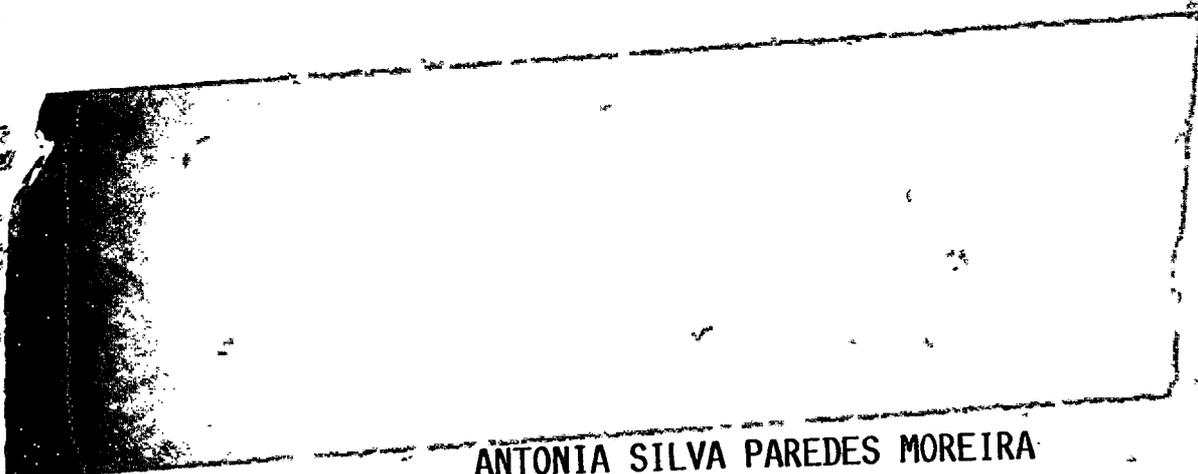


N.º CC ✓

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

BC-040125-X/96

REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA EPILEPSIA



ANTONIA SILVA PAREDES MOREIRA

JOÃO PESSOA - PB

1991

CE/UFPA
316.26 (043)
M 838 JR

1- Psicologia social
2- Atitude - Psicologia

REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA EPILEPSIA

por

Antonia Silva Paredes Moreira

DISSERTAÇÃO

SUBMETIDA COMO SATISFAÇÃO PARCIAL DOS
REQUISITOS PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE

MESTRE EM PSICOLOGIA

DO

CENTRO DE CIÊNCIAS, LETRAS E ARTES

CURSO DE MESTRADO EM PSICOLOGIA

DA

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

João Pessoa

Aprovada:

Bernard Goutiès
(orientador)

Bertha Cruz Enders
(componente da banca)

Marinete Madalena de Oliveira
(componente da banca)

Alba Lins Pessoa
(componente da banca)

Antonia Silva Paredes Moreira



00394/92

Representação social da epilepsia

Dissertação apresentada como exigência parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Social à Comissão julgadora da Universidade Federal da Paraíba.

" Tudo oferece um sentido, senão, nada tem sentido. "

Lévi-Strauss

A você que, mesmo no anonimato, é a razão de ser deste trabalho;

Aos meus filhos: Maria Adelaide, Sérgio Augusto, Aluísio Júnior e Rodrigo, suportes afetivos que me tornaram possível concretizar esta idéia.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Edson Alves de Souza Filho, pela sua orientação amigável e pelo incentivo intelectual, contribuindo para meu crescimento como pessoa;

Ao Prof. Dr. Bernard Goutiêrs, pela orientação deste trabalho;

Às professoras: Dra. Alba Lins Pessoa e Maria Iracema Tabosa da Silva, por terem acrescentado suas amizades e profissionalismo;

Ao corpo docente, aos funcionários de apoio e às minhas colegas do Curso de Mestrado em Psicologia Social do Departamento de Psicologia;

A todos os outros que contribuíram para o desenvolvimento deste trabalho.

Todos esses agradecimentos me fazem compreender que um trabalho científico não é uma tarefa individual, mas sim produto coletivo.

ÍNDICE DE TABELAS

- Tabela nº 1 - Distribuição da idade, segundo o sexo e o estado civil de epiléticos (GRUPO I)
- Tabela nº 2 - Distribuição da idade, segundo o sexo e o estado civil de familiares de epiléticos (GRUPO II)
- Tabela nº 3 - Distribuição da idade, segundo o sexo e o estado civil de não-epiléticos (GRUPO III)
- Tabela nº 4 - Distribuição da renda familiar, segundo os grupos estudados
- Tabela nº 5 - Distribuição da crença religiosa, segundo os grupos estudados
- Tabela nº 6 - Distribuição do grau de instrução, segundo os grupos estudados
- Tabela nº 7 - Distribuição das categorias, segundo os grupos estudados
- Tabela nº 8 - Distribuição atribuídas às unidades de análise, aos efeitos da epilepsia, segundo os grupos estudados
- Tabela nº 9 - Distribuição atribuídas às unidades de análise, aos efeitos da epilepsia pelo GRUPO I, segundo as variáveis: sexo, estado civil e religião
- Tabela nº 10 - Distribuição atribuídas às unidades de análise, aos efeitos da epilepsia pelo GRUPO II, segundo as variáveis: sexo, estado civil e religião
- Tabela nº 11 - Distribuição atribuídas às unidades de análise, aos efeitos da epilepsia pelo GRUPO III, segundo as variáveis: sexo, estado civil e religião
- Tabela nº 12 - Distribuição atribuídas às unidades de análise, pelos grupos às definições de epilepsia e epiléticos

- Tabela nº 13 - Distribuição atribuídas às unidades de análise, pelo GRUPO I às definições de epilepsia e epiléticos
- Tabela nº 14 - Distribuição atribuídas às unidades de análise, pelo GRUPO II às definições, segundo a renda familiar
- Tabela nº 15 - Distribuição atribuídas às unidades de análise, pelo GRUPO III às definições, segundo a renda familiar
- Tabela nº 16 - Distribuição atribuídas às unidades de análise, pelos grupos às causas da epilepsia
- Tabela nº 17 - Distribuição atribuídas às unidades de análise, pelos grupos às causas da epilepsia, segundo a crença religiosa
- Tabela nº 18 - Distribuição dos valores atribuídos às unidades de análise, pelo GRUPO I às causas da epilepsia, segundo o grau de escolaridade
- Tabela nº 19 - Distribuição dos valores atribuídos às unidades de análise, pelo GRUPO II às causas da epilepsia, segundo o grau de escolaridade
- Tabela nº 20 - Distribuição dos valores atribuídos às unidades de análise, pelo GRUPO III às causas da epilepsia, segundo o grau de escolaridade
- Tabela nº 21 - Distribuição dos valores atribuídos às unidades de análise, pelos grupos aos tratamentos, segundo o sexo
- Tabela nº 22 - Distribuição dos valores atribuídos às unidades de análise, pelos grupos aos tratamentos, segundo a crença religiosa
- Tabela nº 23 - Distribuição dos grupos, segundo o grau de escolaridade
- Tabela nº 24 - Distribuição dos valores atribuídos às unidades de análise, pelos grupos às descrições diversas

ÍNDICE DOS GRÁFICOS

- Gráfico nº 1 - Representação gráfica da renda familiar, segundo os grupos estudados.
- Gráfico nº 2 - Representação gráfica da crença religiosa, segundo os grupos estudados.
- Gráfico nº 3 - Representação gráfica do grau de instrução, segundo os grupos estudados.
- Gráfico nº 4 - Representação gráfica das categorias, segundo os grupos estudados.
- Gráfico nº 5 - Representação gráfica das unidades de análise, aos efeitos da epilepsia, segundo os grupos estudados.
- Gráfico nº 6 - Representação gráfica das unidades de análise, às definições de epilepsia e epiléticos.
- Gráfico nº 7 - Representação gráfica das unidades de análise, às causas da epilepsia, segundo os grupos estudados.
- Gráfico nº 8 - Representação gráfica das unidades de análise, aos tratamentos, segundo o sexo dos grupos estudados.
- Gráfico nº 9 - Representação gráfica das unidades de análise às descrições diversas, segundo os grupos.

S U M Á R I O

RESUMO	X
ABSTRACT	XI
CAPÍTULO I - Introdução	01
Algumas abordagens sobre a epilepsia	01
Considerações sobre representação social	15
Objetivos	32
Questionamentos	38
CAPÍTULO II - Metodologia	39
Tipologia do estudo	39
A escolha dos sujeitos	40
Instrumento de pesquisa	41
A técnica da análise de conteúdo	42
Procedimento	44
Significado dos conteúdos analisados	46
CAPÍTULO III - Resultados	52
Perfil dos entrevistados	53/63
Caracterização das respostas	64
CAPÍTULO IV - Discussão	97
Efeitos da epilepsia	98
Definições da epilepsia	106
Causas da epilepsia	109
Tratamentos	110
Descrições diversas	111
CAPÍTULO V - Considerações finais	137
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	144

RESUMO:

Este trabalho teve como objetivos os de: levantar representações sociais produzidas por epiléticos, familiares e não-epiléticos; verificar os componentes psicossociais relacionados à epilepsia e comparar as representações a fim de permitirem uma compreensão da epilepsia quando esta recobre o sistema cognitivo e simbólico, constituindo, assim, o conjunto de conhecimentos e sua imagem, ao serem vivenciados enquanto epiléticos ou não. Realizamos entrevistas com quarenta e cinco sujeitos, escolhidos com critérios construídos segundo as características, a partir do tipo de epilepsia, idade, convívio (ou não) com esta doença. As informações levantadas foram submetidas a uma análise de conteúdo sistemática e quantitativa, referenciada nas informações apreendidas do discurso dos entrevistados. O procedimento analítico foi direcionado para cinco categorias de representações: efeitos emocionais, definições da epilepsia, causas da epilepsia, tratamentos e descrições diversas, — a partir de uma postura favorável — positiva —, de uma desfavorável — negativa — e de uma postura — neutra. A discussão principal desse estudo incide sobre as orientações, as afirmações apreendidas, passando-nos a tocar o problema da epilepsia a partir de suas experiências pessoais, nos diversos aspectos e suas expectativas a ela. Os entrevistados descreveram a epilepsia como uma doença estigmatizante, levando os portadores à rejeição. O epilético é representado como vítima de uma doença que é biológica e essencialmente social, cuja postura favoreceu um direcionamento negativo para as representações acerca da epilepsia e dos portadores.

A B S T R A C T

This work aims at surveying social representations among epileptics, their relations and non-epileptics; check the psychosocial components related to epilepsy and compared social representations, an understanding of epilepsy when it comprises the symbolic and cognitive system, thus making up the body of knowledge and its image through their experience both as epileptics and non-epileptics. Forty-five subjects were surveyed, their choice being made with criteria according to the characteristics, from the type of epilepsy, age, their acquaintance (or not) with this disease and others. The information gathered were submitted to a systematic and quantitative analysis of content present in the information collected from the subjects interviewed. The analytical procedure was directed to five categories of representations: emotional effects, definition of epilepsy, causes of epilepsy, treatment and several descriptions — starting from a favorable attitude — positive —, an unfavorable one — negative — and a neutral one. The main discussion of this study is based on the information collected, and we started getting interested in the problem of epilepsy from their personal experiences in the various aspects and their expectations towards it. The subjects interviewed described epilepsy as a stigmatized disease, taking their bearers to rejection. The epileptic is represented as a victim of a disease which is biological and essentially social, whose attitude favored a negative direction for the representation about epilepsy and its bearers.

INTRODUÇÃO

Algumas abordagens sobre a epilepsia.

Cabe retomar um pouco da história da epilepsia. Convém lembrar que ela é um dos mais antigos males que afligem o ser humano. Ressaltamos os tempos em que o homem tentava explicar todos os fenômenos mediante os espíritos que povoavam o mundo. O ataque epiléptico não era visto como uma doença e sim como uma maldição, um feitiço, uma possessão lançada sobre o portador por alguma entidade sagrada ou demoníaca. "... Até o presente, em nossos dias, vemos muitas vezes, explicações baseadas nessas superstições antiqüíssimas."⁵⁶

As descrições sobre a epilepsia são várias e incluem diversas abordagens na busca de definições sobre este fenômeno. Entre elas está a seguinte: "... o termo epilepsia não significava uma doença subjacente que os médicos preferiam chamar de doença sagrada (*morbus divinus*)."¹⁹ Assim sendo, entendemos que este nome originou-se da crença comum, desde a Antiguidade até o passado relativamente próximo, que as doenças eram fenômenos mais ou menos dependentes do sobrenatural. Eram portanto consideradas como um castigo para a maldade ou a consequência da possessão por espíritos. Portanto a epilepsia, mais que qualquer outra doença, carece de explicações nestes termos.

Assim sendo, a expressão *epilepsia vem do nome grego, ἑπιληψία (transliterado para epilepsia), cujo verbo cognato, ἑπιλαμβάνω (transliterado para epilambáno), significa agarrar,

*PEREIRA, Isidro. Dicionário grego-português e português-grego.

apoderar-se de modo imprevisto, subtâneo, designando portanto o caráter dos ataques convulsivos.

Ressaltamos, ainda, a referida doença como o seguinte conceito: "... epilepsia significa simplesmente "ser pego" ou "ser atacado" de surpresa. Ela adquiriu seu nome, porque atingia tanto os sentidos como a mente."²² Supomos ser, deste e outros conceitos, a origem de atribuírem esses ataques à possessão de maus espíritos, como o *Exu* — o qual representa uma força do mal, ao dizerem que os epiléticos estão possuídos por ele, negando a condição biológica da doença, tão bem definida pela Sociologia e pela Antropologia.⁷⁹

Esses conceitos geraram, assim, determinados olhares, entre eles, o seguinte: todos os povos em todas as épocas acreditavam na possibilidade de espíritos (demônios e anjos, diabos e deuses) entrarem nos homens e deles se apoderaram. As doenças do corpo explicavam-se, então, por influências dos demônios, principalmente as mentais. Nesse caso, mais que quaisquer outras, aquelas em que o homem parecia transformar-se noutra pessoa. A voz, a atitude, a expressão do rosto e o conteúdo do que dizia dava a impressão de outra personalidade, em que essa alteração cessava também repentinamente. É claro que a possessão não passa de teoria primitiva e que a realidade em que se fundamenta esta idéia varia consideravelmente. O que há é quase sempre histeria.

Mesmo assim, a religião é considerada, aqui, como um elemento de transmissão do erro, embora tenham existido, antes de Pinel, análises de um estilo histórico muito mais rigoso, segundo as quais, a religião surgia como um meio de satisfação ou de repressão das paixões.²⁹

É interessante lembrarmos que, mesmo antes dos tempos de Hipócrates (460 a.C), suspeitava-se que a epilepsia não fosse apenas uma doença dos deuses ou uma maldição. Assim, o código de

Hammurabi, datado de 2.080 a.C., já continha leis sobre o casamento de epiléticos e sobre a validade de seu testemunho em juízo, aborda O'DONOHUE.²²

O mesmo autor ainda aborda o tema, quando diz que a **história da epilepsia** como entidade clínica começou com Hipócrates. Foi este, o primeiro a tentar explicar as causas e os mecanismos deste mal. A escola hipocrática atacou, inicialmente, as crenças de que o epilético fosse **possuído por espíritos malignos ou benéficos**. Naquela época, essas afirmações foram bastante corajosas, quando essas entidades eram personagens importantes nas culturas coetâneas.

Destarte, ele foi responsável pela importante contribuição, ao afirmar que a epilepsia, tendo o **cérebro** como sede, seria produzida por **causas naturais e não por fenômenos sobrenaturais**.⁵⁵ Logo, o conceito mágico de que esta era uma doença contagiosa foi um dos fatores que, acarretando um estigma social, tornaram insuportável a vida do epilético. Considerada uma doença desgraçada, o portador, ao ser acometido por um ataque iminente, corria para casa ou para um local deserto, onde ele cobria sua cabeça.²²

É relevante reconhecermos, ainda, que o cérebro, por ser um órgão complexo, localizado na cabeça, o que é o responsável por todos os nossos atos, existe, no respeitante a ele, a noção de intocável, de sagrado, que (se acha cuidadosamente protegido no interior do crânio). Ele regula e controla tudo o que o ser humano executa. Este órgão é considerado normal quando todas as suas células trabalham harmoniosamente. Pode acontecer, porém, que um grupo de células, por razões diversas, como anoxia, hemorragias intracerebrais ou ainda: causas não determinadas, venha a emitir impulsos, de forma desordenada, às células vizinhas. Isso pode, então, causar desarmonia, resultando uma crise.⁵² **A convulsão nada mais é, em sua essência, que, uma série de movimentos musculares involuntários, paroxísticos, localizados ou generalizados, que se acompanha de abalos mais ou menos violentos.**⁷⁰

Mesmo que se trate de uma doença tão fulminante, identificada desde a Antiguidade, não deixa, de inspirar reações do grupo, geralmente advindas do medo, as quais conduzem à **rejeição** pela segregação.²⁵

Destacam-se muitas **causas** para a epilepsia, onde a crise em si mesma é apenas um sintoma, uma vez que o distúrbio cerebral subjacente que dá origem ao ataque pode ser estrutural, químico, fisiológico ou o resultado de uma combinação dos três. Observamos, ainda, que os mecanismos básicos desencadeadores das crises são os mesmos para todos e a causa (ou as causas) para o desencadeamento das crises variam de pessoa para pessoa.⁷⁶

Para referirmos o prognóstico sobre a vida dos epiléticos, temos que identificar o tipo clínico da epilepsia. Portanto, podemos informar que, **quanto à cura, o prognóstico será sempre desfavorável**, porque é considerada atualmente como incurável,⁷⁰ embora conheçamos as **formas benígnas** de epilepsia, ao exemplificarmos aquelas que surgem na adolescência e que são curadas espontaneamente.

É oportuno abordarmos o tratamento (quando versamos sobre) ao epilético, os quais tem passado por várias etapas, desde os seus primórdios. Os diferentes estágios guardam relação com o desenvolvimento da Medicina e com as concepções de origem religiosa, filosófica e cultural, vigentes em cada época e em cada país.

"... Nenhuma outra doença tem tão freqüentemente e por tanto tempo marginalizado os indivíduos, e essas atitudes persistem até hoje apesar da freqüente associação da grandiosidade e da genialidade," que muitos portadores famosos, como **Sócrates, Julius César, Napoleão, Dante, Mandel, Mozart, Mohamed, Balzac** e tantos outros vultos de destaque de nossa história. Um desses personagens mais famosos por sua literatura clássica, onde retrata, através de seus romances, toda a personalidade do epilético, tão bem estudada por Freud, é **Dostoiévski**, na sua obra - o idiota.²¹

portanto, entendemos que "... a epilepsia incide em qual-

quer tipo de pessoa, seja rico ou pobre, débil ou gênio."41

PAIM,⁷⁰ afirma que, freqüentemente, a capacidade intelectual declina com a evolução da enfermidade. Há, no entanto, casos excepcionais de indivíduos de indiscutível e valor intelectual que se tornaram famosos políticos, artistas e cientistas, padecendo de epilepsia, durante toda a vida e sem apresentarem diminuição de sua capacidade intelectual. Admite-se que a decadência intelectual está em relação com a freqüência das crises convulsivas, o tipo de enfermidade, a idade de começo e as condições desfavoráveis do ambiente em que convivem os portadores.

É pertinente, por um lado a questão da obtenção de dados acerca da **prevalência**, bem como de outros aspectos epidemiológicos, embora em qualquer doença seja fundamental para aquele que pretende compreender tal entidade como um todo, visando a atuar, entre outros, a nível médico, social, econômico e sanitário. Por outro lado, **estudos epidemiológicos** são essencialmente relegados a segundo plano, em países em desenvolvimento, criando assim situação em que importantes problemas médico-sociais não são abordados por falta de dados epidemiológicos aplicáveis a essas populações.⁵⁵

Embora exista um **tratamento médico** notório que permite o epilético desenvolver uma vida normal, a epilepsia constitui um grave problema de saúde pública. Isto ocorre, não pelas altas taxas de morbi e mortalidade, mas pelos problemas sociais que a doença acarreta, mediante a atitude que a sociedade adota para com o portador e vice-versa. Tal situação se deve ao desconhecimento da enfermidade e das falsas crenças, produzindo no portador temores ao matrimônio, à descendência e a seu próprio estado mental.⁹⁶

As **epilepsias são doenças freqüentes**, que, embora ocorram em qualquer idade, manifestam-se, quase sempre, desde a infância ou a adolescência. Sem diferenças raciais ou geográficas, dentre

mil seres humanos, cinco sofrem de ataques epiléticos crônico - recidivantes, ou seja, 0,5%.⁵⁹

"... O estudo epidemiológico da epilepsia é cheio de problemas desde que a epilepsia é uma doença freqüentemente escondida. Isso torna difícil o acúmulo de dados estatísticos referentes a prevalência e a incidência dos acessos, que se mostram portanto pouco confiáveis."¹⁹

Observamos ainda que, "... a incidência de epilepsia é em torno de cinquenta por cem mil casos por ano. A prevalência e o número de casos portadores da doença em qualquer tempo."⁸⁵

No entanto, podemos destacar conforme SHORUON,⁸⁴ a incidência, da epilepsia, que é mais alta na idade jovem, caindo para níveis menores na idade média e aumentando na idade avançada, — acometendo mais os homens.

Sabemos, ainda, que as crises epiléticas representam apenas um dos muitos sintomas de um cérebro doente. Achamos, portanto, que o portador deve ser visto como um paciente cujo cérebro apresenta disfunção intermitente.⁷³

É conveniente destacarmos, também, os esclarecimentos das relações entre epilepsia e histeria. Ao passarmos a considerar as defesas histéricas, em face da epilepsia, ao mencionarmos a antiga constatação de que manifestações progressivas de ambas as doenças podem se encontrar sobrepostas ou combinadas, ocorrência que deu lugar ao uso de um diagnóstico misto (histero - epilepsia) para designar tais casos. Além desta possibilidade referente aos ataques, outros sintomas histéricos, de consenso ou ansiedade, bem como formações caracterológicas próprias a estas neuroses são muitas vezes observadas nos epiléticos. A interferência do mecanismo de repressão nos estados de amnésia epilética foi destacada por Schilder, o qual julgou equiparáveis alguns destes estados aos de amnésia histérica.⁵⁸

Destacamos, ainda, que são muito comuns as pseudocrises.

Os neurologistas e os psiquiatras, nas suas práticas clínicas, observam com frequência a observação de ataques histéricos e epiléticos num mesmo paciente ocupando, as vezes, a troca de diagnósticos.⁹⁵

Charcot, citado por SHORUON,⁸⁵ enfatizou definições de estágios numa crise histérica, semelhantes aos existentes na crise de malária, ou nos estágios de desenvolvimento de demência. Após a crise, seguia-se a chamada fase feliz. O mesmo estudioso reintroduziu o sexo feminino na histéria, mesmo que nem todos os pacientes com este mal tivessem crises epiléticas.

Os ataques histéricos diferem dos epiléticos, os quais ocorrem diante de um grupo de pessoas e tendem a ser prolongados. Raramente existe incontinência e a pessoa, geralmente, não sofre lesões. O portador de histeria, move-se agitadamente, sem propósito, de um lado para o outro, podendo em certos casos ser interrompidos por um estímulo forte. Após a crise, raramente ocorre cefaléia ou fenômenos comuns após o ictus.⁷⁶ Tudo isto nos leva a deduzir a importância do EEG (eletroencefalograma) como um dos exames imprescindíveis ao diagnóstico, embora não seja isso o dado principal no diagnóstico.

