

# O adoecimento mental: percepções sobre a identidade da pessoa que sofre

Yanna Cristina Moraes Lira Nascimento<sup>(a)</sup>  
Mercia Zeviani Brêda<sup>(b)</sup>  
Maria Cicera dos Santos de Albuquerque<sup>(c)</sup>

Nascimento YCML, Brêda MZ, Albuquerque MCS. Mental illness: perceptions regarding sufferers' identities. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(54):479-90.

The perceptions that women followed up at psychosocial care centers have about themselves, other people and society, in view of their mental illness, were addressed. The influence that this service had on their identities was examined. This was a qualitative, descriptive study using topical life histories. Data were gathered through interviews, direct observation and a field diary. Thematic analysis was interpreted using Goffman's framework. The results revealed that these women's perceptions of identity differed from before to after their mental illness. They perceived that their families were distant from them, with difficulty in dealing with the illness; that professionals were welcoming; and that psychosocial centers contributed towards reconstruction and expression of identities, thereby promoting self-knowledge, guidance and emotional support. However, they saw that the service lacked refinement of actions for ensuring rights and investment in new aid strategies with the capacity to defend possible identities that are flexible and adaptable.

**Keywords:** Personal identity. Mental health services. Mentally ill individuals. Psychological stress.

Trata-se das percepções que mulheres acompanhadas em Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) têm sobre si, sobre o outro e sobre a sociedade diante do adoecimento mental; analisam-se influências que este serviço exerce sobre suas identidades. Estudo qualitativo, descritivo; utilizou-se história de vida tópica. Coleta de dados com entrevista, observação direta, diário de campo. Análise temática interpretada pelo referencial de Goffman. Resultados revelam que as mulheres apresentam percepções diferentes da identidade antes e após o adoecimento mental; que percebem a família distante com dificuldades em lidar com o adoecimento; que observam profissionais acolhedores e um CAPS que contribui para a reconstrução e expressão de identidades e que promove autoconhecimento, orientação e apoio emocional. Entretanto, percebem que o serviço carece de refinamento das ações para garantia de direitos e investimento em novas estratégias de ajuda capazes de defender identidades possíveis, flexíveis e adaptáveis.

**Palavras-chave:** Identidade própria. Serviços de Saúde Mental. Pessoas mentalmente doentes. Estresse psicológico.

<sup>(a,b,c)</sup> Escola de Enfermagem e Farmácia, Universidade Federal de Alagoas. Campus A.C. Simões, Av. Lourival Melo Mota, s/n, Tabuleiro dos Martins. Maceió, AL, Brasil. 57072-900.  
yanna\_cristina@hotmail.com;  
merciazb@gmail.com;  
cicera.albuquerque@hotmail.com

## Introdução

O presente estudo busca compreender como a identidade de mulheres, em processo de adoecimento psíquico e acompanhadas em serviços de saúde mental, é (re)construída e revelada por meio de suas percepções sobre si, sobre o outro e sobre a sociedade.

Dá-se o nome de Identidade ao conjunto de traços, imagens e sentimentos que uma pessoa reconhece como fazendo parte de si mesma<sup>1</sup>. A descoberta de sua identidade depende dela própria e das negociações que faz com os outros, ocorridas em dado momento e determinado contexto<sup>2,3</sup>. É metamorfose e se constitui historicamente, uma vez que o ser humano se (re)constrói constantemente no decorrer de sua vida, sendo, ao mesmo tempo, ator e autor de sua história, um ser de possibilidades<sup>4</sup>.

Assim, apesar de essa construção da identidade ocorrer, na contemporaneidade, em grandes arenas de insegurança que se entrecruzam – nas quais a vida está atrelada à dinâmica de uma economia capitalista globalizada e interligada a um ambiente de risco institucionalizado e permanente –, viver e sobreviver nessa conjuntura possibilita que seja mutável, flexível e adaptável<sup>5,6</sup>.

Para melhor entendimento, Goffman a conceitua em suas três dimensões: social, pessoal e do eu. A identidade social é aquela definida por pessoas que não conhecem a pessoa em questão, e o que sabem a seu respeito é o que escutaram, ou o que foi permitido socialmente conhecer pela observação do contexto que frequentam, ou dos ancestrais que possuíram, ou por informações de terceiros. A identidade pessoal, por sua vez, é formada com base no que se constrói a respeito das pessoas, por meio das suas histórias de vida. Quanto à identidade do eu, é permitida à própria pessoa construí-la; trata-se de uma identidade mais íntima, assemelha-se à essência do indivíduo, como ele mesmo se identifica<sup>7</sup>.

Nesse sentido, apreender as percepções que as mulheres objeto desta pesquisa têm sobre si, sobre o outro e a sociedade em que vivem, evidencia como suas identidades são (re)construídas e reveladas nos novos dispositivos de saúde denominados Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em que a atenção em saúde se pauta na valorização das singularidades, inclusão social e superação dos estigmas.

