Total	15

SITUAÇÃO MERCADO TRABALHO	NO DE	N
Aposentado		03
Empregado		05
Dona de Casa		05
Voluntário		01
Total		15

RENDA EM SALÁRIO DA FAMÍLIA	N
Sem renda fixa	02
Um salário	05
Um salário e meio	02
Dois salários	04
Três salários	01
Dez salários	01
Total	15

Quadro 1: Perfil dos usuários do Programa Saúde da Família - PSF total de 15 sujeitos

O quadro-1 mostra que em relação à idade dos usuários entrevistados no PSF a maioria se deu na faixa de 24, 30 e 37, demonstrando maior número de usuários no ciclo de vida - adultos jovens.

Em relação a sexo a, maioria é do sexo feminino, corroborando estudos na área de saúde, cabendo à mulher o papel de cuidadora e mais atenta a sua própria saúde e de seus familiares.

(...) o cuidado com a doença e a preservação da saúde nasceram como prática milenar no âmbito doméstico e privado das mulheres. Enquanto o homem primitivo buscava se organizar em pequenos grupos e saía em busca de alimento, cabia a mulher realizar o que lhe garantia a sobrevivência e a perpetuação das espécies. (ALVES apud SILVA, 1996, p.59).

Estado civil: a maioria das pessoas entrevistadas é de casadas.

Maioria em relação ao número de filhos esta em ter nenhum filho ou dois filhos.

A escolaridade apresenta maior número no ensino médio completo, mostrando um satisfatório nível de escolaridade da amostra.

Relativamente à profissão, a concentração na atividade é de dona de casa.

A situação no mercado de trabalho distribui-se em: a maioria empregada, dona de casa e seguido por aposentados. E a renda familiar concentra-se em um salário mínimo.

Os motivos dos usuários irem ao PSF são ações características deste serviço como: pegar remédio, tomar vacina, tomar aerosol, pedido de exames e pré-natal e massoterapia. Importante é ressaltar que o dia disponibilizado para a pesquisa no PSF-Pedrinhas coincidiu com o dia das sessões de massoterapia na unidade, que acontece uma vez por semana, ação de saúde comunitária muito valorizada pelos usuários. Assim, é esclarecido o porquê da maioria dos atores sócias estarem no PSF para as sessões de massoterapia, conforme o gráfico- 1 :

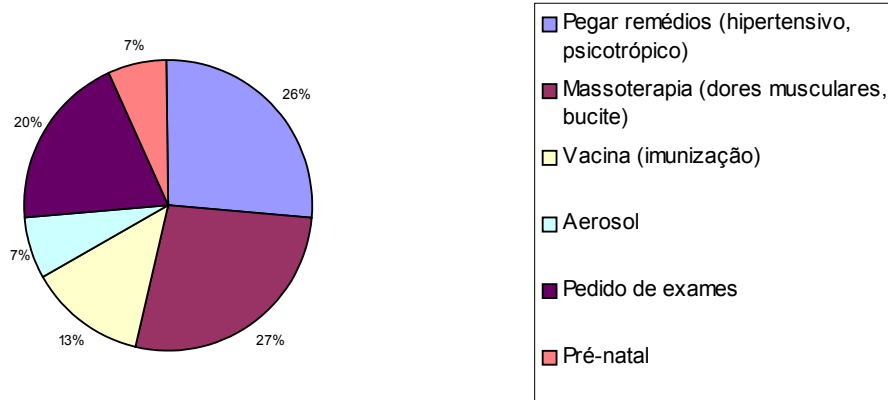


Gráfico1: Motivo pelo qual os usuários foram ao PSF.

Os Discursos produzidos pelos usuários do PSF em relação Concepção de “doidiça”: **O que é “doidiça” para você?**



Desenho 1: Concepção de “doidiça” para o usuário do PSF.

Este desenho foi produzido por um usuário do PSF, cujo título é Mundo Louco/ Escuro.

A seguir estarão expostos os discursos coletivos produzidos pelos usuários do PSF- Pedrinhas.

UMA PESSOA SEM SENTIDO (DSC/PSF/ “DOIDIÇA” – 1)

O peixe é livre, vive na natureza, vai para onde quer, cuida dele sozinho. O doido não sabe o que faz, não cuida dele, não sabe aonde esta, nem para onde vai diferente do peixe. A doida tira a roupa na rua, não sabe o que quer, cai no chão. A cabeça do doido é desorganizada, fala coisa sem nexos, às pessoas pensam que só tem doido agressivo, mas não a maioria é assim com a cabeça desorganizada.

O doido é uma pessoa muito agitada, escabelada, fora de si, pessoa sem controle normal de si mesmo que começa a tratar mal as pessoas, ser ignorante, que fica fora do seu estado normal, uma pessoa maltratada, muitas vezes desprezada pela família, abandonada, outras vezes temperamental. As pessoas assim não se concentram naquilo que tem que fazer, tudo que vem na cabeça faz, mesmo que seja errado, pois pensa que é certo, pode até rasgar dinheiro como dizem. É assim, uma pessoa anormal, o que vem na mente ela faz, não pensa nas conseqüências. Pessoa solta, sem saber para onde ir, perdido no mundo. Um louco é aquele que sai alcoolizado, dirigindo um carro, provocando acidente e a morte dos outros. É um menino da cabeça doida, desembestado, que tudo derruba, quebra, assim é o doido.

O primeiro discurso menciona a restrição de liberdade e autonomia da pessoa “doida”, “*O peixe é livre, vive na natureza, vai para onde quer, cuida dele sozinho. O doido não sabe o que faz, não cuida dele, não sabe aonde esta, nem para onde vai diferente do peixe.*”

No que concerne ao conceito de liberdade, como sendo a condição de ser livre ou estar livre, cito Baum (1999), para quem é possível identificar três tipos de uso para a palavra livre.

1. quando usamos para indicar ausência total de restrições, como se a liberdade fosse algo a ser possuído a extensão dessa idéia vem da noção de livre-arbitrio, na qual está implícito que a pessoa tem liberdade de se comportar independentemente de seu ambiente passado ou presente;
2. a liberdade política e social, esta está relacionada a ser perseguido por causa de suas convicções, não significa que não possa agir de acordo com elas, mas que será punido por fazê-lo; e
3. a liberdade espiritual, referindo a liberdade de uma prisão metafórica.

Posso identificar o fato de que a nossa sociedade construiu para a pessoa “doida” um lugar de anomia, alienação e despersonalização, num processo de estigmatização e conseqüente exclusão social; lugar este paulatinamente resgatado ou construindo no reforma psiquiátrica, promovendo na pessoa com transtorno mental apropriação do seu lugar de cidadão. Essa noção de liberdade está embutida na livre escolha. A análise do comportamento rompe com conceitos de livre-arbítrio, pois como mostra o processo de estigmatização da pessoa com transtorno mental, o comportamento autônomo/a liberdade são usufruídos de acordo com fatores ambientais/culturais envolvidos.

O discurso construído confirma o pensamento exposto por Brunelo (1998) de, que a representação que se formou na sociedade em relação à loucura/”doidice” fez com que a pessoa com transtorno mental ocupasse o lugar do alienado, sem razão, da pessoa estranha, num processo de estigmatização tendo como conseqüência a exclusão.

Interessante é observar que a concepção que prevaleceu para os usuários do PSF foi de que o “doido” não é agressivo e sim desorganizado, inseqüente. A concepção vai de encontro ao mito de que o doido é agressivo/violento.

Como esta neste trecho: *“A cabeça do doido é desorganizada, fala coisa sem nexos, as pessoas pensam que só tem doido agressivo, mas não a maioria é assim com a cabeça desorganizada.”* (DSC/PSF/ “doidice” – 1).

PENSAMENTO MALIGNO (DSC/PSF/ “DOIDIÇA” – 2)

Começa pelo tratamento dos pais, acho que os pais são fundamentais na criação dos filhos, quando tem dedicação, quando tem carinho, os filhos tentam fazer as coisas corretamente, quando não tem apoio, carinho e orientação dos pais, só faz loucura. Os pais que colocam os filhos de castigo batem muito, os filhos recebem tudo isso dos pais e vai simplesmente passando tudo isso para sociedade. A loucura vem disso da criação.

A Pessoa tem um espírito ruim, tem hora que esta boazinha e outras fica falando com uma voz diferente, cantando uma musica que ninguém conhece, fala como se tivesse alguém mandando ela fazer, porque não tem Deus no coração, não pensa positivo e fica assim louca por pensar muita coisa ruim.

Neste discurso, a temática levantada foi da causa, dos fatores que desencadeiam a “doidiça”, família com a educação inadequada e “forças espirituais”, vindo sempre relacionados. Como consta em Mateus e Redko (1998) a esquizofrenia é entendida como causada por eventos externos em relação ao indivíduo doente, trata-se de uma doença provocada por feitiço ou mau-olhado ou porque a pessoa desde a infância mais “sensível” ou mais “fraca” que os demais às dificuldades da vida. “*A loucura vem disso da criação.*”, “*A Pessoa tem um espírito ruim, tem hora que esta boazinha e outras fica falando com uma voz diferente,(...)*” (DSC/PSF/ “DOIDIÇA” – 2). Também é possível notar o uso de regras que auxiliam os atores sociais a agirem de forma favorável ao grupo social, fazendo lembrar que, na construção destas regras como promotora de saúde mental, as redes sociais exercem um papel fundamental. Como Sidman expõem (2003), estabelece uma descrição verbal de uma contingência “Se...Então” . “*(...) porque não tem Deus no coração, não pensa positivo e fica assim louca por pensar muita coisa ruim.*” (DSC/PSF/ “DOIDICE” – 2)

DESTRUIR A NATUREZA. (DSC/PSF/ “DOIDIÇA” – 3)

Mata-se a natureza, com desmatamento, queimada, assim se endoidece o mundo, acho uma doidice destruir o próprio lar.

Neste discurso, os atores sociais trazem a concepção de uma atitude ética perante a vida. Portanto a concepção de “doidice” refere-se à ausência de uma postura ética ante a própria natureza, porque não dizer um retorno do homem à natureza, abordagem não só das teorias orientais, mas de todo o homem primitivo.

MORTE EM VIDA. (DSC/PSF/ “DOIDIÇA” – 4)

Um menino que em momento de loucura, começa a usar drogas, fumar, essas doideiras e foi perdendo sua vida, o controle sobre ela. Graças a Deus parou, agora estuda, trabalha, não quer mais essas doideiras.

MUNDO LOUCO. (DSC/PSF/ “DOIDIÇA” – 5)

Os homens se matam, fica todo mundo doido! O mundo que é doido

Os discursos apresentados têm em comum eventos perturbadores na vida de um indivíduo como uso de drogas, violência, desemprego, levando o sujeito a desenvolver padrões de comportamento danosos a si próprio e ao seu meio.

Para Mateus (1998) Os eventos perturbadores podem surgir ou culminar de maneira abrupta e intensa, causando um “trauma”. Também pode ocorrer um progressivo desgaste, gerado por uma ou mais situações problemáticas.

Na compreensão da análise do comportamento, posso dizer que eventos estressores rompem com o padrão comportamental do sujeito, fazendo com que este necessite desenvolver novos arranjos comportamentais, a fim de superar as dificuldades situacionais.

Goerg et al (2004), em estudo na Austrália e Alemanha, identificam que a exclusão social varia de acordo com o transtorno; que maior distanciamento é observado nos alcoólatras e drogaditos; e que os esquizofrênicos e os que apresentam depressão maior encontram maior aceitação social. Portanto, a distancia social está diretamente ligada à periculosidade. *“Um menino que em momento de loucura, começa a usar drogas”* (DSC/PSF/ “DOIDIÇA” – 4)

DOIDINHO, “DOIDIÇA.” (DSC/PSF/ “DOIDIÇA” – 5)

As pessoas chamam de doidinho, doidiça.

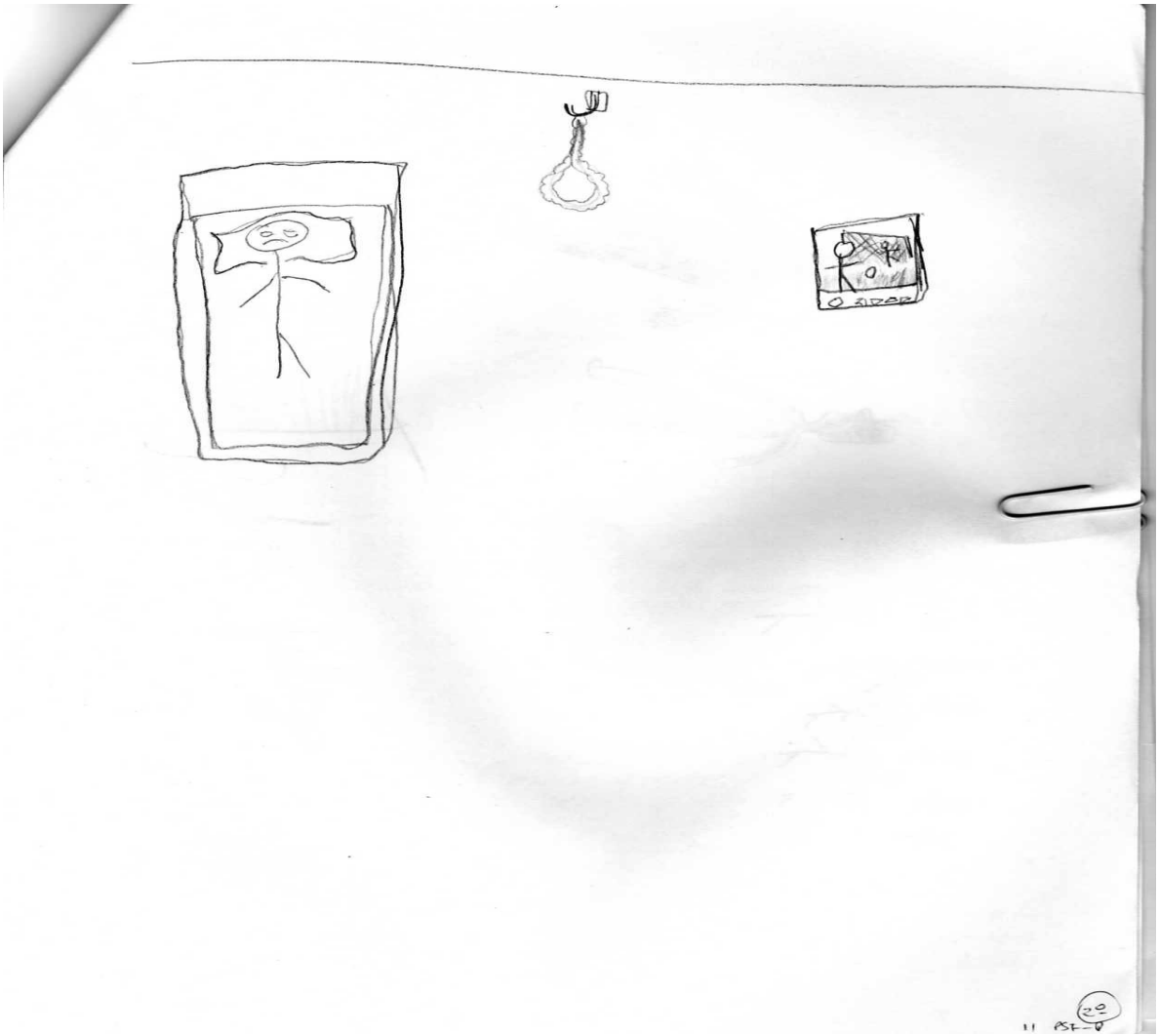
Neste discurso, o cliente traz a denominação de doido ou “doidiça”, termo culturalmente utilizado na região norte do Ceará – Brasil, constatando que o vocábulo lingüístico é utilizado para denominar o transtorno mental, que vai variar de acordo com contexto cultural, embora o significado seja preservado em suas características.

Pelos estudos de Mateus (1998) e Redko (1998), os pacientes do estudo recebem dos entrevistados várias denominações para seus problemas “doença ou problema ou desequilíbrio mental”; “trauma”; “crises”, “nervoso”, “nervo”.

Villares e Mari (1998) observaram que representações semelhantes relacionadas como os “nervos” e o “nervosismo” também são muito utilizadas pelas famílias brasileiras com indivíduos que sofrem de esquizofrenia. Portanto, a noção de “nervos”, e as emoções familiares em torno deste rótulo popular, poderiam mitigar o impacto do diagnóstico sobre a identidade pessoal do doente.

Dentre as pessoas identificadas como “doidas”, a imagem mais forte e recorrente que surge é a do que posso nomear “louco de rua”. Sem que se associe a características mais precisas, ou que se utilize uma nomeação específica, é apontado como aquele que vaga pelas ruas, sujo e com roupas mal cuidadas, por vezes exaltando-se e perturbando as pessoas de maneira inesperada ou inadequada.

Para a sociedade atual capitalista, viver uma loucura é esta a desprovido de todos os bens de consumo, vistos como essenciais para a existência. Talvez seja esta a associação com “o doido de rua”.



Desenho 2: Concepção de depressão, para o usuário do PSF

Este desenho foi produzido por um usuário do PSF, cujo título é Nem tudo é como se quer. A seguir estarão expostos os discursos coletivos produzidos pelos usuários do PSF- Pedrinhas.

- Conceção de depressão: **O que é depressão para você?**

SOLIDÃO ESCONDIDA. (DSC/PSF/ “DEPRESSÃO” – 1)

A pessoa com Depressão pensa até em morrer, pensa muita besteira, fica presa dentro de casa, vendo o mundo passar, vai ficando triste, muito triste, triste com alguma coisa, fuma muito cigarro, fica só naquilo, deitada, sentada, isolada, fica horas parada, sozinha, não gosta de ninguém, fica pensando que só a oração resolve, não age, não conhece seu potencial, pensa o que não é real, é carrancuda, desanimada, sem perspectiva de nada, sem animo, sem sentido na vida, por fora aparenta esta bem, mas por dentro sente-se o tempo todo angustiada, fica nervosa, quando vai fazer uma coisa comum, não consegue dormir, acha que estava doente fisicamente, vai a vários médicos, sente falta de ar, pânico, medo, sente dores, é coisa muito ruim, boca entortando, medo de perder o controle, quando chega no trabalho piora, mas em casa sente protegida, não tem vontade de comer, sente frio e calor ao mesmo tempo. Aparentemente se está sorrindo, mas no fundo sente-se só, depressiva. A depressão vêm dos pensamentos ruins que a pessoa coloca na cabeça, isso que é depressão.

O discurso representa fielmente a sintomatologia da pessoa em depressão, sentimentos de tristeza, irritabilidade e agressividade. Dependendo da intensidade e da frequência, podem ser indícios de quadros. As súbitas mudanças de comportamentos, não justificadas por fatores estressantes são de extrema importância para justificar um diagnóstico de transtornos depressivos, os sintomas agudos e padrões de comportamentos. Posso dizer que a população do PSF-Pedrinhas tem informações consistentes do quadro sintomatológico da depressão.

Em Engel (2005), as manifestações clínicas nos transtornos de humor têm como elemento central o humor entristecido, mas outros sintomas podem estar presentes, com gravidade e frequências diversas.

IMAGEM TRISTE. (DSC/PSF/ “DEPRESSÃO” – 2)

A flor é bela, todos gostam da flor, ela traz alegria. A depressão é morte, tristeza, como a barata ser incomodo, nojenta, que se espalha por todo canto, é a doença da alma. A pessoa não sente mais prazer na vida, fica só naquilo, deitado, até se acabar! A depressão não tem nem com cor, nem palavras, não sei nem o que desenhar, é isso vazio!

O discurso refere-se a uma denominação clássica da depressão nos meios de comunicação em geral, “vida em preto e branco”, “doença da alma”. Expressões neste discurso reforçam o que Skinner (1995) expõem: toda palavra para designar sentimento começou com metáforas, e é significativo que venha do público para particular. “*A flor é bela, todos gostam da flor, ela traz alegria. A depressão é morte, tristeza, como a barata ser incomodo, nojenta, que se espalha por todo canto, é a doença da alma.*” (DSC/PSF/ “DEPRESSÃO” – 2)

A linguagem é um produto da coletividade. Os meios de comunicação têm sido veículos de grande importância na disseminação do conhecimento. Neste estudo, foi indicado como o principal veículo do qual os usuários ouviram falar o que é depressão. A terapia comunitária também foi apontada como veículo de informação, mostrando como este dispositivo auxilia, a comunidade no conhecimento e vivência de seus problemas. É importante chamar a atenção para o fato de que, para os entrevistados, o real conhecimento sobre o que é depressão da vivência deles mesmo ou de um familiar, em razão de estressores do ciclo de vida, como desemprego e doença. Neste aspecto, a aprendizagem toma um lugar de destaque, podendo-se mudar o comportamento por imitação/observação ou modelagem, sendo que a eficácia depende da vinculação.

NEM TUDO É COMO SE QUER. (DSC/PSF/ “DEPRESSÃO” – 3)

Na depressão a pessoa pensa e tenta até morrer.

NÃO PENSAR POSITIVO. (DSC/PSF/ “DEPRESSÃO” – 4)

O namorado que troca à namorada por outra e quando se tem muita conta, fica no fundo da rede, não dorme a noite, pensa em morrer.

PESSOA PRECISANDO DE AJUDA. (DSC/PSF/ “DEPRESSÃO” – 5)

A depressão vem da falta de fé em Deus, de quem não tem religião, que não acredita em algo.

ISOLAMENTO. (DSC/PSF/ “DEPRESSÃO” – 6)

A depressão é o caminho para loucura.

REMÉDIO. (DSC/PSF/ “DEPRESSÃO” – 7)

Na depressão a pessoa fica dependente do remédio.