Na histeria, o EEG geralmente é normal e nos permite ajudar a diferenciar seus episódios ou síncope de um distúrbio convulsivo verdadeiro. Ele constitui, assim, um meio de amplificar a atividade elétrica do cérebro e registrá-la em papel. Os registros denominados eletroencefalogramas são feitos por uma série de electrodos colocados na cabeça, afirma ROBB.⁷⁶

Freud com suas idéias acerca das manifestações epiléticas, afirma que estas, por sua uniformidade, requerem uma interpretação funcional unitária, as quais dependem de um distúrbio da atividade cerebral, de base somática. Elas são provocadas por um insuficiente controle da economia psíquica, em qualquer dos casos, o desencadeamento dos sintomas de descarga organicamente preesta-

belecido, mediante o qual, serão liberadas as magnitudes de excitação existentes.⁵⁸

POSTER⁷³, afirma que o clínico deve olhar o portador de epilepsia do mesmo modo como o faria para um paciente com arritmia cardíaca temporária, isto é, com atenção, sem sobressaltos ou alarme, para os detalhes de importância para o diagnóstico e para o tratamento. Embora os pacientes com problemas complexos possam necessitar dos cuidados de um especialista, podendo, então, muitos epiléticos com convulsões ser tratados pelo clínico geral que possua conhecimentos dos princípios básicos do diagnóstico e do tratamento de epilepsia.

Como mostra o autor acima citado, é raro o epilético ser acometido por graves problemas de distúrbios mentais crônicos. Isto é, portanto, um ponto de destaque, porque ele é muito importante se quisermos considerar o futuro familiar, social e profissional do indivíduo. Na maioria dos casos, o epilético adulto ambulatório, controlado pelo tratamento, pode ter, logicamente, uma vida normal, com a sensatez e com as precauções que a possibilidade das crises impõe. Por outro lado, sabemos que determinado número de doentes graves é impossível viver nas condições habituais.

Um outro problema importante, relativo ao prognóstico é a questão social.

Portanto, assim colocando esta questão, estaríamos deixando intocados seus aspectos cruciais. Neste particular, apesar da realização de trabalhos de pretensões e relevância científicas não conseguiram deixar de se envolver em preconceitos.⁸⁵

Vive o epilético, um estado de completo isolamento social dentro do ambiente familiar. Por um lado, as famílias vivenciam uma barreira ao redor de seus membros epiléticos, enquanto, lhes proporciona proteção sólida, isolam de seu meio social. Por outro lado, a própria família vive ainda em isolamento, embora me-

nos acentuado. Embora o epiléptico se sinta satisfeito dentro da sua estrutura familiar, sem a imposição de ser bem sucedido — o que ocorreria na sociedade livre —, ao mesmo tempo, ele estará sem direitos ou domínio de si próprio. É comum serem os ataques e o uso de anticonvulsivantes, em geral, ainda utilizados tanto pelos familiares como pelos próprios pacientes para fins sociais, como chamarem a atenção sobre si e conseguirem com isso, o que desejam.⁷¹

É considerada, a epilepsia um problema social por excelência, pois, como sabemos, afeta não só à infância, ligados a uma série de problemas sociais, em especial à delinqüência e à incapacidade no adulto.⁴¹

Sabemos ser a epilepsia suceptível de uma definição fisiológica, atribuindo-se a ela uma descarga maciça de um grupo de neurônios cerebrais, ou de sua totalidade, momentaneamente afetada por uma sincronia excessiva. Ela também é suscetível de uma definição neurológica, atribuindo-se-lhe manifestações convulsivas desta hipersincronia, ou seus equivalentes. No campo psiquiátrico, ela é definida, por um lado, como aspectos da desestruturação da consciência que estão relacionados com as crises e com os acidentes comiciais e, por outro lado, como as modificações da personalidade que estão eventualmente associados aos distúrbios.²⁵

Entre outras definições, destacamos a seguinte: "... a epilepsia por sua vez é considerada um distúrbio paroxístico da função cerebral que se inicia subitamente, termina espontaneamente e tem grande tendência à recorrência," afirma REIMÃO.⁷⁵

Ressaltamos como sintomática a etiologia da epilepsia de vigília, a qual compõe o maior contingente idiopático, particularmente hereditário. No grupo difuso há o maior contingente de causas orgânicas, das quais, a epilepsia do sono é a mais frequente, apresentando-se igualmente as diversas etiologias.⁷⁵

Vale a pena relacionarmos epilepsia e sono. Independente ou

associadamente, esta relação intriga o homem, pois, desde Hipócrates que já se considerava a epilepsia e o sono estudos equivalentes, pois eram alterações periódicas, reversíveis, transitórias. Por muito tempo, a impressão desta equivalência persistia. Parassônias, como o bruxismo, eram classificados entre os equivalentes epilêpticos. Esta equivalência hoje está em desuso, visto não se ter encontrado correlação das parassônias com a epilepsia, acrescenta REIMÃO.⁷⁵

Um outro ponto a destacar é o seguinte: em geral, tem-se observado, que o portador no início da doença, não se importa muito com ela. Contudo, após o primeiro incidente, surge o medo e, daí, uma forte tendência para restringir suas atividades, em busca de segurança, passando a viver uma fase de revolta e depressão. Em seguida, vem a fase de adaptação, em que o indivíduo reage, negando ou minimizando o problema, criando, portanto, uma dependência exagerada.⁵²

Salientamos a importância do diagnóstico bem feito por todos os profissionais, mais do fundo social que os portadores sofrem aqui, e a importância do diagnóstico etiológico da convulsão. Este último é importante, por poder a epilepsia ser causada, praticamente, por todas as doenças ou distúrbios graves que podem acometer os seres humanos. Ela pode, ainda, ser resultado de anomalias congênicas, de infecções, de tumores, de doenças vasculares degenerativas ou de lesões. Em mais de três quartos dos pacientes com epilepsia, as crises começam antes dos dezoito anos. A razão para essa idade, de início, não está esclarecida, mas a vulnerabilidade do sistema nervoso em desenvolvimento à descarga convulsiva é documentada, clínica e experimentalmente.⁷³

É importante fazermos alusões à classificação da epilepsia. Entre tantas existentes descrevemos a seguir com a finalidade de conhecê-la e entendê-la, porém de uma maneira muito simplificada, uma vez que existem vários tipos de classificação. A mais simples

divide-a em idiopática e sintomática. Doutra parte, conforme outra classificação popular, existem dois tipos de epilepsia: a generalizada e a focal. Por último, aparece uma terceira classificação incluindo o tipo de crise clínica (feita por um comitê internacional), classificada em várias crises, segundo o tipo de convulsão.²²

A maioria dos tratadistas classificam-na em dois grupos: **epilepsia essencial, genuína ou criptogenética e epilepsia sintomática**. No primeiro grupo se incluem todos os casos de etiologia desconhecida, admitindo-se que a doença se desenvolve em consequência de uma predisposição particular do organismo. O segundo grupo compreende os casos em que as crises convulsivas se apresentam ocasionalmente, como síntese de outras afecções (tumor cerebral, paralisia geral, arteriosclerose encefálica, uremia) ou como intoxicações (álcool, chumbo, ergotina) ou como seqüela de uma lesão isolada (traumatismo craniano). Nesses casos, não se deveria falar de epilepsia e sim de acessos convulsivos sintomáticos.⁷⁰

Surge, uma outra **classificação** de acordo com o aparecimento das crises no ciclo vigília-sono, elaborada por Jauz, citado por REIMÃO:⁷⁵ a) Na epilepsia da vigília, as crises epilépticas ocorriam após o acordar e/ou durante o final da tarde, após o trabalho. São crises inibidas pelo sono; b) Na epilepsia do sono, as crises presentes durante o sono, com maior frequência, são logo após o início do sono e um pouco antes do acordar. São crises facilitadas pelo sono. Por outro lado, na epilepsia difusa, as crises não mostravam qualquer relação com o sono. Ocorrem predominantemente na vigília.

Destacamos, ainda, o **sono** que interfere na epilepsia, quando algumas síndromes têm suas crises acentuadas e outras só surgem durante o sono. A par disso, a epilepsia também interfere no sono, porquanto os episódios ictais produzem despertares que desorganizam sua estrutura. A medicação antiepiléptica, por si só,

pode alterar a estrutura do sono, mas, com o controle das crises, há redução dos despertares.⁷⁵

Ressaltamos uma definição mais moderna, de ser esta uma disritmia cerebral paroxística, como o faz Lennox, que conduz a uma falsa compreensão do problema da disritmia cerebral.⁷⁰ Esta distinção tem uma primordial importância, porquanto o conceito de epilepsia é muito mais amplo do que o de convulsão, conclui. Nos ataques mais fortes, a saliva é transformada em espuma pelos movimentos da língua e também pela forte respiração bucal que surge após o tônus. Esta espuma muitas vezes se tingi de sangue porque a língua entrou entre os dentes.¹³

É necessário conhecermos um pouco de epilepsia enquanto entidade mórbida, suas manifestações e implicações mais gerais.

Observamos que as **manifestações da epilepsia** são muitas e nenhuma síntese isolada é essencial enquanto distúrbio crônico recorrente, onde qualquer um pode ter uma crise em circunstâncias adequadas.²²

Embora não seja considerada uma doença, a epilepsia é vista enquanto entidade mórbida definida e específica. Em verdade, as epilepsias constituem-se em síndromes, isto é, em conjuntos variados de sinais e sintomas, de etiologias diversas, que os reconhecem unidos em seus mecanismos de base.⁵⁵ É considerada como um fenômeno, mal pode ser considerada um sintoma e não é uma doença.²²

Geralmente, ao caírem, os epilépticos machucam-se na mesma parte do corpo. Elas geralmente apresentam marcas no seu corpo, contribuindo dessa maneira para o diagnóstico.

Ambas as formas de apresentação da epilepsia, ao serem consideradas ora **doenças** ora **sintomas**, ambígua na sua essência revelam certo pessimismo. Portanto, referimo-nos a ela como doença, a qual é considerada como algo que acrescenta ou subtrai, que entra ou sai do organismo, podendo ser tida como possuidora de exis

tência própria, mensurável e localizável. Estas propriedades podem formar as condições suficientes para agir. Assim sendo, entendemos que agir ou curar consistirá em extrair do homem aquilo que nele penetrou ou restituir-lhe aquilo que perdeu.⁷

Muitos estudiosos sugerem que o principal defeito associado à epilepsia é o **distúrbio psicológico**. Portanto, enquanto alguns indivíduos epiléticos podem ter distúrbios de comportamento concomitante a doenças cerebrais subjacentes. É considerada de grande importância a observação da associação de um distúrbio psicológico, em decorrência da má adaptação ao seu meio ou da falha da sociedade em aceitá-los e a sua doença.²² Encontramos numerosas semelhanças nas preocupações com a adaptação dos ataques.

Assim observamos que a **alteração caracterológica** do epilético caracteriza-se pela baixa fluência da vida intelectual e afetiva, por disforias, por egocentrismos, presunção e tendência ao pedantismo.¹³

TAYLOR,⁹² ao abordar questões inerentes aos **efeitos psicossociais** que a epilepsia acarreta aos portadores, discorre acerca do **preconceito** sobre a epilepsia. Assinala a estrutura social que sobrevive com a experiência do valor do autocontrole, da ordem e da razão, onde os dois fatores que mais ameaçam nosso controle sobre o meio são: a loucura e a morte. Ao observador leigo uma crise epilética se parece com uma breve excursão através da loucura em direção à morte. A sociedade tem desenvolvido mecanismos para lidar com essas duas eventualidades. Existe, porém, a dificuldade psicológica em aceitar a epilepsia: é que, ocorrendo as crises epiléticas, perturbando o relacionamento humano por um curto período, assemelhando-se à loucura ou à morte, essas crises são seguidas pela recuperação dos indivíduos.

Todos estes distúrbios são responsáveis por vários preconceitos atribuídos à epilepsia. É comum dirigirem-se ao epilético, chamando-o de louco.

Versando sobre à loucura, inferimos ser pertinente a idéia de DURKHEIM,²³ segundo o qual, este fenômeno ocorre em um momento difícil, porém essencial, na obra da razão. Mesmo em suas aparentes vitórias, a razão se manifesta e triunfa. A loucura é, portanto, a força viva e secreta da razão.

Portanto, se a loucura vem sancionar o esforço da razão, inegavelmente já fazia parte desse esforço: "... a vivacidade das imagens, a violência da faixa, este grande recolhimento do espírito para dentro de si mesmo, que são todos os traços da loucura e os instrumentos mais perigosos, porque os mais aguçados, da razão."²⁹

Os epiléticos, por terem um pensamento lento e prolixo, associado a uma fala vagarosa (porém com empenho), refletem as mesmas coisas com expressões semelhantes ou com sinônimos,¹³ apresentando tudo nos mínimos detalhes. Estes distúrbios, associados a outras peculiaridades, são a eles imputados como loucura.

BLEULER,¹³ acrescenta que a linguagem dos epiléticos e, muitas vezes, tão própria que é possível estabelecer um diagnóstico a partir dela, com tais características, como: lentidão, hesitação e repetição de sílabas, todas seguidas de afasia.

Além deste conjunto desfavorável, a situação do epilético é reforçada pela ocorrência imprevisível e abrupta dos sintomas mórbidos. A isso é acrescido o desespero com que os circunstantes enfrentam o evento dramático do grande ataque convulsivo. Acrescentamos as situações peculiares do próprio enfermo, que não padece conscientemente a sua doença, como se esta fosse outra qualquer, mas a vê refletida naqueles que o cercam. Daí pode resultar, no epilético, a consciência falha de sua enfermidade, como: a perda da capacidade crítica, a supervalorização da parte dos que o rodeiam, a insegurança, o receio e a rejeição.⁵⁹

Assim sendo, o exame de um epilético não estava completo se não tentarmos determinar a situação do indivíduo e de seu meio pa

ra com a doença.

Quando a epilepsia vem desde a infância, não é possível que o grupo familiar não tenha elaborado, em relação à enfermidade, uma série de condutas dominadas pela ansiedade e, em geral, pela culpa imaginária. Daí provêm as atitudes freqüentes de **superproteção**, por parte dos pais ou, às vezes, de rejeição implícita, deslocamentos sucessivos, de negação da doença e outros. Estas diversas atitudes provocam, na prática, uma imaturidade afetiva geradora, por sua vez, de dificuldades do caráter e da educação.²⁵

Considerações sobre representação social.

Vários trabalhos médicos abordam a problemática da epilepsia no Brasil, no entanto, desconhecemos qualquer estudo sobre as representações sociais do epiléptico, de maneira mais específica. Contudo, não esqueçamos o grande número cada vez mais crescente de pesquisadores da área de Saúde que se têm preocupado em abordar, embora com outros enfoques, questões referentes aos problemas psicossociais dos portadores de epilepsia. Observamos que o assunto começa a permear, de forma mais freqüente, a reflexão desses profissionais acerca dos mecanismos de produção de relações sociais e de modelos de dominação. Tais modelos talvez possam implicar não só o significado de ser apenas uma doença incurável, que ameaça a vida mas também a possibilidade do afastamento do público, o estigma e a rejeição, traduzidos pelo medo. Esta visão tem-se tornado uma realidade muito social, como a própria doença em si. Este medo observável é traduzido em uma discriminação contra os epilépticos, afetando portanto, os epilépticos e caracterizando-os.

Assim sendo, o conceito de epilepsia opera em dois componentes separados na mente: um é tratado a partir da cognição e outro, a partir da emoção. Tal segregação do cognitivo e dos processos emocionais apoiaria o conceito do ser humano como fragmen-

to em componentes. Portanto, existe a concepção de que teorias sociais do conhecimento são fortemente opostas. Por isso, o essencial é que, para que haja progresso na teoria social do conhecimento, a aquisição de conceitos e de representações sociais seja redefinida como **processo cognitivo emocional**, implicando a **formação de conceitos de representação**: a concepção desses conceitos adquiridos com face de razão dedutiva ocorre tal como na matemática ou noutros conceitos lógicos.⁵⁷

Tais abordagens, vinculadas às representações sociais, à medida que começam a causar inquietação e indagações, excitando o intelecto de maneira mais forte que o habitual, parecem ser a hora mais propícia para se buscar desvendá-las e classificá-las cientificamente. Busca-se aí uma fundamentação e um suporte teórico suficiente às reflexões e ações — implicadas no processo de entendimento dessa natureza, na epilepsia.

Sabemos que esta doença apesar de ter a idade do homem, como uma sombra, acompanha-o em qualquer tempo e lugar, prefigurando a escuridão completa da morte. É portanto, a possibilidade sempre presente da doença que testemunha a nossa condição de mortais. Pode ainda ser vista sob dois prismas, duas concepções: "... se traduz por uma variação quantitativa se a doença é percebida como algo que entra ou sai do homem como por uma porta, ela é captada em termos de excesso ou de falta, alguma coisa acrescentada ou reativada do organismo; E a doença remete a uma alteração qualitativa — se apreendermos a doença como uma mudança na modificação, uma perturbação do equilíbrio ou uma desarmonia, nós a percebemos como um desvio funcional, um mal-estar, uma perturbação do humor ou de função, como por exemplo, um sentimento de tristeza, uma dispepsia, na dislalia."⁷

Então, semelhante aos doentes mentais são os epiléticos. Existem, terrenos fortes e terrenos fracos. Mas, é preciso observar que o meio ambiente pode enfraquecer um terreno forte, que a educação infantil pode elevar ou abaixar o limiar de resistência

do psíquico às dificuldades futuras, que o adulto encontrará e que assim as predisposições integram, simultaneamente, dados constitucionais e dados sociológicos. Não se podem separar os elementos de uma **gestalt**, na qual tudo se engloba. Enfim, chegamos, efetivamente, a um modelo do tipo gestaltista, cujas diversas partes (pessoal, familiar e social) estão em mútua dependência para constituir um único sistema de inter-relações, que é preciso apreender sempre em sua globalidade orgânica.⁸

Evidenciamos o **aspecto social** deste mal, o qual é considerado como uma **doença socialmente discriminante**, ressaltamos.

É sabido que o indivíduo epiléptico enfrenta diversas modalidades de comportamento por parte da sociedade, como não aceitação, anonimato. Este fato acontece em decorrência da não informação sobre a doença e das consequências desta sobre o portador e seus familiares, desde os primórdios, evidenciando-se um problema social cruciante.

A partir de uma reflexão sobre as diversas situações que enfrenta os epilépticos, primeira motivação para realização deste trabalho (cujo tema carece de muitos questionamentos acerca da condição de ser epiléptico), e a partir de nossa experiência, ao defrontarmos com esta realidade, angustiamos-nos frente à situação, embora esta condição de ser epiléptico tenha sido, nas últimas décadas, temas de numerosos trabalhos.

A partir do levantamento de dificuldades já mencionadas, enfatizamos o surgimento das crises convulsivas como desencadeante delas, pois "... gera problemas sociais, o que demanda outras modalidades de tratamento (não médico, mas representados por **atitudes e comportamentos**)."⁵⁵ Estendem-se as reações desfavoráveis da sociedade às crenças populares diversas, com os preconceitos de que a epilepsia provoca atitudes violentas, causa loucura e outros males, como também dificuldades no relacionamento com a família, vizinhança, escola e trabalho.

Por outro lado, a partir da existência de uma convivência com a epilepsia e de uma certa maneira de vivê-la, a ciência nos sugere ser este processo estabelecido pelas relações entre doença e o desenvolvimento da personalidade.²⁴

Estas contradições vividas no contexto real podem constituir-se uma possibilidade de mudança, a partir da concretização das alterações nas relações sociais com a difundida rejeição social aos epiléticos, a qual pode ser a grande responsável pela prevalência de distúrbios de comportamento entre eles.⁹²

Em uma análise mais profunda do problema, verifica-se que a base dos preconceitos é o medo de uma súbita perda do autocontrole físico e emocional — um homem com epilepsia é amedrontado e odiado porque ele tem aquilo que temos receio de que ocorra conosco. Ele perde o autocontrole, controle elementar de sua motricidade. Ele regride ao primitivismo, de forma que parece justificar a punição para si, estabelecidas. Reconhecemos que a epilepsia, sempre ao passar do domínio científico para o senso comum, a partir da maneira como o público a representa e modela, constitui configurações mentais que se fizeram a partir delas.

Existe, sem dúvida, o reconhecimento geral da comunidade em relação ao tratamento crítico, que os epiléticos enfrentam no seu cotidiano. Entretanto, as formas de analisar os seus determinantes são muito controvertidas. Nenhuma proposta concreta acontece sobre o que deve ser feito para revertê-la, ou por outro lado, não chegam ao conhecimento deles.

Pelo fato de ser considerada a epilepsia como uma doença, o portador vivencia a seguinte realidade: a experiência de estar doente pode ser apreendida de inúmeras formas pelos indivíduos e pela coletividade, mas todas as formas de apreensão da doença podem ser reduzidas a duas formas apenas, simples e básicas; ou a doença é percebida como alguma coisa que entra ou sai do homem ou é captada como algo que modifica a sua maneira de viver.⁸

Destarte, entre como fonte de estudo a **representação da epilepsia**, uma vez que **recobre o sistema cognitivo e simbólico**, que constitui o conjunto de conhecimentos, crenças, imagens, significados, opiniões e outros aspectos relativos a um objeto circunscrito na realidade social. Tal conjunto é caracterizado por seus conteúdos, por sua estrutura e por seu funcionamento, gerando assim um modelo.⁶¹

Ao nos referirmos à epilepsia, desconhecemos, dentro da Psicologia Social, pesquisadores em nosso Estado, que tenham procurado pesquisar sobre o discurso dos epiléticos e sobre as suas condições de vida. Tais pesquisas possibilitam, portanto, uma maior compreensão do indivíduo, entendido nas relações diretas estabelecidas na vida intrapessoal e interpessoal. Tal discurso é mediatizado pelos componentes latentes e não latentes, cujas dimensões vão fornecendo uma referência para eles enquanto indivíduo e enquanto ser social.

Por conta dessas afirmações, é reconhecida a importância que a **Psicologia Social** atribui ao enfoque do comportamento social. Esta, certamente, não se limita apenas ao estudo do comportamento, uma vez que se preocupa também com a procura de leis gerais, dentro de determinadas condições ambientais, de onde provêm comportamentos.

Neste contexto, é necessário agora um entendimento da epilepsia, não em um comportamento estático e abstrato, mas num comportamento dinâmico, dando-se condições de expressar idéias, comportamentos, imagens e atitudes, segundo a tendência para a orientação sobre estes aspectos, por meio de suas idéias expressas mediante palavras. Tudo isso está relacionado com a convivência (ou não convivência) e com a vivência e experiência, mais direta e mais íntima em ser epilético.

Com a realização de uma análise exploratória das representações sociais, buscamos, a princípio, **discorrer sobre conceitos de representações sociais** em geral, a partir de Moscovici citado por SOUZA FILHO,^{8.8} alude a elas da seguinte forma: "... uma atividade de produção e comunicação de conhecimento, que é acionada toda vez que um objeto ou evento, significativo e enigmático, aparece na vida social. O objeto é significativo primordialmente porque é produto simbólico de um grupo ou sujeito: e é enigmático e estranho, porque se originou em um universo externo ao grupo, sendo portanto, abstrato, ambíguo ou não-familiar."