Para tanto, estabeleceu-se alcançar os seguintes objetivos: 1 Apreender as percepções que mulheres acompanhadas em Centro de Atenção Psicossocial têm sobre si, sobre o outro e sobre a sociedade diante do adoecimento mental, e 2 Analisar as influências que o acompanhamento oferecido por esse órgão exerce sobre suas identidades.

Este estudo favorece a reflexão acerca da influência do adoecimento mental sobre a identidade, anteriormente deteriorada nos manicômios, e solicita a retomada de discussões sobre o propósito dos novos serviços de saúde mental.

## Método

Pesquisa qualitativa e descritiva considerando a natureza, complexidade e necessidade de aprofundamento do objeto de estudo. Optou-se pelo método da pesquisa social porque possibilita a compreensão da simultaneidade das diferentes culturas e tempos num mesmo contexto de realidade social, que considera o ser humano em sociedade, nas suas relações e produção simbólica<sup>8</sup>.

Para investigar o sentido da experiência humana, utilizou-se, como técnica de pesquisa, a história oral de vida, privilegiando a história de vida tópica que considera determinada etapa, segmento ou setor da vida pessoal do sujeito como protagonista da vida social e da sua subjetivação<sup>8</sup>.

O estudo foi realizado em CAPS tipo II, numa capital da Região Nordeste que atende pessoas com transtornos mentais severos, com a participação de quatro mulheres com idade entre quarenta e 51 anos, que estavam sendo acompanhadas nessa unidade de tratamento psicossocial.

Para a seleção dos sujeitos, inicialmente, agendou-se a ida ao serviço, onde foi apresentada a proposta do estudo aos profissionais e usuárias. Em seguida, foram agendadas entrevistas com aquelas que concordaram em participar. Foram incluídas mulheres que, clinicamente, no momento do contato inicial e da entrevista, não apresentavam alterações cognitivas de pensamento, senso-percepção, memória e comunicação.

As informações foram produzidas durante três meses a partir da triangulação da entrevista em profundidade, realizada individualmente, registrada com câmera digital, como, também, da observação direta e das anotações em diário de campo. A entrevista foi aberta e em profundidade, auxiliada por um roteiro invisível, que orientou o rumo das falas. As mulheres expressaram-se livremente e para tal foi proporcionado um ambiente de entrevista favorável as suas diversas emoções.

As questões éticas foram consideradas e observadas, sendo o projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Alagoas. Todas as entrevistadas assinaram os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido para, então, se iniciarem as entrevistas.

O material produzido foi tratado pela análise temática<sup>8,9</sup>, por meio das informações da observação direta e do diário de campo como complemento da análise.

Para a operacionalização da análise, a gravação foi ouvida várias vezes, seguida da edição integral de todas as entrevistas, incluindo hesitações, risos, choros, silêncios e estímulos do entrevistador, deixando, na margem da folha da transcrição, espaço para anotações. Em seguida, realizou-se leitura fluente com exploração do material, codificando-o a partir da transformação dos dados brutos dos textos recortados, agregados e enumerados em unidades de registro que permitiram a compreensão do conteúdo. As unidades de registros foram organizadas em um quadro, respeitando a sequência das informações guiadas pelos objetivos, facilitando, assim, a operação classificatória das categorias<sup>9</sup>. Para análise destas categorias, foram utilizados o referencial teórico de Erving Goffman<sup>7,10</sup> e autores que abordam a reabilitação psicossocial.

## Resultados

A realização desta pesquisa, por meio do mergulho na história das mulheres pesquisadas, favoreceu compreender diferentes formas de construção de suas identidades, e modos de ser e de interagir com o mundo a partir do adoecimento psíquico.

As histórias de vida a partir dessa experiência revelaram cinco categorias temáticas:

### Percepção da minha identidade: antes do adoecimento

Ainda em tenra idade, as mulheres entrevistadas já apresentavam sofrimento acentuado; fazia parte de suas vidas o medo intenso decorrente de experiências traumáticas, em que a possibilidade de um futuro adoecimento mental se configurava, sem que fosse reconhecida por seus cuidadores.

“[...] Tudo começou quando eu tinha uns 12 anos e vi uma mulher se jogar debaixo de um trem, aquilo foi um impacto, naquela época eu ainda tinha meus pais, mas ninguém se incomodou comigo, não procuraram tratamento e eu fiquei com aquele medo de trem”. (E4)

Vida de violência doméstica e conjugal, humilhações, medo e perdas de pessoas, de emprego, de independência financeira, de valores autonômicos, de dignidade, de privacidade e de respeito – fatores que exigiam adaptações às adversidades.

“[...] Meu filho foi preso. Assassinado... Quando ele estava no presídio era aquela humilhação, tristeza e angústia; primeiro dava o nome, depois tudo que você levava era mexido para ver se tinha alguma coisa, depois tinha que tirar a roupa, isso tudo doía”. (E3)

“[...] Meu marido bebia muito, amarrava meus filhos, batia muito em mim e neles com corrente de bicicleta, quebrava cabo de vassoura em mim, me acordava com água gelada, botava para correr por baixo de faca e tudo isso suportava porque não tinha para onde ir, não tinha a quem recorrer”. (E4)

Assim, a experiência de sofrimento mental antecede o diagnóstico psiquiátrico e a procura por serviços, sofrimento este que delineou a construção das identidades das mulheres.