Nestes discursos, os sujeitos trouxeram fatores que desencadeiam a depressão, como estressores do ciclo de vida, crises de existência, que têm como consequência a vontade e o ato de morrer, dependência de psicotrópicos e caminho para a loucura. Ressalto que o uso da medicação é visto como sinal de agravamento da depressão e o agravamento da depressão pode levar a uma loucura.

Goerg et al (2004) demonstram como são vistas as intervenções na Austrália e Alemanha para os transtornos psiquiátricos, como esquizofrenia, depressão maior e pânico. No tratamento psiquiátrico preferido por muitos, seguidos pela psicoterapia individual, as formas mais rejeitadas são o uso de psicotrópico, terapia de família e terapias alternativas, salvo a yoga.

A depressão não tem só um aspecto médico, mas também social, enquanto se desenvolve em ausência de referências éticas claras. O individualismo, o desemprego, o divórcio, a insegurança, a ausência de uma autêntica educação, a falta de transmissão do

saber, da cultura, da moral, da vida religiosa, e da negligência das normas objetivas por parte do relativismo ético debilitam e fazem frágeis as pessoas por falta de arraigamento e de estabilidade na existência.



Desenho 3: tema livre para o usuário do PSF

Este desenho foi produzido por um usuário do PSF, cujo título é Todos felizes. A seguir estarão expostos os discursos coletivos produzidos pelos usuários do PSF-Pedrinhas.

Tema Livre: CURA/SOLUÇÃO

Com base no instrumento utilizado, desenho-história, Trinca (1997) esclarece que o terceiro desenho expressa uma busca do sujeito por dar fechamento aos temas abordados, buscando soluções e respostas.

Interessante é expor que, ao solicitar o sujeito desenho livre este compreendia uma solicitação de algo que representasse liberdade. Diante deste dado mudei a consigna: “*Agora quero que você desenhe algo que primeiro venha em sua cabeça, o que vier*”.

FORÇA. (DSC/PSF/ “livre” – 1)

Eu Pensei na natureza, forma do sol, mar, águas, plantas, fazemos parte dela, a natureza é vida, a natureza é amor. Uma estrela, desenho que fazia quando era nova, uma flor, pois a vida é um mar de rosa, quem tem natureza tem tudo, ali tem a presença de Deus, quando mantemos a natureza viva mantemos a nossa vida, pois Deus nos criou em comunhão com tudo. Paisagem é o mar, é muito bonito, e não tem tristeza, traz paz, eu gosto do mar. A árvore de natal, jarro de enfeite, eles trazem alegria para casa Árvores e jarros representam o nascimento, natal nascimento de Jesus. A planta, árvore que dá fruto, tem raiz e tudo de bom dentro dela, gosto de cuidar do jardim, das plantas, e fico alegre. O patinho é da natureza, a água, quando se olha fica boa da depressão.

UMA CASA FELIZ. (DSC/PSF/ “livre” – 2)

Minha família feliz, uma casa, árvore, família, tudo muito bonito.

SORRISO. (DSC/PSF/ “livre” – 3)

A felicidade é que faz ficar boa da depressão, minha prima com tratamento já esta sorrindo, uma pessoa alegre, sem preocupação.

VIDA. (DSC/PSF/ “livre” – 4)

Criança é vida, saúde, renascimento, quando sorrir, quando anda.

A SABEDORIA. (DSC/PSF/ “livre” – 5)

No amor, na harmonia, na esperança que encontramos força para ter saúde.

As temáticas expostas nos DSC referem-se à natureza, família, sentimentos como amor, harmonia, felicidade, indicando uma forma de enfrentar os transtornos mentais e sofrimento psíquico e o resgate ao natural, retorno às origens em busca de força vital.

No que concerne à família, o discurso confirma o que Villares e Mari (1998) expõem em sua pesquisa: mesmo com a evolução econômica, social e política, a família permanece como referencia central na saúde dos indivíduos.

Há um crescente interesse pelo pensamento oriental, uma busca por modelos de comportamentos humanos alternativos, procura por outros valores: de crescimento pessoal, proteção ambiental, alimentação saudável e desenvolvimento espiritual.

Para a Sociedade Taoísta do Brasil (2007), através de minuciosas observações, os mestres taoístas da antiguidade, chegaram à conclusão de que a estrutura básica do ser humano é a mesma do Universo e que todos os fenômenos da natureza podem ser classificados de acordo com duas forças opostas, complementares e dinâmicas. Desse pressuposto, surgiu a teoria do Yin e do Yang, sendo Yang tudo o que se caracteriza como movimento, calor, dia, homem, pai, grande, expansão etc, e Yin como sendo quietude, frio, noite, mulher, mãe, pequeno, recolhimento etc. Nenhum deles pode existir isoladamente. Existe uma interdependência deles. Se existe o dia, esse certamente se transformará em noite e vice-versa. Yin e Yang estão, portanto, em constante mutação e equilíbrio complementares.

No campo de conhecimento ocidental, Canesqui ressalta

A preocupação com o que somos nossos tema e origens, quantos somos, para onde vamos foi uma das marcas das ciências sociais no campo da saúde durante a década de 1990, cujos registros estão na bibliografia e nos eventos, patrocinados pela Associação de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, que revelam a estreita interlocução daquelas ciências (sociologia, antropologia e ciência política) com o campo da saúde coletiva/saúde pública. Essa busca de identidade deu-se ainda na trajetória da antropologia, marcada pela "volta sobre si mesma. (2003, P.2)

Contrastes do termo “depressão”: Qual a diferença entre “doidice” e depressão para você?

O DOIDO É... (DSC/PSF/ diferença entre doidice e depressão 1)

O doido/louco é alienado, não sabe o que faz, desconhece as pessoas, sai para rua sem rumo, agride, geralmente eles agredem quem mais ama, quebras as coisas, coloca tudo que pensa que sente para fora. Agente mesmo aqui acolá faz uma doidice, quebra uma coisa no momento de raiva, também tem aqueles que tem uma loucura na cabeça, o cérebro virado, pode ser retardado ou débil mental.

Na doidice a pessoa vai precisar de um tratamento químico e tratamento psicológico, toda doidice pode ser tratada, quando vejo uma pessoa na rua sujo com cara de doido mesmo, sei que se tiver tratamento fica bom, hoje em dia têm tratamento para tudo. A doidice também pode ser sem-vergonhice, diz que é doido para não assumir responsabilidade. A loucura é outra coisa, do sofrimento da família, filhos com problemas.

“DOIDIÇA” NÃO É DEPRESSÃO. (DSC/PSF/ diferença entre doidice e depressão 2)

A doidiça e a depressão são diferentes. A doidice é violenta, o doido não se sabe o que faz, não lembra o que faz, a loucura vem e volta, é agitada, na doidice a pessoa vai precisar de um tratamento químico e tratamento psicológico. Já a depressão é mais calma, continua, na depressão a pessoa lembra-se do que fez.

DEPRESSÃO É... (DSC/PSF/ diferença entre doidice e depressão 3)

Depressão é gastura na cabeça, pessoa que fica em casa, chora, não quer saber de nada, fica todos os sentimentos guardados acaba ficando depressiva. Tem depressão as mais idosas e mais novas também, moram sozinhas e ficavam com depressão, tem vontade de morrer, mas se não cuida piora, mas se tomar remédio fica bom. Na depressão só tratamento verbal, psicológico melhora, angustia não precisa de tratamento químico. A depressão é uma doença da alma.

A “doidiça” nestes DSC assume diversos aspectos do momento de insanidade que pode ser vivenciado por qualquer ser humano, um componente físico “*cérebro virado*”, “*doido de rua*”, comportamento manipulativo. Portanto a concepção de “doidiça” depende do ângulo de visão de cada um. “Doidiça”, de acordo com a Medicina, de acordo com que acho normal, de acordo com que a sociedade permite, infinitivamente outras compreensões, pois as percepções são construídas/aprendidas.

Este grupo diferencia claramente a “doidiça” da depressão: “*A loucura é outra coisa, do sofrimento da família, filhos com problemas.*”

Um dado interessante foi apresentado no último discurso DEPRESSÃO É... A solidão é um fator importante no desencadear e agravamento da depressão. Parece que as pessoas neste grupo não lidam bem com esta só. Percebo que são pessoas idosas que vivenciam a saída dos filhos de casa, pessoas que moram sozinhas.

O fato de estar sozinho é um estado e não um fato. Não é verdadeira a regra que se elabora ao pensar que se está sozinho quando se mora só ou quando se sai só; essa não é a verdadeira solidão, pois se está verdadeiramente só quando se está numa festa e se sente só quando se olha no espelho e não se vê nada que agrada, quando não se vê o brilho no olhar, assim é o estar só da pessoa em depressão.

As pessoas têm de se preencher de suas presenças, do calor da natureza, de vitalidade, assim nunca se sentirão isolados.

Os DSC apresentados revelam que os sujeitos acreditam que a depressão não cuidado pode levar à loucura. Reportandome ao fato de que o agravamento de um transtorno de humor pode evoluir para sintomas psicóticos, como alucinações, delírios, confusão mental e outros; comportamentos percebidos como loucura – “doidiça”.

4.2 Cenário – 2: CAPS II – Sobral -CE



Foto 2: CAPS II – Sobral - CE

- **Perfil dos atores sociais da pesquisa, amostra do CAPS**

Os usuários entrevistados do CAPS são 18 atores sociais no total, observei os seguintes aspectos:

FAIXA ETARIA	N
---------------------	----------

18	01
19	01
23	01
24	02
28	01
31	01
41	01
43	02
51	01
52	01
56	01
63	01
66	01
70	01
76	01
81	01
Total	18

SEXO	N
Masculino	14
Feminino	04
Total	18

ESTADO CIVIL	N
Casado	06
Solteiro	09
Viúvo	01
Separado	02
Total	18

--	--

NÚMERO DE FILHOS	N
0 Filhos	07
02 Filhos	08
04 Filhos	03
Total	18

ESCOLARIDADE	N
Alfabetizado	00
Fundamental Completo	03
Fundamental Incompleto	02
Ensino Médio Completo	06
Ensino Médio Incompleto	03
Superior Completo	01
Superior Incompleto	01
Pós-graduação	02
Total	18

PROFISSÃO	N
Comerciário	01
Pesquisador de empresa de combustível	01
Motorista de táxi	01
Vendedor	02
Serviços gerais	02
Secretária	01
Comerciante	02
Estudante	02

Missionário	01
Fiscal da fazenda	01
Dona de casa	02
Ajudante de cabeleireiro	01
Sem profissão	02
Total	18

SITUAÇÃO MERCADO TRABALHO	NO DE	N
Aposentado		03
Empregado		06
Dona de Casa		03
Autônomo		03
Desempregado		03
Total		18

RENDA EM SALÁRIO DA FAMÍLIA	N
Um salário	08
Dois salários	03
Três salários	03
Quatro salários	02
Cinco salários	01
Sete salários	01
Total	18

BAIRROS	N
Campos dos Velhos	01
Alto do Cristo	01
Centro	06
Pe.. Palhano	01
Junco	05
Expectativa	01
Terrenos Novos	02
Alto da Brasília	01
Total	18

Quadro 2: Perfil dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial de Sobral – CAPS de Sobral

Quadro-2 mostra que em relação à idade dos usuários entrevistados no CAPS, a maioria se deu na faixa de 24 e 43 de adultos. Os demais se distribuem por todas as faixas etárias de adulto jovem, adulto em fase produtiva até o idoso. Importante é ressaltar que o CAPS Geral tipo II atende a toda a população adulta da sua área de abrangência.

Em ao sexo, a maioria é do sexo masculino. O estado civil a maioria dos sujeitos é solteira. Em números de filhos, a maioria tem dois filhos, seguido de nenhum filho.

Relativamente à instrução, a maioria tem ensino médio completo, seguido em igual proporção por fundamental completo e ensino médio incompleto.

As profissões mais presentes foram: vendedor, serviços gerais, comerciante e dona de casa.

Situação no mercado de trabalho: a maioria encontra-se empregada com renda, quase sempre de um salário mínimo.

Os bairros com maior número de usuários entrevistados foram Centro e Junco.

O diagnóstico com maior frequência foi de esquizofrenia, seguida da depressão. Estes diagnósticos foram consultados pelo projeto terapêutico dos clientes. O projeto

terapêutico do cliente consiste nas diretrizes adotadas em comum acordo da equipe com cliente das ações terapêuticas para o caso em questão. Os dados podem ser observados no gráfico 2

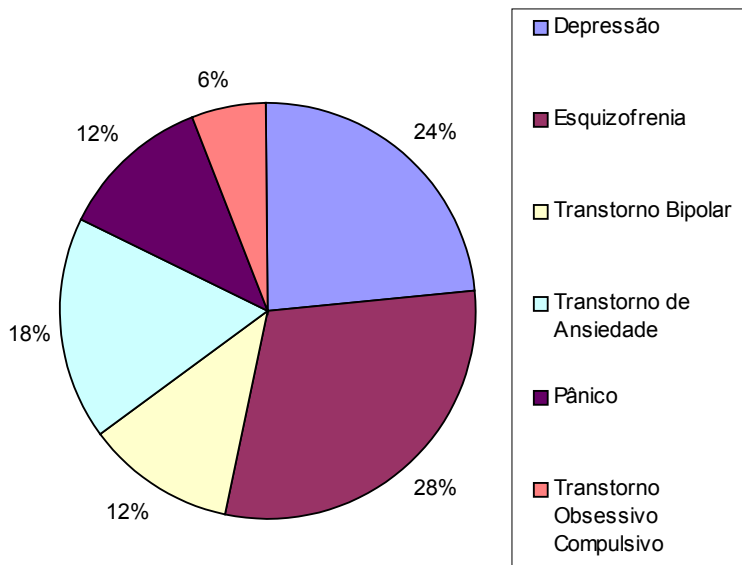


Gráfico 2: Motivo pelo qual os usuários foram ao CAPS – Hipótese Diagnóstica.

Os Discursos produzidos pelos usuários do CAPS em relação à concepção de “doidiça”: **O que é “doidiça” para você?**



Desenho 4: Concepção de “doidiça” para usuário do CAPS.

Este desenho foi produzido por um usuário do CAPS, cujo título é Vida Normal

A seguir estarão expostos os discursos coletivos produzidos pelos usuários do CAPS II

GAROTO QUEBRA TUDO: (DSC/CAPS/ “DOIDICE” – 1)

A pessoa que tem este problema na vida faz coisas erradas e não pensa nas conseqüências, doidiça é uma pessoa que pensa coisas ruins, faz coisas ruins com os outros, serem anormais, que não esteja no seu entendimento, uma pessoa que seja cuidada pelo outro, é muito complexo, tem vários graus de doidice, tem leve, médio e o alto não é! Tem a aquela pessoa que vive com sua loucura controlada por remédio. E tem outro que nem remédio serve, a pessoa precisa viver internada, viver dopado, deve ser algo muito alienado, antes eu tinha muito medo de ficar louca, mas dizem quem tem medo de ficar louca não fica louca, então fiquei descansada, então não vou ficar louca, pois fico apavorado quando vejo a cara da daquela pessoa que não sabe que esta fazendo ou agressivo, é o que mais me dá medo, o louco agressivo, mas o pacífico não.

Desenhei um garoto quebrando uma vitrine numa loja de brinquedo em um impulso, uma vez em um momento de desespero totalmente sem controle coloquei uma faca na mão, doidiça é aquela gasturazinha na cabeça, que a gente às vezes não se controla e não se pensa nas conseqüências isso que me veio a mente para representar aqui a doidice a loucura.

Minha doidiça é muito luxuosa, queria ser uma pessoa super importante, distribuir presente sem ter nenhum tostão no bolso, tudo me pertencia como o presidente da republica, era uma loucura exacerbada, pensava que era Deus, olhava no espelho e pensava que era encarnação de Jesus, me achava parecido com ele, eu me lembro de tudo isso, na época fui levado para o Guararapes, então desenhei um maluco assim, com cabelo arrepiado, e a ambulância que me levava.

Tinha períodos que acontecia os problemas lá em casa que eu rebolava o rádio e o que tinha na mão, naquele período de violência me levava para casa de repouso Guararapes, eu ficava lá internado e tomava injeção, só injeção e comprimidos, quando voltava para casa passava pouco tempo e ficava agitado novamente e voltava para hospital, meus irmão fala que teve uma vez que eu quis quebrar uma rapadura na cabeça de minha mãe, também fala de uma vez que eu queria comer uma obra minha, fezes né, isso ai não tenho lembrança, acho que os remédios me dava doidiça, me lombrava, eu ficava assim abobado, abestado mesmo, eu fazia coisa que não era normal para eu fazer, naquele tempo eu não tenho lembrança clara, eu conto que os outros contam.

No CAPS estou com quase três anos sem crise, estou quase 100%, não me interno mais, fiquei só com um remédio e as terapias, só agora que tive essa depressão, quis me isolar, fico pensativo, ali parado no quarto ouvindo o rádio, mas sem ouvir, só pensando, mas não ajo como antes agressivo, fico deitado na rede pensando na vida, como que é como vai ser. No CAPS aprendi que o transtorno bipolar é assim, depressão para cima, mas agora estou bem, para medicina não tem nada que não tenha cura.

No (DSC/CAPS/ “DOIDICE” – 1) – GAROTO QUEBRA TUDO os sujeitos referem-se aos diversos tipos de “doidiças”, percebem um critério de diagnóstico de acordo a CID-10 (1993) o nível de comprometimento do transtorno na vida do sujeito. “*é muito complexo, tem vários graus de doidice, tem leve, médio e o alto não é!*” Também falam dos sintomas: “*gastura na cabeça*”, impulsos agressivos, delírios de grandeza, aparência física descuidada. Neste DSC o que foi mais referenciado foi o comportamento agressivo do “*doido*”. Enquanto terapêutica refere-se aos remédios como controlador dos sintomas, mas que deixa efeitos colaterais como: “*os remédios me dava doidiça, me lombrava, eu ficava assim abobado, abestado mesmo, eu fazia coisa que não era normal para eu fazer, naquele tempo eu não tenho lembrança clara, eu conto que os outros contam*”.

O CAPS é percebido como serviço substitutivo da terapêutica antiga. Ampliando o cuidado e na fala dos usuários, é possível observar que o CAPS vêm cumprindo sua missão de cuidado e ressocialização da pessoa com transtorno mental. “*estou quase 100%, não me interno mais, fiquei só com um remédio e as terapias.*” Também se observa que o CAPS auxiliar os usuários na compreensão de seus transtornos: “*No CAPS aprendi que o transtorno bipolar é assim, depressão para cima, mas agora estou bem, para medicina não tem nada que não tenha cura.*”

(...) Os CAPS, que tem a missão de dar um atendimento diuturno as pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocentrico, evitando as

internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social e de suas famílias. (BRASIL b, 2004. p.09)

“Só agora que tive essa depressão, quis me isolar, fico pensativo, ali parado no quarto ouvindo o rádio, mas sem ouvir, só pensando, mas não ajo como antes agressivo, fico deitado na rede pensando na vida, como que é, como vai ser” (DSC/CAPS/ “DOIDICE” – 1). É interessante observar que o cliente faz diferenciação clara do que seja “doidiça” e “depressão”, neste momento do discurso.

Embora a própria pessoa com transtorno mental se queixe do estigma do “doido agressivo”, percebo, neste DSC- GAROTO QUEBRA TUDO, discurso produzido pelos usuários do CAPS, esta referencia. Assim fala Skinner (1995): sob esta perspectiva, qualquer análise da linguagem implica considerá-la como produto histórico de uma coletividade, pois reproduz, através de significados, os valores associados a práticas sociais que se cristalizaram.

UM MOMENTO DENTRO DE NÓS: (DSC/CAPS/ “DOIDICE” – 2)

Uma pessoa fora do seu estado normal, mas eu acho que a doidice se configura na sua desordem no ponto externo, que é o ambiente que o enlouquece e leva a pessoa a esquizofrenizar. Então desenhei uma pessoa escabelada, boca torta com muitos pensamentos, que tem suas confusões e aqui suas mãos tentando se agitar numa espécie de agitação, um homem doido, mal vestido, cabelo grande, porque a doidice a pessoa não liga para nada, não tem interesse no seu vestir, do jeito que estiver, esta bem, não esta nem ai para nada, não vai procurar ajuda, só que esta na rua perambulando, pode ser uma pessoa que vê um carro e não para, que fazem gestos que não é normal, fica gritando, quebra o copo, as coisas, arranca os cabelos, pois são doidas, não tem consciência. Há pessoas que nascem com isso e tem pessoas que a situação deixa ela assim, é uma doença sem cura, a pessoa fica com pensamento embaraçado no inicio. Muita gente me chama de doido desde novo, mas eu não levo a mal não, sei lá com esse problema de esquecimento, ataque de raiva e choro que eu sinto, não posso dizer se é ou não é doidiça, tem que fala que pode ser uma depressão, tem dia às vezes estou mais a vontade, mas tem hora que não e já tomo remédio há muito tempo, e a tendência é os

remédios aumentarem, quando tenho um aperreio, mas agora meu sobrinho morreu mas eu não dei uma crise, não sai dos sentidos.

Vou contar uma história, era uma vez um manicômio nas montanhas, bem florido, arborizado, cheio de mato, só que tinha unas cruzeiras que dizia um afastamento para que ninguém se aproximasse só aqueles que estavam se tratando, pessoas se tratando de problemas sérios, não se socializam com as pessoas, comportamentos muito agressivos, ninguém pensava no que se passava dentro do manicômio, enfermeiros que faziam as pessoas sofrerem, quem entrava lá tinha uma guilhotina, eram mortas com requintes de crueldade, ao chegar em uma certa idade, devido o número excessivo de pacientes eram exterminando, essas pessoas tinham problema o desprezo da família não é o desprezo de não falar, é o de cada um em sua vida. Coisa de louco mesmo, eles próprio queriam se matar, assinavam um termo, o próprio paciente para que se matassem, pois não agüentavam mais tanto sofrimento, eles sabiam que tinha tratamentos melhores, mas queriam continuar ali fugindo da vida,, dos seus problemas, ai que é a loucura mesmo, pagavam para estar ali, só quem sabiam que funcionavam era os cliente e os funcionários, os de fora viam as cruzeiras mais não sabiam o que significava. E tantos os profissionais como os clientes achavam que era melhor maneira. A loucura disso tudo não é o comportamento, nem o sofrimento, é simplesmente o meu desenho a minha história, uma loucura!