Ao versarmos sobre a **teoria das representações sociais**, capazes de identificar vários aspectos em que se encontram **apelada a epilepsia enquanto fenômeno e a produção de conhecimentos** atribuídos a esta, é importante compreendermos que, em primeiro lugar, ao observarmos a inexistência de um corte dado entre o universo (ou o grupo) o sujeito e o objeto — no caso a epilepsia, vemos que eles não são de forma alguma heterogêneos em seu campo comum. Logo entendemos que:

a) Ao observarmos o objeto, este se encontra inscrito num contexto ativo, dinâmico, pois ele é parcialmente concebido pela pessoa ou pela coletividade como prolongamento de seu comportamento. Só existe para estes sujeitos enquanto função dos meios e métodos que lhes permitem conhecê-lo;

b) o processo de interação social é quem confere um sentido às representações sociais no fluxo das representações entre grupos e pessoas, os quais criam e se comunicam, ao invés de apenas utilizarem e selecionarem uma informação circulante na sociedade - afirma MOSCOVICI.⁶⁴

O mesmo autor aponta para o seguinte fato: Isto faz com que as representações sejam conjuntos dinâmicos. Seu **status** é o de uma produção de comportamento e relações com o meio ambiente e não simplesmente os reproduz ou reage a estímulos exteriores.

Não são, portanto, simples opiniões sobre, ou imagens de, mas verdadeiras teorias coletivas sui generis, destinadas à interpretação e à elaboração do real. Portanto, representar uma coisa ou um estado não consiste apenas em desdobrá-lo, repeti-lo ou reproduzi-lo — é reconstruí-lo, retocá-lo, modificá-lo.⁶¹

Baseado nesse conceito, se faz necessário retomarmos alguns pontos que norteiam a reflexão de Moscovici e dos psicólogos sociais, cujo pensamento o segue. — Fazemo-lo para então nos situarmos, se não de maneira conclusiva, mas ao menos na tentativa de compreender — até de aceitar — uma formulação conceitual adequada, que se presta como base ao presente trabalho.

Sabemos que, o **conceito** de representação social, por ser de âmbito comum, originou-se nas representações coletivas de Durkheim, a partir de inúmeros trabalhos publicados por Moscovici. Ele questiona os motivos que o levaram a substituir o termo **coletivo** do termo **social**. Esta afirmação, ele introduziu, ao afirmar que as **representações** também são **núcleos estruturantes do pensamento**. Por isso, são intrinsecamente dinâmicos:

Sabemos que o **conceito de representação social**, embora esteja ligado a Moscovici, está também ligado a representação coletiva, a qual divide os fatos sociais como agora podem ser investigados. Além disso, ela é assumida e está distribuída a cada indivíduo. Remarcamos que Moscovici psicologizou o social e introduziu as representações, tornando a Psicologia Social realmente social.

Observamos a existência de um **modelo compartilhado**, o qual contribui com este campo de pesquisa, indicado dado a fertilidade deste. Isto contribui para assegurarmos que a teoria da representação social é multidisciplinar, aplicável — a várias modalidades de estudos — inclusive o nosso e outros semelhantes a este.

Mais precisamente, a **representação coletiva** é um dos meios pelos quais se afirma a primazia do **social** sobre o **individual**.³⁵

Contudo, Moscovici, sociologicamente, tem visto as **representações sociais** como planos explanatórios, (irredutíveis a uma análise posterior, embora os psicólogos sociais, ao contrário, estejam recomendando tratem-se as representações sociais como fenômeno e como objetos de estudo). Portanto, para ele, a tarefa maior é descobrir os mecanismos internos e a vitalidade das representações sociais, com os maiores detalhes encontrados nelas, nos núcleos e nas origens aí descobertas.⁹⁴

Ele propõe restringir uma série de termos, tais como: as representações sociais deveriam ser vistas como uma maneira específica de entender e comunicar o que nós sabemos agora.⁶⁴

Por outro lado, a partir das idéias iniciais, a segunda qualificação do conceito de Durkheim é considerada como alguma coisa assim extensa e implícita, dentro da contingência descrita acima. Moscovici, ao destacar o conceito de representação coletiva, atribui a ela uma noção estática maior das representações em sua teoria, as quais se constituem como um nevoeiro, agindo, assim, como estabilizadores.²⁶

Desta maneira, a aceitação, dentro da ciência cognitiva, das **representações sociais e coletivas**, ajudariam a fazer a dimensão cultural desta pesquisa, muito mais explícita e muito mais visível.

Achamos que a complexidade de conceituação do termo **representação social** surgiu certamente da falta de compreensão do que seja uma representação — trata-se mais de uma questão metodológica.

Em sua interpretação das idéias de Moscovici, JOHODA³⁹ afirma que este, ao reconhecer o seu débito a Durkheim oferecem diversas razões para sair de sua formulação. Afirma que, entre estas, a noção de Durkheim era muito global, abrangendo todos os tipos de forma intelectual. Aqui a noção tende a ser abandonada. Além do mais (a menos que o universo intelectual unificado do ho-

mem primitivo seja visto por outra vertente, onde o tudo abrange o muito, em uma sociedade diversificada moderna), a **representação social** é a única das maneiras de apreender o mundo concreto, circunscrito em sua formação e em suas conseqüências.

A crítica de Moscovici é pertinente, embora este vá talvez longe demais. A noção de representações coletivas tem sido valiosa para antropólogos preocupados em culturas homogêneas de escalas menores. É verdade que tal homogeneidade tem sido alguma coisa exagerada no passado; no entanto, ela ainda é importante.³⁹ Portanto, todo pensamento individual em uma comunidade tradicionalista constitui a respectiva visão, apesar de pequena, para ver e retrabalhar o modo, manipulando-a para aplicá-la à sua vida diária, à luz de seus próprios interesses. Desta maneira, apesar dos interesses diferentes e dos pontos de vista individuais diferentes, as classes e os espaços dentro da comunidade oferecem versões marcadamente diferentes da visão do mundo total. As disparidades entre as versões dificilmente se tornam tão grandes, liberando, portanto, a sua formação de pluralidade de estruturas teóricas competitivas.⁶⁵

Da maneira como vamos discorrendo sobre o estudo das representações sociais, vamos mobilizando pesquisadores de várias formações acadêmicas, todos aparentemente querendo atingir os mesmos fins práticos ou científicos, por trabalharem a partir do mesmo material, ou seja, das formas de conhecimento social, em geral expressas através da linguagem verbal ou escrita.

O estudo das representações implicaria a análise das formas culturais das expressões grupais, da organização e da transformação destas expressões e, por último, implicaria a sua função mediadora entre os grupos, ou, mais generalizadamente, entre o homem e seu meio.³⁰

No entanto, estando ultrapassado o problema da escolha da abordagem, surgem, entre os estudiosos que examinam a representa-

ção social, as preocupações teóricas e metodológicas com o caráter total da realidade. Estas se concentram no termo coletivo proposto por Durkheim. Portanto, são definidas as representações coletivas, com caráter de exterioridade e autonomia da representação em relação ao grupo que a produz.³⁵ Daí, este conceito deixaria de esclarecer alguns aspectos obscuros. Então, a mudança de coletivos para sociais, permitiria evidenciar as diferenças entre representação social e outras representações, tais como: o mito, a ciência, as artes plásticas e as ideologias, dando à representação um caráter coletivo oral e, ao mesmo tempo, instantâneo, a partir dos estímulos atuais provocados, com um sentido de transformação do social.³⁰ Assim, a representação social promete elucidar os processos envolvidos na construção cotidiana, ativa, do mundo pelos integrantes e mostrar através de atitudes e crenças derivados — completa JOHODA.³⁰

Outros aspectos da teoria da representação social foram levantados por POTTER e LITTON, **os quais consideram-na como vaga, pois ela permite uma série de ambigüidades: a) consideram os grupos sociais e a representação como co-extensivos (não havendo condições de o pesquisador identificar independente das representações dos participantes, as categorias proeminentes); b) consideram que a não-especificação de níveis de consenso não distingue entre menção e uso de representação (mencionar uma representação não significa que esta seja efetivamente usada); c) consideram que ela, por não ser algo estático, é considerada dinâmica pois ela enfrenta problemas mediante a variação contextual.

Assim sendo, MOSCOVICI, ***responde tais críticas, afirman-

** - POTTER, J. LITTON, I. Some problems underlying the theory of social representations. British journal of social psychology, 24:81 - 90, 1985.

*** - MOSCOVICI, S. Comment on Potter, Linton, British journal of social psychology, 24:91 - 92, 1985.

do que: Potter e Litton não querem reconhecer que temos algo como uma teoria das representações sociais, as quais são um fenômeno que pertence a nossa sociedade, onde o conteúdo do pensamento e a fala importam menos do que os aspectos formais desses elementos. Daí distinguimos o estudo das representações sociais do estudo de esquemas, atribuições e outros. Logo, as representações são uma dimensão de um grupo de pessoas comparadas ao sexo ou à classe social. Ele ainda refere-se à teoria, afirmando ser esta vaga, uma vez que não pretende ser preditiva, comparada a outras teorias da Psicologia Social - focalizam um mecanismo isolado.

Existe uma proposta de se reconceituarem representações sociais como repertórios lingüísticos, os quais são definidos como sistemas de termos usados recorrentemente, para caracterizar ações, eventos e outros fenômenos. Tal proposta é rejeitada por Moscovici, pois este afirma que, nem tudo que é imagem passa inteiramente na linguagem. **"...As representações têm um aspecto figurativo e um abstrato: combinam uma imagem com um conceito... As representações sociais não são um conceito em busca de uma teoria, mas antes um fenômeno que necessita de dados e teorias,"** aborda MOSCOVICI (1985).***

Concluimos que os críticos, dentre os problemas apontam, a falta de uma definição precisa de representação social, gerando uma dificuldade também para a introdução do conceito e da teoria para os próprios estudiosos iniciantes e interessados.

Moscovici dá a perceber as tentativas de circunscrever a teoria ao domínio da cognição social.

Os estudiosos aconselham que, no argumento de defesa se **evite uma definição muito precisa ou específica**, pois com isso se correria o risco de uma delimitação precoce e artificial do campo. Daí poder-se-á retirar das representações sociais o caráter significativo, plástico e criativo de que a teoria se reveste, na dinâmica da vida social humana.

Para Moscovici, o propósito é o de exigir um domínio origi-

nal de conhecimento, ajudando na compreensão do que as pessoas fazem na vida real e em situações significativas.

Assim, a teoria das representações sociais ocupa um lugar à parte na Psicologia Social, pelos problemas que ela cria e pela escala de fenômenos os quais ela trata, provocando, assim, muita crítica e desentendimento. Portanto, tal teoria pode não corresponder ao modelo de Psicologia Social, como ela é definida no momento. Contudo, numa tentativa de mostrar a correspondência das questões científicas e sociais, ela é importante (diferindo do conceito clássico de representações coletivas), adotando, desde o início, uma perspectiva construtiva que se têm apregoado na Psicologia Social. Diversas tendências de pesquisa têm confirmado sua visão das relações entre o fenômeno, a comunicação e o pensamento social⁶³ — reproduzem como alguma coisa que os indivíduos ou os grupos têm em suas mentes. Daí, a representação social trata como em outros fenômenos sociais, de um processo de socialização do conhecimento, no âmbito de um grupo específico.

Para MOSCOVICI,⁶³ a comunicação não é uma expressão de pensamentos e sentimentos, secundária a esses pensamentos e sentimentos. A ação subjacente a eles é uma ação comunicativa, ainda que seja instrumental ou puramente ritualística. Ela modifica ou cria uma realidade e é cometida em uma prática que objetiva pensamentos e sentimentos, tão logo estes são comunicados e partilhados.

O entendimento destes conceitos e destas idéias assume um papel de grande importância para a compreensão das questões referentes à epilepsia, especialmente das suas características, quanto ao modo de apreensão do real. Pode-se garantir que tanto a vida coletiva como a vida psíquica dos indivíduos, são feitas de representações, ou seja, das figurações mentais de seus componentes. Acredita-se que os sistemas de representações, historicamente existentes, não se podem ter originado senão da efervescência do relacionamento dos indivíduos e dos grupos sociais. Portanto,

uma vez constituídos, os sistemas de representações são introjetados pela educação nos indivíduos, para fixar as similaridades essenciais que a vida coletiva supõe, garantindo, assim, uma certa homogeneidade para o sistema social. Concluimos, portanto, que essas categorias do pensamento coletivo, constituindo, assim, verdadeiras instituições, são fixadas em nós pelo processo de socialização.

Desta forma, a partir da interação do indivíduo com o mundo e com as coisas que o cercam, pressupomos por meio da linguagem, a geração de valores e explicações: o indivíduo mantém, assim, constantes as formas de relações entre os homens (a ideologia, a representação social, a relação entre falar e fazer, a mediação do pensamento e o desenvolvimento da consciência social).⁴⁹ Entre outras afirmações sobre a representação social, destacamos este termo, o qual define e designa um processo e um conteúdo, isto é: um processo de construção do real age simultaneamente sobre o estímulo e a resposta. O estudo dela, pode explicar-nos as relações entre o indivíduo e a sociedade e/ou as formas como ele elabora psicologicamente sua realidade e age sobre ela, uma vez que permite compreender a formação do pensamento social. Elas são, para nós, um modo de conhecer a formação do comportamento, desvendando os mecanismos de funcionamento da elaboração social do real.² Isto é, mediante um estudo da evolução das idéias e das condutas sociais, as representações podem desvendar este processo (mecanismo de funcionamento).

Sabemos que o papel da representação social é visto como um instrumento que atinge os objetivos almejados, porquanto ela emerge como fenômeno importante para o enfoque psicossociológico, como um processo central, dinâmico. Ela situa-se na articulação do social e do psicológico, que nos permite compreender a formação de conhecimentos.⁹⁴

Logo, temos de encarar a representação social tanto na medida em que ela possui uma conjectura psicológica autônoma quanto

na medida em que ela é própria de uma sociedade e de uma determinada cultura. Portanto, a **noção de representação social** tenta reintroduzir o estudo dos modos de conhecimento e dos processos simbólicos na sua relação com as condutas.²⁸

Face a essas colocações, podemos inferir que os processos metodológicos remarcam o objetivo de grifar a natureza das representações sociais, sua capacidade de criar informações. Logo, a objetividade tem como função a familiarização com o estranho, de acordo com as categorias de nossa cultura.

Indo mais além, percebemos que estudiosos insistem na **diversidade dos caminhos metodológicos**. Se o método experimental é útil para entendermos como as pessoas deveriam pensar mais alto, os processos mentais e sociais devem ser encaminhados por diferentes métodos, incluindo-se a análise lingüística e a observação sobre o modo como a pessoa pensa. Sem dúvida, as representações sociais têm uma relação com o campo mais recente de cognição social. Referindo-nos à Psicologia e à Antropologia Infantil, podemos afirmar, apesar das aparências, que as representações são também um acesso mais científico. Há, portanto, muito mais a ser aprendido das críticas e há ainda um longo caminho, antes que consigamos uma teoria satisfatória de pensamento, social e de comunicação.⁶³

A representação social **recobre o sistema cognitivo e simbólico**, que constitui o conjunto de conhecimentos, crenças, configurações mentais, significados, opiniões e outros aspectos relativos a um objeto circunscrito na realidade social. Tal conjunto é caracterizado por seus conteúdos, sua estrutura e seu funcionamento,⁴² enfatizamos.

Ora, se cada indivíduo é portador da cultura e das subculturas, a que ele pertence e que são (ou não) representativas deles, entendemos aqui por cultura o conjunto das representações, das normas, dos valores, dos hábitos e dos códigos simbólicos.²⁸

O portador de epilepsia está exprimindo sua visão de ver a epilepsia e experimentá-la como epiléptico, ao expressar, por exemplo:

"... é diferente dos outros..."

"... não é gente, apenas vive..."

"... sou uma pessoa diferente..."

Logo, o desenvolvimento social é também o desenvolvimento do próprio sujeito, como produto coletivo - inserido na sociedade, na qual este mesmo sujeito contribui para que ocorra este desenvolvimento como produto coletivo. Essas representações incluem a maneira como os indivíduos tanto se localizam como são localizados pelos outros, com respeito aos assuntos de controvérsia e à maneira como eles ocupam o espaço dentro das estruturas sociais e das categorias. Assim "**... as representações sociais dos indivíduos são também representações sociais de si.**"²⁴

Outro ponto a ser destacado são as **representações, com relação à confiabilidade social**, porque elas são sociais em origem. Mas, se elas são sociais, elas têm dividido entre muitos indivíduos, constituindo uma realidade social que pode influenciar um comportamento individual.⁴⁰

Moscovici tinha um grande interesse em entender os processos de inovação e de mudança. Estava, portanto, interessado em estudar muito mais o nascimento e o desenvolvimento das representações sociais do que a maneira de estas serem apreendidas, ao serem formadas.²⁶

Devemos ressaltar que, em estudos semelhantes, a estrutura social particular somente emergiria no curso de pesquisa empírica, ou seja: a presença da noção da toxidade foi observada em outros estudos sobre a representação da saúde e da doença. Nota-se, a ausência de qualquer correspondente para a noção da libido, nas representações sociais da psicanálise.⁶¹

Ao nos reportarmos à epilepsia (designada doença), os es-

tudiosos do assunto destacaram, ainda, a **saúde** como sendo o relacionamento harmonioso entre si e a natureza. É alguma coisa natural, alguma coisa dada, sua origem não necessita ser explicada. A doença, por outro lado, é alguma coisa que acontece para alguém. Ela é causada e relacionada a uma natureza não natural da vida que nós vivemos, podendo-se observar, especialmente na metrópole, que é de um ritmo não natural (como a poluição, alimentação artificial e outros), fazendo seu contraste com a vida utilizada no campo. "... A mera ausência da doença não é a mesma coisa de saúde...". Moscovici tinha sempre a opinião de que as representações são mais básicas que atribuições sociais.³³

Entender as representações sociais na sua versão contemporânea do senso comum é entender também que elas somam "... redes socialmente cobertas." Nesta mente social, e conceito, as afirmações e as explicações que o povo oferece, em seu discurso diário circular, operam com um objetivo principal.⁶⁹

Esta racionalidade é mais tarde extensiva às relações intervenientes da nossa criatividade cognitiva, conforme o seguinte pensamento: o medo das forças instintivas dos homens, por estes não poderem dominar a sua irracionalidade, resulta no seu empenho à procura de compensações de sua impotência imaginada — afirma PARKER.⁶⁹

Nesta linha de pensamento, para entender as representações sociais empregadas por uma comunidade ou grupo ou subcomunidade, uma subcultura ou mundo social, é necessário entender as formas de pensamento daquele mundo. É aqui que um projeto se torna um objeto de interesse particular dos correspondentes de um paradigma novo não experimental, na Psicologia Social. Isto significa entender alguma coisa das várias psicologias indígenas existentes dentro da própria sociedade.⁹⁴

Vê-se também que parte da natureza essencial das representações sociais são dependentes, conforme os modelos atuais de co-

municação interindividual. Logo, em parte, as representações sociais crescem fora das discussões das pessoas, fazendo, portanto, um senso de suas vidas sociais.⁶⁰

Seria pertinente justificar o interesse das representações sociais, o qual reforça o movimento, à maneira da Psicologia Social, reduzindo o comportamento humano ao nível do individual. A teoria e a pesquisa na representação social poderiam ser vistas como parte de um paradigma novo que tenta recolocar o laboratório e a visão no lugar do mundo real (social).⁶⁹

Neste contexto — enfatiza PARKER⁶⁹ —, o problema que permanece no coração da teoria das representações sociais tem sido apresentado no modo anglo-americano, tendo, também, a questão da dedução não resolvida. Moscovici e seus seguidores convidam-nos para examinarmos o mundo social. Esta teoria, simultaneamente, requer que o lado individual da pesquisa seja elaborado como um complemento necessário para o lado simbólico.

A resposta fornecida por Moscovici afirma que os seres humanos encontram o mundo, somente em termos de experiência imbuída de significado — experiência constituída de representações sociais. Ele não nega a existência de outro mundo além das representações sociais, mas afirma que o mundo exterior não entra, diretamente, em nossas relações sociais.⁶⁰

As representações (sobre a teoria científica, uma noção ou um artefato) sempre refletem um esforço incessante de tornar alguma coisa não familiar (ou que elas sentem não familiar) em alguma coisa familiar que, ordinária ou imediatamente presente, ocorre mediante dois processos de representação social geral, chamados de ancoragem e objetivação. Estes processos ocorrem de duas maneiras:

a) A ancoragem, esquematiza alguma coisa estranha que nos intriga, no nosso sistema particular de categorias, por meio de classificação ou categorização de pensamentos, denominando-os e

colocando-lhes um nome. Esta colocação de nome é destinada ao que tem sido classificado.

b) A **objetividade** funciona como um processo de saturação de um conceito não familiar com a realidade, mudando-o em um bloco de construção da realidade de si própria, transformando o abstrato em concreto, o mental em físico e o desconhecido em conhecido.⁸¹

ROSA⁸¹ enfatiza ainda o seguinte: Esta criação de construção da realidade se dá com a **criação de núcleos figurativos** (ou com a transformação de palavras em imagens) e com a naturalização ou transformação das imagens em elementos da realidade que podem ser concretamente observados em pessoas e coisas.

Falar de representações é voltar a considerar que, para se adaptar à sua situação de trabalho e, em particular, para elaborar, planejar e administrar suas estratégias comportamentais, o sujeito utiliza não somente as informações que eles coletam sobre a situação, mas também informações guardadas.¹²

"... O fenômeno da representação é um objeto de reconhecimento central para a Psicologia Social e para psicossociologia."⁵⁰ Diante desta afirmação, entendemos que a sociologia do conhecimento é responsável pelas relações entre o pensamento humano e o contexto social, dentro do qual ela surge. Pode-se, portanto, dizer que a ela constitui o foco sociológico de um problema muito mais geral: o da determinação existencial do pensamento como tal, — acrescenta BERGER.¹²

Um outro aspecto dentro da representação social que ressaltamos, é o seguinte: Moscovici diz que o conceito de representação social nos força a vir assegurar, entre outras coisas, as ideologias, "... que têm uma existência independente e que talha nossa psique e realidade social." Logo, há referências constantes, onde seus trabalhos sobre a ideologia estão freqüentemente

acopladas com o senso e com a ciência. Este autor propõe considerar duas mensagens-chave que procuram explicar as ideologias em relação às representações sociais.³⁹

A partir do **conceito de ideologia**, a sociologia do conhecimento consegue chegar à compreensão de que não há pensamento humano (apenas as exceções) que seja imune às influências ideologizantes de seu contexto social.¹²

As representações sociais devem, por um lado, ser entendidas como **uma maneira particular de adquirir conhecimentos e de comunicar os conhecimentos já adquiridos**. Elas têm a posição curiosa em alguma parte, entre os conceitos, cujo propósito é o de filtrar o significado do mundo, fazê-lo mais ordenado, como também conhecer as percepções que reproduzem o mundo de uma maneira mais razoável — afirma Moscovici, citado por ROSA.⁸¹

Diante desta breve discussão sobre as **relações sociais** levantadas, podemos dizer que as representações fazem parte de um complexo único e global, onde a **linguagem** tem destaque, porquanto é a partir desta que elas são apreendidas.

Exatamente como as representações sociais, a **linguagem** também é uma **realidade social**, em que o indivíduo nasceu e que ele adota sem escolha. Ele impõe de si aos outros indivíduos, apontando certas coisas e tirando outras de regra, existindo nela uma extensão grande e adquirida irrefletidamente.⁵⁷

A **pesquisa sobre representações sociais é comparável a etiológica**, ou seja: está preocupada com a **identificação do fenômeno** em seu ambiente natural, fazendo assim o mesmo relacionamento que a etiologia faz — enfatiza FARR.²⁶

É nesta relação que está incluída a **linguagem, a religião, os costumes, os mitos, as magias e os fenômenos cognitivos**. Portanto, as representações sociais são objetos apropriados de estudo para o psicólogo social. Tem sempre sido intenção de Moscovici a de renovar a Psicologia por inteiro, segundo a noção explícita

de representação social. O mesmo autor afirma: "... as representações estão em todo mundo na cabeça."²⁵ Essa idéia está em concordância com as de HERZLICH³⁴, que afirma o seguinte: "... os sistemas lógicos cognitivos compreendem uma linguagem e lógica de les próprios... Eles não representam simplesmente opiniões a respeito, imagens de atitudes e direção, mas teorias ou caminhos de conhecimento, facilitando a descoberta e a organização da realidade... sistemas de valores, idéias e práticas com as funções desdobradas em dois. Primeiro, para estabelecer uma ordem a qual capacitará indivíduos a orientar-se no seu mundo material e social para dominá-lo; segundo lugar, para capacitar a comunidade e fornecermos aos mesmos um código para a mudança social e um código para denominações e classificações de vários aspectos nos ouvidos de seu mundo e sua história de grupo e individual."