### **Percepção da minha identidade: após o adoecimento**

O processo de adoecimento traz sérias implicações para a identidade, tais como: baixa autoestima, perda de habilidades laborativas e de mobilidade, capazes de gerar sentimentos de incapacidade para o trabalho e autocensura que ratificam estigmas.

“[...] Não tenho mais paciência de trabalhar, já trabalhei muito, mas hoje não consigo nem pegar ônibus direito, tem dia que estou bem, tem outros que não. Quando eu era nova a firma ainda me empregava, mas agora quem vai me querer com os meus problemas? Querem não”. (E1)

“[...] É como se tivesse tudo acabado, eu não tenho mais vontade de trabalhar, não tenho paciência. Eu estava vendendo fruta antes de vir para cá, mas comecei a perder dinheiro, não sabia passar troco (começou a chorar)”. (E4)

Das quatro entrevistadas, uma trabalhava e as outras três dependiam de benefício financeiro do governo. E uma destas três revela:

“[...] Não gostei de ser aposentada; esse dinheiro eu ajoelho e agradeço, mas não sei nem gastar, não suei para conseguir. É um dinheiro que vem do governo, mas não é bem vindo, eu gasto, mas gasto travada, porque eu não trabalhei para ganhar”. (E2)

A condição de beneficiária gera conflito com sua concepção de trabalhadora e mérito para recebimento da aposentadoria.

Viver o adoecimento mental pode levar a mulher: a valorizar mais as coisas simples e as pessoas queridas, a acessar a sua força, a reconhecer o seu limite e a ressignificar as situações ocorridas em sua vida.

“[...] Aprendi a valorizar mais as coisas, as pessoas, a minha mãe... Eu hoje me sinto uma pessoa mais responsável. [...] Eu descobri que não sou tão fraca como pensava, nem tão forte [...]. Eu aprendi que das coisas ruins a gente deve espremer e tirar alguma coisa boa, a vida não é fácil para ninguém”. (E3)

A percepção de si, após o adoecimento, pode levar a construção da sua identidade a dois caminhos: como perda de capacidades ou como ressignificação da vida. Resumindo, as percepções sobre si tanto influenciam como são influenciadas pela percepção que o outro possui sobre sua identidade.

### **Percepção do outro sobre minha identidade: como o outro me vê após o adoecimento?**

Para as entrevistadas, as outras pessoas confundem a pessoa em seu sofrimento mental com o estigma da loucura; associam todo seu funcionamento cotidiano ao estado permanente da enfermidade. E o medicamento é sugerido como controlador de comportamentos considerados indesejáveis.

“[...] Eu não podia fazer nada que diziam: - É a louca! E isso me irrita. Outra vez disseram: - Já tomou seu remédio hoje? Isso até hoje magoa, mas eu aprendi a lidar”. (E3)

O estigma permeia as relações quando a identificam por meio da informação socialmente relacionada ao serviço que frequenta.

“[...] Outro dia disseram: - Ela vem do CAPS, ela vem dos doidos. E eu disse: - Dos doidos não! Venho dos meus amigos, não são doidos, são pessoas iguais a vocês. - Ah mulher, tu é doída mesmo! [...] Eu tiro por mim mesma, se eu fizer uma brincadeira, justificam logo: essa peste é doída!”. (E3)

A frase “ela vem dos doidos” reflete identidades sociais já construídas e cristalizadas. Entretanto, o fato de nem sempre as pessoas perceberem quem possui o transtorno mental, a menos que estejam em crise ou tragam algumas informações sobre seu tratamento, muitas vezes, as protegem de internalizar, acessar ou sentir o preconceito. Assim, a doença tem a possibilidade de ser socialmente invisível em diversas situações, o que pode ser positivo para a não-disseminação do estigma e da instalação da discriminação.

Quando o estigma é sentido...

“[...] Até agora minha filha nunca me chama para uma festinha que vai com o marido e as filhas, eu sinto que ela tem vergonha de mim. Ela acha que eu não me comporto bem nos cantos, mas eu me comporto direitinho”. (E1)

Essa experiência revela quanto os familiares estão também permeados pelo preconceito, e como isto pode contribuir para o distanciamento no que se refere ao convívio social em comum, quando o ente apresenta quadro de transtorno psíquico.

Por outro lado, a maneira como percebem o outro resultará na mesma maneira como serão percebidas; se disponibilizam afeto implica recebê-lo de volta também.

“[...] Se o vejo com respeito, também sou respeitada; se amo, também sou amada”. (E2)

Há o entendimento de que a relação com outra pessoa dependerá da forma como se comportam e expressam sentimentos ao outro.