Este DSC - UM MOMENTO DENTRO DE NÓS, trouxe novamente referências dos transtornos psicóticos, sintomas “Então desenhei uma pessoa escabelada, boca torta com muitos pensamentos, que tem suas confusões e aqui suas mãos tentando se agitar numa espécie de agitação, um homem doido, mal vestido, cabelo grande, porque a doidice a pessoa não liga para nada, não tem interesse no seu vestir, do jeito que estiver, esta bem, não esta nem ai para nada, não vai procurar ajuda, só que esta na rua perambulando, pode ser uma pessoa que ver um carro e não para, que fazem gestos que não é normal, fica gritando, quebra o copo, as coisas, arranca os cabelos, pois são doidas, não tem consciência.” e sua etiologia levando conta o ambiente, genética. “ eu acho que a doidice se configura na sua desordem no ponto externo, que é o ambiente que o enlouquece e leva a pessoa a esquizofrenizar.” “Há pessoas que

nascem com isso e tem pessoas que a situação deixa ela assim , é uma doença sem cura, a pessoa fica com pensamento embaraçado no inicio.”

A esquizofrenia abrange pacientes com manifestações clínicas variadas, reposta e curso da doença bastante variado. Sendo assim nenhum fator etiológico é considerado como causador. O modelo Etiológico usado com maior frequência é o modelo de estresse-diátese, segundo o qual o indivíduo que desenvolve esquizofrenia teria vulnerabilidade biológica específica (diátese), que, ativada pelo estresse, permitiria o aparecimento dos sintomas. Os fatores estressores podem ser genéticos, biológicos, psicossociais ou ambientais. (ENGEL et al , 2005, p.31)

Outro aspecto importante foi a percepção da loucura como “momento”, aspecto observado pelos estudos Mateus (1998) e Redko (1998). Os entrevistados que utilizam para o paciente a denominação de louco ou maluco (ou de “cabeça cansada”, com o sentido de loucura) fazem-no em geral numa perspectiva temporal e limitada: o paciente estava louco; chegou a ficar como maluco, sugerindo a existência de um estado passageiro ou de um mal por acessos limitados.

A análise do comportamento favorece a minha compreensão dos sentimentos por esclarecer os papéis dos ambientes passados e presentes. Sendo assim a pessoa acometida por esquizofrenia não está submetida às mesmas contingências, sejam elas internas ou externas o tempo todo, portanto, não se pode esperar um só repertório comportamental desse sujeito.

VIDA NORMAL E ANORMAL: (DSC/CAPS/ “DOIDICE” – 3)

Doidiça, aqui tem dois lados, o que a pessoa pensa e sente é fora do normal, exemplo: doidinho diz, desde ontem que estou aqui esse radio não toca, para ele a parede era um radio. O outro lado é a vida normal, trabalho, escola, relacionamento, ele vê aquilo ali e não consegue se enquadrar, os pensamentos, os sentimentos não é igual a quem é normal, não é porque ele não quer, ele até tenta mais não consegue. Dizem que a pessoa não está em si, está fora de si, não percebe a realidade, não cai na real.

A “doidiça” neste DSC - VIDA NORMAL E ANORMAL é vista como um parâmetro do normal e anormal com a medida da cultura qual o sujeito está inserido.

Conforme dicionários da língua portuguesa conceberam por anormalidade/anormal (MICHAELIS, 2000; FERREIRA, 1997) tem-se:

Anormalidade/Anormal: Que não é normal; que está fora da norma ou padrão; abnorme, abnormal, anômalo. Contrário às regras; irregular, abnorme, abnormal, anômalo, fora de costume; incomum. Diz-se de indivíduo cujo desenvolvimento físico, intelectual ou mental é defeituoso. Aquilo que não é normal; anormalidade.

Para Goffman (1986) a pessoa desviante deve ser denominada de “desviante normal”, pois é inerente a todas as sociedades o fato de possuírem suas normas, que nunca são totalmente cumpridas. O “normal” e o “estigmatizado” integram um mesmo complexo. As pessoas vivem, constantemente, ambas as situações, estando mesmo para isto equipadas. Esses dois papéis se interpenetram na vida social, cada indivíduo tendo vivenciado, em algum momento da sua vida, ambos os papéis. Assim, o autor propõe que o estigmatizado e o normal não sejam percebidos como um conjunto de indivíduos, mas como perspectivas, geradas nas situações sociais interativas de normas não cumpridas.

Como no final do século XVIII a loucura adquiriu o valor de doença mental, neste momento em que se deu o início de um novo campo de conhecimento, o médico assumiu um controle ético muito forte. Um comportamento “anormal” poderia ter conseqüências clínicas imediatas. A ciência tomou para si o propósito do conhecimento objetivo da loucura, diferenciando o que normal do anormal.

Segundo Sidman (2003), a sociedade utiliza-se muito mais de meios coercitivos do que de controle pelo reforço positivo e adverte que os efeitos colaterais da punição, freqüentemente têm significação comportamental consideravelmente maior do que os esperados “efeitos principais”. Um dos efeitos colaterais da punição é a capacidade de esta se generalizar, ou seja, de ir-se espalhando para outras pessoas, ambientes e/ou situações semelhantes, de forma cada vez mais abrangente.

Em razão deste poder de generalização não é de se estranhar que até hoje no século XXI, se esteja ainda classificando, enquadrando como forma de normalização.

UMA PESSOA SEM PLANOS, SEM SENTIDO DE VIDA: (DSC/CAPS/ “DOIDICE” – 4)

Uma pessoa pensando besteiras, pensar negativo, desenhei uma pessoa pensando em uma saída, em se matar, suicidar-se.

Tentar tirar sua própria vida é uma doidice, acho que daí a pessoa tem que arrumar uma coisa para começar se tratar, procurar um psiquiatra, um psicólogo, como aqui o CAPS.

No DSC - UMA PESSOA SEM PLANOS, SEM SENTIDO DE VIDA a “doidiça” como ato não aceito socialmente, atentar sobre sua própria vida. O suicídio tem sido um dos temas mais citados neste estudo como fator de risco, tanto na “doidiça” como na depressão.

Estudos tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento revelam dois importantes fatores relacionados ao suicídio. Primeiro, a maioria das pessoas que cometeu suicídio tem transtorno mental diagnosticável. Segundo, suicídio e comportamento suicida são mais frequentes em pacientes psiquiátricos. (OMS, 2000, p.5)

Nos discursos apresentados, é possível observar que os usuários do CAPS indicam os serviços da Psiquiatria e da Psicologia como terapêutica adequada apontando novamente para mudanças de paradigma da nossa comunidade em relação ao cuidado da pessoa com transtorno mental. *“Tentar tirar sua própria vida é uma doidice, acho que daí a pessoa tem que arrumar uma coisa para começar se tratar, procurar um psiquiatra, um psicólogo, como aqui o CAPS.”*

A pessoa em depressão apresenta percepção distorcida da vida, não consegue antever as punições, fica à espera de exibir um comportamento de fuga-esquiva e passa

a não se comportar mais para ser reforçada por outras vias. O reforço são ações do “se...então”, isto é uma atitude de tentar alternativas par obter ganhos, a pessoa deprimida possuem pequena capacidade para testar regras hipotéticas.

A ESCURIDÃO: (DSC/CAPS/ “DOIDICE” – 5)

O louco vive uma in-realidade em um mundo como se fosse fechado para mim, escuro!

A “doidiça” como um mundo inacessível. Neste DSC - A ESCURIDÃO - reportando-se à Idade Média, que desenvolveu duas tecnologias de cuidado para a loucura: Inquisição e banimento na Nau dos Loucos.

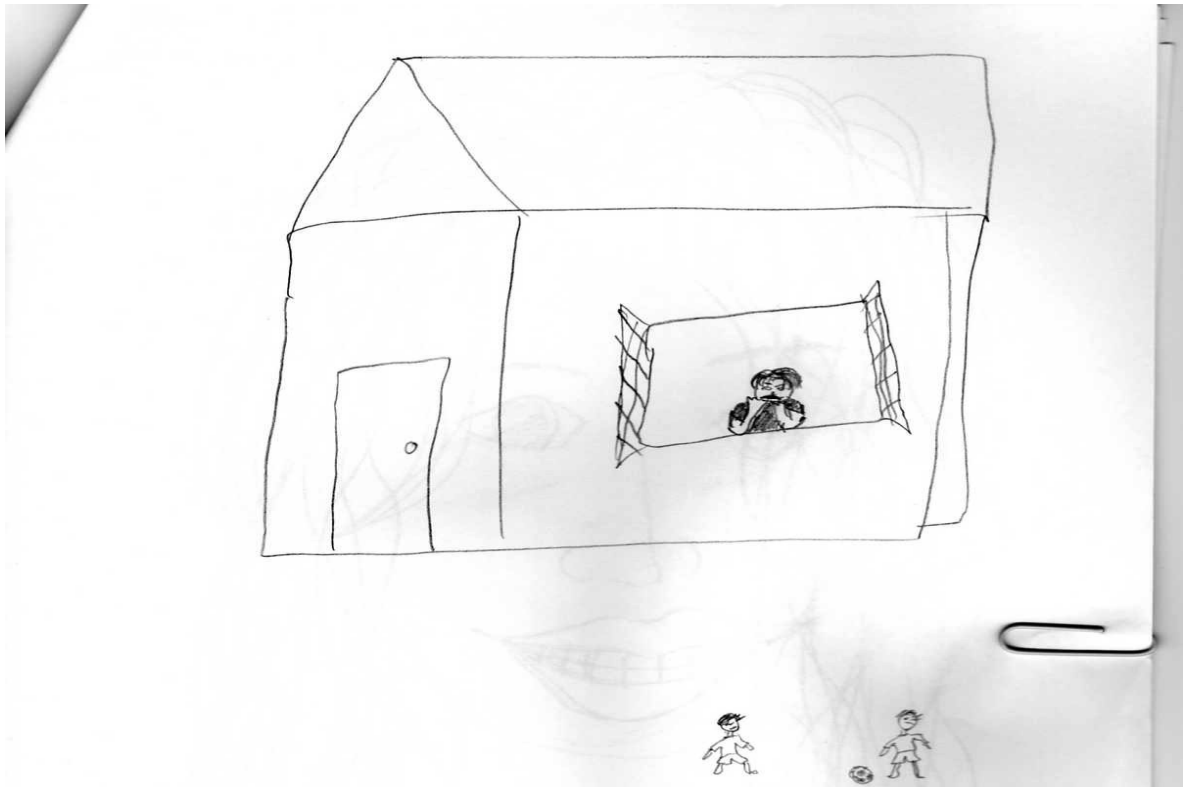
ALCOOLISMO: (DSC/CAPS/ “DOIDICE” – 6)

Pensei em um homem com o litro de celular (vasilhame pequeno e quadrado popularmente chamado de celular nesta região) na mão, pois quando eu tinha minhas depressões eu cometia minhas doidices devido à cachaça. Também é doidice para mim é não tomar remédio, a pessoa entra em crise, fica fora de si, primeiramente anda sem tomar banho, incomoda os outros, não tem controle na vida .

O CAPS é muito importante para minha melhora, graças a Deus e os profissionais do CAPS a gente anda bem limpinho, toma os remédios, fico ajeitado entro em qualquer ambiente e sou tratado com respeito como qualquer outra pessoa .

Neste DSC - ALCOOLISMO os sujeitos trazem o uso ambíguo dos conceitos de “doidiça” e depressão, tendo a depressão como sintoma e a doidiça como consequência. “Pois quando eu tinha minhas depressões eu cometia minhas doidices devido a cachaça.” Referem-se também o uso do álcool como desencadeador das “doidiças”, algo que tira o seu controle racional.

Novamente, a referencia do CAPS como suporte adequado e eficaz para a pessoa com transtorno mental.



Desenho 5: concepção de “depressão” para o usuário do CAPS

Este desenho foi produzido por um usuário do PSF, cujo título é A garotinha triste.
A seguir estarão expostos os discursos coletivos produzidos pelos usuários do CAPS II

- Concepção de “depressão”: **O que é depressão para você?**

RECOLHIMENTO: (DSC/CAPS/ “DEPRESSÃO” – 1)

A depressão é quando estou com vontade de me isolar, de ficar deitado e passar o tempo remoendo os pensamentos, os mais diversos possíveis, ate aqueles que não tem

nada haver com a doença, isolamento de não querer conversa. Pensei em mim, pensei em mim feia, gorda, triste, sozinha (silencio), (choro), (mais silencio). A depressão é porque não tinha minha casa, minha família não me aceitava, andava chorando, sem tomar remédio, eu não tinha lar. Desenhei aqui eu deitado na rede pensando na vida, e pensando até alguma besteira, casando um sentido o que será da vida, fico pensativo na minha vida nada deu certo, devido às depressões.

Na depressão a pessoa quer ficar dentro de casa, recolhida, não quer procurar tratamento, não quer sair de casa para se envolver com outras pessoas, para conversar, é uma doença que a pessoa vive chorando, devido uma tristeza, às vezes se angustia e quer se matar, a pessoa só pensa em coisas ruins, fica se martirizando, em que não lhe faz bem.

Nós vivemos num mundo cheio de amigos e nesse momento a gente é só, é um mundo grande mais pequeno para gente. Mas tem cura tem tratamento, com remédio e psicólogo, agora tenho meu apartamento próprio, tenho minhas coisinhas, aparelhos de tv, som, casa, eu não tinha ninguém por mim, ate o CAPS me dá apoio. Na depressão é assim lado do sorriso que não tem sorriso, e no lado de baixo esta à depressão e lado de cima esta o sorriso que a gente tem que esta, um sorriso no rosto e demonstrar que tem saúde.

No DSC - RECOLHIMENTO os clientes trazem sintomas e padrões comportamentais da depressão. *“A pessoa quer ficar dentro de casa, recolhida, não quer procurar tratamento, não quer sair de casa para se envolver com outras pessoas, para conversar, é uma doença que a pessoa vive chorando, devido uma tristeza, às vezes se angustia e quer se matar, a pessoa só pensa em coisas ruins, fica se martirizando, em que não lhe faz bem”*. Os clientes percebem a depressão como consequência e outras vezes como causa de suas problemáticas. Também vêem atitudes, *“a gente tem que esta, um sorriso no rosto e demonstrar que tem saúde.”* e CAPS como terapêutica indicada, chamando atenção para o remédio e o tratamento psicológico.

DECADÊNCIA DE VIDA: (DSC/CAPS/ “DEPRESSÃO” – 2)

Desenhei uma central de emprego e lá tem um quadro que informa não ter vagas e a pessoa vai descendo os degraus pensando, o que vai fazer para sustentar a

família, para pagar as contas, esse tipo de pessoa imagina que vai fazer e não vê saída, também desenhei um caixão simbolizando a perda, tenho medo da perda do não sucesso e muita frustração nas coisas que não realizo, tive depressão aos 17 anos, pois eu queria servir o exercito, mas uns amigos disseram que era muito duro, minha irmã disse que eu ia ganhar mais na força aérea, ai desisti, nestas situações a depressão pega até o desespero, é uma coisa que deixa a gente triste, deprimido, não queria nada, no lugar da minha vida esta evoluindo estava decrescendo, essas pessoas que tem depressão tem que sempre ter alguém do lado para ajudar, seja familiares, amigos, para dar uma palavra de conforto incentivar, e que isso é só uma fase da vida.

Este DSC - DECADENCIA DE VIDA - traz a problemática do desemprego como fator estressor, que pode desencadear a depressão, principalmente nos dias atuais, quando vive no mundo capitalista, onde a pessoa constrói sua identidade com base no papel profissional e no seu poder aquisitivo. Os clientes fazem referencia à importância da rede social no momento da depressão, como suporte importante. “ *essas pessoas que tem depressão tem que sempre ter alguém do lado para ajudar, seja familiares, amigos, para dar uma palavra de conforto incentivar, e que isso é só uma fase da vida.*”

MUNDO ESCURO: (DSC/CAPS/ “DEPRESSÃO” – 3)

A depressão lembra uma pessoa triste, melancólica, deprimida, mas tem muita coisa, além disso, quando as pessoas esta neste estado psíquicas que eu caracterizei por pontos de interrogação são perguntas das mais diversas e de todos segmentos, num contexto histórico muitos filósofos buscaram um sentido para vida, buscar uma essência da vida e na depressão a pessoa perde a perspectiva, perde aquela gana de viver, por reações químicas ou pelo o ambiente, a pessoa passa a perguntar porque fazer isso então a pessoa chora, em alguns casos chega ate se maltratar, e passa fazer as mesmas perguntas dos filósofos sobre o sentido da vida. A depressão é um mundo escuro, como que a pessoa viva em outra dimensão, longe da realidade, um mundo horrível, num local que você não sabe que fazer, não sabe tomar atitude não ver mais solução.

Neste discurso, MUNDO ESCURO, aparece um dos aspectos da depressão, que é “o mundo em preto em branco”, onde a pessoa em depressão não vê perspectiva de vida, tendo muitos questionamentos sobre sua existência num ângulo pessimista.

Como expõe Seligman (1995) a depressão é geralmente causada por hábitos pessimistas de pensar. O pessimista vê as causas do fracasso e da rejeição como permanentes (“Vai durar para sempre”), difusas (“Vai estragar tudo”) e pessoal (“A culpa é minha”). Essas crenças habituais são apenas isso: meras crenças. Elas são freqüentemente falsas e catastrofismos incurados.

O PESO: (DSC/CAPS/ “DEPRESSÃO” – 4)

Desenhei um rapaz que leva um imenso peso na cabeça, é tanto que seu corpo arreja, o que ele pensa, sente, acumula. Para mim a depressão é assim, uma vez ouvi que são tantos acúmulos que a pessoa não agüenta. Faz pouco tempo que eu ouvi falar, acho que ouvi na santa casa, fulano ta com depressão. Baseado em meu caso chega ao ponto que não agüenta mais, um peso muito grande, muita preocupação, que não se suporta mais.

O DSC - O PESO - resume de forma alegórica os estressores da depressão, dando o simbolismo de O PESO. As pessoas com depressão passam por fatores na sua historia de vida que são vivenciados como uma sobrecarga até um ponto onde esta pessoa entra em crise depressiva. O termo “crise” aqui abordado foi pronunciado por vários sujeitos e retrata o desencadear dos problemas, o começo das alterações psicopatológicas, o estranhamento nos comportamentos. Os sujeitos descrevem os sintomas, sinais e conseqüências dessas crises em suas vidas.

Para OMS (2001): a crise é compreendida como rompimento do equilíbrio psíquico, derivada de longo período de sofrimento, exige intervenção terapêutica urgente antes que a tolerância do ambiente ou as defesas do individuo se esgotem, dando origem a transtorno mental.



Desenho 6: tema livre para o usuário do CAPS

Este desenho foi produzido por um usuário do CAPS, cujo título é Preservar a natureza. A seguir são expostos os discursos coletivos produzidos pelos usuários do CAPS II.

Tema Livre: CURA/SOLUÇÃO

NATUREZA: (DSC/CAPS/ "LIVRE" – 1)

A natureza, as flores são a manifestação de Deus, do que é belo, aqui esta árvore forte aqui, não sei dizer se é um carvalho ou pinheiro, o homem tem que ter

fortaleza e tiramos ela da natureza. A natureza, um pássaro voando a cima das casas, do rio, liberdade é o meu profundo desejo de ser livre, na pratica do mar, não ser incomodado, me cobrando, me segurando, ser livre. Desenhei areia do mar, águas, pedras, rochas, e um bondinho, um barco de luxo, o sol e um dia belo, maravilhoso!

Pessoa em contato com a natureza, o sol, força positiva, vibrações positivas, traz energia, soltando pipa, jogando bola, a alegria de brincar.

Pessoa que já sai da depressão esta curtindo seu lazer, aqui tem arvores fazendo sombra, a vaquinha, pato, peixe já no anzol, sol nos aquecendo e um pato pois é uma natureza que Deus colocou no mundo a mesma vida que esse pato tem a gente tem, vontade de beber água, vontade de se alimentar, a gente também tem, então Deus rege tudo, temos que cuidar da natureza!

O DSC - NATUREZA traz como temática principal para desfecho/solução a sintonia com natural e este natural representando a conexão com o divino. O resgate e / ou retorno do homem à natureza, lazer, espiritualidade. Reporta-me ao conceito de qualidade de vida, temática em voga nos estudos atuais de saúde coletiva.

Segundo Minayo(2000), Qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar.

FANTASIA PATERNA: (DSC/CAPS/ “LIVRE” – 2)

Um homem de óculos, de paletó, pasta na mão, advogado, médico, uma pessoa “normal”, que vai para o trabalho, tem seus pontos de interrogação, seus pensamentos esdrúxulo, tem um aquecimento na cabeça como momentos de estresse, aqui tem balão uns corações em pedaços, acham que todos nos buscamos algo que nos completa, uma afetividade, não só homem e mulher, mais também, sentido família, amigos. Quis desenhar meu pai, sinto muita saudade dele, ele foi embora tinha 14 anos, agora tenho

23 anos e não tenho notícias dele, sou casada, tenho filhos, minha casa, tenho contato com minha mãe, mas sinto muita falta do meu pai.