Desta forma, a linguagem usada na vida cotidiana fornece, continuamente, as necessárias objetivações e determina a ordem em que estas adquirem significado no dia-a-dia.⁴⁸

LANE⁴⁸ alude à linguagem, nos seguintes passos: "... a linguagem é capaz de transcender completamente a realidade da vida cotidiana. Ela constrói, então, imensos edifícios de representações simbólicas que parecem elevar-se sobre a realidade da vida cotidiana como gigantescas presenças de outro mundo. A religião, a filosofia, a arte e a ciência são sistemas de símbolos historicamente mais importante deste gênero."

Observamos a vida cotidiana, apresentada como uma realidade interpretada pelos homens e subjetivamente dotada de sentido para eles, na medida em que forma o mundo coerente.¹²

A questão da identidade é pertinente a entendimento, pois ela capta o aspecto representacional da noção de identidade (enquanto produto), deixando de lado seus aspectos constitutivos de produção e assinando as implicações recíprocas destes dois aspectos. Isto, porque o nosso ponto de partida poderá apoiar-se na

própria representação, considerando também a identidade como produto onde esta poderá ser entendida como o próprio processo de identificação.¹⁷

É interessante notar que, ao desempenhar papéis, o indivíduo participa de um mundo social e que tal mundo, ao interiorizar estes papéis, torna-se subjetivamente real para ele.

A **identidade** é, evidentemente, um elemento da realidade subjetiva e, tal como toda realidade subjetiva, encontra-se dialeticamente relacionada com a sociedade. A identidade é formada por processos sociais, a qual se cristaliza e se mantém, podendo ser ainda modificada ou mesmo remodelada pelas relações sociais. Os processos aqui envolvidos são implicados na formação e na conservação da identidade e são determinados pela estrutura social.¹²

Ao tocarmos a questão da **doença como fenômeno social** total, observamos que este último oculta a realidade dela, ao ser analisada sob outros aspectos sociais. Mas ao nível das representações sociais, esta análise muda. Quanto à natureza e à distribuição das enfermidades, estas são freqüentemente características de uma época e de uma sociedade.

O mesmo aspecto pode ser visto com bastante propriedade, ao nos dirigirmos ao **estudo da saúde e da doença**, no qual foi encontrada a persistência das correntes de pensamento, ao abordarem-se os estudos da Antropologia e da História da Medicina, conforme esta História, a origem da doença consiste em **fatores internos** ou **externos**: os **internos** seriam o indivíduo e sua participação na gênese de seu estado, para a representação social; os **externos** correspondem ao tipo de vida que cada um leva. Tendo os fatores individuais designados, surgido do modo de vida absolutamente patogênico (sendo este a primeira fonte de doença), surgiu a doença. Ela se identifica com a saúde. Por isso a gênese da doença se concebe como uma luta entre o indivíduo — saúde e o modo de vida — doenças. Consequentemente, as representações são elaboradas em uma dupla oposição: aquelas que têm a ori-

gem entre a saúde e a doença, e reproduzem o oposto do indivíduo sadio a seu modo de vida nocivo. Portanto, a representação não se elabora fora do saber médico.³³ Este processo é atribuído a todos os aspectos relacionados a todas as doenças — também a epilepsia.

Determinadas colocações sobre este estudo podem assemelhar-se a afirmações feitas no estudo sobre o **tabu do corpo** (uma vez que a epilepsia é uma doença relacionada ao corpo, manifestada pela convulsão), com base na seguinte afirmação: "... o propósito dessa pesquisa não é o de estudar o lado negativo do homem e da sociedade; não é o de compreender as coisas rejeitadas por eles mesmos; nem é um esforço corajoso para compreender aquilo a que em geral as pessoas dão as costas: é uma tentativa de compreender ambos os lados — o adorado e o odiado, o protetor e o temível — como faces indissociáveis da realidade fundamental, como componentes da estrutura social."⁷⁸

Para tanto, utilizamo-nos da teoria da representação social como suporte para resgatarmos os modelos atribuídos à epilepsia.

O B J E T I V O S

1. Levantar representações sociais sobre a epilepsia, produzidas por epiléticos, por familiares e por não-epiléticos;
2. Verificar os componentes psicossociais relacionados à epilepsia;
3. Comparar as representações sociais entre epiléticos, familiares e não-epiléticos.

QUESTIONAMENTO

Para atingir os objetivos propostos, foram formuladas as seguintes questões:

1. Quais as representações sociais da epilepsia elaboradas por epiléticos, familiares e não-epiléticos?
2. Quais os componentes psicossociais que servem de embasamento para elaboração de representações simbólicas, por meio de atitudes e imagens captadas na linguagem e nas informações sobre a epilepsia?
3. Existe uma diferença de representações sociais entre os epiléticos, os familiares e os não-epiléticos?

CAPÍTULO II

METODOLOGIA

Tipologia do estudo.

Este trabalho, trata-se de uma pesquisa descritiva onde, priorizamos o discurso dos entrevistados, como fonte de informação para a análise das representações que os sujeitos apresentam sobre a epilepsia, suas vivências, experiências e in experiências com ela.

A natureza da análise de conteúdo, utilizada neste estudo, permitiu-nos unir as vantagens da precisão e da objetividade ao colocarmos-nos, mais profunda e intimamente, no problema, buscando enxergar além dos números e das frequências, fornecendo "... dados cifrados, até a extração de estruturas traduzíveis em modelos" - conforme BARDIN.⁵

O mesmo autor, ao privilegiar os procedimentos exploratórios em análise de conteúdo, faz as seguintes alusões: "... o quadro de análise não está determinado e se parte de uma colocação em evidência das propriedades do texto. Em contrapartida os procedimentos fechados caracterizam-se por observar os textos através de um determinado quadro teórico... Quadro esse, pré-estabelecido, que não pode ser modificado." ⁵Tudo isso enfatizando o processo de indução.

Escolhemos o procedimento exploratório, levando assim a utilização de uma interpretação dos textos pelo processo de dedução. Por conseguinte, relataremos o processo de escolha da amostra estudada (que foi entrevistada, aplicando-se o instrumento) e o processo de criação de uma maneira de analisar os dados coletivos que nos permitissem atingir os objetivos desejados para este trabalho.

A escolha dos sujeitos

Os sujeitos para esta pesquisa foram selecionados em três grupos: GRUPO I (epilépticos), GRUPO II (familiares de epiléticos) e GRUPO III (não-epilépticos). Tomamos por base as seguintes variáveis: sexo, idade, estado civil, religião, grau de escolaridade e renda familiar. Destarte, cabe assinalar a seguinte afirmação: "... uma variável partilha o total de todas as unidades (gravadas) em classes mutuamente exclusivas."⁴⁶

Foram exigidos os seguintes critérios para a formação dos grupos estudados:

GRUPO I. — Ao Grupo I correspondem os sujeitos epiléticos que:

Concordavam em participar da pesquisa;

Eram portadores de epilepsia primária ou idiopática, por não apresentar uma causa conhecida;

Não possuíam nenhuma outra patologia psiquiátrica associada;

Tinham idade mínima de vinte anos, considerando-se, portanto, a existência da epilepsia curável, espontaneamente, na adolescência ou na idade jovem, e a completa formação da personalidade; supusemos que eles estavam tendo um maior convívio com a epilepsia.

GRUPO II — A este grupo pertencem os familiares que:

Concordavam em participar da pesquisa;

Não são epiléticos;

Possuem familiares portadores de epilepsia;

Tem idade mínima de vinte anos.

GRUPO III — O Grupo III compreende os não-portadores de epilepsia que:

Concordaram em participar da pesquisa;

Não são epiléticos;

Não possuem familiares epiléticos;

Têm idade mínima de vinte anos.

O Grupo I abrange os quinze epiléticos que foram selecionados no Serviço de Neurologia do Ambulatório do Hospital Universitário, em João Pessoa-PB — a partir de uma seleção dos prontuários por ocasião da consulta médica. Começamos a contactar esses pacientes com uma entrevista (Anexo I - primeira parte) realizada apenas com este grupo, com o objetivo de diagnosticar o tipo de epilepsia que entraria no estudo, isto é, a epilepsia primária, já definida anteriormente. A nossa pesquisa limita-se apenas a este tipo de epilepsia. Daí não fazemos alusões aos outros tipos clínicos de epilepsia.

O Grupo II abrange familiares que, ao acompanharem ou não os epiléticos onde encontravam-se aguardando a consulta médica, e que satisfaziam aos critérios estabelecidos para escolha dos sujeitos, em número de quinze sujeitos, escolhidos aleatoriamente.

O Grupo II engloba os sujeitos não portadores de epilepsia que não possuem familiares epiléticos que compareciam a outros tipos de atendimentos no ambulatório. Apareceram em proporções iguais aos outros grupos, em número de quinze sujeitos. Todos estes foram entrevistados aleatoriamente, quando se encaixavam nos critérios utilizados para a respectiva seleção.

Instrumento de pesquisa: entrevista

As informações foram obtidas em uma entrevista semi-estruturada, especificamente, para este estudo (Anexo I).

O instrumento de pesquisa é composto de duas partes. A primeira parte da entrevista foi aplicada apenas ao Grupo I. A segunda, a todos os segmentos escolhidos.

A entrevista foi única e continua, na primeira etapa, questões em que procurávamos traçar um perfil dos sujeitos. Na segunda etapa, foram elaboradas várias questões. Cada uma delas — salientamos — foi adaptada, diferentemente, a cada grupo estudado, uma vez que a entrevista foi única para os três, como já foi dito.

As questões envolvem os seguintes itens:

- 1) Os efeitos da epilepsia nos entrevistados, quando os sujeitos falam dela;
- 2) O que é ser epiléptico para eles e para os outros;
- 3) Como é visto o epiléptico, isto é, como eles vêem e como são vistos;
- 4) O significado da epilepsia;
- 5) Causas da epilepsia;
- 6) Tratamento dado à epilepsia;
- 7) Outras descrições, tais como: implicações da epilepsia no trabalho, na escola, na vizinhança e na vida afetiva; descrições de experiências com epilépticos, e não-epilépticos e familiares com a epilepsia; a cura ou irreversão da epilepsia e, finalmente, a perspectiva de vida para os epilépticos.

As questões colocadas na segunda etapa da entrevista compuseram o corpo de categorias a que deram origem.

Assinalamos a **importância da atitude como elemento de orientação global, em relação ao objeto de representação social.** A partir de uma postura favorável, desfavorável e neutra da epilepsia, para atribuímos valores positivos, negativos e neutros aos discursos dos entrevistados.

A técnica da análise de conteúdo .

Abordamos algumas questões da análise de conteúdo ao longo deste trabalho, por ser considerada **uma técnica de investigação que, na descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, tem por finalidade a de interpretar estas mesmas comunicações.**¹¹

Fundamenta-se a abordagem quantitativa na incidência de

determinados elementos, acrescenta BARDIN.⁵

Observamos que a exigência de objetividade torna-se menos rígida e que se aceita segundo o mesmo autor, "... favoravelmente a combinação da compreensão clínica, com a contribuição estatística", parte fundamental na apreensão do conteúdo latente do discurso. A análise de conteúdo acrescenta BARDIN⁵, já não é considerada exclusivamente com o alcance descrito, antes de ter-se tornado consciência de que sua função ou seu objetivo é a inferência, quer as mensagens se baseiam ou não, em indicadores quantitativos. Para tanto, a abordagem "não quantitativa recorre a indicadores não frequenciais susceptíveis de permitir inferência."⁵

Afirma BARDIN⁵ ser de grande significado o critério frequencial que "... serve, sobretudo, para hierarquizar as unidades, os temas, as categorias isoladas num sistema de mensagens, e que, "qualitativamente, indica os valores de referências dos modelos de comportamentos presentes, " neste discurso.

A classificação por frequências corresponde a uma classificação por ordem de importância. Daí, a frequência permite identificar as palavras-chaves, os temas principais, os centros de interesse.⁴⁵

Constatamos que a análise de conteúdo propõe-lhe uma ampliação que permite perceber a variedade de significados obtidos nas manifestações de representações sociais.

Utilizamos-nos ainda da análise associativa, também chamada de análise de contingência, por colocar no centro da pesquisa não somente os elementos isolados no corpus mas também as relações que esses elementos mantêm mutuamente.⁴⁵ Aspecto este, de destaque como suporte para discussões sobre o corpo de categorias da nossa pesquisa.

A análise de contingência foi "... essencialmente concebida para investigação do tipo psicológico destinados a apurar as associações e dissociações mentais características do locutor."⁴⁵

Notamos a importância na análise de conteúdo, quando afirmamos que "... a análise associativa é susceptível de numerosas aplicações. É particularmente indicada para o estudo de modelos, sistemas de valores, imagens e estereótipos difundidos pelas media, "ênfatiza KIENZ. ⁴⁵ A aplicação desta análise tem permitido o aparecimento visível de certos tipos ou modelos de comportamentos emocionais mais ou menos inconscientes, relativamente ao objeto, ⁵ como a epilepsia, e a maneira como o simbolismo é vivido pelos indivíduos, face a este objeto — assinala — possibilitando assim, ao mesmo tempo o levantamento de questões sobre o conteúdo de um determinado material. Isso abrangeria, naturalmente, mensagens intencionais e não intencionais, explícitas ou implícitas, verbais ou não verbais, alternativas ou contraditórias, conclui BARDIN. ⁵

O nosso plano de análise para esta pesquisa, no tocante a análise quantitativa, ênfatiza a análise de frequência e análise associativa, para atendermos os objetivos propostos.

Procedimento.

Ao definirmos os objetivos do presente trabalho, considerado como uma a primeira e indispensável etapa da análise prosseguimos no levantamento do material.

Dirigimo-nos aos serviços de neurologia de João Pessoa, acompanhada do instrumento, com o objetivo de localizar os epilêpticos e os familiares, aleatoriamente, para os três grupos. Esta tarefa foi realizada com muitas dificuldades, uma vez que, após estabelecermos tais critérios, os epilêpticos que procuravam os serviços eram, geralmente, portadores de outra patologia secundária, além do agravamento de muitos portadores viverem no anonimato.

Entre os serviços procurados, apenas o ambulatório do Hospital Universitário foi utilizado.

Procuramos, pessoalmente, a unidade de serviço para contactar, todos os epilépticos atendidos, após a apresentação pessoal e a exposição dos objetivos da pesquisa. Solicitamos, ao mesmo tempo, a participação deles, objetivando a concessão de uma entrevista para uma prévia seleção do tipo de epilepsia (Anexo I - parte I). Esta entrevista se incluiria na pesquisa com a data marcada para os encaminhamentos, por ocasião da consulta médica, de acordo com a conveniência de horário e lugar. Contudo, tivemos dificuldades para realizá-las. Conseqüentemente, ocupamos vários espaços para isso. Mesmo assim, em todas as entrevistas, ficávamos a sós com um entrevistado de cada vez.

Antes do início de cada entrevista, repetíamos os objetivos do trabalho, para os entrevistados. Este diálogo inicial seria para minimizar um certo nível de desconfiança do entrevistado a respeito do que ele estava realmente fazendo ali. No final, procurávamos esclarecer possíveis dúvidas que o entrevistado ainda tivesse sobre os nossos objetivos e sobre a epilepsia.

Os sujeitos manifestaram interesse pelo assunto. Muitos desejavam ver esta pesquisa servir como fonte de informações para um melhor esclarecimento sobre a epilepsia.

Cada entrevista durou cinquenta minutos, por condição dos próprios sujeitos. Foram escritas, a partir de uma prévia concordância dos entrevistados. Doutra parte tentávamos estabelecer uma conversação informal, que permitisse um clima que não nos colocasse como juíza das opiniões relatadas por eles. Muitas vezes, pediam orientações e queriam respostas a respeito de suas dúvidas sobre a epilepsia. Aliás, esta foi uma preocupação que tivemos, ao abordá-los. Foi sempre evitada a possibilidade de criar um clima de desconfiança, na medida em que a pesquisa poderia ser sentida. Deste modo, tentamos, no início da entrevista, assegurar-lhes que o nosso objetivo era o de colaborar com eles e com os familiares, dando-lhes sugestões, a partir da experiência de um grupo de epilépticos e familiares, cujas identidades pessoais

iriam ser mantidas em sigilo. No término de cada uma, procuramos esclarecer dúvidas sobre a epilepsia, bem como orientá-los a respeito desse mal, dirimindo, também, outras dúvidas que surgissem.

Outrossim, no início da entrevista, cada sujeito respondia as questões sobre sua identificação pessoal, que abrange as variáveis estudadas e anteriormente citadas.

Posteriormente, detivemo-nos no levantamento de tabelas, o qual corresponde, assim, à primeira parte do instrumento, fazendo, em seguida, a codificação e o levantamento, agrupando-as.

As quarenta e cinco entrevistas foram agrupadas em cinco categorias, posteriormente desdobradas em suas respectivas subcategorias.

No final da montagem de todas as categorias e subcategorias, começamos a fazer a leitura dos temas levantados, buscando identificá-los, para incluí-los em cada categoria correspondente.

Significado dos Conteúdos analisados.

As unidades de análises.

Após o levantamento e a seleção do material a ser utilizado, constituindo-se assim o "corpus" do trabalho, seguida de uma fase de decomposição deste "corpus" em unidades menores ou elementos, agrupamo-las a partir de características comuns ou aproximadas. **Estes agrupamentos e análise objetivaram identificar categorias significativas e apropriadas ao "corpus".**

A fase de agrupamento das análises é o processo de análise que se vai dando, no decorrer de diversas etapas, e que culmina com a construção de um corpo de categorias adequado ao material analisado.

Com as categorias construídas ou identificadas, cada uni-

dade de análise *foi codificada e numerada, posteriormente reagrupada pelas categorias.

A partir das categorias identificadas, foi possível dividi-las em subcategorias e atribuir valores a estas, tais como: positivas, neutras e negativas, todas baseadas na postura delas, para o reconhecimento da epilepsia, como uma síndrome igual a qualquer uma outra.

É importante lembrar que todo esse processo de construção de um corpo de categorias previamente estabelecidas, conforme as unidades de análise (Anexo II).

Neste trabalho, utilizamos o tema como unidade de significação para posterior classificação. O tema é visto como "... verdadeira unidade de significação, o átomo da análise de conteúdo. É uma das unidades mais preciosas de que dispõe o pesquisador."⁴⁵

Fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos do sentido que compõe a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo escolhido.^{5'}

As categorias.

Selecionadas as unidades de análise, passamos a uma fase intermediária que antecedeu a construção propriamente dita, do corpo de categorias.

Devemos ressaltar que a "... categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e seguida por reagrupamento segundo o gênero, com os critérios previamente definidos ou não, "afirma BARDIN⁵. Acrescentamos ainda o mesmo autor, que um "... sistema de categorias é

* Unidade de análise é a palavra, o indicador; é freqüencial (número de vezes que a palavra ocorre).⁵

válido se puder ser aplicado com precisão ao conjunto de informação e se for produtivo no plano das inferências."

Após as unidades de análise identificadas, retiramos uma amostra e afirmamos que, "... não existem categorias pré-fabricadas e universais válidas. Devem ser de cada vez, talhadas sob medida, em função do material tratado e das finalidades em vista."⁴⁵

A partir das categorias identificadas, foi possível classificá-las em categorias maiores por critérios de afinidades e dividi-las em subcategorias afins. Destarte, caracterizamo-las com os seus respectivos valores.

Definições das categorias

Definimos as categorias igualmente para os três grupos, uma vez que pretendíamos fazer um estudo associativo.

GRUPO I, GRUPO II e GRUPO III

Categoria 1 - EE. - Esta categoria compreende os efeitos da epilepsia, que são todas as unidades de análise onde os sujeitos enunciam uma relação psicológica mantida em relação à epilepsia. Desdobramo-la nas seguintes subcategorias, com os respectivos valores, conforme os sentidos de orientações.

1.1 - EE_p = efeitos emocionais positivos, com o sinal (+);

1.2 - EE_N = efeitos emocionais neutros, com o sinal (=);

1.3 - EE_n = efeitos emocionais negativos, com o sinal (-);

1.4 - EC_p = efeitos comportamentais positivos, com o sinal (+);

1.5 - EC_N = efeitos comportamentais neutros, com o sinal (=);

1.6 - EC_n = efeitos comportamentais negativos, com o sinal (-);

1.7 - ES_p = efeitos sociais positivos, com o sinal (+);

1.8 - ES_N = efeitos sociais neutros, com o sinal (=);

- 1.9 - ES_n = efeitos sociais negativos, com o sinal (-);
- 1.10 - EP_p = efeitos psicológicos positivos, com sinal (+);
- 1.11 - EP_N = efeitos psicológicos neutros, com o sinal (=);
- 1.12 - EP_n = efeitos psicológicos negativos, com o sinal (-);
- 1.13 - EF_p = efeitos físicos positivos, com o sinal (+);
- 1.14 - EF_N = efeitos físicos neutros, com o sinal (=);
- 1.15 - EF_n = efeitos físicos negativos, com o sinal (-);
- 1.16 - OE = outros efeitos, sem sinal.

Categoria 2 - DE. - Esta categoria compreende as diversas definições sobre a epilepsia ou o epilético, compondo vários conjuntos de atributos simbólicos atribuídos a epilepsia, por ocasião de definições.

São as seguintes as subcategorias, com os seus respectivos valores:

- 2.1 - DPB_p = definições psicobiológicas positivas, com o sinal (+);
- 2.2 - DPB_N = definições psicobiológicas neutras, com o sinal (=);
- 2.3 - DPB_n = definições psicobiológicas negativas, com o sinal (-);
- 2.4 - DS_p = definições sociais positivas, com o sinal (+);
- 2.5 - DS_N = definições sociais neutras, com o sinal (=);
- 2.6 - DS_n = definições sociais negativas, com o sinal (-);
- 2.7 - DM_p = definições místicas positivas, com o sinal (+);
- 2.8 - DM_N = definições místicas neutras, com o sinal (=);
- 2.9 - DM_n = definições místicas negativas, com o sinal (-);
- 2.10 - OD = outras definições, sem atribuição de valores.

Categoria 3 - CE. - Causas da epilepsia. - Esta categoria compreende as unidades de análise correspondente a mensagens relacionadas com diversas causas. A partir dos resultados da análise, podemos chegar às causas, acompanhadas das seguintes subcategorias:

- 3.1 - CT = causas traumáticas;
- 3.2 - C.O = causas orgânicas;
- 3.3 - CT_r = causas transmissíveis;
- 3.4 - CNT_r = causas não transmissíveis;
- 3.5 - CPS = causas psico-sociais;
- 3.6 - CE = causas espirituais;
- 3.7 - CLT = Linguagem técnica;
- 3.8 - CID = Incertezas e Dúvidas;
- 3.9 - OC = Outras causas.

Categoria 4 - T. - Tratamentos. - Compreende todos os enunciados que direcionam todos os tipos de tratamentos usados, ao serem abordados sobre a epilepsia e epiléticos. São eles:

- 4.1 - TE = tratamento espiritual;
- 4.2 - TP = tratamento profissional;
- 4.3 - TPS = tratamento psico-social;
- 4.4 - TP_a = tratamento paleativo;
- 4.5 - TSE = tratamento sócio-econômico;
- 4.6 - TC = tratamento curável;
- 4.7 - TI = tratamento incurável;
- 4.8 - OT = outros tratamentos.