### **Percepção da identidade do outro: como os vejo?**

Tal percepção dependerá das pessoas que estarão sendo submetidas às suas observações: se sofre mentalmente, se não sofre mentalmente, se é da família de quem sofre ou dos profissionais que cuidam.

Em relação à identidade das pessoas que sofrem mentalmente e frequentam o CAPS, a percepção é de que esses serviços são importantes fontes de apoio e suporte emocional. Está presente a compreensão de que todo ser humano é passível de adoecer e pessoas com problemas semelhantes podem ser exemplos de superação e motivação, mesmo as mais debilitadas possuem potencialidades a serem acessadas.

“[...] Vendo pessoas que tinham os mesmos problemas que eu. Fui melhorando”. (E2)

“[...] Sinto-me melhor com pessoas com transtorno, porque me entendem”. (E1)

Ao mesmo tempo em que se sentem seguras e compreendidas no serviço que frequentam, uma delas identifica a dependência com o serviço,

“[...] Eu os percebo super dependentes daqui [CAPS]. Acho que tem gente que tem medo de sair daqui, porque se sentem mais confortáveis em poder conversar um com o outro. Eles têm

o acolhimento, a conversa que não têm em casa. Aqui se abrem mais, brincam, mostram o que são. Porque se forem desabafar em casa e chorar, a família vai achar que tá em crise e logo interna. Não pode fazer uma coisa que é crise, se chorar é crise, se rir é crise". (E3)

Assim, embora não seja a proposta do CAPS, nele se constituem relações de dependência que solicitam análise, ainda que possibilite expressões mais livres de quem o frequenta em busca de cuidados em seu adoecimento.

É o caso desta entrevistada que relata sentir-se aceita, acolhida e compreendida pelos profissionais:

"[...] Eu acho os profissionais daqui muito carinhosos, pelo menos comigo e com todos é aquela preocupação". (E4)

Quando se trata da família, os depoimentos das mulheres revelam distanciamento das suas necessidades de atenção. Segundo estas, as famílias não entendem o sofrimento psíquico, não interagem com os profissionais do serviço e não frequentam as reuniões em que as orientam a lidar com um familiar adoecido.

"[...] O CAPS se esforça, mas é justamente isso que falta: a família interagir. Quando entrei aqui trouxe meu irmão como responsável, mas ele nunca veio para uma reunião de família. [...] Marido, pai, mãe, filho, irmão tem que comparecer mais. Uma vez eu peguei um ônibus e a pessoa disse: - Deixe-a sentar que ela tem problema mental! Precisa dizer? Alguém perguntou?". (E3)

Para as entrevistadas, isso ocorre porque as pessoas que não possuem o transtorno mental são preconceituosas, têm medo, preferem não procurar atenção em saúde mental para não enfrentarem o estigma social ou o autoestigma.

"[...] Acho-as preconceituosas, têm medo. Estou cercada de pessoas problemáticas que não procuram o tratamento! Então, as vejo com medo de sofrer preconceito, porque acham que se procurarem tratamento as pessoas vão dizer que é 'louca'". (E3)

Assim, o que se percebe no outro, seja familiar, amigo ou profissional do CAPS, é a confirmação de uma identidade permeada de estigmas.

### **A identidade construída no CAPS: quais influências sobre mim?**

Além das influências citadas, estar no CAPS, para elas, é sentir-se livre para expressar suas identidades, aquele sendo local de autoconhecimento, aprendizado e apoio emocional.

"[...] Aqui [no CAPS] eu me sinto forte. Porque se eu não tivesse esse apoio psicológico e físico aqui, eu não saberia controlar as situações que passo lá fora". (E3)

Contudo, considerando as informações sobre seus diagnósticos, o serviço não tem promovido esclarecimentos desejados, comprometendo o direito de ser claramente informado.

"[...] Recebi esta aposentadoria com a história do código F20, mas nunca me disseram se era uma depressão, uma esquizofrenia...". (E2)

No que diz respeito ao atendimento grupal, as entrevistadas relatam liberdade de participar ou não, contudo, queixam-se de ser exclusivo.

"[...] Não te obrigam e obrigam ao mesmo tempo a participar, porque se você sai e só tem aquela opção, você não vai ficar sozinha". (E2)

Uma questão trazida é a dificuldade de manutenção dos vínculos construídos entre usuários, pela mobilidade dos participantes dos grupos, gerando silêncios desfavoráveis ao processo de recuperação.

"[...] Hoje eu converso menos, porque não dava para ficar falando de minha vida para pessoas que eu nunca vi. Formavam o grupo e sempre tinham pessoas diferentes. Porque ao sair na rua, um que tinha recebido alta, perguntava: - E aquele problema? Aí pensei acho que estou contando minha vida demais. Então aprendi a falar menos, e não contar tudo que passa em casa". (E2)

Outra situação é a ausência de salas de descanso, ambiente adequado e climatizado, sem o necessário conforto e privacidade.