Olhei para meu pai homem do trabalho, homem vivido, homem que estudou, que fez sua vida em torno de minha mãe, nunca pensou que ia casar de novo, homem responsável, que não tinha tempo nem para ele mesmo, as pessoas diziam seu X. um homem trabalhador, nunca pediu nada para ninguém, nunca viveu na casa de ninguém,

Homem que dizia viva eu e coitado dos outros, mas ele tinha magoa da família desde o casamento deles, mas tudo isso foi compensado com amor dos filhos, antes de minha mãe morrer éramos uma família feliz. Hoje em dia no sistema que prepondera o individualismo, cobrança de espécie de status profissional, estamos buscando isso e ainda buscar apoio familiar e transcendental espiritual, não buscar só metade para completar mas, aceitar o todo, bom e ruim.

No DSC - FANTASIA PATERNA, está a temática do papel de pai, homem trabalhador, papel social e status da família como célula-mãe da sociedade e do fazer parte desta sociedade.

Segundo Da Matta, in Villares e Mari (1998), a importância da família é também destacada na constituição da comunidade que, no Brasil, não é estruturada por meio dos indivíduos ou cidadãos, mas baseada em relações e pessoas, famílias e grupos de parentes e amigos.

ALEGRIA E O MELHOR REMÉDIO: (DSC/CAPS/ “LIVRE” – 3)

A alegria e o melhor remédio para demonstrar que tem saúde, respeitar os outros, e fazer seu tratamento bem, não faltar, assim ficar livre da doidece, da depressão, e demonstrar que tem saúde!! Queria ser assim, alegre, jovem, bonita, descomplicada, pronta para vida, de peito aberto, bem resolvida, tarada!!

Esse desenho eu fiz o que eu gostaria que acontecesse, tinha vontade de ter uma família feliz, unido, não que não seja unida, mas às vezes ela não me entende porque

venho aqui no CAPS, para grupo, queria uma família bem unida que desse um apoio ao outro.

Este DSC - ALEGRIA E O MELHOR REMÉDIO - aponta para a atitude de alegria perante a vida, postura proativa, quebrando o padrão comportamental da depressão com as ruminções e percepção negativa perante a vida. O DSC traz novamente a família como suporte básico para a melhora da pessoa em sofrimento psíquico.

O ÚTERO: (DSC/CAPS/ “LIVRE” – 4)

Acredito que 90% que sente alguma coisa já traz do útero materno, desde o berço, família, e quando cresce alguma coisa acontece e agrava, no caso de minha doença vejo que foi desde a gestação e que tenho que conviver com isso.

Este DSC - O ÚTERO - refere-se à causa, visão determinista do transtorno, “*nasci assim e assim que vou viver*”, mas há indicativo positivo no final do DSC, “*tenho estas características e vou aprender viver com elas*”, concepção que vai ao encontro da etiologia estresse-diátese (ENGEL et al 2005), onde os fatores estressores podem ser genéticos, biológicos, psicossociais ou ambientais.

MEU CARRO: (DSC/CAPS/ “LIVRE” – 5)

Eu era motorista de táxi, o meu desejo era ter meu carro, mas devido meus problemas, epilepsia, esse meu sistema, de doideira ou depressão que não sei, vendi meu carro como minha mãe diz quase nada, micharia, mas ânsia minha é ter meu carro, mas sou aposentado, o médico na época me aposentou, mas devido esta minha doença, não tenho mais carro, a carteira é vencida, é como eu não tivesse nada apenas vivo morando com minha mãe, ajudo ela em casa para não dizer que vivo sem fazer nada.

O trabalho como fator importante para terapêutica e função social do indivíduo, é objeto deste DSC- MEU CARRO, que aponta para um aspecto de grande importância e um atual desafio nos serviços de saúde mental, que é a habilitação para trabalho, a inserção social da pessoa com transtorno mental.

Para Shirakawa et al (1998), as taxas de desemprego podem ser indicador preditivo do prognóstico de esquizofrenia numa sociedade; portanto, naquelas onde há muito desemprego e baixa demanda para o trabalho, as pessoas com esquizofrenia teriam menos oportunidades de ser integradas socialmente, como acontece nos grandes centros urbanos.

O CANTINHO DA CURA: (DSC/CAPS/ “LIVRE” – 6)

Um hospital, um lugar onde a pessoa fosse procurar a cura, pois acredito que tudo tem cura e você não pode deixar cair, tem que procurar cura, tem caso mais difíceis mais sempre pode melhorar.

DSC - O CANTINHO DA CURA aponta para a necessidade de um suporte especializado, para o enfrentamento de um transtorno mental, podemos identificar na fala do usuário a concepção do lugar especializado “*Um hospital, um lugar onde a pessoa fosse procurar a cura, (...)*”

Contraste dos termos depressão e “doidice”

Qual a diferença entre “doidice” e depressão para você?

A doidice é diferente da depressão:

São coisas diferentes, porque tem gente que já nasce doida e a depressão acontece das coisas da vida. Na doidice a pessoa já nasce com isso, loucura é esta fora do senso. A loucura existe, aquela causada por transtornos e aquelas que já nascemos

com ela, a genética, as duas precisam de acompanhamento. A doidiça é um alto grau de um distúrbio, é desequilíbrio na fala, ações, difícil de discernir coisas certas e erradas da vida, a perda da noção da vida e de si, alto grau de perda de seu auto domínio. A doidice é desequilíbrio emocional total que ser humano possa chegar.

Loucura foi que vivi quando minha mãe morreu, as brigas na família, falta de dialogo, a morte deles me fez ver que eles eram humanos infantis e mortais. Tem pessoas que desde jovem são assim, a família não cuida e cresce assim doida, na doidiça a gente quebra as coisas, faz besteira, inclusive ate hoje lá em casa, devido aquela época, eles guardam tudo que é de garfo, faca fica tudo entocado lá em casa, ai fico sem nada cortante. Doidice é como aquele juiz que matou o vigia e cometeu um ato de loucura. A doidice são coisas que a pessoa faz diferente da pessoa normal, a doidiça não tem cura. È, mas não devemos falar de doidice, pois é falta de respeito, tem o transtorno, Doidice é loucura mesmo, é desrespeitar os outros, querer ser mais que os outros.

Depressão pode ficar adolescente, adulta até idosa. A depressão é sintoma de desequilíbrio emocional, seria o isolamento do mundo social, fase da vida, gelo nas pernas, só choro, nervosismo, é uma recaída da mente, pensar besteira, é desanimo, falta de apetite, desgosto, não querer falar com ninguém, não querer sair, nem passear, só pensar coisas negativas. Antes pensei que a palavra depressão vinha do solo, fui criado em um ambiente onde fui mimado, minha mãe era costureira, acho que até ela teve depressão, ela falava para os outros não para gente, mas o que acho que a depressão é a tristeza, falta de conhecimento, falta de segurança que sinto sem meu pai, antes eu sentia tudo isso, mas não sabia o nome, ficava incomodado com que minhas tias diziam de minha mãe, e que meu pai não devia ter casado com outra, isso me revoltava e a todos lá de casa, só que a gente vivia sem saber o que era, minha mãe foi a primeira sentir, e todos vierem saber quando a família se desmoronou, primeiro a morte de minha mãe, depois de meu pai e depois fomos nos distanciando ai se revelou, caiu a mascara de todos. A depressão é uma cisma, querer que as coisas e as pessoas sejam do jeito que penso, se você ocupa sua mente, você tem lazer, digo isso pensando no meu pai, pois ele tinha dinheiro, mas só vivia para o trabalho, mas ele tinha depressão apesar de não dizer, ai ele morreu, se matou pois não conversava nem comigo, nem com minha madrasta, não ia buscar apoio da família.

Depressão é a falta de sentido da vida, raivoso, não quer levar nada a sério, pensamento fixo, só ver aquilo que quer, não aquilo que faz bem a ele, a mim, depressão tem a ver com falta de fé, não sou eu que diz mas os religiosos e eu acredito nisso, se você tem Deus e sabe que a manha tudo vai ser diferente, sem ressentimento, magoa, parar e reagir. È diferente da doidiça, na depressão é mais ficar tranqüila, sozinha, a depressão tem cura se tratada. Na depressão a pessoa quando vem para o tratamento fica bem como eu, pensei ate em morrer, mas hoje já estou melhor, a

melhora depende da gente porque o profissional quer ajudar mas se agente não se ajuda...

No DSC, a “doidiça” é percebida como diferente da depressão, vista como comportamento impulsivo do ser humano, que vem de nascença, é incurável. Já depressão vem de fatores estressores da historia de vida do sujeito e quando cuidada e com participação da própria pessoa, pode ser curada.

A depressão não cuidada leva a loucura

Que chama de doidice e o fator da depressão que tão profunda nos leva a perca da razão e você fica totalmente fora de si, capaz de cometer loucura, agressão contra a si e aos outros.

No começo não dá para diferenciar uma coisa da outra, depois da para perceber que a depressão é uma coisa a doidiça é outra, mas temos que vê assim se a pessoa não cuida da depressão pode levar a loucura, claro que cada caso é um caso, mas se não procurar remédio, os médicos, as terapias pode ficar mais grave.

Neste DSC, os sujeitos identificam a crise com similar tanto na “doidiça” como na depressão, relatando que, se não tratada, a depressão pode evoluir para loucura.

Depressão e doidiça é a mesma coisa:

É a mesma coisa, faz parte de estado do ser humano, a doidice é uma confusão dentro de nós, mas exacerbada. Depende se for uma depressão mais forte é uma doidice mesmo, como é a depressão para cima. E na depressão a pessoa tem a noção das coisas não é totalmente bilé, já o maluco perde a noção de tudo até da higiene, não se cuida mais.

Neste DSC, a depressão e vista como “doidiça”, quando se fala do transtorno bipolar na fase da mania, informação que surgem nos dois grupos PSF e CAPS.

“Doidiça” eterna não existe

Um tempo atrás achava que existia a doidice, eu pensava, tinha a depressão e tinha doidice, só que eu acho que a doidice nem tem, nem existe, não conheço gente doido mesmo, acho que a pessoa fica muito aperreado, nervoso, mas é os problemas a pressão, mas passa.

O DSC refere-se à concepção de que “ninguém é doido o tempo todo”, chegando a questionar a própria existência.

Não sei diferenciar “doidiça” e depressão

Não sei se uma depressão poder causar uma loucura, louco, não sei qual é a causa, sei que ambos tem controle, como qualquer doença, diabetes, glicemia, sempre tem a crise, fica um tempo, um tempo você fica mais ou menos, às vezes você consegue ficar bastante tempo bem, depende o que você vive, que o normal de sua vida é aquilo mesmo, às vezes vêm sintomas, mas vai passar sem precisar se apavorar.

Neste DSC, os sujeitos não sabem diferenciar a “doidiça” da depressão, mas acreditam na superação, com busca na qualidade de vida.

Fui doido

Faz muito tempo que me trato no CAPS, tem pessoas doidas que estão sendo tratadas e outras mais graves que não sai de casa.

Eu trabalhava noite a dentro, capinando, arrancando mandioca, tudo que eu ia fazer era apressado ,aquele que ia fazer tinha que ser rápido por isso outros me chamava de doido, doido já vem chegando, eu só ria, nunca levei mal.

Não sei o que tenho.

Eu não sei se tenho ou já tive, pois quando a gente tá envolvido é difícil de avaliar, julgar, é uma doença psíquica que se estala aos poucos, a loucura tem controle, pois de médico e loucos todos nos temos um pouco, a depressão achava que não tinha, agora não sei, tenho os dois.

A maioria dos sujeitos diz ter depressão ou algum familiar. É interessante que, em relação a “doidiça”, a expressão utilizada foi no passado “fui doido” ou a terceira pessoa me chamam de “doido”, demonstrando a dificuldade em se perceber como “doido”. Neste estudo, o diagnóstico com maior frequência foi a esquizofrenia, seguida da depressão. Estes diagnósticos foram consultados pelo projeto terapêutico dos clientes entrevistados, mas mesmo com este dado de realidade, a maioria dos sujeitos refere ter depressão.

Neste momento, me deparo com um aspecto de grande importância nesta pesquisa, pois embora os usuários do CAPS expressem a diferença entre os termos “doidiça” e depressão, em outros momentos, generalizam o vocábulo depressão, ao se referirem a “doidiça”. Por terem vivenciado o adoecimento e conseqüentemente a estigmatização, lançam mão desta generalização como atenuante.

Compreendo que estigma é um comportamento ou classe de comportamento aprendido, que se tornou depreciativo numa comunidade específica.

Goffman(1986) reconhece três categorias de estigmas: aquela constituída pelas abominações do corpo- as várias deformidades físicas; a caracterizada pelas fraquezas de caráter –vontade fraca, desordens mentais, paixões excessivas, vícios; e a que se refere às diferenças de raça, religião e nacionalidade.

Goffman mostra, ainda, que múltiplas poderão ser as respostas às situações estigmatizantes; uns poderão tentar corrigir, objetivamente, a causa de seu estigma, fazendo, por exemplo, uma operação plástica, ou tentar se adaptar melhor à sociedade com terapias especializadas. Outros se esforçam sozinhos para superar as suas limitações, como ocorre com os cegos que aprendem a esquiar.

4.3 DIALOGO COM OS RESULTADOS

Várias foram as questões envolvidas na concepção da “doidiça” e na da depressão, levando em conta os fatores culturais, sociais e biológicos. Ao dar voz aos usuários do sistema de saúde mental, abriu um espaço para que eles discorressem sobre sua vivência no processo de adoecimento e busca da saúde, trazendo fragmentos de suas histórias e acenando para uma perspectiva de se repensar a assistência que se pretende fornecer, ampliando o âmbito e as possibilidades do cuidado na óptica da reabilitação psicossocial. Assim, nesta investigação, procurei-me aproximar do conhecimento do senso comum sobre os conceitos de "doidiça" e depressão e como os usuários da rede saúde mental de Sobral concebem este fenômeno com base em suas vivências e seu contexto social e cultural. Entrando em contato com os significados contidos nos discursos e nos desenhos, busquei acessar o conhecimento elaborado socialmente sobre este fenômeno. Apesar de toda a experiência adquirida, ainda não consegui abarcar todos os complexos e multifacetados caminhos que levam às concepções dos termos “doidiça” e depressão.

No perfil dos atores sociais da pesquisa, pude observar que tanto os usuários do PSF como do CAPS são sujeitos na idade produtiva, adultos jovens; sendo que, em relação a sexo, diferenciam-se as amostras, pois no PSF maioria é de mulheres e no CAPS de homens. No estado civil no PSF, a maioria é de casados; já no CAPS, é solteiros. No que se refere a filho, PSF e CAPS são iguais, pois a maioria apresenta nenhum ou dois filhos. A escolaridade nos dois serviços: a maioria, o ensino médio completo. A situação no mercado de trabalho distribui em: empregado, dona de casa e aposentados. E a renda familiar concentra-se em um salário mínimo.

As concepções que prevaleceram para os usuários do PSF em relação a “doidiça” foram que o “doido” não é agressivo e sim desorganizado, inconseqüente, concepção que vai de encontro ao o mito de que o doido é agressivo/violento todo e o tempo todo. A concepção de doido agressivo, impulsivo, prevaleceu nos discursos dos sujeitos do CAPS dentro de uma perspectiva momentânea na vida de um ser humano.

Outra temática em voga para o PSF e CAPS foram os fatores que desencadeiam a “doidiça”, sua etiologia, levando em conta o ambiente e a genética, tendo a família com a educação inadequada e “forças espirituais” como desencadeadoras de uma predisposição de nascença.

Shirakawa (1998) expressa que a esquizofrenia é entendida como causada por eventos externos em relação ao indivíduo doente, não se buscando nenhuma mudança no âmbito pessoal para a doença mental, pois a doença mental é percebida como um problema de toda a família, e não apenas da pessoa doente. Conseqüentemente, qualquer tratamento, provavelmente, envolvera a pessoa doente junto com a sua família e com a comunidade mais amplamente.

Os discursos apresentados têm em comum eventos perturbadores na vida de um indivíduo, como uso de drogas, violência, desemprego, levando o sujeito a desenvolver padrões de comportamento danosos a si próprio e ao seu meio.

Como conclui Machado (2001), “a loucura” é entendida como expressão de sofrimento psíquico decorrente de circunstâncias adversas concretamente vivenciadas e, por outros motivos, fundamentalmente como conseqüências da interferência de entidades espirituais que se incorporam no indivíduo, levando-o a cometer desatinos.

Os sintomas agudos tanto da “doidiça” e como da depressão foram mencionados por ambos os grupos, sendo o suicídio um dos temas mais citados neste estudo, como fator de risco tanto na “doidiça” como na depressão.

Para os usuários do CAPS, as terapêuticas institucionais foram priorizadas, trazendo o CAPS como serviço adequado no tratamento dos transtornos mentais em comparação com os manicômios. “*No CAPS estou com quase três anos sem crise, estou quase 100%, não me interno mais, fiquei só com um remédio e as terapias (...)*”.

Rodríguez (2004) diz no seu estudo que os sujeitos simbolizam a Medicina como salvadora, que impede a pessoa de cair na profundidade do abismo da loucura, mas percebe que para melhora efetiva, tem que haver um pacto entre o medico, a sociedade e a família.

Os usuários do PSF trazem a concepção de uma atitude não ética perante a vida como ato de insanidade, pois a valorização da natureza e o combate à violência, temas em questão na sociedade atual são vistos como atitudes preventivas para manutenção da saúde mental da população.

Nos discursos do PSF, os sujeitos trazem a denominação de doido ou “doidiça”, termo culturalmente utilizado na região norte do CE - Brasil, constatando que a palavra utilizada para denominar o transtorno mental vai variar de acordo com o contexto

cultural, embora o significado seja preservado em suas características. Já no CAPS, notei uma flutuação na denominação: usos dos termos loucura, doença mental, transtorno mental, “doidiça”. E mencionam “doidiça” como estigmatizante, como no relato “Fui doido”.

Dentre as pessoas identificadas como “doidas”, em ambos os grupos, a imagem mais forte e recorrente que surge é a do que se pode nomear de “louco de rua”, aquele que vaga pelas ruas, sujo e com roupas mal cuidadas, por vezes exaltando-se e perturbando as pessoas de maneira inesperada ou inadequada. Já quando se referem a si próprios ou pessoas próximas, observo uma amenização na linguagem, em “momento de loucura” ou “depressão”, mesmo sabendo a diferenciação entre ambos.

Os discursos relativos à depressão, tanto dos clientes do PSF quanto do CAPS, representam fielmente a sintomatologia da pessoa em depressão, os sintomas agudos e padrões de comportamento, podendo-se dizer que a população estudada tem informações consistentes sobre-o que é a depressão.

Quanto a etiologias, os atores sociais de ambos os grupos percebem a depressão como consequência e outras vezes como causa de suas problemáticas. Nos discursos, os entrevistados trouxeram fatores que desencadeiam a depressão, como estressores do ciclo de vida, crises de existência, que têm como consequência apontada vontade e ato de morrer, dependência de psicotrópicos e caminho para a loucura. Ressalto que a ingesta da medicação é vista como sinal de agravamento da depressão; e o agravamento da depressão pode levar à loucura.

Os discursos referem-se a uma denominação clássica da depressão nos meios de comunicação em geral, “vida em preto e branco”, “doença da alma”.

No CAPS, os usuários vêem atitudes proativas e CAPS como terapêutica indicada, chamando atenção para o remédio e o tratamento psicológico.

Todos os usuários fazem referência à importância da rede social (família, trabalho e comunidade) no momento da depressão, como suporte importante.

As temáticas expostas nos DSC dos dois grupos em relação cura/solução, foi surpreendentes, ao mesmo tempo reveladoras. Indicam a natureza, família, sentimentos como amor, harmonia, felicidade, apontando uma forma de enfrentar os transtornos mentais, e sofrimento psíquico e o resgate ao natural, retorno às origens em busca de força vital.

O trabalho como fator importante para a terapêutica e função social do indivíduo. Também foram apontadas como aspecto de grande importância e um atual desafio nos serviços de saúde mental a habilitação para trabalho, a inserção social da pessoa com transtorno mental; a necessidade de um suporte especializado, para o enfrentamento de um transtorno mental.

A diferença entre “doidiça” e depressão nos DSC do PSF assume diversos aspectos do momento de insanidade, que pode ser vivenciado por qualquer ser humano, um componente físico, “doido de rua”, comportamento manipulativo. Nos DSC do CAPS, “doidiça” é vista como comportamento impulsivo do ser humano, que vem de nascença, é incurável; diferenciando claramente da depressão, vista como resultante de fatores estressores da história de vida do sujeito, quando cuidada e, com participação da própria pessoa, pode ser curada.

No PSF foi possível observar, no que se refere à concepção de “doidiça”, que os usuários distinguem claramente sua diferença de “depressão”. Outro dado interessante foi apresentado no PSF, segundo o qual a solidão é um fator importante no desencadear e agravamento da depressão.

Em alguns discursos DSC de ambos os grupos, os sujeitos identificam a crise com similar tanto na “doidiça” como na depressão, relatando que, se não tratada, a depressão pode evoluir para loucura, principalmente quando se fala em transtorno bipolar.

No que se refere à vivência pessoal nos discursos percebe-se novamente a referência a fatores de história de vida como desencadeantes da depressão, os lutos (morte, mudanças de emprego, traição.) e seus sintomas(vontade de morrer, gastura na cabeça); e estratégias de enfrentamento, terapêuticas, como o desenvolvimento da fé e farmacologia. Neste momento, identifiquei claramente um dos objetivos desta pesquisa, o de dar voz à pessoa da comunidade, sair da fala exclusivamente acadêmica e ter acesso às concepções de usuários.

No CAPS, a maioria dos sujeitos refere-se a ter depressão ou algum membro familiar. O interessante é que, em relação à “doidiça”, a expressão utilizada foi no passado, “fui doido”, ou a terceira pessoa, me chamam de doido. Isto demonstra a dificuldade de se perceber como “doido”, vocábulo sentido como estigmatizante.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Saúde Mental como eixo na Saúde Pública ainda é relegada historicamente a segundo plano de propostas e de ações sociais, contudo, com o movimento da reforma psiquiátrica no Brasil, vêm, há pelo menos duas décadas, provendo mudanças efetivas com os serviços substitutivos – CAPS.