Categoria 5 - DD. - Descrições diversas. - As descrições diversas compreendem várias dimensões da epilepsia, que vão desde a sua interferência na vida dos epiléticos até as suas condições de vida. São as seguintes as descrições:

- 5.1 - DD_T = Interferência da epilepsia no trabalho;
- 5.2 - DD_E = Interferência da epilepsia na escola;
- 5.3 - DD_{Vi} = Interferência da epilepsia na vizinhança;
- 5.4 - DD_A = Interferência da epilepsia na vida afetiva;
- 5.5 - DD_V = possibilidade de uma vida normal.

Tratamento estatístico.

Tratamos os dados descritivamente, com indicação de frequência e de cálculo percentual a partir do levantamento do índice de frequência absoluta e relativa, nos três grupos.

CAPÍTULO III

RESULTADOS.

Entrevistamos quinze epiléticos, quinze familiares de epiléticos e quinze não-epiléticos, com um total de quarenta e cinco respondentes. Os dados coletados encontram-se relacionados nas tabelas, do número um ao vinte e quatro, e nos gráficos do número um ao número nove, e estão agrupados da seguinte forma:

Primeiramente, analisamos os dados referentes à caracterização dos respondentes, com a finalidade de obtermos um perfil dos sujeitos componentes da amostra, em estudo, sendo observados nas tabelas, do número um ao seis e nos gráficos do número um ao número três.

Posteriormente, analisamos as categorias e as subcategorias, a partir de informações sobre a epilepsia, objeto desta pesquisa; solicitamos aos entrevistados o preenchimento do instrumento número um (primeira e segunda partes - anexos). A análise das respostas foi feita separadamente, por cada grupo e, em conjunto, pelos três segmentos como pode ser encontrado nas tabelas, do número um ao vinte e quatro, e nos gráficos do número quatro ao número nove, e nas categorias (anexos: nº 2, nº 3 e nº 4).

Perfil dos sujeitos

Tabela número um. — Analisando a Tabela número um, observamos que, quanto ao sexo, o grupo de epilépticos está constituído de 46,5% de homens e 53,5% de mulheres.

Quanto à faixa etária, na mesma Tabela, constatamos o seguinte: a maioria dos entrevistados (46,7%) está entre vinte e vinte e cinco anos, considerando-se uma população jovem.

Com relação ao estado civil, evidenciamos os seguintes dados: 40,0% são solteiros e 33,4% são solteiras.

Tabela número dois. — Analisando a Tabela número dois constatamos que, quanto ao sexo, 100,0% dos familiares de epilépticos são mulheres.

Sobre a faixa etária, observamos que 40,0% estão com mais de quarenta anos e 13,3% entre vinte e vinte e cinco anos e entre trinta e trinta e cinco anos.

Quanto ao estado civil, esta tabela informa que 53,4% são mulheres casadas.

Tabela número três. — No que se refere à Tabela número três, observamos que 66,6% dos não-epilépticos são mulheres e 33,4% são homens.

Sobre a faixa etária, constatamos que 30,0% deste grupo passam dos quarenta anos.

Analisando o estado civil, percebemos que 20,0% do sexo masculino são homens casados e 26,6% do sexo feminino são mulheres casadas, ocorrendo o mesmo percentual para solteiros.

Tabela número quatro. — Analisando a Tabela número quatro (sobre a renda familiar), temos os dados fornecidos pelos respondentes estudados, referentes aos três grupos: 20,0% dos epilépticos percebem entre um e cinco salários mínimos e 8,9% não possuem renda.

I N I N O		TOTAL	
F	%	TOTAL	
		F	%
01	6,7	04	26,7
-	-	02	13,4
-	-	-	-
-	-	01	6,7
-	-	01	6,7
-	-	02	13,3
01	6,7	08	53,5
		15	100

TOTAL

F %

F %

07 46,7

04 26,7

01 6,6

01 6,7

02 13,3

15 100

TABELA Nº 2

DISTRIBUIÇÃO DA IDADE, SEGUNDO O SEXO E O ESTADO CIVIL DE FAMILIARES DE EPILEPTICOS (GRUPO II).

ESTADO CIVIL IDADE EM ANOS	SEXO		M A S C U L I N O						F E M I N I N O						TOTAL			
			SOLTEIROS		CASADOS		VIÓVOS E OUTROS		TOTAL		SOLTEIROS		CASADOS		VIÓVOS E OUTROS		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
20 — 25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	02	13,4	-	-	-	-	02	13,3
25 — 30	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
30 — 35	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	6,6	01	6,6	-	-	02	13,4
35 — 40	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	02	13,4	02	13,4	01	6,7	05	33,3
40 e mais	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	6,6	05	33,3	-	-	06	40,0
TOTAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	06	40,0	08	53,3	01	6,7	15	100,0

TABELA Nº 3

DISTRIBUIÇÃO DA IDADE, SEGUNDO O SEXO E O ESTADO CIVIL DE NÃO-EPILEPTICOS (GRUPO III).

ESTADO CIVIL IDADE EM ANOS	SEXO	M A S C U L I N O						F E M I N I N O						TOTAL					
		SOLTEIROS		CASADOS		VIÚVOS E OUTROS		SOLTEIROS		CASADOS		VIÚVOS E OUTROS		TOTAL		F	%		
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%				
20 — 25		01	6,6	-	-	-	-	01	6,6	02	13,3	-	-	-	-	02	13,3	03	30,0
25 — 30		01	6,6	01	6,6	-	-	02	13,4	02	13,3	-	-	-	-	02	13,3	04	26,7
30 — 35		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	6,6	01	6,6	02	13,3	02	13,3
35 — 40		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	6,6	-	01	6,6	01	6,6
40 e mais		-	-	02	13,4	-	-	02	13,4	-	-	01	6,6	01	6,6	03	20,0	05	33,4
TOTAL		02	13,2	-03	20,0	-	-	05	33,4	04	26,6	04	26,6	02	13,2	10	66,6	15	100

Os 13,4% dos familiares de epiléticos, encontram-se na faixa de um a cinco salários mínimos, em igual percentual (13,4%), com mais de dez salários mínimos e 2,2% sem renda e menos de um salário mínimo; 15,6% dos não-epiléticos estão na faixa de menos de um salário mínimo, 2,2% na faixa de um a cinco salários mínimos e com igual valor para mais de dez salários mínimos.

Os dados evidenciam 35,6% dos respondentes que, nos três grupos, estão localizados na faixa de um a cinco salários mínimos.

Podemos ainda, observar estes resultados no gráfico número um.

Tabela número cinco. — Nesta Tabela, no tocante à crença religiosa dos respondentes, 24,4% dos epiléticos são católicos, seguidos de 24,4% dos familiares e 20,0% dos não-epiléticos proferem a mesma religião, observáveis no gráfico número dois.

Tabela número seis. — Os dados desta Tabela informam que 13,3% dos epiléticos possuem o Primeiro Grau e que 2,2% são analfabetos. Os 22,2% dos familiares de epiléticos possuem o Curso Superior e apenas 2,2% possuem o Segundo Grau. Esta Tabela informa, ainda, que os não-epiléticos apresentam 15,6% com Curso Superior e 2,2% sem alfabetização.

Percebemos, portanto que, nos três grupos dos respondentes, 46,7% possuem o Curso Superior, 33,3% o Primeiro Grau e 4,4% são analfabetos.

Consideramos analfabeto quem, obviamente, não sabia ler nem escrever.

Estas informações são demonstradas no gráfico número três.

TABELA Nº 4

DISTRIBUIÇÃO DA RENDA FAMILIAR, SEGUNDO OS GRUPOS ESTUDADOS.

RENDA FAMILIAR	EPILEPTICOS		FAMILIARES DE EPILEPTICOS		NÃO-EPILEPTICOS		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Sem renda	04	8,9	01	2,2	-	-	05	11,1
0 ——— 01 S/M*	01	2,2	01	2,2	07	15,6	09	20,0
01 ——— 05 S/M	09	20,0	06	13,4	01	2,2	16	35,6
05 ——— 10 S/M	01	2,2	01	2,2	06	13,3	08	17,7
10 e mais	-	-	06	13,4	01	2,2	07	15,6
TOTAL	15	33,3	15	33,4	15	33,3	45	100,0

*S/M = Salário mínimo.

GRÁFICO Nº 01
DISTRIBUIÇÃO DA RENDA FAMILIAR SEGUNDO OS GRUPOS ESTUDADOS

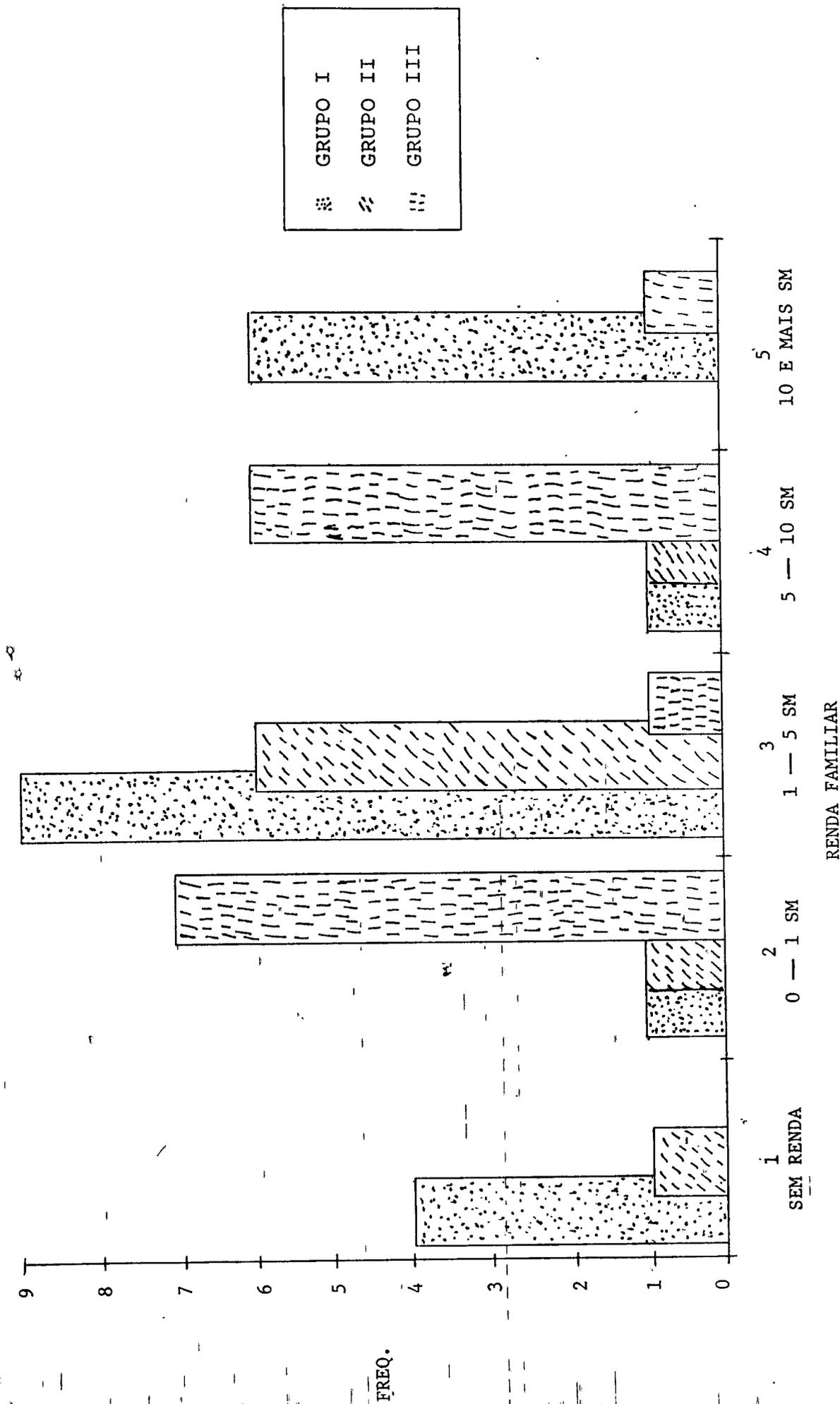


TABELA Nº 5

DISTRIBUIÇÃO DA CRENÇA RELIGIOSA, SEGUNDO OS GRUPOS ESTUDADOS.

CRENÇA RELIGIOSA	EPILEPTICOS		FAMILIARES DE EPILEPTICOS		NÃO-EPILEPTICOS		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Católica	11	24,4	11	24,4	09	20,0	31	68,9
Protestante	02	4,5	03	6,7	03	6,7	08	17,8
Espírita	01	2,2	01	2,2	02	4,5	04	8,9
Sem religião	01	2,2	-	-	01	2,2	02	4,4
TOTAL	15	33,3	15	33,3	15	33,4	45	100,0

GRÁFICO Nº 02
 REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA CRENÇA RELIGIOSA, SEGUNDO OS GRUPOS ESTUDADOS

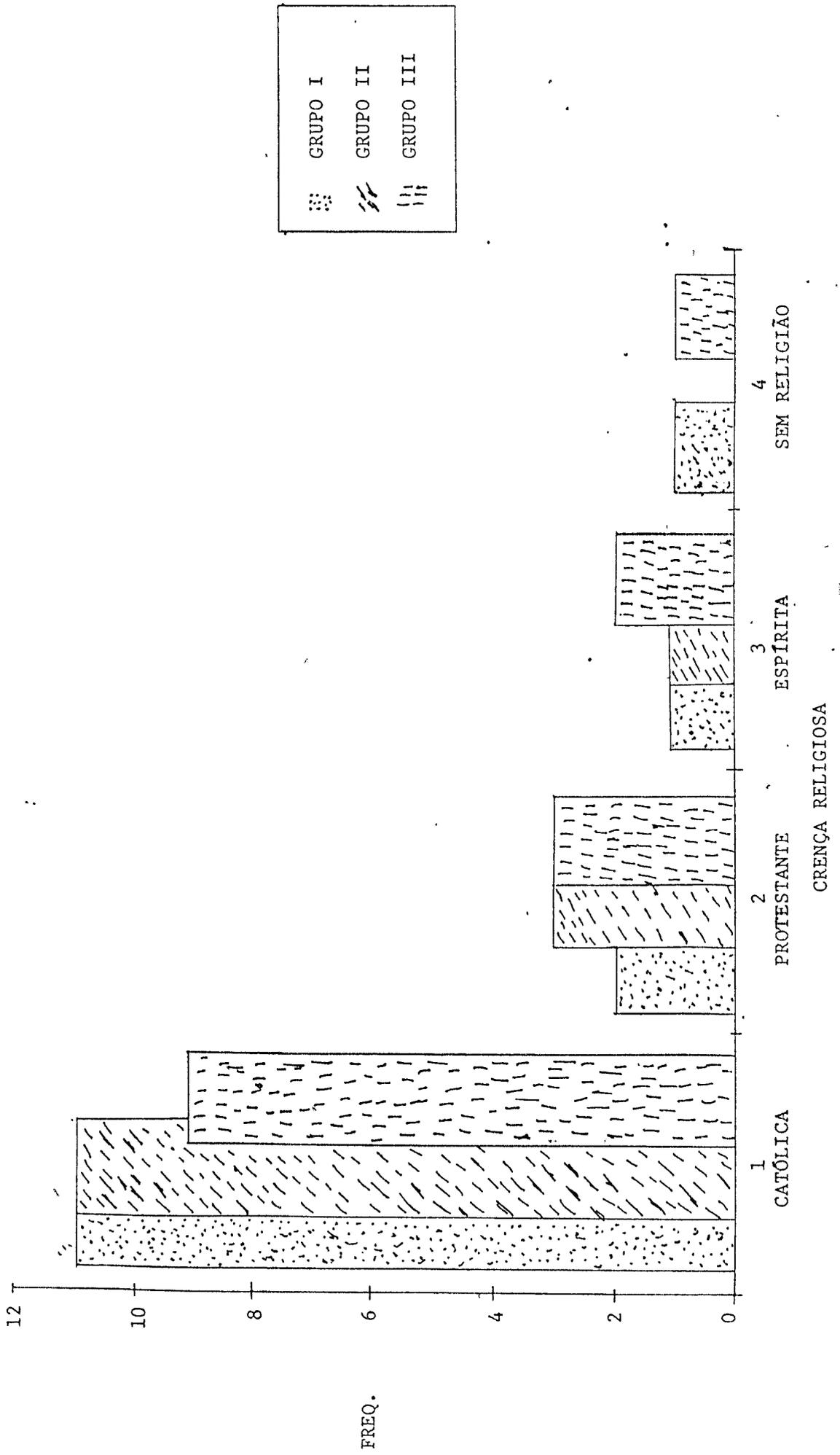
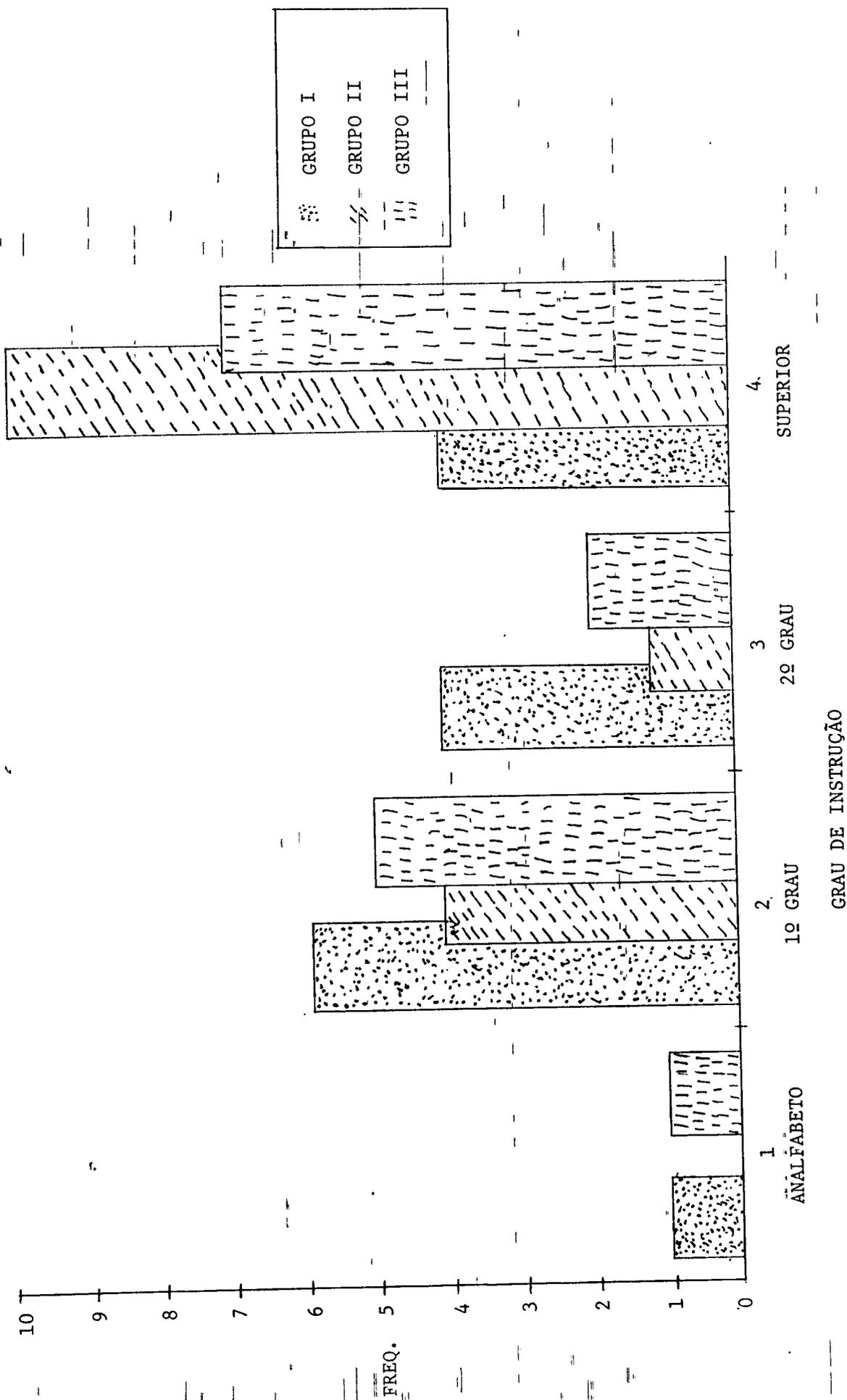


GRÁFICO Nº 6

DISTRIBUIÇÃO DO GRAU DE INSTRUÇÃO, SEGUNDO OS GRUPOS ESTUDADOS.

GRAU DE INSTRUÇÃO	EPILÉPTICOS		FAMILIARES DE EPILÉPTICOS		NÃO-EPILÉPTICOS		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Analfabetos	01	2,2	-	-	01	2,2	02	4,4
1º Grau	06	13,3	04	8,9	05	11,1	15	33,3
2º Grau	04	8,9	01	2,2	02	4,5	07	15,6
Superior	04	8,9	10	22,2	07	15,6	21	46,7
TOTAL	15	33,3	15	33,3	15	33,4	45	100,0

GRÁFICO Nº 3
DISTRIBUIÇÃO DO GRAU DE INSTRUÇÃO, SEGUNDO OS GRUPOS ESTUDADOS.



Caracterização das respostas.

Os dados contidos nas tabelas, do número sete ao número vinte e quatro, permitem-nos delinear o tipo de informação utilizada pelos entrevistados, bem como as concordâncias e/ou as discrepâncias nas representações dos três grupos, sobre a epilepsia.

Com base nas respostas dos entrevistados, a epilepsia fica assim caracterizada, através das categorias, para os três grupos a seguir:

Tabela número sete. — Na Tabela número sete, analisamos as informações diversas sobre a epilepsia e/ou os epiléticos que formaram o corpo de categorias, segundo os respondentes dos três grupos. Destacamos os epiléticos, com 39,1% das informações; evidenciamos 26,9% no tocante aos efeitos e 2,0%, no tocante às causas. Quanto aos familiares de epiléticos, dos 31,3% deles enunciam-se 19,8%, com relação aos efeitos e 2,2%, com relação às causas. Analisando os não-epiléticos, constatamos a cifra de 29,6%, distribuída em 15,7%, com relação aos efeitos, e 2,3% com relação aos tratamentos.

Notamos que todos os respondentes constaram de duas mil duzentas e quarenta e seis unidades de análise, para as cinco categorias, perfazendo 100,0%. Deste quântico 62,4% dizem respeito aos efeitos e, finalmente, 7,6% dizem respeito aos tratamentos.

Destacamos as categorias no gráfico número quatro.

Tabela número oito. — Ao analisarmos esta Tabela, observamos que os epiléticos apresentaram os seguintes aspectos:

a) Como resultados positivos: 4,4% para os efeitos comportamentais e 0,5% para os efeitos físicos;

b) Como resultados neutros: 1,2% para os efeitos comportamentais e 0,2% para os efeitos físicos;

c) Como resultados negativos: 10,7% para os efeitos comportamentais e 2,6% para os efeitos físicos.

Analisando todos os entrevistados epiléticos com 43,1%, observamos que 16,3% foram atribuídos aos efeitos comportamentais e 0,3%, aos outros efeitos.

Na mesma análise, referimos as seguintes informações dos familiares de epiléticos:

a) Como resultados positivos: 2,8% para os efeitos comportamentais e 0,8% para os efeitos psicológicos e físicos;

b) Como resultados neutros: 0,5% para os efeitos sociais e 0,1% para os efeitos emocionais e psicológicos;

c) Como resultados negativos: 9,4% para os efeitos comportamentais e 2,3% para os efeitos emocionais.