"[...] Uma coisa que estranhei aqui foi não ter o dormitório... quando se quer dormir, dorme-se no banco". (E2)

A situação se agrava quando há falta de medicamentos, de lanche, atrasos no horário da refeição e deslocamento dos recursos.

"[...] Ontem mesmo passei mal porque estava faltando remédio". (E1)

"[...] Eles dão lanche na medida do possível. Eu vejo o pessoal reclamando que é um lanchinho fraco, que poderia ser melhor. Eu almoçava aqui antes e a comida era boa, mas, eu não gostava do horário, às vezes atrasava muito". (E2)

"[...] O Ministério Público deu um prazo, mas os gestores não fizeram nada. Eu gostaria que fosse uma gestão mais transparente, que dissesse qual a verba que vai para o CAPS, quanto é destinado para a alimentação; porque material de Terapia Ocupacional tem lá na Secretaria, mas nunca chega ao CAPS [...]". (E3)

Analisa-se que o acompanhamento do CAPS tem influenciado positivamente a construção e reconstrução da identidade das mulheres entrevistadas. Tem possibilitado o convívio, a troca, a livre expressão, o carinho e a atenção, ainda que careça de refinamento das ações, contudo segue na direção da garantia de direitos.

## Discussão

Apreendeu-se, nesta pesquisa, a construção da identidade da pessoa em seu adoecimento mental a partir da percepção que as mulheres entrevistadas têm sobre si, sobre o outro e sobre a sociedade, antes e após o adoecimento, no campo familiar e no CAPS.

A identidade percebida antes do adoecimento foi oriunda de trajetórias de vida marcadas por sofrimentos que antecederam ao tratamento, e a violência doméstica foi fortemente evidenciada nas biografias das participantes. Violência que altera a construção da identidade, em que, muitas vezes, a manutenção de um relacionamento se dá por medo, por dependência financeira ou insegurança diante das ameaças feitas pelo parceiro, levando a vítima a suprimir suas vontades e desejos, ferindo sua identidade, violando seu modo de ser e existir<sup>11,12</sup>. Nessas situações, inicia-se o processo de "mortificação do eu", de forma semelhante à que foi descrita por Goffman<sup>10</sup>.

A violência doméstica produz sequelas nocivas ao desenvolvimento do eu. É comum mulheres, nessa situação, usarem, abusivamente, medicamentos, apresentarem pensamentos suicidas,

depressão, insônia, pesadelos, ansiedade, dificuldade de tomar decisões; além de as crianças expostas apresentarem maior probabilidade de se tornarem vítimas de maus-tratos, quando comparadas a crianças cujas famílias não vivenciam esse fenômeno, o que as torna mais suscetíveis a adoecimentos<sup>13</sup>. “Sofrer algum tipo de violência, seja em um evento único ou de modo contínuo e duradouro, passa a ser parte da experiência de vida dos sujeitos vitimizados [...] e isto tem implicações que repercutem na construção de identidade”<sup>14</sup> (p. 518).

Tais achados convergem para o fato de o transtorno mental guardar profunda relação com uma trajetória de vida desumana, em que diferentes perdas, como de pessoas ou valores significativos, têm contribuído na construção da percepção das mulheres sobre si: estigmatizadas conforme compreende Goffman, sentindo-se incapazes para o trabalho<sup>7</sup>.

O estigma para Goffman é um conjunto de atitudes negativas, crenças, pensamentos e comportamentos que influencia a pessoa ou o público em geral ao medo, a rejeição e a discriminação<sup>7</sup>. Ele se manifesta na linguagem, no desrespeito nas relações interpessoais e nos comportamentos<sup>15,16</sup>.

Ainda sobre a percepção estigmatizada, as participantes revelam perdas de habilidades afetivas, como o baixo nível de tolerância e de motivação, que dificultam o reconhecimento da capacidade produtiva. Notou-se, também, o desconforto de uma das participantes em receber um benefício, disponibilizado pelo governo federal, por possuir um diagnóstico de transtorno mental. Para a participante, receber “dinheiro” sem que houvesse esforço para consegui-lo a faz adquirir a identidade de alguém a quem só restou uma única opção para ter acesso a alguns recursos, a de assumir um novo status: o de doente mental.

Por outro lado, algumas delas percebem que reinterpretar situações de elevado estresse favorece o surgimento de novas formas de lidar com o adoecimento, tornando-as mais resilientes. Resiliência que possibilita enfrentar os riscos das exigências cotidianas, capacidade humana de fazer frente às adversidades da vida, transformando-as e criando novas alternativas vitais<sup>17,18</sup>. A pessoa estigmatizada, na perspectiva de Goffman, pode identificar as privações que sofreu como uma bênção, especialmente devido à crença de que o sofrimento muito pode ensinar<sup>10</sup>.