Hoje, pode-se dizer que as produções científicas, voltadas para a área de saúde mental, preocupam-se em dar uma resposta satisfatória para a manutenção, aumento e garantia da cidadania dos portadores de transtorno mental. O intuito desta dissertação foi ir ao encontro desta preocupação, ao pensar sobre as concepções existentes entre os termos “doidiça” e depressão e como estas concepções formulam comportamentais desta população e sua interação com a sociedade.

A possibilidade de trabalhar com riqueza de dispositivos acadêmicos como estudo descritivo e observacional e com abordagem qualitativa, o método de organização de dados do DSC, o instrumento do desenho-história e a teoria da análise do comportamento, veio enriquecer e propiciar meu amadurecimento acadêmico e técnico.

Para concluir, o grande aprendizado foi perceber quão sábio é o usuário, trazendo a temática das atitudes preventiva como solução na prevenção e tratamento no processo de saúde – doença mental. Essa atitude passa pelo resgate da vivência afetivo-amorosa com a família, comunidade e si mesmo e o retorno à natureza em busca da força vital. Os usuários em geral relatam como acharam importante a participação no estudo, no sentido de contribuir para divulgação do conhecimento e como parâmetros para si próprio de sua melhora.

A sugestão indicada com base neste estudo é a necessidade de trabalhos consistentes e sistemáticos sobre o processo de estigma e auto-estigma com o advento da reforma psiquiátrica. Também estudos que identifiquem e promovam os dispositivo que fortalecem as redes sociais na comunidade, intervenção promotora de saúde mental na atenção básica.

6 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

ALMEIDA FILHO N e PAIM JS La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. **Cadernos Médicos Sociales**, n. 75:5-30, 1999.

ALVES, Albertina Rodrigues e SILVA, Yolanda flores e, FRANCO, Maria Celsa; Saúde e doença: uma abordagem sócio-cultural in **Saúde e Doença: Uma Abordagem Cultural da Enfermagem**. Florianapolis: papa-livro, 1996

AMARANTE, P. **Loucos pela Vida: a Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

ANDRADE, L. O. M. **SUS Passo a Passo: Normas, gestão e financiamento**. São Paulo: Hucitec; Sobral: UVA, 2001.

ANDRADE, L. *et al* Saúde da Família Construindo um Novo Modelo Assistencial: A Experiência de Sobral. **Sanare: Revista Sobralense de Políticas Publicas**. Sobral. V.1, n.01, p. 07-10, out/nov/dez, 1999

AYRES, J. R. C. M. Care and reconstruction in healthcare practices, **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.8, n.14, p.73-92, set.2003-fev.2004. Disponível em <<http://www> , Acesso em 04 de fevereiro de 2008

BARRETO, I.C.H.C. *et al*. A residência em saúde da família em Sobral: um ano formando especialistas em larga escala. **SANARE - Revista Sobralense de Políticas Públicas**. Sobral, ano II, n.3, p.18-28, out/nov/dez. 2000.

BAUM, W.M. Evolução da Cultura In: BAUM, W. M. **Compreender o Behaviorismo: Ciência, Comportamento e Cultura**. Porto Alegre: ARTMED, 1999

BRASIL a, Ministério da Saúde. **Declaração de Caracas**, Secretaria –Executiva de Atenção à Saúde. Legislação em saúde mental: 1990 – 2004 5ed. ampl – Brasília, 2004

BRASIL b, Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: Os Centros De Atenção Psicossocial**, Serie F, Brasília – DF, 2004

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria 336/GM de 19/02/2002: Normas e Diretrizes para a organização dos serviços que prestam assistência em Saúde Mental**. Brasília, DF, 2002

BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia Prático do Programa Saúde da Família**. Brasília, 2001, 128p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, 1997.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196**, de 10 de outubro de 1996. Brasília, DF, 1996

BRUNELO M I; **Loucura: um processo de desconstrução da existência**._In: Revista de Terapia Ocupacional da USP, v. 9, n. I, 1998

CAMPOS, G. W. S.; **Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas**, **Ciênc. saúde coletiva** vol.5 nº.2 Rio de Janeiro 2000

CANESQUI, Ana Maria ; Os estudos de antropologia da saúde/doença no Brasil na década de 1990. In: **Ciência. Saúde Coletiva** v.8 n.1 Rio de Janeiro 2003

CATANIA, A. Charles; **Aprendizagem:** comportamento, linguagem e cognição, Porto Alegre: Artes Medicas, 1999

COSTA. Lúcia e COLS. **Análise de internamentos psiquiátricos da rede pública, contratada e conveniada pelo Sistema Único de Saúde no Ceará.** Aracati: Centro de Atenção Psicossocial de Aracati, 1997

DERDYK, P.R.; GROBERMAN, S. S. Imitação In: ABREU, C. N.; GUILHARDI, H. J. **Terapia Comportamental e Cognitivo-comportamental: Práticas Clínicas**_1ª ed. São Paulo: ROCA, 2004

ENGEL, C. L. et al , **Psiquiatria:** projeto. Medcurso: do internato a residência, 2005

FERREIRA, A . B. H. **Minidicionário**, editora fronteira,RJ, 3º ed.1997

FLECK,M. P. A. *et. al*; Diretrizes da associação médica brasileira para o tratamento da depressão, Associação Médica Brasileira, **Rev bras psiquiatria** 2003

FORTES, P. A .de C. **Ética e Saúde:** questões éticas, ontológicas e legais, tomando de decisão, autonomia e direito do paciente – estudo de casos. São Paulo: EPU, 1998

FOUCAULT, M. , **História da Loucura**, São Paulo, Ed. Perspectiva, 1995

FOUCAULT, M. , **Doença Mental e Psicologia**, Rio de Janeiro, Ed. Tempo, RJ, 4º ed.1991

FRAYSE - PEREIRA, J.; **O que é loucura**, ed. Brasiliense, SP,3º ed., Coleção primeiros passos.1984

GIRÃO, G. G. S. M; SOARES, M. N. M. **Sobral: história e vida**. Sobral, Edições UVA, 1997

GOERG, D. et al, Diferenciación en las representaciones sociales de los trastornos mentales y los tratamientos psiquiátricos; **Eur. J. Psychiat.** Vol. 18, N.º 4, (225-234) 2004. Disponible em <[http:WWW.](http://WWW.) , Acesso em 07 de julho de 2006

GOFFMAN, **Erving**: Stigma. New York: Simon/Schuster, 1986.

HARTZ, Z. M. de A. ; CONTANDRIOPOULOS, A. P.; Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros" **Cad. Saúde Pública vol.20** suppl.2 Rio de Janeiro 2004

HOLPERT, E. C. ; Questões sociais na análise do comportamento: artigos do behavior and social issues (1991 - 2000); **Rev. bras.ter. comport. cogn.** v.6 n.1 São Paulo jun. 2004 Disponible em <[http:WWW.abpmc.org.br](http://WWW.abpmc.org.br) , Acesso em 07 de fevereiro de 2008

LANCETTI, A. (org.) **Saúdeloucura 7** – Saúde Mental e Saúde da Família. São Paulo: Hucitec, 1990.

LANE, S. T. M.; Linguagem, pensamento e representações sócias, in: CODO,W., **Psicologia social : o homem em movimento**, 7 edição, São Paulo:brasiliense,1989

LEFÊVRE, Ana Maria Cavalcanti. **O discurso do Sujeito Coletivo**: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). 2 ed.Caxias do Sul-RS: Educs, 2005, p.13-35

LEFÊVRE, F. (org.) **O discurso do sujeito coletivo**: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa, Caxias do Sul: EDUCS, 2000

MACHADO, K.; Como anda a Reforma Psiquiátrica?. In: Reforma Psiquiátrica é lenta, mas avança. - **Revista RADIS**, pág 11-19 n. 38 outubro de 2005

MACHADO, A. L.; **Reforma Psiquiátrica e Mídia**: representações Sociais na Folha de São Paulo. **Ciência e Saúde Coletiva**. V.09, Nº. 02, 2004, p.483-491

MACHADO, A. L.; **Espaços de representação da loucura**: Religião e psiquiatria, Campinas, SP: Papyrus, 2001

MATEUS, M. D. M. L.; Concepções Populares Sobre A Esquizofrenia Em Cabo Verde, África in: SHIRAKAWA Itiro, **Esquizofrenia**, Lemos Editora, São Paulo 1998

MÁRQUEZ, G. G.; Só vim telefonar. In: **Doze contos peregrinos**, RJ, Record, 1992

MENDES, I. A. C. **Desenvolvimento e Saúde:** a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores Ver. Latino-Am. Enfermagem, Vol. 12 nº 3. Ribeirão maio/junho de 2004

MICHAELIS, **Michaelis português:** moderno dicionário da língua portuguesa, DTS software Brasil LTDA, 2000

MINAYO, M. C. de S.; **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde, 9 edição revista e aprimorada, São Paulo HUCITEC, 2006

MINAYO, M. C. de S.; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo e BUSS, Paulo Marchiori, **Qualidade de Vida e Saúde: Um Debate Necessário; Ciênc. saúde coletiva vol.5 no.1** Rio de Janeiro 2000

MORENO, Ricardo Alberto, **Da Psicose Maníaco-Depressiva ao Espectro Bipolar,** São Paulo: Segmento Farma, 2005

MOZTAZO, R. R.; KIRSCHBAUM, D. I. R. Usuários de um centro de Atenção Psicossocial: um estudo de suas representações sociais acerca de tratamento Psiquiátrico. **Revista Latino Americana de Enfermagem. Ribeirão Preto, V.11, Nº. 06** Novembro-Dezembro de 2003

MURPHY HB , RAMAN AC. **The chronicity of schizophrenia in indigenous tropical peoples.** results of a twelve-year follow-up survey in Mauritius. **Br J Psychiatry** 1971

NUNES E. D.; Tendencias y perspectivas de las investigaciones en ciencias sociales y la América Latina: una visión general. In NUNES E D (org.). **Ciencias sociales y salud en la América Latina: tendencias y perspectivas**. Ed. OPS-CIEU, Washington-Montevideu. 1986. Disponible em <<http://www.eerp.usp.br/> Acesso em 02 de fevereiro de 2008

OMS, O caminho a seguir. In.: **Relatório sobre a saúde no mundo 2001** ;Genebra, 2001.

OMS, **Prevenção Do Suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção Primária**,Genebra: Departamento de Saúde Mental, Organização Mundial de Saúde. 2000

OMS, **Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas**; Porto Alegre : Artes Médicas, 1993

PESSOTTI, I.; **Os nomes da loucura**,São Paulo:ed.34,1999

PESSOTTI, I.; **O século dos manicômios**. São Paulo: Ed.34,1996

PONTE, W.; Ser Integrado. **Diário do Nordeste**, Fortaleza, 25 de abril de 1994, Caderno 3: Saúde, p.05

REDKO, C.; Cultura, Esquizofrenia e Experiência in SHIRAKAWA I.(Org.), **Esquizofrenia**, Lemos Editora, São Paulo , 1998

RICARTO,T.; Vida em Preto e Branco. **O Povo**, Fortaleza, 21 de junho de 1998. Folha:Ciência e Saúde, p1f,3f

RODRÍGUEZ, F.; La representacion social de la enfermedad y de la institucion psiquiátrica em la paciente mental, **Espacion Abierto**. Cuaderno Venuzoalano de sociología, vol. 13, n2 abril/junior/ 2004, 229-247

SAMPAIO, J. J. C. **Saúde mental na atenção primária**. 2003. Mimeografado.

SAMPAIO, José Jackson Coelho e BARROSO, Carlos Magno Cordeiro. Centros de Atenção Psicossocial e Equipes de Saúde da Família: Diretrizes e Experiências no Ceará. In JATENE, A.; LANCETTI, Antonio . et al., **Saúde Loucura. Saúde Mental e Saúde da Família**. n° 7. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

SAMPAIO, J. J. C. **Proposta de Política de Saúde Mental de Sobral-CE**, 1997, Mimeografado

SAMPAIO, J. J. C. , **Epidemiologia da Imprecisão/ Processo Saúde Doença Mental Como Objeto Da Epidemiologia**. Ribeirão Preto: DMP/FMR/USP, Tese de Doutorado, 1992

SCORSAFAVA, Andréia Torquato et al, **Territorialização- Pedrinhas**, Escola De Formação Em Saúde Da Família Visconde De Sabóia Sobral –Ce, 2001

SELIGMAN, M. E. P., **O que você pode e o que você não pode mudar**, São Paulo ed. Objetiva, 1995.

SIAB, **Sistema de Informação da Atenção Básica**, 2006 Mimeografado.

SHIRAKAWA Itiro, CHAVES, Ana Cristina e MARI, Jair J.O **desafio da esquizofrenia**

São Paulo:Lemos Editorial &Gráficos,1998

SIDMAN. M, **Coerção e suas implicações**. São Paulo: Editora Livro Pleno., 2003

SILVA, A. L. A. C; FONSECA, R. M. G. S. da. **Os nexos entre concepção do processo saúde/Doença Mental e as tecnologias de Cuidados**. 2003. Disponível em <<http://www.eerp.usp.br/riaenf> , Acesso em 07 de julho de 2006

SILVA, M. A. A. B. ; OLIVEIRA, E. N. ; MARTINS, J. T; Organização da nova rede de atenção à saúde mental do Município de Sobral. **S.A.N.A.R.E.** Ano 11, no 3, outubro/dezembro de 2000, p.29-36

SILVA, J. A. C.; Depressão; **Isto é**, no.1470,1997

SILVA, Y. e FRANCO, M.; **Saúde e Doença: uma Abordagem Cultural da Enfermagem**, Florianapolis: Papa-Livro, 1996

SKINNER, Burrhus Frederic, **Questões Recentes na análise do comportamento**, 2 ed. Campinas –SP, Papirus, 1995

SKINNER, B.F. Selection by Consequences. In: B.F. Skinner. **Upon Further Reflection**.Englewood Cliffs: Prentice-Hall. 1987a.

SKINNER, B.F. What's Wrong with Daily Life in Western World? In: B. F. Skinner. **Upon Further Reflection**. Englewood Cliffs: Prentice-Hall. 1987b.

SKINNER, F. B.; **Comportamento Verbal**, São Paulo:Cultrix,São Paulo-SP, 1978

SOBRAL, **Projeto técnico do CAPS II** . 2006, mimeografado

SOCIEDADE TAOÍSTA DO BRASIL. **Jornal do Taoísmo** nº 14, 2005. Disponibiliza informações sobre o Taoísmo. Disponível em < [http: www.taóimo.org.br](http://www.taóimo.org.br), Acesso em 14 de janeiro de 2007

SOUSA, M. F. de. **Agentes comunitários de saúde: choque de um povo**. São Paulo: Hucitec, 2001.

TENÓRIO, F., A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: histórias e conceitos, **Ver. Manguinhos**, RJ, vol.9(1),jan,2002

TERRIS M. Concepts of health promotion: dualities in public health theory. **J Public Health Policy**; 13:267-76; 1992 <[http:www.eerp.usp.Br/](http://www.eerp.usp.br/) Acesso em 02 de fevereiro de 2008

TEXEIRA, Paulo César. O mal do Século XXI. **Isto È** , São Paulo, 1470-3, p.5-7, dez de 1997

TRINCA, W. **Formas de Investigação Clínica em Psicologia: procedimentos de Desenho-Estória: procedimento de desenho de família com estórias**, São Paulo: Y, , p. 255 à 288, 1997

TUNDIS, S. A . & COSTA, N. R, **Cidadania e loucura: política de Saúde mental no Brasil**, Petrópolis :Vozes, 1994

VILLARES, C. C. e MARI, J. Jair; Esquizofrenia e contexto familiar in SHIRAKAWA I., **Esquizofrenia**, Editora: Lemos, São Paulo , 1998

APÊNDICES

Apêndice C

**INQUERITO DO INSTRUMENTO USADO PARA INVESTIGAR AS CONCEPÇÕES DOS
USUÁRIOS DA REDE DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE MENTAL DE SOBRAL – CE**

Código ()

1. Perfil sócio-epidemiológico dos sujeitos da pesquisa:

- 1.1. Data de nascimento:
- 1.2. Sexo:
- 1.3. Estado civil:
- 1.4. Números de filhos e idade:
- 1.5. Escolaridade:
- 1.6. Profissão:

- 1.7. Situação no mercado de trabalho:
- 1.8. Renda mensal em salários:
- 1.9. Bairro:
- 1.10. Unidade de atendimento: 1.PSF 2.CAPS
- 1.11. Hipótese diagnóstica do sujeito com base no registro da unidade

2. Concepção de “doidice”:

- 2.1. O que é “doidice” para você?
- 2.2. Para você como é e o que faz uma pessoa “doida”?
- 2.3. Que sentimentos e pensamentos passam pela a cabeça de quem é “doido”?
- 2.4. Para você como e quando começa a “doidice”?
- 2.5. A “doidice” tem cura ou tratamento?
- 2.6. Depois de quanto tempo você acha que uma pessoa melhora de “doidice”?
- 2.7. Como você acha que é o tratamento para “doidice”?

3. Concepção de “depressão”:

- 3.1. O que é “depressão” para você?
- 3.2. Para você como é e o que faz uma pessoa “depressiva”?
- 3.3. Que sentimentos e pensamentos passam pela a cabeça de quem é “depressivo”?
- 3.4. Para você como e quando começa a “depressão”?
- 3.5. A “depressão” tem cura ou tratamento?
- 3.6. Depois de quanto tempo você acha que uma pessoa melhora de “depressão”?
- 3.7. Como você acha que é o tratamento para “depressão”?

4. Contrastes do termo “depressão”:

- 4.1. Quando e como você começou ouvir a palavra “depressão”?
- 4.2. Para você, qual a diferença entre tristeza e “depressão”?
- 4.3. Qual a diferença entre “doidice” e “depressão” para você?

5. Vivência pessoal de “doidice” ou “depressão”

- 5.1. Você tem ou já teve “doidice” ou “depressão”?
- 5.2. Como você se sente agora?

6. Palavras finais

- 6.1. Você deseja falar mais alguma coisa?

Apêndice B

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ - UECE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO DA PESQUISA

Estou realizando uma pesquisa intitulada: “DOIDIÇA” E “DEPRESSÃO”: AS CONCEPÇÕES DOS USUÁRIOS DA REDE DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE MENTAL DE SOBRAL –CE, cujo objetivo principal é identificar concepções da “Doidice” e “Depressão” elaboradas por usuários da rede de saúde mental de Sobral.

Essa pesquisa poderá ser útil para o campo da saúde mental, pois, deverá contribuir com a reflexão teórica sobre a concepção da “Doidice” e “Depressão” a partir de pressupostos do campo da Saúde Mental e Análise do Comportamento, podendo, desta forma, favorecer a construção de práticas terapêuticas alinhadas a Reforma Psiquiátrica em curso.

Serão realizadas aplicações dos desenhos história temático. As aplicações serão gravadas e posteriormente transcritas. Desenvolvida e articulada em diferentes etapas, utilizará métodos de pesquisa qualitativa, técnicas e instrumentos apropriados ao tipo de dado e informação a ser coletada. Os dados serão obtidos através da técnica do desenho história temáticos.

É necessário esclarecer: **1.** A sua aceitação/autorização deverá ser de livre e espontânea vontade; **2.** Que você não ficará exposto a nenhum risco; **3.** A identificação de todos os envolvidos será mantida em segredo; **4.** Que você poderá desistir de participar a qualquer momento, sem qualquer prejuízo para você; **5.** Será permitido o acesso às informações sobre procedimentos relacionados à pesquisa em pauta; e **6.** Somente após devidamente esclarecido (a) e ter entendido o que foi explicado, deverá assinar este documento.

Em caso de dúvida, você poderá comunicar-se com a pesquisadora Maria Suely Alves Costa, residente à Rua Menino Deus, 285, Centro-Sobral-Ce-Fone: (88)88170905 – e mail: suelypsic@yahoo.com.br.

Ass. do participante

Ass. Pesquisador de Estudo

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ - UECE
Pesquisa intitulada: "DOIDIÇA" E "DEPRESSÃO": AS CONCEPÇÕES DOS USUÁRIOS DA REDE DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE MENTAL DE SOBRAL –CE,

Eu _____

Aceito contribuir com a pesquisa na rede de saúde mental de Sobral, onde me foi proporcionado informações concernentes aos objetivos da mesma. Permito que seja realizada a pesquisa, bem como sejam divulgadas as informações utilizadas pelos resultados do projeto.

Sobral-Ceará, ____ de _____ de 2007

Ass. do participante

Ass. Pesquisador de Estudo

Apêndice A

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ – UECE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA - CMASP

Ilmo Senhor Coordenador

Sobral-Ceará, _____ de _____ de 2007

Solicito autorização para que Maria Suely Alves Costa, aluna do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, possa coletar dados neste serviço de Saúde, a fim de subsidiar o desenvolvimento e conclusão do trabalho de dissertação intitulado: “DOIDIÇA” E “DEPRESSÃO”: AS CONCEPÇÕES DOS USUÁRIOS DA REDE DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE MENTAL DE SOBRAL –CE, A referida mestranda tem como orientador Dr. Andréa Caprara.

Respeitosas Saudações,

Coordenadora do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ – UECE

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS

MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA - CMASP

TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS

Para satisfazermos aos pré-requisitos bioéticos da Resolução de 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que fazem alusão ao compromisso dos pesquisadores de tratarem com segurança, discrição, compromisso com a privacidade e confidencialidade dos dados utilizados, garantindo absolutamente, o anonimato dos clientes envolvidos no estudo, onde as

informações, obtidas, somente serão manipuladas nessa investigação ao qual estão vinculadas.