Nesta categoria, 31,7% corresponderam às respostas dos familiares de epiléticos. Destacamos 12,4% para os efeitos comportamentais e 3,4% para os efeitos emocionais.

Quanto aos não-epiléticos, obtivemos os seguintes dados:

a) Como resultados positivos: 1,5% para os efeitos comportamentais e 0,1% para os efeitos físicos;

b) Como resultados neutros: 0,2% para os efeitos sociais e 0,1% para os demais efeitos;

c) Como resultados negativos: 8,6% para os efeitos comportamentais e 2,2% para os efeitos psicológicos.

Por outro lado, nos 25,1% de todas as informações dos familiares deste grupo 10,3% referiram os efeitos comportamentais e 2,3% referiram os efeitos psicológicos.

Portanto, nos três grupos, 39,0% descreveram os efeitos comportamentais e 0,3%, descreveram outros efeitos, conforme demonstração gráfica número cinco.

GRÁFICO Nº 7

DISTRIBUIÇÃO DAS CATEGORIAS, SEGUNDO OS GRUPOS ESTUDADOS.

CATEGORIAS	GRUPOS		EPILEPTICOS		FAMILIARES DE EPILEPTICOS		NÃO-EPILEPTICOS		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Efeitos	604	26,9	445	19,8	353	15,7	1.402	62,4		
Definições	70	3,1	53	2,4	83	3,7	206	9,2		
Causas	45	2,0	66	2,9	88	3,9	199	8,8		
Tratamentos	70	3,1	48	2,2	51	2,3	169	7,6		
Descrições diversas	90	4,0	90	4,0	90	4,0	270	12,0		
TOTAL	879	39,1	702	31,3	665	29,5	2.246	100,0		

GRÁFICO Nº 4

REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DAS CATEGORIAS, SEGUNDO OS GRUPOS ESTUDADOS

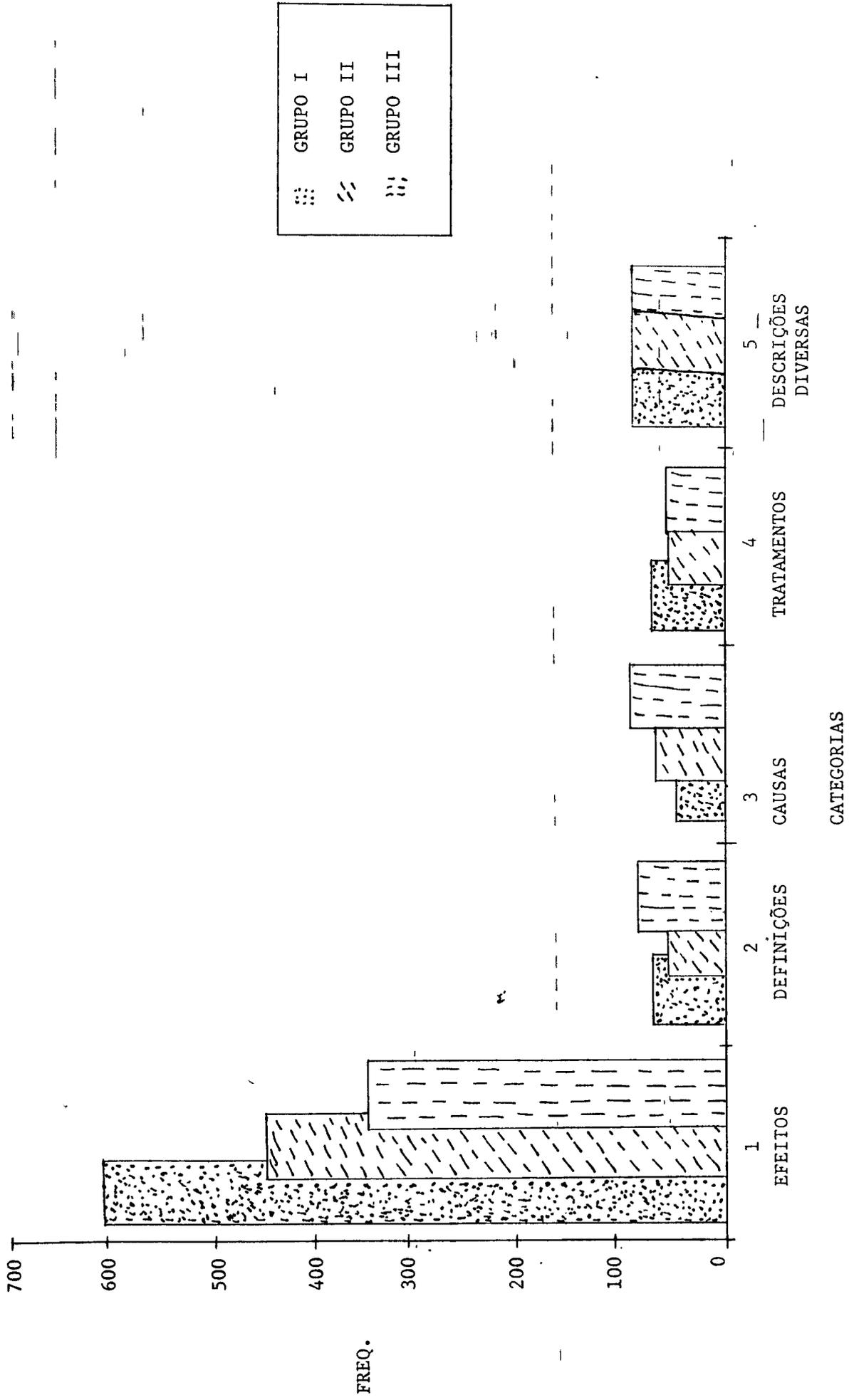
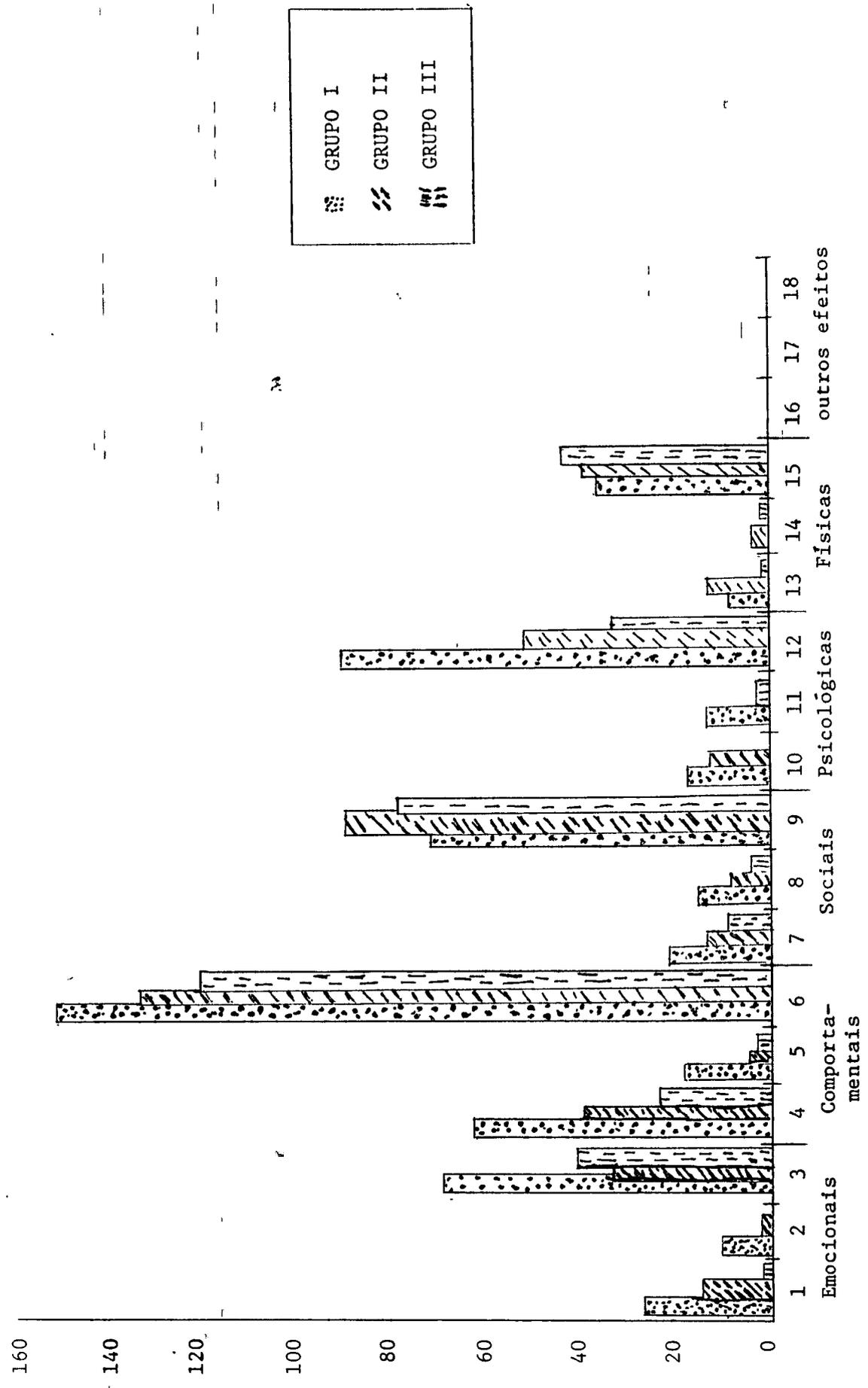


TABELA Nº 08

DISTRIBUIÇÃO DOS VALORES ATRIBUÍDOS ÀS UNIDADES DE ANÁLISE, AOS EFEITOS DA EPILEPSIA, SEGUNDO OS GRUPOS ESTUDADOS.

VALORES DA: RESPOSTAS EFETOS	EPILEPTICOS						FAMILIARES DE EPILEPTICOS						NÃO-EPILEPTICOS						TOTAL							
	POSITIVOS		NEUTROS		NEGATIVOS		POSITIVOS		NEUTROS		NEGATIVOS		POSITIVOS		NEUTROS		NEGATIVOS		TOTAL							
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%						
Emocionais	26	1,8	08	0,6	67	4,8	101	7,2	14	1,0	01	0,1	32	2,3	47	3,4	02	0,2	01	0,1	40	2,8	43	3,0	191	13,6
Comportamen- tais	62	4,4	17	1,2	150	10,7	229	16,3	39	2,8	03	0,2	132	9,4	174	12,4	22	1,5	02	0,1	120	8,6	144	10,3	547	39,0
Sociais	21	1,5	14	1,0	71	5,0	106	7,6	12	0,9	07	0,5	89	6,3	108	7,7	08	0,6	03	0,2	78	5,6	89	6,4	303	21,7
Psicológicos	16	1,2	12	0,8	90	6,4	118	8,4	12	0,8	02	0,1	51	3,6	65	4,6	-	-	02	0,1	31	2,2	33	2,3	216	15,3
Físicos	07	0,5	03	0,2	36	2,6	46	3,4	12	0,8	-	-	39	2,8	51	3,6	01	0,1	01	0,1	42	3,0	44	3,1	141	10,1
Outros efeitos	-	-	-	-	-	-	04	0,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	04	0,3
TOTAL	132	9,4	54	3,8	414	29,5	604	43,1	89	6,3	13	0,9	343	24,4	445	31,7	33	2,4	09	0,6	311	22,1	353	25,1	1.402	100

GRÁFICO Nº 05
REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DAS UNIDADES DE ANÁLISE, AOS EFEITOS DA EPILEPSIA,
SEGUNDO OS GRUPOS ESTUDADOS.



EFEITO/VALOR DA RESPOSTA

Tabela número nove — Na Tabela número nove, destacamos a análise dos resultados da categoria efeitos, em função das variáveis externas relativas aos respondentes do Grupo I (epilépticos) com mil oitocentas e doze unidades de análise.

No tocante ao sexo, 20,8% das unidades de valores atribuídos aos efeitos, foram dadas pelas mulheres. 4,9% destas respostas corresponderam aos efeitos comportamentais negativos e 0,1%, aos efeitos físicos neutros e igual valor, a outros efeitos. Quanto aos homens observamos (12,5% das unidades obtidas nos efeitos dos respondentes), destacamos 3,3% no percentual com os efeitos comportamentais negativos e 0,1% com os efeitos físicos e outros efeitos.

Analisando o estado civil, observamos que 20,1% das unidades de análise dos respondentes corresponderam aos solteiros, com 5,3% de informações atribuídos aos efeitos comportamentais negativos e 0,1%, aos efeitos emocionais neutros, aos físicos neutros e a outros efeitos. Nos 5,8% dos valores atribuídos as unidades de análise, estão os viúvos e outros, com 1,2% atribuídos às descrições sobre os efeitos comportamentais negativos.

Evidenciamos, em 24,8% das unidades de análise da prática religiosa católica, 6,6% das descrições foram atribuídas aos efeitos comportamentais negativos e 0,1%, aos efeitos físicos neutros e a outros efeitos. Quanto aos protestantes (5,4% das unidades de análise), observamos 1,7% dos valores atribuídos às descrições referentes às informações sobre os efeitos psicológicos negativos e 0,1% a outras descrições.

Observamos que 24,8% das unidades de análise dos epilépticos informaram os efeitos comportamentais negativos, seguidos de 14,9% dessas respostas, que informaram os efeitos psicológicos negativos e 0,5% correspondem, os efeitos físicos neutros.

Analisando a **Tabela número dez**, vemos que os familiares de epilépticos (33,3% das unidades de análise) foram atribuídas

TABELA Nº 09

DISTRIBUIÇÃO DOS VALORES ATRIBUÍDOS AS UNIDADES DE ANÁLISE, AOS EFEITOS DA EPILEPSIA PELO GRUPO I, SEGUNDO AS VARIÁVEIS: SEXO, ESTADO CIVIL E RELIGIÃO

VARIÁVEIS	SEXO				ESTADO CIVIL				RELIGIÃO				TOTAL							
	MASCULINO		FEMININO		CASADO		SOLTEIRO		VÍDUO E QUIRUS		CATÓLICO		PROTESTANTE		ESPÍRITA		SEM RELIGIÃO			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%		
Emocionais: Positivos	16	0,9	10	0,5	04	0,2	20	1,1	02	0,1	18	1,0	04	0,2	-	-	04	0,3	78	4,3
Neutros	-	-	08	0,4	06	0,4	02	0,1	-	-	08	0,4	-	-	-	-	-	-	24	1,3
Negativos	28	1,5	39	2,1	15	0,8	39	2,2	13	0,7	56	3,0	06	0,3	-	-	05	0,3	201	11,1
Comportamentais: Positivos	17	0,9	45	2,5	16	0,9	36	2,0	10	0,6	43	2,3	11	0,6	-	-	08	0,4	186	10,2
Neutros	06	0,4	11	0,6	02	0,1	09	0,5	06	0,3	10	0,5	02	0,1	-	-	05	0,3	51	2,8
Negativos	61	3,3	89	4,9	33	1,8	96	5,3	21	1,2	120	6,6	16	0,9	-	-	14	0,8	450	24,8
Sociais: Positivos	10	0,5	11	0,6	06	0,3	14	0,8	01	0,1	19	1,1	02	0,1	-	-	-	-	63	3,5
Neutros	03	0,2	11	0,6	04	0,2	10	0,5	-	-	12	0,6	01	0,1	-	-	01	0,1	42	2,3
Negativos	21	1,2	50	2,7	07	0,4	54	2,9	10	0,6	53	2,9	15	0,8	-	-	03	0,2	213	11,7
Psicológicos: Positivos	09	0,5	07	0,4	04	0,2	07	0,4	05	0,3	12	0,7	04	0,2	-	-	-	-	48	2,7
Neutros	05	0,3	07	0,4	03	0,2	09	0,5	-	-	10	0,5	02	0,1	-	-	-	-	36	2,0
Negativos	31	1,7	59	3,3	23	1,3	46	2,5	21	1,2	54	3,0	32	1,7	-	-	04	0,2	270	14,9
Físicos: Positivos	02	0,1	05	0,3	-	-	07	0,4	-	-	06	0,3	-	-	-	-	01	0,1	21	1,2
Neutros	-	-	03	0,1	02	0,1	01	0,1	-	-	02	0,1	01	0,1	-	-	-	-	09	0,5
Negativos	16	0,9	20	1,1	11	0,6	13	0,7	12	0,7	32	1,7	01	0,1	-	-	03	0,2	108	6,0
Outros efeitos	02	0,1	02	0,1	02	0,1	02	0,1	-	-	02	0,1	01	0,1	-	-	01	0,1	12	0,7
TOTAL	227	12,5	377	20,8	138	7,6	365	20,1	101	5,8	457	24,8	98	5,4	-	-	49	3,0	1812	100,0

TABELA Nº 10
DISTRIBUIÇÃO DOS VALORES ATRIBUÍDOS ÀS UNIDADES DE ANÁLISE, AOS EFEITOS DA EPILEPSIA
PELO GRUPO II, SEGUNDO AS VARIÁVEIS: SEXO, ESTADO CIVIL E RELIGIÃO.

VARIÁVEIS	SEXO			ESTADO CIVIL				RELIGIÃO				TOTAL				
	MASCULINO		FEMININO	CASADO		SOLTEIRO	VÍDUO E CUIRÓS	CATÓLICO		PROTESTANTE	ESPIRITA	SEM RELIGIÃO		TOTAL		
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Emocionais: Positivos	-	-	14	1,1	06	0,5	02	0,2	12	0,9	-	02	0,2	-	42	3,2
Emocionais: Neutros	-	-	01	0,1	-	-	01	0,1	-	-	-	01	0,1	-	03	0,2
Emocionais: Negativos	-	-	32	2,4	16	1,1	10	0,8	21	1,6	06	0,5	0,3	-	96	7,2
Comportamentais: Positivos	-	-	39	2,9	16	1,2	12	0,9	16	1,2	09	0,6	14	1,1	117	8,7
Comportamentais: Neutros	-	-	03	0,2	01	0,1	01	0,1	01	0,1	01	0,1	01	0,1	09	0,7
Comportamentais: Negativos	-	-	132	9,9	70	5,2	51	3,8	90	6,7	20	1,5	22	1,6	396	29,6
Sociais: Positivos	-	-	12	0,9	06	0,5	03	0,2	11	0,8	01	0,1	-	-	36	2,7
Sociais: Neutros	-	-	07	0,5	02	0,2	05	0,4	07	0,5	-	-	-	-	21	1,6
Sociais: Negativos	-	-	89	6,6	58	4,3	21	1,6	66	4,9	20	1,5	03	0,2	267	20,0
Psicológicas: Positivos	-	-	12	0,7	08	0,6	02	0,2	08	0,6	02	0,2	02	0,2	36	2,7
Psicológicas: Neutros	-	-	02	0,1	01	0,1	-	-	01	0,1	-	-	01	0,1	06	0,4
Psicológicas: Negativos	-	-	51	3,8	29	2,2	15	1,1	33	2,5	11	0,8	07	0,5	153	11,5
Físicas: Positivos	-	-	12	0,9	03	0,2	07	0,5	08	0,6	-	-	04	0,2	36	2,7
Físicas: Neutros	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Físicas: Negativos	-	-	39	2,9	19	1,4	16	1,1	28	2,1	05	0,3	06	0,5	117	8,8
Outros efeitos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	-	-	445	33,3	235	17,6	149	11,2	61	4,6	302	22,6	68	5,1	1.335	100,0

TABELA Nº 11

DISTRIBUIÇÃO DOS VALORES ATRIBUÍDOS AS UNIDADES DE ANÁLISE, AOS EFEITOS DA EPILEPSIA
PELO GRUPO III, SEGUNDO AS VARIÁVEIS: SEXO, ESTADO CIVIL E RELIGIÃO.

EFEITOS	SEXO			ESTADO CIVIL				RELIGIÃO				TOTAL				
	MASCULINO		FEMININO	CASADO		SOLTEIRO	VÍUO E OUROS	CATÓLICO		PROTESTANTE	ESPÍRITA	SEM RELIGIÃO		F	%	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%		
Emocionais: Positivos	01	0,1	01	0,1	-	-	02	0,2	-	-	01	0,1	01	0,1	06	0,6
Neutros	01	0,1	-	-	01	0,1	-	-	-	-	-	-	01	0,1	03	0,3
Negativos	16	1,5	24	2,2	26	2,5	09	0,8	05	0,5	25	2,4	06	0,5	120	11,3
Comportamentais:																
Positivos	08	0,7	14	1,3	19	1,8	03	0,3	-	-	13	1,2	06	0,5	66	6,2
Neutros	01	0,1	01	0,1	02	0,2	-	-	-	-	02	0,2	-	-	06	0,6
Negativos	41	3,9	79	7,4	72	6,7	42	4,0	06	0,5	66	6,2	29	2,8	360	34,0
Sociais:																
Positivos	03	0,3	05	0,5	02	0,2	06	0,5	-	-	05	0,5	03	0,3	24	2,3
Neutros	02	0,2	01	0,1	01	0,1	02	0,2	-	-	02	0,2	-	-	09	0,8
Negativos	26	2,5	52	4,9	26	2,5	40	3,9	12	1,1	60	5,6	13	1,3	234	22,1
Psicológicos:																
Positivos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Neutros	-	-	02	0,2	01	0,1	01	0,1	-	-	01	0,1	-	-	06	0,6
Negativos	15	1,4	16	1,5	15	1,4	11	1,0	05	0,5	14	1,3	08	0,7	93	8,7
Físicos:																
Positivos	-	-	01	0,1	-	-	01	0,1	-	-	01	0,1	-	-	03	0,3
Neutros	-	-	01	0,1	01	0,1	-	-	-	-	01	0,1	-	-	03	0,3
Negativos	16	1,5	26	2,5	18	1,7	21	1,9	03	0,3	25	2,4	10	1,0	126	11,9
Outros efeitos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	130	12,3	223	21,0	14	17,4	138	13,0	31	2,9	216	20,4	77	7,3	1059	100,0

mulheres, das quais 9,9% das unidades corresponderam os efeitos comportamentais negativos e 0,1% das unidades de análise, os efeitos emocionais e psicológicos neutros.

Dentro (17,6% das unidades de análise) dos casados, 3,8% dessas respostas correspondem os efeitos comportamentais negativos e 0,1% das respostas, os efeitos comportamentais neutros. Dentro os solteiros com 11,2% das unidades de análise: 3,8% foram atribuídos os efeitos comportamentais negativos e 0,1% correspondem, os efeitos comportamentais neutros.

Sobre a análise dos familiares de epiléticos, constatamos 29,6% das unidades de análise, correspondem os efeitos comportamentais negativos e 2,2% das respostas foram os efeitos emocionais neutros.

Com relação à Tabela número onze, a qual aborda os discursos dos não-epiléticos, ressaltamos que 21,0% das unidades de análise foram atribuídos por mulheres e 12,3% das respostas por homens.

Estes atribuíram 7,4% das unidades de análise aos efeitos comportamentais negativos e 0,1% das respostas, aos efeitos emocionais negativos e a outros efeitos. Sobre os homens, destacamos 3,9% das respostas para as descrições dos efeitos comportamentais negativos e 0,1% das unidades de análise para os efeitos emocionais positivos, para os neutros e para os comportamentais neutros.

Ao abordarmos o estado civil, observamos que 17,4% das unidades corresponderam aos homens, que atribuíram 6,7% das respostas os efeitos comportamentais negativos e 0,1% foram aos efeitos emocionais, sociais, psicológicos e físicos neutros. Os viúvos e outros compreenderam 2,9% das unidades.