Em relação a como as pessoas as percebem, o grupo estudado compreendeu que a sociedade tem uma percepção errônea sobre o transtorno mental; que as julgam incapazes de dizer a verdade, perigosas, estranhas ou espertas demais por fazerem valer seus direitos em diversas situações. Acreditam que são desvalorizadas porque “tomam remédio controlado”.

O “remédio” passa a ser um signo que transmite informação social, cujo significado varia de um grupo para outro<sup>7</sup>. A medicação pode ter diferentes conotações de acordo com a situação em que é usada. No caso de pessoas em atendimento psicossocial, que a consomem diariamente, é dado um significado estigmatizado, em contraponto àqueles que fazem uso esporadicamente para alívio de estresse, perdas, entre outros.

O estigma, segundo Goffman, oculta uma dupla perspectiva: quando a característica distintiva do estigmatizado já é conhecida, assume a condição de desacreditado; quando não é conhecida, assume a condição do desacreditável<sup>7</sup>.

Nesse aspecto, quando as participantes do estudo não escondem seu *status* de pessoa que sofre mentalmente, tornam-se desacreditadas. A partir de então, passam a não ter tanta credibilidade, sobretudo quando dão informação, reivindicam algo ou expressam o que sentem. Por possuírem características diferentes das esperadas, são tolhidas de revelar suas outras características<sup>7,15</sup>. Assim, a palavra “doido” aparece nas falas carregada de descrédito.

Em relação à percepção das participantes frente às outras pessoas, referem sentirem-se melhores com as pessoas que possuem transtorno, o que parece estar relacionado à liberdade de poderem expressar e ser o que realmente são, uma consequência da escolha da companhia de quem tem estigmas semelhantes<sup>7</sup>. Os alinhamentos intragrúpicos ou a tendência a se estratificarem com os seus pares, parece dar-lhes mais segurança e compreensão.

Entretanto, o fato de se sentirem melhores com os pares e permanecerem no dispositivo CAPS como proteção às adversidades da vida, reforça relações de dependência com o serviço. Para reabilitar, a proteção inicial faz-se necessária, mas, em seguida, essas pessoas deveriam ser inseridas na rede

social e no mercado de trabalho. Um caminho possível é fortalecer a capacidade de lidar consigo mesma, com o outro e suas escolhas, favorecendo um viver em sociedade em que a troca afetiva, relacional, material, habitacional e/ou produtiva esteja presente<sup>19,20</sup>.

Observou-se que o sentir-se segura relaciona-se à construção de vínculos entre usuárias e profissionais, sobretudo quando estes se mostram afetuosos, dispostos a adotar e compartilhar a compreensão de que a pessoa que sofre psiquicamente é humana, o que possibilita a construção da relação de confiança que fornece apoio e conforto<sup>7,15</sup>.

Em relação às famílias, a percepção é de que há despreparo do familiar para ser protagonista da reabilitação social das pessoas em sofrimento mental. Estudos reforçam que a família precisa receber orientações e suporte para melhor elaborar seus sentimentos, reorganizar e reordenar seus papéis diante da realidade do transtorno mental<sup>21</sup>.

O fato de o familiar tornar público que está acompanhado de uma pessoa com transtorno mental, sem intenção de prejudicá-la e com o intuito de proteger, promove e reforça estigmas sociais que colaboram para a construção de uma identidade social virtual de uma pessoa diferente e que pode ser perigosa, sendo responsável por resgatar sentimentos de medo, piedade ou de repugnância da população para com o estigmatizado<sup>20</sup>. Nem sempre o estigma será evidente, e, em algumas ocasiões, será necessário optar por ocultar informações, para não cair em descrédito<sup>7</sup>.

O estigma afeta, também, pessoas que nunca receberam diagnóstico de doença mental, pois dois terços de indivíduos em sofrimento mental que poderiam se beneficiar dos serviços psiquiátricos não optam por acessá-los, para não adquirirem rótulos que os identifiquem como diferentes, como loucos<sup>22</sup>. É interessante citar que os que evitam ser rotulados são aqueles conscientes do estereótipo. Estes até concordam com os preconceitos que eles carregam. No entanto, são fortemente inclinados a não aplicar estigmas a si mesmos e tentam evitar a participação em qualquer grupo que poderia dar-lhes tal rótulo.

Quanto às influências do CAPS sobre a identidade, percebeu-se que este serviço oferece condições para que os usuários se manifestem sem estarem expostos ao julgamento. No entanto, certas decisões ou mudanças ainda ocorrem no CAPS sem o envolvimento, esclarecimento, opinião ou concordância dos mesmos.

O acompanhamento em dispositivos como os CAPS, por si só, não garante a concepção de uma clínica antimanicomial, semeadora de processos de inclusão social. Para que isto ocorra, é crucial investir na atitude ética e comprometida dos profissionais da saúde frente às suas práticas<sup>23</sup>.

É necessária a compreensão do modelo psicossocial de atenção, que leva em consideração os direitos dos sujeitos, formas de organização das relações dentro e fora do serviço, em que se preservam relações horizontais de poder, relacionamento e compromisso ético com os usuários e a população<sup>23</sup>.