Sobral-Ceará, ____ de _____ de 2007

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do Orientador

Dados dos Pesquisadores

* Maria Suely Alves Costa

Mestranda do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública - CMASP

CPF: 807190073-72

Tel: (88) 36134004 ou cel (88)88170905 e-mail: suelypsic@yahoo.com.br

* Orientador

Andréa Caprara

Mestranda do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública - CMASP

e-mail: caprara@uece.org

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ – UECE

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS

MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA -CMASP

OFICIO

ATT. Comitê de Ética em Pesquisa,

Venho solicitar ao Comitê de Ética em Pesquisa a autorização para realizar a pesquisa intitulada: ““DOIDIÇA” E “DEPRESSÃO”: AS CONCEPÇÕES DOS

USUÁRIOS DA REDE DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE MENTAL DE
SOBRAL –CE,

Sobral, de 2007

Assinatura do pesquisador

TABULAÇÃO DOS DADOS PSF

Concepção de "doidice":

TABELA A

DISCURSOS INDIVIDUAIS	EXPRESSÕES CHAVE	IDÉIAS CENTRAIS(sentido)	ANCORAGEM (teoria /ideologia)
-----------------------	------------------	--------------------------	-------------------------------

<p>(01P) LIBERDADE</p> <p>Desenhei um peixe, <u>o peixe é livre</u>, anda para lá, para cá, <u>vive na natureza</u>, faz bem comer peixe, <u>ele vai para onde quer</u>, cuida dele <u>sozinho</u>, por ele mesmo. <u>O doido não sabe o que faz, não cuida dele, não sabe onde esta, nem para onde vai, diferente do peixe né?</u></p>	<p><u>O peixe é livre, vive na natureza, ele vai para onde quer, cuida dele sozinho, O doido não sabe o que faz, não cuida dele, não sabe onde esta, nem para onde vai, diferente do peixe.</u></p>	<p>O peixe é livre; O doido não sabe o que faz;</p>	<p>O peixe é livre. O doido não sabe o que faz. B</p>
<p>(02P) MORTE EM VIDA</p> <p>Era um menino que em <u>momento de loucura, começo usar drogas, fumar e ai foi perdendo sua vida</u>, quando ele saia os caras dizia quer um cigarro ai cara! Ai ele aceitava e <u>perdia o controle sobre sua vida</u>, teve um tempo que eu era assim, mas agora <u>graças a Deus parei, agora estudo, trabalho, não quero mais essas doideiras.</u></p>	<p><u>Um menino que em momento de loucura, começo usar drogas, fumar e ai foi perdendo sua vida, perdia o controle sobre sua vida, essas doideiras. Graças a Deus parou, agora estuda, trabalha, não quer mais essas doideiras.</u></p>	<p>Um menino que em momento de loucura, começo usar drogas, perdeu sua vida, o controle sobre sua vida, Graças a Deus parou, agora estuda, trabalha, não quer mais essas doideiras.</p>	<p>Um menino que em momento de loucura, começo usar drogas, perdeu sua vida, o controle sobre sua vida, Graças a Deus parou, agora estuda, trabalha, não quer mais essas doideiras. A</p>
<p>(03P) MUNDO LOUCO</p> <p><u>Doida tira a roupa, na rua, pessoa que não sabe o que quer, cai no chão. Aqui o mundo que é doido, se mata a natureza, os homens se matam, ai fica todo mundo doido!</u></p>	<p>Doida tira a roupa, na rua, pessoa que não sabe o que quer, cai no chão. <u>O mundo que é doido, se mata a natureza, os homens se matam, ai fica todo mundo doido!</u></p>	<p>Doida tira a roupa, na rua, não sabe o que quer, cai no chão. O mundo que é doido, se mata a natureza, os homens se matam, ai fica todo mundo doido!</p>	<p>Doida tira a roupa, na rua, não sabe o que quer, cai no chão. B. O mundo que é doido; G Se matar a natureza é doido e endoidece o mundo C Os homens se matam, ai fica todo mundo doido! D</p>
<p>(04P) - -</p> <p>Desenhei um carro, pois acho que é <u>um louco aquele que sai alcoolizado, dirigindo um carro, provocando acidente e a morte dos outros, não pensa</u> é isso que é loucura!</p>	<p><u>Um louco aquele que sai alcoolizado, dirigindo um carro, provocando acidente e a morte dos outros não pensa</u></p>	<p>louco aquele que sai alcoolizado, dirigindo um carro.</p>	<p>louco aquele que sai alcoolizado, dirigindo um carro B</p>
<p>(05P) DESORGANIZAÇÃO</p> <p>Aqui é um boneco, todo desorganizado, tudo misturado, uma doidice, não sei desenhar hehehehe....! Assim fica <u>a cabeça do doido, desorganizada, as pessoas</u></p>	<p><u>A cabeça do doido é desorganizada, as pessoas pensam que só tem doido agressivo, mas não a maioria é assim com a cabeça desorganizada.</u></p>	<p>A cabeça do doido é desorganizada. As pessoas pensam que só tem doido agressivo, mas não a maioria é assim com a cabeça desorganizada,</p>	<p>A cabeça do doido é desorganizada. Nem todo doido é agressivo. B</p>

<p><u>pensam que só tem doído</u> <u>agressivo, mas não a maioria é</u> <u>assim com a cabeça</u> <u>desorganizada.</u></p>			
<p>(06P)NÃO DESTRUIR AS FLORESTAS</p> <p>Isso aqui é uma árvore queimando, <u>desmatamento, queimada, acho uma doídice destruir o próprio lar.</u></p> <p>Aqui é <u>uma pessoa falando bobagem coisas que não tem nexo.</u></p>	<p><u>Desmatamento, queimada, acho uma doídice destruir o próprio lar.</u></p> <p><u>Uma pessoa falando bobagem coisas que não tem nexo.</u></p>	<p>Desmatamento, queimada, acho uma doídice destruir o próprio lar.</p> <p>Uma pessoa falando bobagem e coisas que não tem nexo.</p>	<p>Desmatamento, queimada, acho uma doídice destruir o próprio lar.C.</p> <p>Uma pessoa falando bobagem e coisas que não tem nexo.B</p>
<p>(07P) PENSAMENTO NEGATIVO</p> <p><u>Começa pelos tratamentos dos pais, acho que os pais são fundamentais na criação dos filhos, quando tem dedicação, quando tem carinho dos pais, os filhos tentam fazer as coisas corretamente, quando não tem apoio, carinho, orientação dos pais, só faz loucura, como coloquei aqui uma bola, com uma cor de cada lado, acho que é assim nossa cabeça é uma bola, nossos pensamentos são esses, quando temos pensamentos corretos, temos pensamentos de uma só cor, temos o brilho do sol até na forma de falar, quando falamos coisas delicadas mostramos que temos a cabeça boa. Quando a gente começa a tratar mal as pessoas, quando a gente começa a ser ignorante, isso vem da criação, os pais que colocam os filhos de castigo, batem muito, ai os filhos recebem tudo isso dos pais, e vai simplesmente passando tudo isso para sociedade, acho que a loucura vem disso ai da criação.</u></p>	<p><u>Começa pelos tratamentos dos pais, acho que os pais são fundamentais na criação dos filhos, quando tem dedicação, quando tem carinho dos pais, os filhos tentam fazer as coisas corretamente, quando não tem apoio, carinho, orientação dos pais, só faz loucura, quando temos pensamentos corretos, temos pensamentos de uma só cor, temos o brilho do sol até na forma de falar, quando falamos coisas delicadas mostramos que temos a cabeça boa. Quando a gente começa a tratar mal as pessoas, quando a gente começa a ser ignorante, os pais que colocam os filhos de castigo, batem muito, ai os filhos recebem tudo isso dos pais, e vai simplesmente passando tudo isso para sociedade, acho que a loucura vem disso ai da criação.</u></p>	<p>Os pais são fundamentais na criação dos filhos, quando tem dedicação, quando tem carinho dos pais, os filhos tentam fazer as coisas corretamente, quando não tem apoio, carinho orientação dos pais, só faz loucura. Passa tudo isso para sociedade, acho que a loucura vem disso ai da criação.</p> <p>Quando temos pensamentos corretos, falamos coisas delicadas mostramos que temos a cabeça boa. Quando a gente começa a tratar mal as pessoas.</p>	<p>A loucura vem da criação. E</p> <p>Pensamentos corretos, falamos coisas delicadas mostramos que temos a cabeça boa. Quando a gente começa a tratar mal as pessoas, quando a gente começa a ser ignorante, pensamento negativo B E</p>
<p>(08P) UMA PESSOA SEM SENTIDO</p> <p>Pensei numa <u>pessoa muito</u></p>	<p><u>Pessoa muito agitada, escabelada, fora de si, pessoa sem controle normal de si</u></p>	<p>Pessoa muita agitada, escabelada, fora de si, pessoa sem controle normal de si mesmo.</p>	<p>Pessoa sem controle normal de si mesmo.B</p>

<u>agitada, escabelada, fora de si, pessoa sem controle normal de si mesmo.</u>	<u>mesmo.</u>		
(09P) PESSOA SEM RAZÃO Acho que a <u>pessoa fica louca, por pensar muita coisa ruim, não tem Deus no coração, tem que pensar tudo positivo</u> , não pensar só coisas ruins na vida. Desenhei uma pessoa pensando, <u>pensamentos confusos.</u>	<u>Pessoa fica louca, por pensar muita coisa ruim, pensamentos confusos., não tem Deus no coração, tem que pensar tudo positivo.</u>	Uma pessoa fica louca, por ter <u>pensamentos confusos, por pensar muita coisa ruim, não tem Deus no coração, tem que pensar tudo positivo,</u>	Uma pessoa fica louca, por ter <u>pensamentos confusos, por pensar muitas coisa ruim, tem que pensar tudo positivo. B.</u> Uma pessoa fica louca por não tem Deus no coração. E
(10P) DOIDIÇA OU DOIDINHO Uma <u>pessoa fora do seu estado normal, uma pessoa maltratada, muitas vezes desprezada pela família, abandonada, outras vezes temperamental.</u> Um nome para o desenho como <u>as pessoas chamam: doidinho,doidiça.</u>	<u>Pessoa fora do seu estado normal, uma pessoa maltratada, muitas vezes desprezada pela família, abandonada, outras vezes temperamental.</u> <u>As pessoas chamam: doidinho,doidiça.</u>	<u>Pessoa fora do seu estado normal, uma pessoa maltratada, muitas vezes desprezada pela família, abandonada, outras vezes temperamental.</u> <u>As pessoas chamam: doidinho,doidiça.</u>	<u>Pessoa fora do seu estado normal, uma pessoa maltratada, muitas vezes desprezada pela família, abandonada, outras vezes temperamental. B</u> <u>As pessoas chamam: doidinho,doidiça. F</u>
(11P) PESSOA ANORMAL <u>Uma pessoa anormal, o que vem na mente ela faz, não pensa nas conseqüências.</u>	<u>Uma pessoa anormal, o que vem na mente ela faz, não pensa nas conseqüências.</u>	Uma pessoa anormal, o que vem na mente ela faz, não pensa nas conseqüências.	Uma pessoa anormal, o que vem na mente ela faz, não pensa nas conseqüências. B
(12P) DISCONCENTRADO Um aspecto que <u>as pessoas não se concentra naquilo que tem que fazer, tudo que vem na cabeça faz, mesmo que seja errado, pois pensa que é certo, pode até rasgar dinheiro como dizem.</u>	<u>As pessoas não se concentra naquilo que tem que fazer, tudo que vem na cabeça faz, mesmo que seja errado, pois pensa que é certo, pode até rasgar dinheiro como dizem.</u>	<u>Pessoas, tudo que vem na cabeça faz, pensa que é certo.</u>	<u>Pessoas, tudo que vem na cabeça B</u>
(13P) ESPIRITO MALIGNO Eu acho que a <u>pessoa tem um espírito ruim, a minha sogra lá em casa, tem hora que esta boazinha e outras fica falando com uma voz diferente,</u>	<u>Pessoa tem um espírito ruim, tem hora que esta boazinha e outras fica falando com uma voz diferente, cantando uma musica que ninguém conhece, fala como se tivesse alguém</u>	<u>Pessoa tem um espírito ruim, tem hora que esta boazinha e outras fica falando com uma voz diferente, como se tivesse alguém mandando ela fazer.</u>	<u>Pessoa tem um espírito ruim E</u>

<u>cantando uma musica que ninguém conhece</u> , Quem não convive com ela pensa que é normal, não tem nada, mas ela <u>fala como se tivesse alguém mandando ela fazer</u> “te senta já não mandei”.	<u>mandando ela fazer</u>		
(14P) MENINO DOIDO <u>Um menino da cabeça doida, desembestado, que tudo derruba, quebra, assim é doido.</u>	<u>Um menino da cabeça doida, desembestado, que tudo derruba, quebra, assim é doido.</u>	Menino de cabeça doida, desembestado, que tudo derruba, quebra, assim é doido.	Menino desembestado, que tudo derruba, quebra, assim é doido B
(15P) PERDIDO È isso ai doido uma <u>pessoa solta, sem saber para onde ir, perdido no mundo.</u>	<u>Pessoa solta, sem saber para onde ir, perdido no mundo</u>	Pessoa solta, sem saber para onde ir, perdido no mundo.	Pessoa solta, sem saber para onde ir, perdido no mundo. B.

TABELA B

TEMAS EMERGENTES(ANCORAGEM)	Expressões chaves (todas)	DSC
A.Usar droga é uma loucura, leva a morte (1)	Um menino que em momento de loucura, começo usar drogas, fumar e ai foi perdendo sua vida. Perdia o controle sobre sua vida, essas doideiras. Graças a	MORTE EM VIDA Um menino que em momento de loucura, começo usar drogas, fumar e ai foi

		Deus parou, agora estuda, trabalha, não quer mais essas doideiras.A	perdendo sua vida. Perdia o controle sobre sua vida, essas doideiras. Graças a Deus parou, agora estuda, trabalha, não quer mais essas doideiras.
B.Comportamento do doido(agir,pensar,sentir) (12)	do	<u>O peixe é livre, vive na natureza, ele vai para onde quer, cuida dele sozinho. O doido não sabe o que faz, não cuida dele, não sabe onde esta, nem para onde vai, diferente do peixe. B Doida tira a roupa, na rua, pessoa que não sabe o que quer, cai no chão.B Um louco aquele que sai alcoolizado, dirigindo um carro, provocando acidente e a morte dos outros, não pensa B A cabeça do doido é desorganizada, as pessoas pensam que só tem doido agressivo, mas não a maioria é assim com a cabeça desorganizada.B Uma pessoa falando bobagem coisas que não tem nexo.B</u>	UMA PESSOA SEM SENTIDO
Títulos:		<u>Pensamentos corretos, temos</u>	
LIBERDADE		<u>pensamentos de uma só cor, temos o brilho do sol até na forma de falar, quando falamos coisas delicadas mostramos que temos a cabeça boa.</u>	
DESORGANIZAÇÃO		<u>Quando a gente começa a tratar mal as pessoas, quando a gente começa a ser ignorante, os pais que colocam os filhos de castigo, batem muito, ai os filhos</u>	
PENSAMENTO NEGATIVO		<u>recebem tudo isso dos pais, e vai simplesmente passando tudo isso para sociedade.B Pessoa muito agitada, escabelada, fora de si, pessoa sem controle normal de si mesmo.B Pessoa fica louca, por pensar muita coisa ruim, pensamentos confusos., não tem Deus no coração, tem que pensar tudo</u>	
UMA PESSOA SEM SENTIDO		<u>positivo,.B Pessoa fora do seu estado normal, uma pessoa maltratada, muitas vezes desprezada pela família, abandonada, outras vezes</u>	
PESSOA SEM RAZÃO		<u>temperamental.B Uma pessoa anormal, o que vem na mente ela faz, não pensa nas conseqüências.B As pessoas não se concentra naquilo que tem que fazer, tudo que vem na cabeça faz, mesmo que seja errado, pois pensa que é certo, pode até rasgar dinheiro como dizem.B</u>	
PESSOA ANORMAL		<u>Um menino da cabeça doida, desembestado, que tudo derruba, quebra, assim é doido. B Pessoa solta, sem saber para onde ir, perdido no mundo.B</u>	
DISCONCENTRADO			
MENINO DOIDO			
PERDIDO			

<p>C. matar natureza e ser doido e enlouquecedor(2)</p> <p>MUNDO LOUCO</p> <p>NÃO DESTRUIR A NATUREZA</p>	<p><u>se mata a natureza, endoidece o mundo!</u>C <u>Desmatamento, queimada, acho uma doídice destruir o próprio lar.</u>C</p>	<p>NÃO DESTRUIR A NATUREZA</p> <p>Mata-se a natureza, com desmatamento, queimada, assim se endoidece o mundo, acho uma doídice destruir o próprio lar.</p>
<p>D. Matar uns aos outros e ser doido e enlouquecedor (1)</p> <p>MUNDO LOUCO</p>	<p>Os homens se matam, ai fica todo mundo doido! D</p>	<p>MUNDO LOUCO</p> <p>Os homens se matam, ai fica todo mundo doido!</p>
<p>E.Causas da loucura:A loucura vem da criação, da falta de crer em Deus, de um espírito ruim (3)</p> <p>Titulos:</p> <p>PENSAMENTO NEGATIVO</p> <p>ESPIRITO MALIGNO</p>	<p><u>Começa pelos tratamentos dos pais, acho que os pais são fundamentais na criação dos filhos, quando tem dedicação, quando tem carinho dos pais, os filhos tentam fazer as coisas corretamente, quando não tem apoio, carinho orientação dos pais, só faz loucura.. os pais que colocam os filhos de castigo, batem muito, ai os filhos recebem tudo isso dos pais, e vai simplesmente passando tudo isso para sociedade, acho que a loucura vem disso ai da criação.E não tem Deus no coração, tem que pensar tudo positivo.E Pessoa tem um espírito ruim, tem hora que esta boazinha e outras fica falando com uma voz diferente, cantando uma musica que ninguém conhece, fala como se tivesse alguém mandando ela fazer.E</u></p> <p>Fica assim louca por pensar muita coisa ruim, pensamentos confusos, não têm Deus no coração, tem que pensar tudo positivo. E</p> <p>-</p>	<p>PENSAMENTO MALIGNO</p> <p>Começa pelos tratamentos dos pais, acho que os pais são fundamentais na criação dos filhos, quando tem dedicação, quando tem carinho dos pais, os filhos tentam fazer as coisas corretamente, quando não tem apoio, carinho e orientação dos pais, só faz loucura. Os pais que colocam os filhos de castigo batem muito, os filhos recebem tudo isso dos pais e vai simplesmente passando tudo isso para sociedade. A loucura vem disso ai da criação.</p> <p>A Pessoa tem um espírito ruim, tem hora que esta boazinha e outras fica falando com uma voz diferente, cantando uma musica que ninguém conhece, fala como se tivesse alguém mandando ela fazer, porque não tem Deus no coração, não pensa positivo e fica assim louca por pensar muita coisa ruim.</p>
<p>F.As pessoas chamam: doidinho,doidiça.(1)</p>	<p>As pessoas chamam: doidinho,doidiça. F</p>	<p>DOIDINHO, DOIDIÇA</p> <p>As pessoas chamam de doidinho, doidiça.</p>
<p>G Mundo doido</p>	<p><u>O mundo que é doido G</u></p>	<p>MUNDO DOIDO</p> <p>O mundo que é doido</p>

TABULAÇÃO DOS DADOS CAPS

- **Concepção de “doidice”:**

O que é “doidice” para você?