Quanto à religiosidade neste grupo, destacamos 20,4% das respostas que foram católicos, dentre os quais, 6,2% dos valores das unidades foram atribuídos aos efeitos comportamentais negativos e 0,1% dos valores aos efeitos emocionais positivos, psicológicos neutros e físicos positivos e neutros. No tocante aos espíritas, destacamos 5,7% das respostas.

Constatamos 34,0% das mil e cinquenta e nove unidades de

análise levantadas para todo o grupo, que foram direcionados para os efeitos comportamentais negativos e, dentro desta percentagem, 0,3% foram atribuídos aos efeitos emocionais neutros e físicos positivos e neutros.

Analisando a **Tabela número doze**, que diz respeito à distribuição dos valores atribuídos as unidades de análise pelos grupos às definições sobre epilepsia e epiléticos. Evidenciamos 39,8% dos valores das unidades, que são descrições feitas pelos não-epiléticos, dentre os quais, 17,5% foram atribuídos às descrições das definições psicobiológicas e 7,3% às definições místicas. Desta cifra maior, destacamos 33,9% dos valores às definições negativas, dentre os quais, 15,0% foram sobre as definições psicobiológicas. Em seguida, vêm os epiléticos com 33,9% das respostas para as definições, inclusive 16,0% dos valores às definições sociais e 0,9% às outras definições. Dentro deste grupo, 20,9% das respostas descreveram como definições negativas, dentre estas, 11,2% das unidades de análise descritas pelos epiléticos, atribuíram-se às definições sociais, 1,5% das respostas às definições místicas. Quanto aos familiares de epiléticos (apontaram 26,3% das unidades), evidenciamos 11,6% compreendem às definições psicobiológicas e 0,5% para outras definições, com 19,0% das unidades às descrições negativas. Observamos 8,8% das descrições atribuídas às definições psicobiológicas e 2,4% às definições místicas.

Nesta tabela, observamos que, no total das respostas, destacamos 41,8% das respostas atribuídas às definições psicobiológicas e 1,4% para outras definições.

Observamos ainda no gráfico número seis, esta categoria.

A **Tabela número treze** está relacionada com a distribuição dos valores atribuídos as unidades de análise pelo Grupo I às definições de epilepsia e epiléticos. Destacamos 24,3% dos valores das unidades para as definições psicobiológicas negativas, nas quais 12,8% das unidades dos respondentes estão incluídos na faixa de zero à um salário mínimo. Nas definições sociais, evidenciamos 32,9% para descrições negativas. Entre estas cabe assinalar 10,0% das unidades de análise correspondentes à faixa de um à cinco salários mínimos e de dez a mais salários. As definições

TABELA Nº 11

DISTRIBUIÇÃO DOS VALORES ATRIBUÍDOS AS UNIDADES DE ANÁLISE; AOS EFEITOS DA EPILEPSIA PELO GRUPO III, SEGUNDO AS VARIÁVEIS: SEXO; ESTADO CIVIL E RELIGIÃO.

VALORES DAS RESPOSTAS DEFINIÇÕES	EPILEPTICOS						FAMILIARES DE EPILEPTICOS						NÃO-EPILEPTICOS						TOTAL								
	POSI-TIVOS		NEUTROS		NEGATI-VOS.		TOTAL		POSI-TIVOS		NEUTROS		NEGATI-VOS.		TOTAL		POSI-TIVOS		NEUTROS		NEGATI-VOS.		TOTAL				
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%			
Definições:																											
Psicobiológicas	04	1,9	05	2,4	17	8,2	26	12,6	06	2,9	-	-	18	8,8	24	11,6	04	1,9	04	0,5	31	15,0	36	17,5	86	41,8	
Sociais	06	2,9	04	1,9	23	11,2	33	16,0	02	0,9	-	-	16	7,8	18	8,7	01	0,5	03	1,5	27	13,1	31	15,0	82	39,7	
Místicas	03	1,5	03	1,5	03	1,5	09	4,4	03	1,5	03	1,5	05	2,4	11	5,4	01	0,5	02	0,9	12	5,8	15	7,3	35	17,1	
Outras definições	-	-	-	-	-	-	02	0,9	-	-	-	-	-	-	01	0,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	03	1,4
TOTAL	13	6,3	12	5,8	43	20,9	70	33,9	11	5,3	03	1,5	39	19,0	54	26,3	03	2,9	06	2,9	70	33,9	82	39,8	206	100,0	

TABELA Nº 13

DISTRIBUIÇÃO DOS VALORES ATRIBUÍDOS AS UNIDADES DE ANÁLISE, PELO GRUPO I, AS DEFINIÇÕES DE EPILEPSIA E EPILEPTICOS.

VALORES DAS RENDAS FAMILIAR	DEFINIÇÕES		PSICOBIOLOGICAS						SOCIAIS						MISTICAS						OUTRAS DEFINIÇÕES		TOTAL	
	RESPOSTAS		POSITIVOS		NEUTROS		NEGATIVOS		POSITIVOS		NEUTROS		NEGATIVOS		POSITIVOS		NEUTROS		NEGATIVOS		F		%	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
0	01	SN	01	1,4	05	7,1	09	12,8	-	-	-	-	03	4,3	-	-	-	-	03	4,3	02	2,9	23	32,8
01	05	SM	-	-	-	-	02	2,9	02	2,8	-	-	07	10,0	-	-	-	-	-	-	-	-	11	15,7
05	10	SM	03	3,3	-	-	02	2,9	04	5,7	04	5,7	02	2,9	03	4,3	-	-	-	-	-	-	18	25,8
10 e mais	-	-	-	-	-	-	02	2,9	-	-	-	-	07	10,0	-	-	03	4,3	-	-	-	-	12	17,2
Sem renda	-	-	-	-	-	-	02	2,8	-	-	-	-	04	5,7	-	-	-	-	-	-	-	-	06	8,5
TOTAL	04	5,7	05	7,1	17	24,3	06	8,5	04	5,7	23	32,9	03	4,3	03	4,3	03	4,3	03	4,3	02	2,9	70	100,0

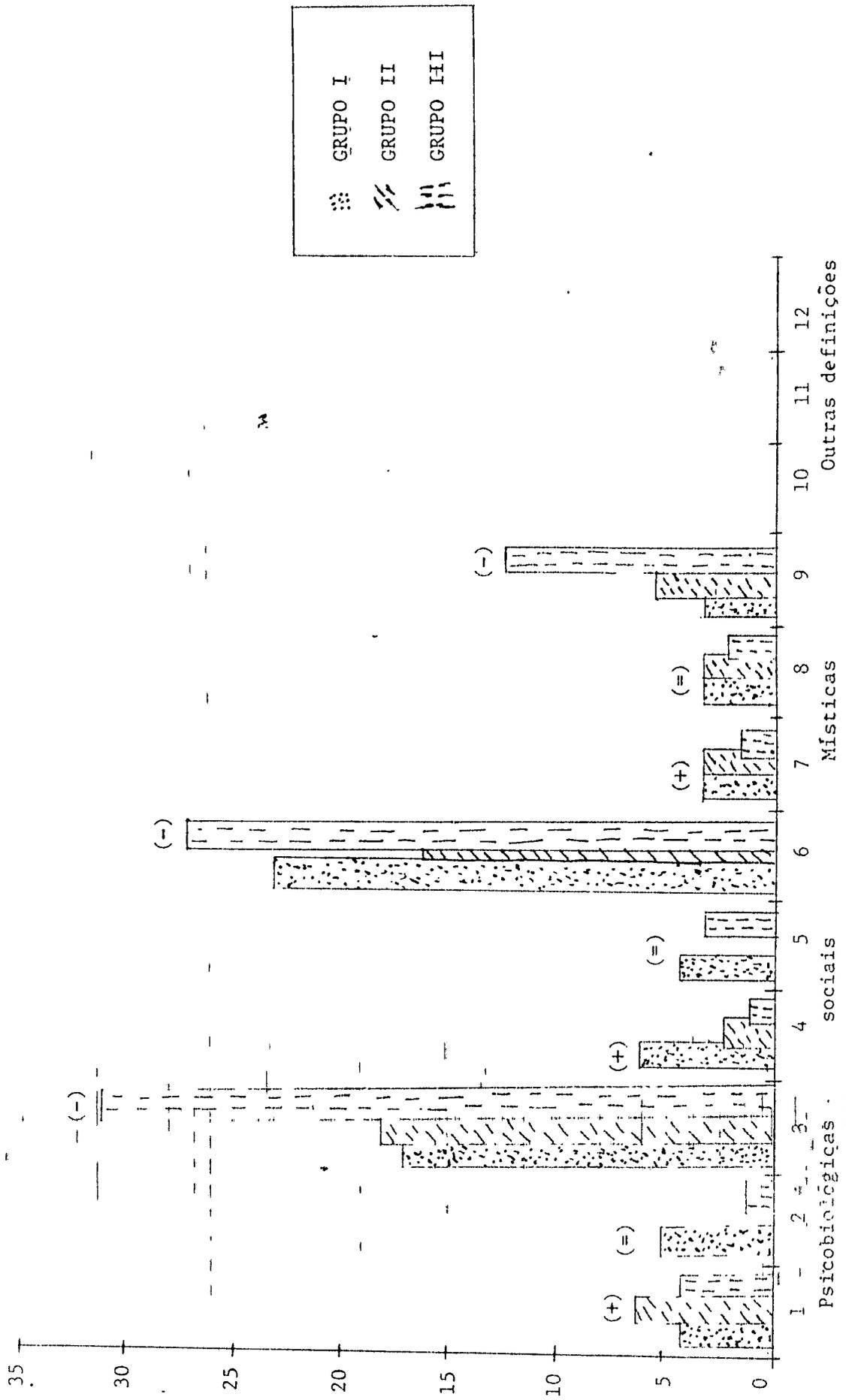
TABELA Nº 14

DISTRIBUIÇÃO DOS VALORES ATRIBUÍDOS AS UNIDADES DE ANÁLISE, PELO GRUPO II ÀS DEFINIÇÕES, SEGUNDO A RENDA FAMILIAR.

VALORES DAS RESPOSTAS RENDA FAMILIAR	DEFINIÇÕES			PSICOBOLÓGICAS						SOCIAIS						MÍSTICAS						TOTAL			
				POSITIVOS		NEUTROS		NEGATIVOS		POSITIVOS		NEUTROS		NEGATIVOS		POSITIVOS		NEUTROS		NEGATIVOS		OUTRAS DEFINIÇÕES			
	F	%		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
0 — 01 SM	04	7,4	-	-	-	05	9,2	-	-	-	02	2,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11	20,4
01 — 05 SM	-	-	-	-	04	7,4	02	3,7	-	-	06	11,1	02	3,7	01	1,9	01	1,9	-	-	-	-	-	16	29,6
05 — 10 SM	02	3,7	-	-	06	11,1	-	-	-	-	03	5,6	01	1,9	-	-	03	5,5	-	-	-	-	-	15	27,8
10 e mais	-	-	-	-	04	7,4	-	-	-	-	05	9,2	-	-	02	3,7	01	1,9	-	-	-	-	-	12	22,2
Sem renda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	06	11,1	-	-	19	35,1	02	3,7	-	-	16	29,6	03	5,6	03	5,6	05	9,3	-	-	-	-	54	100,0	

GRÁFICO Nº 6

REPRESENTAÇÃO: GRÁFICA DAS DEFINIÇÕES DE EPILEPSIA E EPILÉPTICOS.



DEFINIÇÕES/VALOR DA RESPOSTA

místicas compreendem 4,3% das respostas a todas as respostas.

Neste conjunto de definições, observamos que 32,8% dos valores atribuídos, foram atribuídos pelos respondentes que estão compreendidos na faixa de zero a um salário mínimo e 8,5% das respostas correspondem aos que não têm renda.

Na **Tabela número quatorze**, que apresenta a distribuição dos valores atribuídos às unidades de análise das definições segundo a renda familiar por familiares de epiléticos, com cinquenta e quatro unidades de análise, ressaltamos 35,1% das unidades às definições psicobiológicas negativas. Entre estas, 11,1% das respostas compreendem os respondentes na faixa de cinco a dez salários mínimos. Das definições sociais (29,6% das respostas), destacamos 11,1% unidades aos respondentes que percebem o salário na faixa de um a cinco mínimos. Nas unidades de análise acerca das definições místicas com 9,3% das respostas, destacamos 5,5% unidades foram atribuídas por respondentes que estão na faixa de cinco a dez salários mínimos.

Os valores atribuídos as definições sobre a epilepsia, dos familiares de epiléticos com 29,6% das respostas compreendidas na faixa de um a cinco salários mínimos, nas quais 20,4% das respostas são dos que percebem menos de um salário mínimo.

Analisando a **Tabela número quinze**, percebemos que das oitenta e duas unidades 36,6% correspondem às definições psicobiológicas, nas quais, 17,1 das respostas do grupo III estão na faixa de um a cinco salários mínimos. Nas definições sociais com 32,9% dos valores das unidades, 18,3% das respostas correspondem os respondentes compreendidos na faixa de um a cinco mínimos. Os 14,7% das respostas são as definições místicas com 11,0% de respostas para os respondentes na faixa de zero a um salário mínimo.

Ressaltamos, ainda, todas respostas as definições com 39,0% unidades, em que estão os respondentes compreendidos na faixa de um a cinco salários mínimos e 3,7% das respostas para os sem salário.

A **Tabela número dezesseis** diz respeito à distribuição dos valores atribuídos as unidades de análise pelos grupos às causas. Compõe-se de cento e noventa e nove unidades de análise. Os epiléticos responderam (22,7% das unidades) destacamos 4,6% respos-

TABELA Nº 15

DISTRIBUIÇÃO DOS VALORES ATRIBUÍDOS ÀS UNIDADES DE ANÁLISE PELO GRUPO III ÀS DEFINIÇÕES, SEGUNDO A RENDA FAMILIAR.

VALORES DAS RESPOSTAS RENDA FAMILIAR	DEFINIÇÕES			PSICOBIOLOGICAS						SOCIAIS			MÍSTICAS			OUTRAS DEFINIÇÕES		TOTAL -F- %		
	POSITIVOS F	NEUTROS F	NEGATIVOS F	POSITIVOS %	NEUTROS %	NEGATIVOS %	POSITIVOS F	NEUTROS F	NEGATIVOS F	POSITIVOS %	NEUTROS F	NEGATIVOS F	POSITIVOS %	NEUTROS F	NEGATIVOS F	POSITIVOS %	NEUTROS F		NEGATIVOS F	
																				POSITIVOS %
0 — 01 SM (*)	02	2,4	-	01	1,2	-	01	1,2	01	1,2	-	-	-	09	11,0	-	-	-	14	17,1
01 — 05 SM	-	-	-	14	17,1	-	-	-	15	18,3	01	1,2	-	02	2,5	-	-	-	32	39,0
05 — 10 SM	02	2,5	-	06	7,3	01	1,2	02	2,5	06	7,3	-	02	2,4	-	-	-	19	23,2	
10 e mais	-	-	01	1,2	09	9,8	-	-	04	4,9	-	-	-	01	1,2	-	-	14	17,0	
Sem renda	-	-	-	01	1,2	-	-	-	01	1,2	-	-	-	-	-	-	-	03	3,7	
TOTAL	04	4,9	01	1,2	30	36,6	01	1,2	03	3,7	27	32,9	01	1,2	02	2,4	12	14,7	82	100,0

* SM = SALÁRIO MÍNIMO

TABELA Nº 16

DISTRIBUIÇÃO DOS VALORES ATRIBUÍDOS ÀS UNIDADES DE ANÁLISE PELOS GRUPOS AS CAUSAS DA EPILEPSIA.

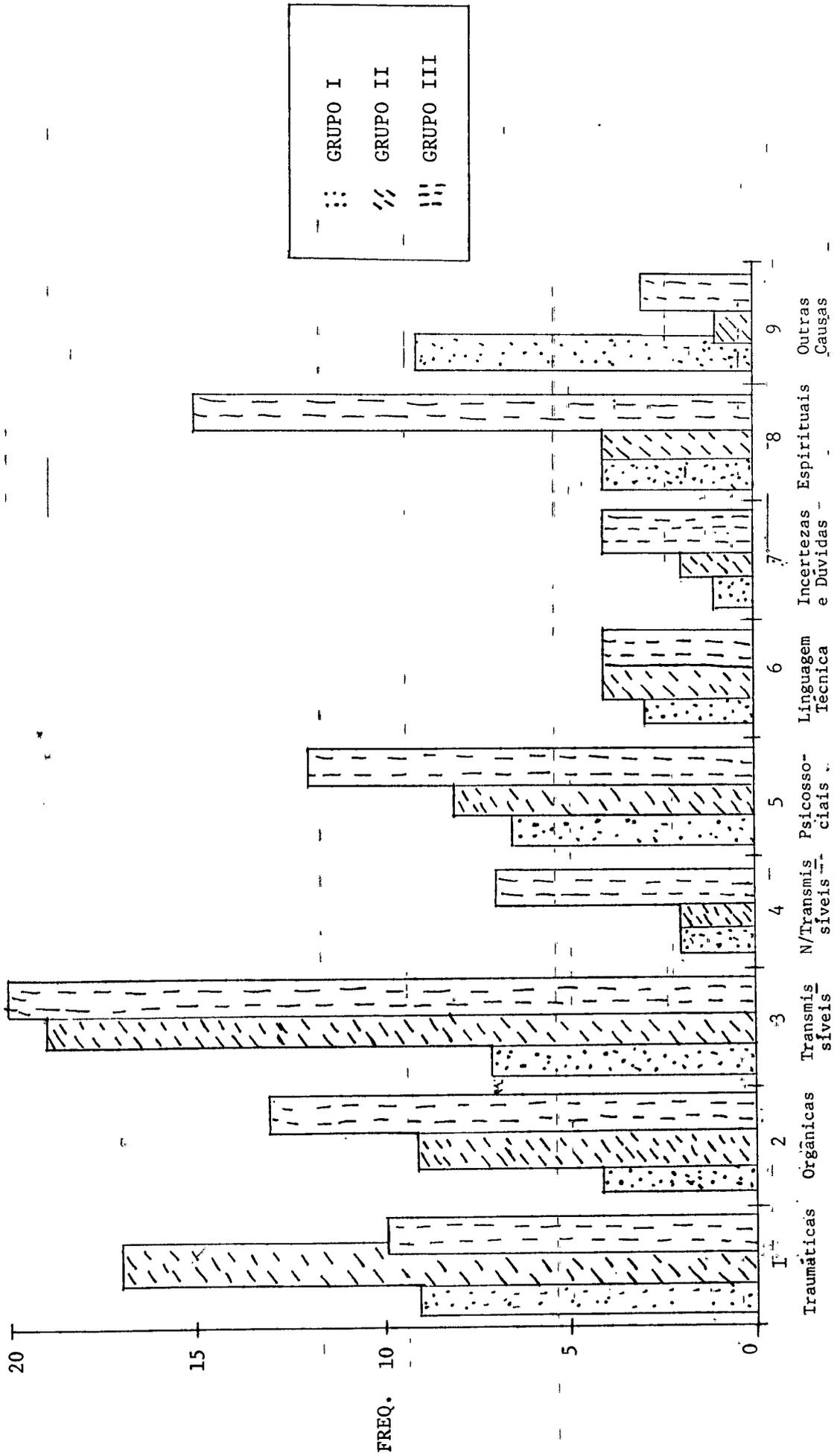
CAUSAS- DA EPILEPSIA	EPILEPTICOS		FAMILIARES DE EPILEPTICOS		NÃO-EPILEPTICOS		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
	GRUPOS.		GRUPOS.		GRUPOS.		GRUPOS.	
Traumáticas	09	4,6	17	8,5	10	5,0	36	18,1
Orgânicas	04	2,0	09	4,6	13	6,5	26	13,1
Transmissíveis	07	3,5	19	9,5	20	10,0	46	23,1
Não-transmissíveis	02	1,0	02	1,0	07	3,5	11	5,5
Psicosociais	06	3,0	08	4,0	12	6,1	26	13,1
Linguagem técnica	03	1,5	04	2,0	04	2,0	11	5,5
Incertezas/dúvidas	01	0,5	02	1,0	04	2,0	07	3,5
Espirituais	04	2,0	04	2,0	15	7,6	23	11,6
Outras causas	09	4,6	01	0,5	03	1,5	13	6,5
TOTAL	45	22,7	66	33,1	88	44,2	199	100,0

TABELA Nº 17

DISTRIBUIÇÃO DOS VALORES ATRIBUÍDOS ÀS UNIDADES DE ANÁLISE PELOS GRUPOS AS CAUSAS DA EPILEPSIA, SEGUNDO A CRENÇA RELIGIOSA.

RELIGIÃO CAUSAS	EPILEPTICOS										FAMILIARES DE EPILEPTICOS										NÃO-EPILEPTICOS										TOTAL %
	CATÓLICA		PROTEST.		ESPÍRITA		S/RELIGIÃO		CATÓLICA		PROTEST.		ESPÍRITA		S/RELIGIÃO		CATÓLICA		PROTEST.		ESPÍRITA		S/RELIGIÃO								
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%							
Traumáticas	04	2,0	04	2,0	-	-	01	0,5	16	8,1	03	1,5	-	-	-	-	10	5,0	-	-	02	1,0	-	-	43	21,6					
Orgânicas	02	1,0	01	0,5	-	-	01	0,5	06	3,0	01	0,5	-	-	-	-	06	3,0	04	2,0	02	1,0	-	-	24	12,1					
Transmissíveis	04	2,0	03	1,5	-	-	-	-	11	5,5	03	1,5	-	-	-	-	15	7,6	03	1,5	02	1,0	-	-	45	22,6					
Não-transmissíveis	01	0,5	01	0,5	-	-	-	-	03	1,5	02	1,0	-	-	-	-	02	1,0	03	1,5	-	-	-	-	13	6,6					
Psicossociais	06	3,0	-	-	-	-	-	-	05	2,5	-	-	-	-	-	-	07	3,5	-	-	04	2,0	-	-	22	11,0					
Linguagem técnica	02	1,0	01	0,5	-	-	-	-	01	0,5	01	0,5	-	-	-	-	04	2,0	-	-	-	-	-	-	09	4,5					
Incertezas/dúvidas	01	0,5	-	-	-	-	-	-	-	-	01	0,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	02	1,0					
Espirituais	02	1,0	01	0,5	01	0,5	-	-	01	0,5	-	-	02	1,0	-	-	13	6,5	03	1,5	03	1,5	-	-	26	13,1					
Outras causas	07	3,5	02	1,0	-	-	-	-	-	-	01	0,5	-	-	-	-	04	2,0	01	0,5	-	-	-	-	15	7,5					
TOTAL	29	14,6	13	6,5	01	0,5	02	1,0	43	21,6	12	6,1	11	5,5	-	-	61	30,7	14	7,0	13	6,5	-	-	199	100,0					

GRÁFICO Nº 07
 REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DAS UNIDADES DE ANÁLISE, AS CAUSAS DA EPILEPSIA, SEGUNDO OS GRUPOS ESTUDADOS.



CAUSAS DA EPILEPSIA

tas para as causas traumáticas e outras causas, e 1,0% das unidades, abordou causas não-transmissíveis. Os familiares de epiléticos, com 33,1% das respostas, atribuíram 9,5% das unidades as causas transmissíveis e 0,5%, a outras causas. Quanto aos não-epiléticos (44,2% das unidades), ressaltamos 10,0% respostas, que descrevem causas transmissíveis e 1,5%, outras causas. Na globalidade das respostas, 23,1% atribuíram a epilepsia a causas transmissíveis e 3,5% das unidades a incertezas/dúvidas.

Demonstramos graficamente no gráfico número sete.

Tabela número dezessete, observamos a distribuição dos valores atribuídos às unidades de análise, pelos grupos, às causas de epilepsias segundo a crença religiosa. Dentro as respostas os epiléticos foram descritos por católicos (14,6% das unidades), 3,5% respostas apontaram outras causas. Dentre as unidades de análise descritas por protestantes (6,5% das respostas, 2,0% das unidades foram atribuídas às causas traumáticas.