Desse modo e considerando-se o contexto sócio-histórico-psíquico-biológico e cultural em que tais processos ocorrem, haverá uma contribuição com o processo de inclusão social das mulheres entrevistadas destacadas pelos estereótipos como diferentes.

Nesse sentido, no contexto em que esta investigação se realizou, torna-se claro que o modelo psicossocial encontra-se em momento de transição, e que há melhorias que o serviço CAPS precisa alcançar. Há insuficiente disponibilização de investimentos nos serviços oferecidos por essa unidade de tratamento psicossocial, visíveis pela falta de medicamentos, ambiente precário que não preza pela privacidade ou conforto, carência de profissionais de referência e realização de atividades que respondam às necessidades singulares e subjetivas dos usuários.

Assim, nesse espaço de atenção em saúde, tais identidades sofrem os efeitos dos estigmas, socialmente reforçados pela desinformação, rejeição de familiares, incapacidade produtiva, ambiente desfavorável do serviço, que os achados de Goffman retratam, mas que, ao mesmo tempo, têm favorecido a construção de uma identidade em que as relações de ajuda mútua, de liberdade de expressão, de valorização da diferença e de aprendizados adquiridos na experiência de dor estão sendo garantidas.

## Conclusão

Esta investigação resgatou histórias de vidas carregadas de sofrimento, e revelou que as mulheres pesquisadas tiveram violados os modos de ser e existir antes mesmo da procura de um serviço de saúde. Hoje, após o adoecimento mental, elas percebem-se com baixa tolerância aos problemas, baixa autoestima, elevada autocensura, consideram-se anormais, um incômodo para seus familiares. E, ao mesmo tempo, esse adoecimento tem se revelado em oportunidade para amadurecimento, tornar-se responsável, valorizar mais as coisas simples e as pessoas queridas e ressignificar as experiências e dores vividas.

Na percepção do grupo estudado, as pessoas, em geral, não identificam quem têm transtorno mental, ao menos que as informações sociais sejam evidentes; mas, quando percebem ou descobrem, atribuem-lhes identidades de "doidas", "estranhas", "perigosas", "pouco produtivas", "não merecedoras de atenção" e "sabidas" o suficiente para simularem uma doença e conseguirem algum tipo de benefício. E pessoas que não possuem transtorno mental são identificadas como orgulhosas e preconceituosas, ao contrário das pessoas que possuem transtornos e são acompanhadas pelo CAPS, que são identificadas como mais sensíveis, confiáveis, compreensivas, capazes de compartilhar pensamentos e trocar experiências, e ainda fornecem apoio e suporte emocional para os demais que fazem tratamento.

Nesse sentido, o CAPS tem possibilitado às pessoas serem o que verdadeiramente são, a expressarem seus sentimentos e ideias sem julgamento moral, reforçando a construção de uma identidade autêntica e valorizada.

Inúmeras são as influências positivas do CAPS na construção da identidade das pessoas com transtornos mentais, a qual se inicia pela mudança de concepção que o grupo estudado passou a ter, ao mesmo tempo em que se percebe que toda pessoa pode adoecer, que a crise é passageira e que, quando superada, pode-se retornar a cumprir as responsabilidades de uma vida adulta.

Por outro lado, algumas normativas do serviço e formas de abordagem protetora violam a identidade do eu, por induzi-la a adaptar-se às regras ou situações impostas, tais como: a precária estrutura física; a falta de insumos; a rotatividade de profissionais.

Por fim, o contexto social em que as participantes desta pesquisa são cuidadas encontra-se em fase de mudança, de reafirmação do paradigma da desinstitucionalização, em que é preciso investir sem reservas nas pessoas e em seus direitos, sejam elas usuárias, familiares ou trabalhadores de saúde.

Os reflexos do adoecimento sobre a identidade das mulheres foco deste estudo apontam novos desafios e solicitam estratégias de tolerância, cooperação, escuta sensível, ajuda e consideração das potencialidades, capazes de favorecer identidades possíveis, flexíveis, intencionais e adaptáveis.

## Colaboradores

Yanna Cristina Moraes Lira Nascimento e Mercia Zeviani Brêda trabalharam juntas em todas as etapas de produção do manuscrito. Maria Cicera dos Santos de Albuquerque responsabilizou-se pela revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