TABELA A

DISCURSOS INDIVIDUAIS	EXPRESSÕES CHAVE	IDÉIAS CENTRAIS(sentido)	ANCORAGEM (teoria /ideologia)
(01C) VIDA NORMAL Doidiça, aqui tem dois lados, assim <u>esta pessoa o que ela pensa e sente é fora do normal</u> , deste <u>outro lado é á vida normal, trabalho, escola, relacionamento, ele vê aquilo ali e não consegue se enquadrar, os pensamentos, os sentimentos não é igual a quem é normal, não é porque ele não quer, ele até tenta mais não consegue</u> , realizar as atividades normais.	<u>Doidiça, aqui tem dois lados, assim esta pessoa o que ela pensa e sente é fora do normal, outro lado é á vida normal, trabalho, escola, relacionamento, ele vê aquilo ali e não consegue se enquadrar, os pensamentos, os sentimentos não é igual a quem é normal, não é porque ele não quer, ele até tenta mais não consegue</u>	Doidiça, aqui tem dois lados, a pessoa o que ela pensa e sente é fora do normal, outro lado é á vida normal, trabalho, escola, relacionamento, ele vê aquilo ali e não consegue se enquadrar, não é porque ele não quer, ele até tenta mais não consegue	Doidiça, aqui tem dois lados, a pessoa o que ela pensa e sente é fora do normal, outro lado é á vida normal, trabalho, escola, relacionamento. A
(02C) GAROTO QUEBRA TUDO Pense que a <u>pessoa que tem este problema na vida faz coisas erradas e não pensa nas conseqüências, pensa em fazer faz, ta sempre fazendo as coisas erradas, desenhei um garoto quebrando uma vitrine numa loja de brinquedo, esse tipo de pessoa não tem controle sobre si.</u>	<u>Pessoa que tem este problema na vida faz coisas erradas e não pensa nas conseqüências, desenhei um garoto quebrando uma vitrine numa loja de brinquedo, esse tipo de pessoa não tem controle sobre si.</u>	Pessoa que tem este problema na vida faz coisas erradas e não pensa nas conseqüências esse tipo de pessoa não tem controle sobre si.	Pessoa que tem este problema na vida faz coisas erradas e não pensa nas conseqüências, não tem controle sobre si. B
(03C) VIOLENTO Eu pensei <u>no período que acontecia os problemas lá em casa que eu rebolava o rádio que tinha na mão e naquele período de violência me levava para casa de repouso Guararapes, eu período de violência</u> vinha o	<u>no período que acontecia os problemas lá em casa que eu rebolava o rádio que tinha na mão e naquele período de violência me levava para casa de repouso Guararapes, eu ficava lá internado e tomava</u>	no período que acontecia os problemas lá em casa que eu rebolava o rádio que tinha na mão e naquele período de violência me levava para casa de repouso Guararapes, eu ficava lá internado e tomava	no período que acontecia os problemas lá em casa que eu rebolava o rádio que tinha na mão e naquele período de violência me levava para casa de repouso Guararapes, eu ficava lá internado e tomava

<p>camburão e me levava para casa de repouso Guararapes, eu ficava lá internado e tomava injeção, só injeção e comprimidos, quando voltava para casa passava pouco tempo e ficava agitado novamente e voltava para hospital, penso que foi um período de cinco anos nesse vai e volta de casa e internação, meus irmão fala que teve uma vez que eu quis quebrar uma rapadura na cabeça de minha mãe, também fala de uma vez que eu queria comer uma obra minha, fezes né, isso ai não tenho lembrança, acho que os remédios me dava doidiça, me lombrava, eu ficava assim abobado, abestado mesmo, e a pessoa fazia coisa, eu fazia coisa que não era normal para eu fazer, naquele tempo eu não tenho lembrança clara, eu conto que os outros contam, e com vinda aqui para o CAPS, estou com quase três anos, estou quase 100%, não me interno mais, fiquei só com um remédio e as terapias, só agora que tive essa depressão, quis me isolar, fico pensativo, ali parado no quarto ouvindo o rádio, mas sem ouvir, só pensando, mas não ajo como antes agressivo, deitado na rede pensando na vida, como que é, como vai ser (...)</p>	<p>injeção, só injeção e comprimidos, quando voltava para casa passava pouco tempo e ficava agitado novamente e voltava para hospital, meus irmão fala que teve uma vez que eu quis quebrar uma rapadura na cabeça de minha mãe, também fala de uma vez que eu queria comer uma obra minha, fezes né, isso ai não tenho lembrança, acho que os remédios me dava doidiça, me lombrava, eu ficava assim abobado, abestado mesmo, e a pessoa fazia coisa, eu fazia coisa que não era normal para eu fazer, naquele tempo eu não tenho lembrança clara, eu conto que os outros contam, o CAPS, estou com quase três anos, estou quase 100%, não me interno mais, fiquei só com um remédio e as terapias, só agora que tive essa depressão, quis me isolar, fico pensativo, ali parado no quarto ouvindo o rádio, mas sem ouvir, só pensando, mas não ajo como antes agressivo, deitado na rede pensando na vida, como que é, como vai ser (...)</p>	<p>injeção, só injeção e comprimidos, quando voltava para casa passava pouco tempo e ficava agitado novamente e voltava para hospital, tenho lembrança, acho que os remédios me dava doidiça, me lombrava, eu ficava assim abobado, abestado mesmo, eu fazia coisa que não era normal para eu fazer, naquele tempo eu não tenho lembrança clara, eu conto que os outros contam, o CAPS, estou com quase três anos, estou quase 100%, não me interno mais, fiquei só com um remédio e as terapias, só agora que tive essa depressão, quis me isolar, fico pensativo, ali parado no quarto ouvindo o rádio, mas sem ouvir, só pensando, mas não ajo como antes agressivo, deitado na rede pensando na vida, como que é, como vai ser (...)</p>	<p>injeção, só injeção e comprimidos, quando voltava para casa passava pouco tempo e ficava agitado novamente e voltava para hospital, tenho lembrança, acho que os remédios me dava doidiça, me lombrava, eu ficava assim abobado, abestado mesmo, eu fazia coisa que não era normal, o CAPS, estou com quase três anos, estou quase 100%, não me interno mais, fiquei só com um remédio e as terapias, só agora que tive essa depressão, quis me isolar, fico pensativo, ali parado no quarto ouvindo o rádio, mas sem ouvir, só pensando, mas não ajo como antes agressivo, deitado na rede pensando na vida, como que é, como vai ser (...)</p>
<p>(04C) MALUCO BELEZA <u>Minha doidiça é muito luxuosa, queria ser uma pessoa super importante, distribuir presente sem ter nenhum tostão no bolso, tudo me pertencia como o presidente da republica, era uma loucura exacerbada, eu pensei que era tudo que era Deus, olha no espelho e pensava que era encarnação de Jesus, me achava parecido com ele, eu me lembro de tudo isso, quando comecei aprender aqui no CAPS que o transtorno bipolar é assim,</u></p>	<p><u>Minha doidiça é muito luxuosa, queria ser uma pessoa super importante, distribuir presente sem ter nenhum tostão no bolso, tudo me pertencia como o presidente da republica, era uma loucura exacerbada, eu pensei que era tudo que era Deus, olha no espelho e pensava que era encarnação de Jesus, me achava parecido com ele, eu me lembro de tudo isso, no CAPS que o transtorno bipolar é assim, depressão para cima, na época fui levado para o Guararapes,</u></p>	<p>Minha doidiça é muito luxuosa, queria ser uma pessoa super importante, distribuir presente sem ter nenhum tostão no bolso, aprendi no CAPS que o transtorno bipolar é assim, depressão para cima, na época fui levado para o Guararapes, ai desenhei um maluco assim, com cabelo arrepiado, e a ambulância que me levava, mas agora estou bem, para medicina não tem nada que não tem cura.</p>	<p>Minha doidiça é muito luxuosa, queria ser uma pessoa super importante, distribuir presente sem ter nenhum tostão no bolso, aprendi no CAPS que o transtorno bipolar é assim, depressão para cima, na época fui levado para o Guararapes, ai desenhei um maluco assim, com cabelo arrepiado, e a ambulância que me levava, mas agora estou bem, para medicina não tem nada que não tem cura. B</p>

<p><u>depressão para cima, não é, então na época fui levado para o Guararapes, ai desenhei um maluco assim, com cabelo arrepiado, e a ambulância que me levava, mas agora estou bem, para medicina não tem nada que não tem cura.</u></p>	<p><u>ai desenhei um maluco assim, com cabelo arrepiado, e a ambulância que me levava, mas agora estou bem, para medicina não tem nada que não tem cura.</u></p>		
<p>(05C) A ESCURIDÃO</p> <p>Eu desenhei <u>uma pessoa como se estivesse jogando um copo, e um mundo como se fosse fechado para mim, escuro.</u></p>	<p><u>uma pessoa como se estivesse jogando um copo, e um mundo como se fosse fechado para mim, escuro.</u></p>	<p>uma pessoa como se estivesse jogando um copo, e um mundo como se fosse fecha do para mim, escuro.</p>	<p>uma pessoa como se estivesse jogando um copo, B e um mundo como se fosse fecha do para mim, escuro. C</p>
<p>(06C) O MENINO MALUQUINHO</p> <p>Eu desenhei <u>um homem doido, mal vestido, cabelo grande, porque a doidice a pessoa não liga para nada, não tem interesse no seu vestir, do jeito que estiver, esta bem, não esta nem ai para nada, não vai procurar ajuda, só que esta na rua perambulando.</u></p>	<p><u>um homem doido, mal vestido, cabelo grande, porque a doidice a pessoa não liga para nada, não tem interesse no seu vestir, do jeito que estiver, esta bem, não esta nem ai para nada, não vai procurar ajuda, só que esta na rua perambulando.</u></p>	<p>um homem doido, mal vestido, cabelo grande, porque a doidice a pessoa não liga para nada, não vai procurar ajuda, só que esta na rua perambulando.</p>	<p>um homem doido, mal vestido, cabelo grande, porque a doidice a pessoa não liga para nada, não vai procurar ajuda, só que esta na rua perambulando D</p>
<p>(07C) Não consigo fazer, o louco vive uma inrealidade.</p>	<p><u>o louco vive uma inrealidade.</u></p>	<p>o louco vive uma inrealidade.</p>	<p>o louco vive uma inrealidade.C</p>
<p>(08C) UMA PESSOA DOIDA</p> <p><u>Uma pessoa quebra o copo, as coisas, arranca os cabelos, pois são doidas, não tem consciência, é uma doença sem cura, a pessoa fica com pensamento embaraçado no inicio.</u></p>	<p><u>Uma pessoa quebra o copo, as coisas, arranca os cabelos, pois são doidas, não tem consciência, é uma doença sem cura, a pessoa fica com pensamento embaraçado no inicio.</u></p>	<p>Uma pessoa quebra o copo, as coisas, arranca os cabelos, pois são doidas, não tem consciência, é uma doença sem cura, a pessoa fica com pensamento embaraçado no inicio.</p>	<p>Uma pessoa quebra o copo, as coisas, arranca os cabelos, pois são doidas, não tem consciência, é uma doença sem cura, a pessoa fica com pensamento embaraçado no inicio. D</p>
<p>(09C) UMA PESSOA SEM</p>	<p><u>doidiça é uma pessoa que</u></p>	<p>doidiça é uma pessoa que</p>	<p>doidiça é uma pessoa que</p>

<p>PLANOS, SEM SENTIDO DE VIDA</p> <p>Eu pensei, sei lá <u>doidiça é uma pessoa que pensa coisas ruins, fazer coisas ruins com os outros, pensando besteiras, sei lá, é isso aí, pensar negativo, desenhei uma pessoa pensando em uma saída, em se matar, suicidar.</u></p>	<p><u>pensa coisas ruins, fazer coisas ruins com os outros, pensando besteiras, pensar negativo, desenhei uma pessoa pensando em uma saída, em se matar, suicidar.</u></p>	<p>pensa coisas ruins, fazer coisas ruins com os outros, pensando besteiras, pensar negativo, desenhei uma pessoa pensando em uma saída, em se matar, suicidar.</p>	<p>pensa coisas ruins, fazer coisas ruins com os outros, B pensando besteiras, pensar negativo, pensando em uma saída, em se matar, suicidar.E</p>
<p>(10C) O DOIDINHO HEHEHEH</p> <p>Aqui tem parede de tijolo, e o <u>doidinho diz, desde ontem que estou aqui esse radio não toca para ele a parede era um radio. Que dizer que a pessoa não esta em si, esta fora de si, não percebe a realidade, não cai na real.</u></p>	<p><u>doidinho diz, desde ontem que estou aqui esse radio não toca para ele a parede era um radio. dizer que a pessoa não esta em si, esta fora de si, não percebe a realidade, não cai na real.</u></p>	<p>a pessoa não esta em si, esta fora de si, não percebe a realidade, não cai na real.</p>	<p>a pessoa não esta em si, esta fora de si, não percebe a realidade, não cai na real. A</p>
<p>(11C) HOMEM VIOLENTO</p> <p>Doidice pensei aqui em um <u>momento de em desespero totalmente sem controle coloquei aqui uma faca na mão, e aquela gasturazinha na cabeça, que a gente as vezes não se controla isso que me veio a mente para representar aqui a doidice a loucura.</u></p>	<p><u>em um momento de em desespero totalmente sem controle coloquei aqui uma faca na mão, e aquela gasturazinha na cabeça, que a gente as vezes não se controla isso que me veio a mente para representar aqui a doidice a loucura.</u></p>	<p>momento de em desespero totalmente sem controle coloquei aqui uma faca na mão, e aquela gasturazinha na cabeça, que a gente as vezes não se controla isso que me veio a mente para representar aqui a doidice a loucura.</p>	<p>momento de em desespero totalmente sem controle, e aquela gasturazinha na cabeça, que a gente as vezes não se controla isso que me veio a mente para representar aqui a doidice a loucura. B</p>
<p>(12C) ALCOOLISMO</p> <p>Eu desenhei <u>esse homem com o litro de celular na mão pois quando eu tinha minhas depressões eu cometia minhas doidices devido a cachaça. o CAPS é muito importante para minha melhora, graças a Deus e os profissionais do CAPS a gente anda bem limpinho. E a doidice para mim é não tomar remédio, a pessoa entra em crise, fica fora de si, primeiramente anda sem tomar banho, incomoda os outros, não tem controle na vida, eu como tomo meus remédios fico ageitado entro</u></p>	<p><u>esse homem com o litro de celular na mão pois quando eu tinha minhas depressões eu cometia minhas doidices devido a cachaça. o CAPS é muito importante para minha melhora, graças a Deus e os profissionais do CAPS a gente anda bem limpinho. E a doidice para mim é não tomar remédio, a pessoa entra em crise, fica fora de si, primeiramente anda sem tomar banho, incomoda os outros, não tem controle na vida, eu como tomo meus remédios fico ageitado entro</u></p>	<p>esse homem com o litro de celular na mão pois quando eu tinha minhas depressões eu cometia minhas doidices devido a cachaça. o CAPS é muito importante para minha melhora, graças a Deus e os profissionais do CAPS a gente anda bem limpinho. E a doidice para mim é não tomar remédio, a pessoa entra em crise, fica fora de si, primeiramente anda sem tomar banho, incomoda os outros, não tem controle na vida, eu como tomo meus remédios fico ageitado entro</p>	<p>esse homem com o litro de celular na mão pois quando eu tinha minhas depressões eu cometia minhas doidices devido a cachaça. o CAPS é muito importante para minha melhora, graças a Deus e os profissionais do CAPS a gente anda bem limpinho. E a doidice para mim é não tomar remédio, a pessoa entra em crise, fica fora de si, primeiramente anda sem tomar banho, incomoda os outros, não tem controle na vida, eu como tomo meus remédios fico ageitado entro</p>

<p><u>tomar banho, incomoda os outros, não tem controle na vida, eu como tomo meus remédios fico agitado entro em qualquer ambiente e sou tratado com respeito como qualquer outra pessoa</u></p>	<p><u>em qualquer ambiente e sou tratado com respeito como qualquer outra pessoa</u></p>	<p>em qualquer ambiente e sou tratado com respeito como qualquer outra pessoa</p>	<p>em qualquer ambiente e sou tratado com respeito como qualquer outra pessoa F</p>
<p>(13C) A LOUCURA DO MEU PONTO DE VISTA</p> <p>Pensei assim <u>uma pessoa que não esteja no seu normal, que não esteja no seu entendimento,uma pessoa que seja cuidada pelo outro, e é muito complexo,tem vários graus de doidence,tem leve, médio e o alto não é! Tem a aquela pessoa que vive com sua loucura controlado por remédio,não é? E tem um outro que nem remédio serve, a pessoa precisa viver internada, viver dopada, deve ser uma coisa muito alienada, antes eu tinha muito medo de ficar louca, mas dizem quem tem medo de ficar louca não fica louca, então fiquei descansada, então não vou ficar louca, hehehehe, porque assim a cara da daquela pessoa sem saber o que esta fazendo ui! Ou agressivo, e o louco agressivo, mas o pacifico não.</u></p>	<p><u>uma pessoa que não esteja no seu normal, que não esteja no seu entendimento,uma pessoa que seja cuidada pelo outro, e é muito complexo,tem vários graus de doidence,tem leve, médio e o alto não é! Tem a aquela pessoa que vive com sua loucura controlado por remédio,não é? E tem um outro que nem remédio serve, a pessoa precisa viver internada, viver dopada, deve ser uma coisa muito alienada, antes eu tinha muito medo de ficar louca, mas dizem quem tem medo de ficar louca não fica louca, então fiquei descansada, então não vou ficar louca, hehehehe, porque assim a cara da daquela pessoa sem saber o que esta fazendo ui! Ou agressivo, e o que mais me dá medo e o louco agressivo, mas o pacifico não</u></p>	<p>uma pessoa que não esteja no seu normal, que não esteja no seu entendimento,uma pessoa que seja cuidada pelo outro, e é muito complexo,tem vários graus de doidence,tem leve, médio e o alto não é! Tem a aquela pessoa que vive com sua loucura controlado por remédio,não é? E tem um outro que nem remédio serve, a pessoa precisa viver internada, viver dopada, deve ser uma coisa muito alienada, antes eu tinha muito medo de ficar louca, mas dizem quem tem medo de ficar louca não fica louca, então fiquei descansada, então não vou ficar louca, hehehehe, porque assim a cara da daquela pessoa sem saber o que esta fazendo ui! Ou agressivo, e o que mais me dá medo e o louco agressivo, mas o pacifico não</p>	<p>uma pessoa não esteja no seu entendimento,uma pessoa que seja cuidada pelo outro, e é muito complexo,tem vários graus de doidence,tem leve, médio e o alto não é! Tem a aquela pessoa que vive com sua loucura controlado por remédio,não é? E tem um outro que nem remédio serve, a pessoa precisa viver internada, viver dopada, deve ser uma coisa muito alienada, antes eu tinha muito medo de ficar louca, mas dizem quem tem medo de ficar louca não fica louca, então fiquei descansada, então não vou ficar louca, hehehehe, porque assim a cara da daquela pessoa sem saber o que esta fazendo ui! Ou agressivo, e o que mais me dá medo e o louco agressivo, mas o pacifico não B</p>
<p>(14C) Tirar sua vida esta errado pense primeiro naquele que esta no seu lado</p> <p>Penso que é assim <u>uma pessoa que tenta tirar sua própria vida é uma doidence, acho que daí a pessoa tem que arrumar uma coisa para começar se tratar, procurar um psiquiatra, um psicólogo, como aqui o caps, e acho que isso é uma grande doidence, a pessoa não deve fazer isso não.</u></p>	<p><u>uma pessoa que tenta tirar sua própria vida é uma doidence, acho que daí a pessoa tem que arrumar uma coisa para começar se tratar, procurar um psiquiatra, um psicólogo, como aqui o caps,</u></p>	<p>uma pessoa que tenta tirar sua própria vida é uma doidence, acho que daí a pessoa tem que arrumar uma coisa para começar se tratar, procurar um psiquiatra, um psicólogo, como aqui o caps,</p>	<p>uma pessoa que tenta tirar sua própria vida é uma doidence, acho que daí a pessoa tem que arrumar uma coisa para começar se tratar, procurar um psiquiatra, um psicólogo, como aqui o caps,<u>E</u></p>

<p>(15C) UM MOMENTO DENTRO DE NÓS</p> <p>A primeira coisa que pensei foi <u>uma pessoa fora do seu estado normal, mas eu acho que a doidice se configura na sua desordem no ponto externo, que é o ambiente que o enlouquece. Pode levar a pessoa a esquizofrenizar.</u> Então desenhei <u>uma pessoa escabelada, boca torta com muitos pensamentos, que tem suas confusões e tem algumas frases, que coloquei por três pontos que acho que sem nexo, e aqui suas mão tentando se agitar numa espécie de agitação,</u> enfim é isso.</p>	<p><u>uma pessoa fora do seu estado normal, mas eu acho que a doidice se configura na sua desordem no ponto externo, que é o ambiente que o enlouquece. Pode levar a pessoa a esquizofrenizar.</u> Então desenhei <u>uma pessoa escabelada, boca torta com muitos pensamentos, que tem suas confusões e tem algumas frases, que coloquei por três pontos que acho que sem nexo, e aqui suas mão tentando se agitar numa espécie de agitação,</u></p>	<p>uma pessoa fora do seu estado normal, mas eu acho que a doidice se configura na sua desordem no ponto externo, que é o ambiente que o enlouquece. Pode levar a pessoa a esquizofrenizar. uma pessoa escabelada, boca torta com muitos pensamentos, que tem suas confusões e tem algumas frases, que coloquei por três pontos que acho que sem nexo, e aqui suas mão tentando se agitar numa espécie de agitação,</p>	<p>uma pessoa fora do seu estado normal, mas eu acho que a doidice se configura na sua desordem no ponto externo, que é o ambiente que o enlouquece. Pode levar a pessoa a esquizofrenizar. uma pessoa escabelada, boca torta com muitos pensamentos, que tem suas confusões e tem algumas frases, que coloquei por três pontos que acho que sem nexo, e aqui suas mão tentando se agitar numa espécie de agitação, D</p>
<p>(16P) MANICÔMIO</p> <p>Meu desenho primeiro <u>se trata de um manicômio nas montanhas, bem florido, arborizado, cheio de mato, só que tinha unas cruces que dizia um afastamento para que ninguém se aproximasse, só aqueles que estavam se tratando no manicômio, existiam, leitos e muitas pessoas se tratando de problemas sérios, não se socializam com as pessoas, comportamentos muito agressivos, só que ninguém pensava no que se passava dentro do manicômio, enfermeiros que faziam as pessoas sofrerem, quem entrava lá tinha uma guilhotina,eram mortas com requintes de crueldade, ao chegar em uma certa idade,devido o número excessivo de pacientes iam exterminando, essas pessoas tinham problema o desprezo da família, quase o que eu sinto hoje das minhas tias,não é o desprezo de não falar mais é cada um em sua vida,</u></p>	<p><u>se trata de um manicômio nas montanhas, bem florido, arborizado, cheio de mato, só que tinha unas cruces que dizia um afastamento para que ninguém se aproximasse, só aqueles que estavam se tratando pessoas se tratando de problemas sérios, não se socializam com as pessoas, comportamentos muito agressivos, ninguém pensava no que se passava dentro do manicômio, enfermeiros que faziam as pessoas sofrerem, quem entrava lá tinha uma guilhotina,eram mortas com requintes de crueldade, ao chegar em uma certa idade,devido o número excessivo de pacientes iam exterminando, essas pessoas tinham problema o desprezo da família, quase o que eu sinto hoje das minhas tias,não é o desprezo de não falar mais é cada um em sua vida, coisa de louco mesmo, eles próprio queriam se matar, assinavam um termo, o próprio paciente para que se matassem , pois não agüentavam mais tanto sofrimento, eles sabiam que</u></p>	<p>se trata de um manicômio nas montanhas, bem florido, só que tinha unas cruces que dizia um afastamento para que ninguém se aproximasse, pessoas se tratando de problemas sérios, não se socializam com as pessoas, comportamentos muito agressivos, ninguém pensava no que se passava dentro do manicômio, enfermeiros que faziam as pessoas sofrerem, quem entrava lá tinha uma guilhotina,eram mortas com requintes de crueldade, ao chegar em uma certa idade,devido o número excessivo de pacientes iam exterminando essas pessoas tinham problema o desprezo da família, assinavam um termo, o próprio paciente para que se matassem , pois não agüentavam mais tanto sofrimento. eles sabiam que tinha tratamentos melhores, mas queriam continuar ali fugindo da vida,, dos seus problemas , ai que é a loucura mesmo, A loucura disso tudo não é o comportamento, nem o sofrimento, e simplesmente</p>	<p>se trata de um manicômio, só que tinha unas cruces que dizia um afastamento para que ninguém se aproximasse, pessoas se tratando de problemas sérios, não se socializam com as pessoas, comportamentos muito agressivos, ninguém pensava no que se passava dentro do manicômio, enfermeiros que faziam as pessoas sofrerem, quem entrava lá tinha uma guilhotina,eram mortas com requintes de crueldade, ao chegar em uma certa idade , assinavam um termo, o próprio paciente para que se matassem , pois não agüentavam mais tanto sofrimento. eles sabiam que tinha tratamentos melhores, mas queriam continuar ali fugindo da vida,, dos seus problemas , ai que é a loucura mesmo, A loucura disso tudo não é o comportamento, nem o sofrimento, e simplesmente o meu desenho! Uma loucura! D</p>