## Referências

1. Jacques MG. Psicologia Social Contemporânea: livro-texto. 18a ed. Petrópolis: Vozes; 2012.
2. Magalhães RCBP, Cardoso APLB. A pessoa com deficiência e a crise das identidades na contemporaneidade. Cad Pesqui [Internet]. 2010 [acesso 2011 Jun 20]; 40(139):45-61. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cp/v40n139/v40n139a03.pdf>
3. Taylor C. A política de reconhecimento. In: Gutman A, organizador. Multiculturalismo: examinando a política do reconhecimento. Lisboa: Instituto Piaget; 1998. p. 45-94.
4. Ciampa AC. A estória do Severino e a história da Severina. São Paulo: Brasiliense; 2001.
5. Scott A, Wilson L. Valued identities and deficit identities: wellness recovery action planning and self-management in mental health. Nurs Inq [Internet]. 2011 [acesso 2011 Jun 20]; 18(1):40-9. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21281394>
6. Giddens A. Modernidade e identidade. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2002.
7. Goffman E. Estigma: notas sobre manipulação da identidade deteriorada. 4a ed. Rio de Janeiro: LTC; 2008.
8. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12a ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
9. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2009.
10. Goffman E. Manicômios, prisões e conventos. 8a ed. São Paulo: Perspectiva; 2008.
11. Lucena KDT, Silva ATMC, Moraes RM, Silva CC, Bezerra IMP. Análise espacial da violência doméstica contra a mulher entre os anos de 2002 e 2005 em João Pessoa, Paraíba, Brasil. Cad Saude Publica [Internet]. 2012 [acesso 2014 Fev 18]; 28(6):1111-21. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000600010>
12. Narvaz MG, Koller SH. Mulheres vítimas de violência doméstica: compreendendo subjetividades assujeitadas. Psico [Internet]. 2006 [acesso 2012 Out 15]; 37(1):7-13. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/1405/1105>
13. Wallis L. Switching off the cult. Nurs Stand [Internet]. 2007 [acesso 2011 Jun 20]; 21(49):20-2. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17844900>
14. Azevedo LR. Diálogos sobre a noção de vítima e construção da identidade. Interface (Botucatu) [Internet]. 2013 [acesso 2014 Fev 18]; 17(46):515-22. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832013000300002>
15. Martins GCS, Peres MAA, Oliveira AMB, Stipp MAC, Filho AJA. O estigma da doença mental e as residências terapêuticas no município de Volta Redonda, RJ. Texto Contexto – Enferm [Internet]. 2013 [acesso 2014 Fev 18]; 22(2):327-34. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000200008>
16. Gary FA. Stigma: barrier to mental health care among ethnic minorities. Issues Ment Health Nurs [Internet]. 2005 [acesso 2011 Jun 20]; 26(10):979-99. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16283995>
17. Benzoni SAG, Varga CRR. Uma análise de artigos sobre resiliência a partir de uma leitura Kleiniana. Psicol Estud [Internet]. 2011 [acesso 2014 Fev 20]; 16(3):369-78.

Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722011000300004>

18. Sapienza G, Pedromônico MRM. Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. *Psicol Est* [Internet]. 2005 [acesso 2012 Jun 10]; 10(2):209-16. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n2/v10n2a07.pdf>

19. Leão A, Barros S. Inclusão e exclusão social: as representações sociais dos profissionais de saúde mental. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2011 [acesso 2014 Fev 24]; 15(36):137-52. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832011000100011>

20. Saraceno B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: Pitta AMF, organizador. *Reabilitação psicossocial no Brasil*. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 13-8.

21. Borba LO, Guimarães NA, Mazza VA, Maftum MA. Assistência em saúde mental sustentada no modelo psicossocial: narrativas de familiares e pessoas com transtorno mental. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2012 [acesso 2013 Jan 5]; 46(6):1406-14. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342012000600018&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000600018&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)

22. Corrigan PW, Wassel A. Understanding and influencing the stigma of mental illness. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* [Internet]. 2008 [acesso 2011 Jun 20]; 46(1):42-8. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18251351>

23. Pitia ACA, Furegato ARF. O Acompanhamento Terapêutico (AT): dispositivo de atenção psicossocial em saúde mental. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2009 [acesso 2014 Fev 24]; 13(30):67-77. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000300007>

Nascimento YCML, Brêda MZ, Albuquerque MCS. La enfermedad mental: percepciones sobre la identidad de la persona que sufre. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(54):479-90.

Se trata de las percepciones que mujeres acompañadas en el Centro de Atención Psicossocial (CAPS) tienen sobre sí mismas, sobre los demás y sobre la sociedad ante la enfermedad mental; se analizan influencias que este servicio ejerce sobre sus identidades. Estudio cualitativo, descriptivo; se utilizó historia de vida tópica. Colecta de datos con entrevista, observación directa, diario de campo. Análisis temático interpretado por el referencial de Goffman. Los resultados revelan que las mujeres presentan percepciones diferentes de la identidad antes y después de la enfermedad mental; que perciben a la familia distante con dificultades de enfrentar su enfermedad; que observan profesionales acogedores y un CAPS que contribuye a la reconstrucción y expresión de identidades y que promueve el auto-conocimiento, orientación y apoyo emocional. No obstante, perciben que el servicio carece de perfeccionamiento de las acciones para garantía de derechos, inversión en nuevas estrategias de ayuda capaces de defender identidades posibles, flexibles y adaptables.

*Palabras clave:* Identidad propia. Servicios de salud mental. Personas mentalmente enfermas. Estrés psicológico.

Recebido em 11/03/14. Aprovado em 01/11/14.