<p>deixava os parentes lá e faziam de suas vidas o pior, e quando chegavam aquelas idades, já doentes com lepra, devido a falta de higiene no manicômio que era muito grande iam sendo exterminado, <u>coisa de louco mesmo, eles próprio queriam se matar, assinavam um termo, o próprio paciente para que se matassem , pois não agüentavam mais tanto sofrimento.</u> Mas para baixo existe um cemitério, uma igreja e pessoas trabalhando nesse cemitério, então <u>eles sabiam que tinha tratamentos melhores, mas queriam continuar ali fugindo da vida,, dos seus problemas , ai que é a loucura mesmo, pagavam para estar ali, só quem sabiam que funcionavam era os cliente e os funcionários,os de foram viam as cruces mais não sabiam o que significava. E tantos os profissionais como os clientes achavam que era melhor maneira. A loucura disse tudo não é o comportamento, nem o sofrimento, e simplesmente o meu desenho! Uma loucura!</u></p>	<p><u>tinha tratamentos melhores, mas queriam continuar ali fugindo da vida,, dos seus problemas , ai que é a loucura mesmo, pagavam para estar ali, só quem sabiam que funcionavam era os cliente e os funcionários,os de foram viam as cruces mais não sabiam o que significava. E tantos os profissionais como os clientes achavam que era melhor maneira. A loucura disse tudo não é o comportamento, nem o sofrimento, e simplesmente o meu desenho! Uma loucura!</u></p>	<p>o meu desenho! Uma loucura!</p>	
<p>(17C) O ANORMAL <u>Uma pessoa que ver um carro e não para,uma pessoa que fazem gestos que não é normal, fica gritando, e tem pessoas que nascem com isso e tem pessoas que a situação deixa ela assim.</u></p>	<p><u>Uma pessoa que ver um carro e não para,uma pessoa que fazem gestos que não é normal, fica gritando, e tem pessoas que nascem com isso e tem pessoas que a situação deixa ela assim.</u></p>	<p>peessoa que ver um carro e não para, fazem gestos que não é normal, fica gritando, e tem pessoas que nascem com isso e tem pessoas que a situação deixa ela assim</p>	<p>peessoa que ver um carro e não para, fazem gestos que não é normal, fica gritando, e tem pessoas que nascem com isso e tem pessoas que a situação deixa ela assim D</p>
<p>(18C) <u>Muita gente me chama toda vida desde novo, pessoal só me chama de doido, José agora sei que tu é doido mesmo, desde eu criança, mas eu não levo a mal não, sei lá com esse problema(esquecimento, ataque de raiva e choro) que eu sinto, não posso dizer se é ou não é, doidiça, tem que fala que pode ser uma depressão também,</u></p>	<p><u>Muita gente me chama toda vida desde novo, pessoal só me chama de doido, mas eu não levo a mal não, sei lá com esse problema(esquecimento, ataque de raiva e choro) que eu sinto, não posso dizer se é ou não é, doidiça, tem que fala que pode ser uma depressão, tem dia as vezes estou mais a vontade mas tem hora que não e já tomo remédio a muito não e já tomo remédio a muito</u></p>	<p>peessoal só me chama de doido, mas eu não levo a mal não, sei lá com esse problema(esquecimento, ataque de raiva e choro) que eu sinto, não posso dizer se é ou não é, doidiça, tem que fala que pode ser uma depressão, tem dia as vezes estou mais a vontade mas tem hora que não e já tomo remédio a muito tempo, e a tendência é os remédios</p>	<p>peessoal só me chama de doido, mas eu não levo a mal não, sei lá com esse problema(esquecimento, ataque de raiva e choro) que eu sinto, não posso dizer se é ou não é, doidiça, tem que fala que pode ser uma depressão, tem dia as vezes estou mais a vontade mas tem hora que não e já tomo remédio a muito tempo, e a tendência é os remédios</p>

então eu não posso dizer nem o que é, <u>tem dia as vezes estou mais a vontade mas tem hora que não e já tomo remédio a muito tempo, e a tendência é os remédios aumentar, quando tenho um aperreio, meu sobrinho morreu mas eu não dei uma crise, não sai dos sentidos.</u>	<u>tempo, e a tendência é os remédios aumentar, quando tenho um aperreio, meu sobrinho morreu mas eu não dei uma crise, não sai dos sentidos.</u>	aumentar.	aumentar. D
--	---	-----------	-------------

TABELA B

TEMAS EMERGENTES(ANCORAGEM)	Expressões chaves (todas)	DSC
<p>A Doidiça ser anormal/adaptação social, fora do real (2)</p> <p>VIDA NORMAL</p> <p>O DOIDINHO HEHEHEH</p>	<p>Doidiça, aqui tem dois lados, assim esta pessoa o que ela pensa e sente é fora do normal, outro lado é á vida normal, trabalho, escola, relacionamento, ele vê aquilo ali e não consegue se enquadrar, os pensamentos, os sentimentos não é igual a quem é normal, não é porque ele não quer, ele até tenta mais não consegue. A doidinho diz, desde ontem que estou aqui esse radio não toca para ele a parede era um radio. dizer que a pessoa não esta em si, esta fora de si, não percebe a realidade, não cai na real. A</p>	<p>VIDA NORMAL E ANORMAL</p> <p>Doidiça, aqui tem dois lados, o que a pessoa pensa e sente é fora do normal, exemplo: doidinho diz, desde ontem que estou aqui esse radio não toca, para ele a parede era um radio. O outro lado é a vida normal, trabalho, escola, relacionamento, ele vê aquilo ali e não consegue se enquadrar, os pensamentos, os sentimentos não é igual a quem é normal, não é porque ele não quer, ele até tenta mais não consegue. Dizem que a pessoa não esta em si, esta fora de si, não percebe a realidade, não cai na real.</p>
<p>B Pessoa inconseqüente / Violento (7)</p> <p>GAROTO QUEBRA TUDO</p> <p>VIOLENTO</p> <p>MALUCO BELEZA</p> <p>UMA PESSOA DOIDA</p> <p>HOMEM VIOLENTO</p> <p>A LOUCURA DO MEU PONTO DE VISTA</p>	<p>Pessoa que tem este problema na vida faz coisas erradas e não pensa nas conseqüências, desenhei um garoto quebrando uma vitrine numa loja de brinquedo, esse tipo de pessoa não tem controle sobre si. B no período que acontecia os problemas lá em casa que eu rebolava o rádio que tinha na mão e naquele período de violência me levava para casa de repouso Guararapes, eu ficava lá internado e tomava injeção, só injeção e comprimidos, quando voltava para casa passava pouco tempo e ficava agitado novamente e voltava para hospital, meus irmão fala que teve uma vez que eu quis quebrar uma rapadura na cabeça de minha mãe, também fala de uma vez que eu queria comer uma obra minha, fezes né, isso ai não tenho</p>	<p>GAROTO QUEBRA TUDO</p> <p>A pessoa que tem este problema na vida faz coisas erradas e não pensa nas conseqüências, doidiça é uma pessoa que pensa coisas ruins, faz coisas ruins com os outros, ser anormal, que não esteja no seu entendimento, uma pessoa que seja cuidada pelo outro, é muito complexo, tem vários graus de doidice, tem leve, médio e o alto não é! Tem a aquela pessoa que vive com sua loucura controlado por remédio. E tem um outro que nem remédio serve, a pessoa precisa viver internada, viver dopada, deve ser uma coisa muito alienada, antes eu tinha muito medo de ficar louca, mas dizem quem tem medo</p>

lembrança,acho que os remédios me dava doidiça, me lombrava, eu ficava assim abobado,abestado mesmo, e a pessoa fazia coisa, eu fazia coisa que não era normal para eu fazer, naquele tempo eu não tenho lembrança clara ,eu conto que os outros contam, o CAPS, estou com quase três anos, estou quase 100%, não me interno mais, fiquei só com um remédio e as terapias, só agora que tive essa depressão, quis me isolar, fico pensativo, ali parado no quarto ouvindo o rádio, mas sem ouvir, só pensando, mas não ajo como antes agressivo,deitado na rede pensando na vida, como que é, como vai ser (...) B Minha doidiça é muito luxuosa, queria ser uma pessoa super importante, distribuir presente sem ter nenhum tostão no bolso,tudo me pertencia como o presidente da republica, era uma loucura exacerbada, eu pensei que era tudo que era Deus, olha no espelho e pensava que era encarnação de Jesus, me achava parecido com ele, eu me lembro de tudo isso, no CAPS que o transtorno bipolar é assim, depressão para cima, na época fui levado para o Guararapes, ai desenhei um maluco assim, com cabelo arrepiado, e a ambulância que me levava, mas agora estou bem, para medicina não tem nada que não tem cura.B

uma pessoa como se estivesse jogando um copo, B,doidiça é uma pessoa que pensa coisas ruins, fazer coisas ruins com os outros, Bem um momento de em desespero totalmente sem controle coloquei aqui uma faca na mão, e aquela gasturazinha na cabeça, que a gente as vezes não se controla isso que me veio a mente para representar aqui a doidice a loucura B_seu normal, que não esteja no seu entendimento,uma pessoa que seja cuidada pelo outro, e é muito complexo,tem vários graus de doidice,tem leve, médio e o alto não é! Tem a aquela pessoa que vive com sua loucura controlado por remédio,não é? E tem um outro que nem remédio serve, a pessoa precisa viver internada, viver dopada, deve ser uma coisa muito alienada, antes eu tinha muito medo de ficar louca, mas dizem quem tem medo de ficar louca não fica louca, então fiquei descansada, então não vou ficar louca, hehehehe, porque assim a cara da daquela pessoa sem saber o que esta fazendo ui! Ou agressivo, e o que mais me dá medo e o louco agressivo, mas o pacifico não B

de ficar louca não fica louca, então fiquei descansada, então não vou ficar louca, ehehehehe pois fico apavorado quando vejo a cara da daquela pessoa sem saber o que esta fazendo. Ou agressivo, é o que mais me dá medo é o louco agressivo, mas o pacifico não.

Desenhei um garoto quebrando uma vitrine numa loja de brinquedo em um impulso, uma vez em um momento de desespero totalmente sem controle coloquei uma faca na mão, doidiça é e aquela gasturazinha na cabeça, que a gente as vezes não se controla e não se pensa nas conseqüências isso que me veio a mente para representar aqui a doidice a loucura.

Minha doidiça é muito luxuosa, queria ser uma pessoa super importante, distribuir presente sem ter nenhum tostão no bolso, tudo me pertencia como o presidente da republica, era uma loucura exacerbada, pensava que era Deus, olhava no espelho e pensava que era encarnação de Jesus, me achava parecido com ele, eu me lembro de tudo isso, na época fui levado para o Guararapes, ai desenhei um maluco assim, com cabelo arrepiado, e a ambulância que me levava.

Tinha períodos que acontecia os problemas lá em casa que eu rebolava o rádio que tinha na mão e naquele período de violência me levava para casa de repouso Guararapes, eu ficava lá internado e tomava injeção, só injeção e comprimidos, quando voltava para casa passava pouco tempo e ficava agitado novamente e voltava para hospital, meus irmão fala que teve uma vez que eu quis quebrar uma rapadura na cabeça de minha mãe, também fala de uma vez que eu queria comer uma obra minha, fezes né, isso ai não tenho lembrança, acho que os remédios me dava doidiça, me lombrava, eu ficava assim abobado, abestado mesmo, eu fazia coisa que não era normal para eu fazer, naquele tempo eu não tenho lembrança clara ,eu conto que os outros contam.

No CAPS estou com quase três anos sem crise, estou quase 100%, não me interno mais, fiquei só com um remédio e as terapias, só agora que tive essa depressão, quis me isolar, fico pensativo, ali parado no quarto ouvindo o rádio, mas sem ouvir, só pensando,

		<p>mas não ajo como antes agressivo, fico deitado na rede pensando na vida, como que é, como vai ser . No caps aprendi que o transtorno bipolar é assim, depressão para cima, mas agora estou bem, para medicina não tem nada que não tenha cura.</p>
<p>O desconhecido</p> <p>A ESCURIDÃO (2)</p>	<p>um mundo como se fosse fechado para mim, escuro. C o louco vive uma realidade.C</p>	<p>A ESCURIDÃO</p> <p>O louco vive uma realidade em um mundo como se fosse fechado para mim, escuro!</p>
<p>D Aparência do doido (6)</p> <p>O MENINO MALUQUINHO</p> <p>UM MOMENTO DENTRO DE NÓS</p> <p>MANICÔMIO</p> <p>O ANORMAL</p>	<p>um homem doido, mal vestido, cabelo grande, porque a doidice a pessoa não liga para nada, não tem interesse no seu vestir, do jeito que estiver, esta bem, não esta nem ai para nada, não vai procurar ajuda, só que esta na rua perambulando.D uma pessoa fora do seu estado normal, mas eu acho que a doidice se configura na sua desordem no ponto externo, que é o ambiente que o enlouquece. Pode levar a pessoa a esquizofrenizar. Então desenhei uma pessoa escabelada, boca torta com muitos pensamentos, que tem suas confusões e tem algumas frases, que coloquei por três pontos que acho que sem nexos, e aqui suas mãos tentando se agitar numa espécie de agitação, D se trata de um manicômio nas montanhas, bem florido, arborizado, cheio de mato, só que tinha umas cruces que dizia um afastamento para que ninguém se aproximasse, só aqueles que estavam se tratando pessoas se tratando de problemas sérios, não se socializam com as pessoas, comportamentos muito agressivos, ninguém pensava no que se passava dentro do manicômio, enfermeiros que faziam as pessoas sofrerem, quem entrava lá tinha uma guilhotina,eram mortas com requintes de crueldade, ao chegar em uma certa</p>	<p>UM MOMENTO DENTRO DE NÓS</p> <p>Uma pessoa fora do seu estado normal, mas eu acho que a doidice se configura na sua desordem no ponto externo, que é o ambiente que o enlouquece elevar a pessoa a esquizofrenizar. Então desenhei uma pessoa escabelada, boca torta com muitos pensamentos, que tem suas confusões e tem algumas frases, que coloquei por três pontos que acho que sem nexos, e aqui suas mãos tentando se agitar numa espécie de agitação, um homem doido, mal vestido, cabelo grande, porque a doidice a pessoa não liga para nada, não tem interesse no seu vestir, do jeito que estiver, esta bem, não esta nem ai para nada, não vai procurar ajuda, só que esta na rua perambulando, pode ser uma pessoa que ver um carro e não para, que fazem gestos que não é normal, fica gritando, quebra o copo, as coisas, arranca os cabelos, pois são doidas, não tem consciência. Há pessoas que nascem com isso e tem pessoas que a situação deixa ela assim , é uma doença sem cura, a pessoa fica com pensamento embaraçado no inicio. Muita gente me chama de doido desde novo, mas eu não levo a mal não, sei lá com esse problema de esquecimento,</p>

	<p>idade,devido o número excessivo de pacientes iam exterminando, essas pessoas tinham problema o desprezo da família, quase o que eu sinto hoje das minhas tias,não é o desprezo de não falar mais é cada um em sua vida, coisa de louco mesmo, eles próprio queriam se matar, assinavam um termo, o próprio paciente para que se matassem , pois não agüentavam mais tanto sofrimento. eles sabiam que tinha tratamentos melhores, mas queriam continuar ali fugindo da vida,, dos seus problemas , ai que é a loucura mesmo, pagavam para estar ali, só quem sabiam que funcionavam era os cliente e os funcionários,os de foram viam as cruces mais não sabiam o que significava. E tantos os profissionais como os clientes achavam que era melhor maneira. A loucura disso tudo não é o comportamento, nem o sofrimento, e simplesmente o meu desenho! Uma loucura! D Uma pessoa que ver um carro e não para,uma pessoa que fazem gestos que não é normal, fica gritando, e tem pessoas que nascem com isso e tem pessoas que a situação deixa ela assim D Muita gente me chama toda vida desde novo, pessoal só me chama de doido, mas eu não levo a mal não, sei lá com esse problema(esquecimento, ataque de raiva e choro) que eu sinto, não posso dizer se é ou não é, doidiça, tem que fala que pode ser uma depressão, tem dia as vezes estou mais a vontade mas tem hora que não e já tomo remédio a muito tempo, e a tendência é os remédios aumentar, quando tenho um aperreio, meu sobrinho morreu mas eu não dei uma crise, não sai dos sentidos, D Uma pessoa quebra o copo, as coisas, arranca os cabelos, pois são doidas, não tem consciência, é uma doença sem cura, a pessoa fica com pensamento embaraçado no inicio. D</p>	<p>ataque de raiva e choro que eu sinto, não posso dizer se é ou não é, doidiça, tem que fala que pode ser uma depressão, tem dia as vezes estou mais a vontade mas tem hora que não e já tomo remédio a muito tempo, e a tendência é os remédios aumentar, quando tenho um aperreio, mas agora meu sobrinho morreu mas eu não dei uma crise, não sai dos sentidos.</p> <p>Vou contar uma história, era uma vez um manicômio nas montanhas, bem florido, arborizado, cheio de mato, só que tinha unas cruces que dizia um afastamento para que ninguém se aproximasse, só aqueles que estavam se tratando, pessoas se tratando de problemas sérios, não se socializam com as pessoas, comportamentos muito agressivos, ninguém pensava no que se passava dentro do manicômio, enfermeiros que faziam as pessoas sofrerem, quem entrava lá tinha uma guilhotina, eram mortas com requintes de crueldade, ao chegar em uma certa idade, devido o número excessivo de pacientes iam exterminando, essas pessoas tinham problema o desprezo da família não é o desprezo de não falar, é o de cada um em sua vida.Coisa de louco mesmo, eles próprio queriam se matar, assinavam um termo, o próprio paciente para que se matassem , pois não agüentavam mais tanto sofrimento, eles sabiam que tinha tratamentos melhores, mas queriam continuar ali fugindo da vida,, dos seus problemas , ai que é a loucura mesmo, pagavam para estar ali, só quem sabiam que funcionavam era os cliente e os funcionários, os de foram viam as cruces mais não sabiam o que significava. E tantos os profissionais como os clientes achavam que era melhor maneira. A loucura disso tudo não é o comportamento, nem o sofrimento, e simplesmente o meu desenho a minha história , uma loucura!</p>
<p>E doidiça pensar em morrer ou se matar (2)</p> <p>UMA PESSOA SEM PLANOS, SEM SENTIDO DE VIDA</p>	<p>pensando besteiras, pensar negativo, desenhei uma pessoa pensando em uma saída, em se matar, suicidar. E uma pessoa que tenta tirar sua própria vida é uma doidice, acho que daí a pessoa tem que arrumar uma coisa para começar se tratar, procurar um psiquiatra, um psicólogo, como aqui o caps, E</p>	<p>UMA PESSOA SEM PLANOS, SEM SENTIDO DE VIDA</p> <p>Uma pessoa pensando besteiras, pensar negativo, desenhei uma pessoa pensando em uma saída, em se matar, suicidar-se.</p> <p>Tentar tirar sua própria vida é uma doidice, acho que daí a pessoa tem que</p>

		arrumar uma coisa para começar se tratar, procurar um psiquiatra, um psicólogo, como aqui o CAPS.
F cachaça provoca doidiça (1) ALCOOLISMO	esse homem com o litro de celular na mão pois quando eu tinha minhas depressões eu cometia minhas doidices devido a cachaça. o CAPS é muito importante para minha melhora, graças a Deus e os profissionais do CAPS a gente anda bem limpinho. E a doidice para mim é não tomar remédio, a pessoa entra em crise, fica fora de si, primeiramente anda sem tomar banho, incomoda os outros, não tem controle na vida, eu como tomo meus remédios fico ageitado entro em qualquer ambiente e sou tratado com respeito como qualquer outra pessoa F	ALCOOLISMO Pensei em um homem com o litro de celular na mão, pois quando eu tinha minhas depressões eu cometia minhas doidices devido a cachaça. Também é doidice para mim é não tomar remédio, a pessoa entra em crise, fica fora de si, primeiramente anda sem tomar banho, incomoda os outros, não tem controle na vida, . O CAPS é muito importante para minha melhora, graças a Deus e os profissionais do CAPS a gente anda bem limpinho. Toma os remédios fico ageitado entro em qualquer ambiente e sou tratado com respeito como qualquer outra pessoa .