Dentre os familiares católicos que responderam (21,6% das unidades), 8,1% das respostas foram causas traumáticas e 0,5% das unidades, os respondentes aludiram à linguagem técnica e às causas espirituais. Quanto aos protestantes com (6,1% unidades), 1,5% das respostas foram para as causas traumáticas e transmissíveis.

Dentre os não-epiléticos católicos que compreenderam (30,7% das unidades de análise), 7,6% das respostas atribuídas por eles, foram as causas transmissíveis e 1,0% unidades, causas não-transmissíveis. Quanto as respostas dos protestantes (7,0% unidades), 2,0% respostas corresponderam as causas orgânicas e 0,5%, outras causas.

Das cento noventa e nove unidades de análise, destacamos 22,6% das respostas para as com descrições sobre causas transmissíveis e 1,0% sobre incertezas/dúvidas.

Tabela número dezoito compreende a distribuição dos valores atribuídos as unidades de análise pelos epiléticos às causas da epilepsia, segundo o grau de escolaridade. Os epiléticos (33,3 dos valores atribuídos as unidades) possuem o primeiro grau, dentre os quais descreveram 6,7% respostas, atribuídas às causas traumáticas e 2,2% unidades às causas não-transmissíveis e às in-

TABELA Nº 18

DISTRIBUIÇÃO DOS VALORES ATRIBUÍDOS ÀS UNIDADES DE ANÁLISE, PELO GRUPO, I ÀS CAUSAS DA EPILEPSIA, IDADE, SEGUNDO O GRAU DE ESCOLARIDADE.

CAUSAS	GRAU DE ESCOLARIDADE		ANALFABETO		1º GRAU		2º GRAU		SUPERIOR		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Traumáticas	-	-	03	6,7	03	6,7	03	6,7	03	6,6	09	20,0
Orgânicas	-	-	02	4,5	-	-	-	-	02	4,4	04	8,9
Transmissíveis	01	2,2	02	4,5	01	2,2	01	2,2	03	6,7	07	15,6
Não-transmissíveis	-	-	01	2,2	-	-	-	-	01	2,2	02	4,4
Psicossociais	01	2,2	02	4,4	02	4,4	02	4,4	01	2,3	06	13,3
Linguagem técnica	-	-	-	-	-	-	03	6,7	-	-	03	6,7
Incertezas/dúvidas	-	-	01	2,2	-	-	-	-	-	-	01	2,2
Espirituais	-	-	02	4,4	01	2,2	01	2,2	01	2,3	04	8,9
- Outras causas	02	4,5	02	4,4	03	6,7	03	6,7	02	4,4	09	20,0
TOTAL	04	8,9	15	33,3	13	28,9	13	28,9	13	28,9	45	100,0

TABELA Nº 19

DISTRIBUIÇÃO DOS VALORES ATRIBUÍDOS AS UNIDADES DE ANÁLISE, PELO GRUPO II ÀS CAUSAS DA EPILEPSIA, SEGUNDO O GRAU DE ESCOLARIDADE.

CAUSAS	GRAU DE ESCOLARIDADE		ANALFABETO		1º GRAU		2º GRAU		SUPERIOR		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Traumáticas	-	-	03	4,6	02	3,0	12	18,2	17	25,8		
Orgânicas	-	-	01	1,5	02	3,0	06	9,1	09	13,6		
Transmissíveis	-	-	09	13,7	01	1,5	09	13,6	19	28,8		
Não-transmissíveis	-	-	-	-	-	-	02	3,0	02	3,0		
Psicossociais	-	-	04	6,1	02	3,0	02	3,0	08	12,1		
Linguagem técnica	-	-	-	-	02	3,0	02	3,1	04	6,1		
Incertezas/dúvidas	-	-	-	-	-	-	02	3,0	02	3,0		
Espirituais	-	-	01	1,5	-	-	03	4,6	04	6,1		
Outras causas	-	-	01	1,5	-	-	-	-	01	1,5		
TOTAL	-	-	19	28,9	09	13,5	38	57,6	66	100,0		

TABELA Nº 20

DISTRIBUIÇÃO DOS VALORES ATRIBUÍDOS ÀS UNIDADES DE ANÁLISE, PELO GRUPO III AS CAUSAS DA EPILEPSIA, SEGUNDO O GRAU DE ESCOLARIDADE.

CAUSAS	GRAU DE ES COLARIDADE		ANALFABETO		1º GRAU		2º GRAU		SUPERIOR		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Traumáticas	-	-	-	-	-	-	01	1,2	09	10,2	10	11,4
Orgânicas	01	1,2	05	5,7	01	1,1	06	6,8	06	6,8	13	14,8
Transmissíveis	07	7,9	02	2,3	07	7,9	04	4,6	04	4,6	20	22,7
Não-transmissíveis	-	-	-	-	02	2,3	05	5,7	05	5,7	07	8,0
Psicossociais	-	-	07	7,9	-	-	05	5,6	05	5,6	12	13,7
Linguagem técnica	-	-	-	-	-	-	04	4,5	04	4,5	04	4,5
Incertezas/dúvidas	-	-	-	-	-	-	04	4,5	04	4,5	04	4,5
Espirituais	02	2,2	06	6,8	04	4,5	03	3,4	03	3,4	15	17,0
Outras causas	01	1,2	01	1,2	-	-	01	1,2	01	1,2	03	3,4
TOTAL	11	12,5	21	23,9	15	17,0	41	46,6	41	46,6	88	100,0

certezas/dúvidas. 8,9% das unidades de análise, relatadas pelos analfabetos e 4,5% das respostas foram atribuídas a outras causas.

No cômputo geral dos respondentes, destacamos 20,0% respostas para as causas traumáticas e outras causas e 2,2% unidades compreendem as incertezas/dúvidas.

Quanto a **Tabela número dezenove**, concluímos que ela corresponde à distribuição dos valores atribuídos às unidades de análise pelos familiares de epiléticos às causas de epilepsia, segundo o grau de escolaridade.

Destacamos o grau de escolaridade superior com 57,6% das unidades. Neste, 18,2% das respostas descritas correspondem às causas traumáticas e 3,0% unidades, as causas; não-transmissível, psicossocial e incertezas/dúvidas. Não observamos analfabetos. No total das descrições sobre as causas, destacamos 28,8% respostas como índice de causa transmissível e 1,5%, de outras causas.

Analisando a **Tabela número vinte**, descrevemos à distribuição dos valores atribuídos às unidades de análise pelos não-epiléticos às causas da epilepsia, segundo o grau de escolaridade. Observamos que 46,6% dos respondentes possuem o curso superior. Dentre eles, 10,2% descreveram causa traumática e 1,2% outras causas. Em 12,5% os analfabetos que atribuíram 7,9% às causas transmissíveis. Das oitenta e oito unidades de análise levantadas evidenciamos 22,7% à causa transmissível e 3,4% outras causas.

Na **Tabela número vinte e um**, evidenciamos à distribuição dos valores atribuídos às unidades de análise pelos grupos aos tratamentos, segundo o sexo. Observamos que 23,7% dos valores atribuídos às unidades são homens e, dentre estas, 9,5% respostas descrevem o tratamento psicossocial e 1,2%, os tratamentos paleativo e curável. As mulheres (17,7% das unidades), elas atribuíram 7,7% das respostas ao tratamento profissional. Com relação aos familiares, compreendem 28,4% unidades, todas as respostas são de mulheres. Destacamos 8,3% respostas compreendem ao tratamento incurável e 1,2% ao paleativo. Quanto ao não-epilético, observamos 16,6% respostas são de mulheres. Dentre estas, 6,5% respostas atribuídas ao tratamento incurável e 1,2%, ao tratamento paleativo. Em e os 13,6% das unidades foram respondidas por homens, 3,5% correspondem o tratamento profissional. De todos os respondentes vale ressaltar que 26,0% das respostas para o tratamento incurável e 4,1%, tratamento paleativo e outros tratamentos,

TABELA Nº 21

DISTRIBUIÇÃO DOS VALORES ATRIBUÍDOS ÀS UNIDADES DE ANÁLISE, PELOS GRUPOS AOS TRATAMENTOS, SEGUNDO O SEXO.

SEXO TRATAMENTOS	EPILEPTICOS				FAMILIARES DE EPILEPTICOS				NÃO-EPILEPTICOS				TOTAL	
	MASC.		FEM.		MASC.		FEM.		MASC.		FEM.		F	%
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%		
Espiritual	05	2,9	02	1,2	-	-	03	1,8	03	1,8	03	1,8	16	9,5
Profissional	03	1,8	13	7,7	-	-	10	5,9	06	3,5	04	2,4	36	21,3
Psicossocial	16	9,5	04	2,4	-	-	-	-	03	1,8	-	-	23	13,7
Paleativo	02	1,2	-	-	-	-	02	1,2	01	0,6	02	1,2	07	4,1
Curável	02	1,2	01	0,6	-	-	13	7,7	02	1,2	05	2,9	23	13,6
Incurável	09	5,3	05	2,9	-	-	14	8,3	05	2,9	11	6,5	44	26,0
Condições S.Econômicas	-	-	05	2,9	-	-	06	3,5	02	1,2	-	-	13	7,7
Outros tratamentos	03	1,8	-	-	-	-	-	-	01	0,6	03	1,8	07	4,1
TOTAL	40	23,7	30	17,7	-	-	48	28,4	23	13,6	28	16,6	169	100,0

GRÁFICO Nº 08
 REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DAS UNIDADES DE ANÁLISE, AOS TRATAMENTOS, SEGUNDO O SEXO

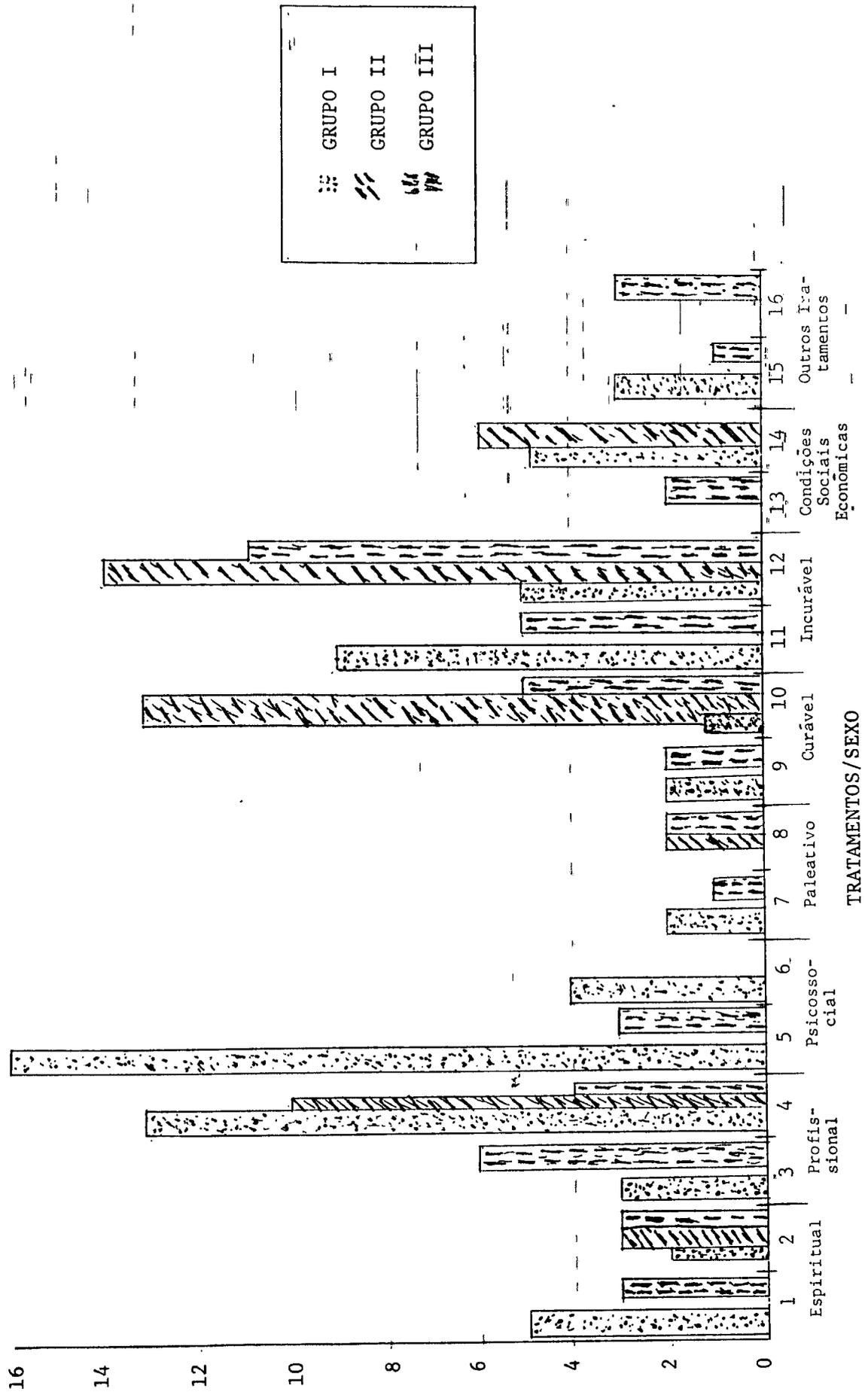


TABELA Nº 22
DISTRIBUIÇÃO DOS VALORES ATRIBUÍDOS ÀS UNIDADES DE ANÁLISE, PELOS GRUPOS AOS TRATAMENTOS, SEGUNDO
A CRENÇA RELIGIOSA.

GRUPOS RELIGIÃO TRATAMENTOS	EPILÉPTICOS						FAMILIARES DE EPILÉPTICOS						NÃO-EPILÉPTICOS						TOTAL							
	CATÓLICA		PROTEST.		ESPÍRITA		S/RELIGIÃO		CATÓLICA		PROTEST.		ESPÍRITA		S/RELIGIÃO		CATÓLICA		PROTEST.		ESPÍRITA		S/RELIGIÃO		F	%
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%				
Espiritual	06	3,6	01	0,6	-	-	-	-	-	-	-	03	1,8	-	-	-	-	03	1,8	03	1,8	-	-	16	9,5	
Profissional	15	8,9	01	0,6	-	-	-	-	03	1,8	07	4,1	-	-	-	-	-	08	4,7	-	-	02	1,2	36	21,3	
Psicossocial	16	9,5	02	1,2	-	-	02	1,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	02	1,1	01	0,6	-	-	23	13,6	
Paleativo	01	0,6	-	-	-	-	02	1,2	-	-	02	1,1	-	-	-	-	-	03	1,8	-	-	-	-	08	4,7	
Curável	02	0,6	-	-	-	-	01	0,6	12	7,1	01	0,6	-	-	-	-	-	04	2,4	-	-	03	1,7	22	13,0	
Incurável	10	5,7	02	1,2	-	-	02	1,2	11	6,5	03	1,8	-	-	-	-	-	11	6,5	05	2,9	-	-	44	26,0	
Cond. s.econômicas	05	3,0	-	-	-	-	-	-	02	1,2	04	2,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13	7,7
Outros tratamentos	03	1,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	03	1,8	-	-	01	0,6	07	4,2	
TOTAL	-57	33,7	06	3,6	-	-	07	4,2	27	16,6	17	10,0	03	1,8	-	-	-	34	20,1	09	5,5	08	4,7	169	100,0	

Esta categoria é destacada no gráfico número oito.

Observamos a **Tabela número vinte e dois**. Esta descreve a distribuição dos valores atribuídos às unidades de análise pelos grupos aos tratamentos, segundo a crença religiosa. Esta tabela informa que 33,7% das unidades foram descritas por epiléticos católicos. Dentre elas, 9,5% das respostas aludem o tratamento psicossocial e 0,6%, o tratamento paleativo. Em 4,2% unidades, encontramos os respondentes sem-religião. Neste percentual, evidenciamos 1,2% respostas, ressaltadas os tratamentos psicossocial, paleativo e incurável, observamos os familiares de epiléticos (com 16,6% dos valores atribuídos as unidades) são católicos. Dentre eles, 7,1% respostas deles descrevem o tratamento curável e 1,2% estão relacionados às condições sócio-econômicas. Destacamos 20,2% das unidades de análise para os não-epiléticos, dentre as quais, 6,5% respostas foram descritas como tratamento incurável e 1,1%, o tratamento psicossocial).

Assinalamos que, 26,0% das unidades de análise dos respondentes relacionaram o tratamento incurável e 4,2% respostas, outros tratamentos.

Analisamos a **Tabela número vinte e três**, sobre a distribuição dos valores atribuídos às unidades de análise pelos grupos, segundo o grau de escolaridade. Destacamos as respostas dos epiléticos (26,0% unidades, os quais possuem o grau de escolaridade superior. Dentre eles, 9,4% das unidades foram para o tratamento psicossocial e 1,2%, o tratamento curável. Com 1,8% das respostas compreendem os analfabetos. Nos familiares (20,7% unidades de análise), observamos que 7,7% das respostas descrevem o tratamento curável e 1,2%, as condições sócio-econômicas. Informamos que, entre os não-epiléticos (compreendem 17,0%) respostas, destas 5,3% atribuíram o tratamento curável e 1,1%, o tratamento curável e as condições sócio-econômicas. Vale salientar que todos os respondentes (26,0% unidades de análise) descreveram tratamento incurável e 4,2% respostas, outros tratamentos.

Sobre a **Tabela número vinte e quatro**, analisamos a distribuição dos valores atribuídos às unidades de análise pelos grupos às descrições diversas. Observamos que os epiléticos responderam em 19,1% unidades afirmativas e dentre este percentual, 4,9% apontaram o trabalho e a escola. Nas respostas negativas (14,2%), os epiléticos atribuíram 4,0% de valores à vizinhança e afirmaram ter uma vida normal. Os familiares de epiléticos descreveram afirmativo (27,5%) respostas; dentre este percentual, 6,2% unidades relacionaram-se ao trabalho, à escola e à afetividade. As 5,8% respostas deles foram apontadas como negativas. Dentro deste percentual, 3,5% respostas afirmam ter uma vida normal.

Quanto aos não-epiléticos, evidenciamos 17,8% unidades, que demonstraram respostas afirmativas. Dentre as quais, 4,4% respostas destacaram o tratamento e a escola. Nos 15,6% das respostas negativas, 5,4% unidades são respostas que afirmaram ter uma vida normal. No conjunto de descrições diversas, destacamos 20,0% para todas as respostas.

Apresentamos esta categoria no gráfico número nove.

TABELA Nº 23

DISTRIBUIÇÃO DOS GRUPOS, SEGUNDO O GRAU DE ESCOLARIDADE.

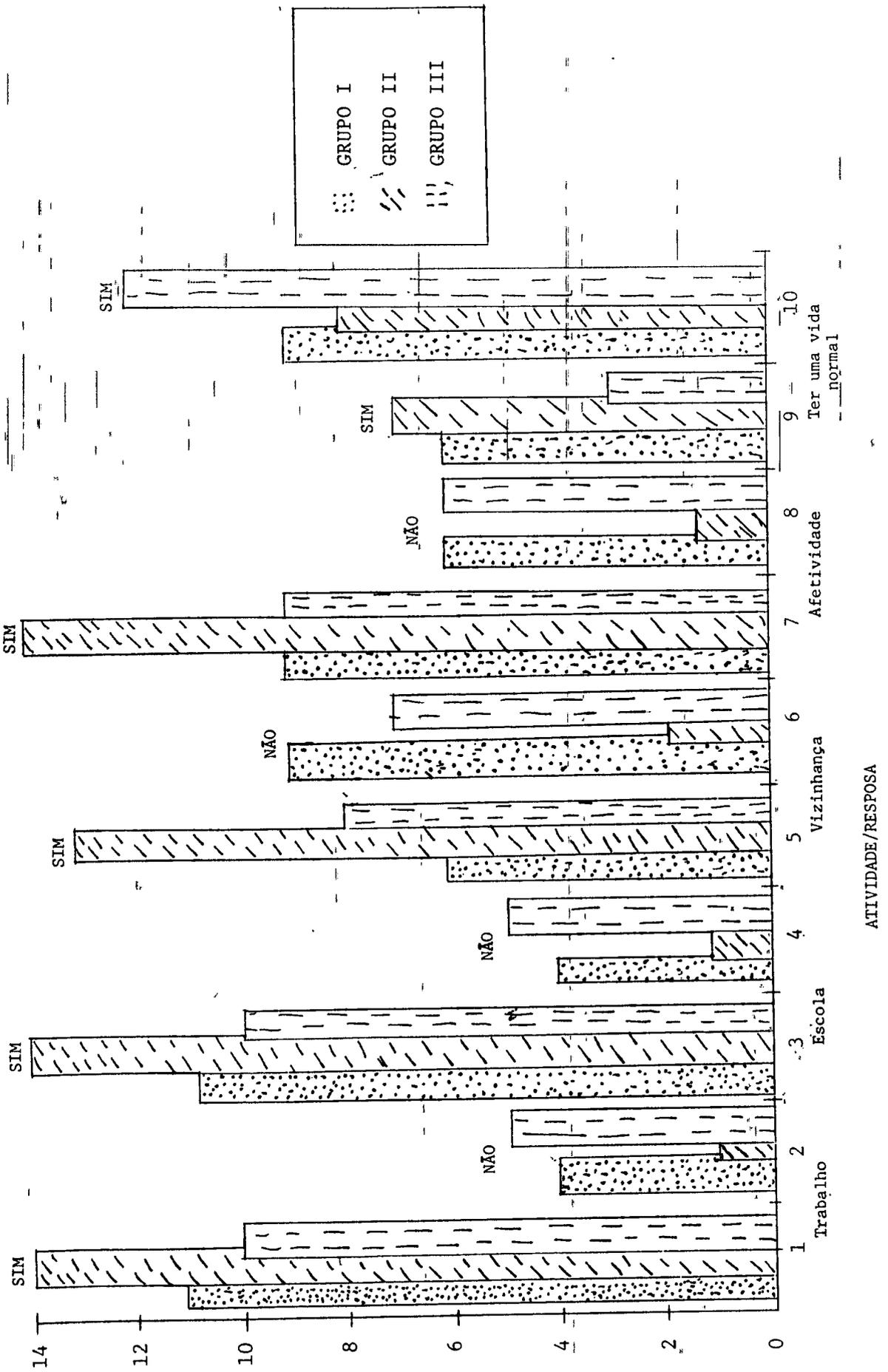
GRUPOS	EPILEPTICOS						FAMILIARES DE EPILEPTICOS						NÃO-EPILEPTICOS						TOTAL							
	ANALFAB.		1º GRAU		2º GRAU		SUPERIOR		ANALFAB.		1º GRAU		2º GRAU		SUPERIOR		ANALFAB.		1º GRAU		2º GRAU		SUPERIOR		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Espiritual	01	0,6	06	3,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	02	1,2	02	1,2	02	1,2	16	9,5
Profissional	-	-	03	1,8	01	0,6	12	7,1	-	-	-	02	1,2	08	4,7	-	-	-	02	1,2	-	-	08	4,7	36	21,3
Psicossocial	-	-	04	2,3	-	-	16	9,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	02	1,2	-	-	01	0,6	23	13,6
Paleativo	02	1,2	-	-	-	-	01	0,6	-	02	1,2	-	-	-	-	-	-	-	01	0,6	-	-	02	1,2	08	4,7
Curável	-	-	-	-	-	-	02	1,2	-	-	-	-	-	13	7,7	-	-	-	03	1,8	02	1,2	02	1,1	22	13,0
Incurável	-	-	01	0,6	03	1,8	10	5,9	-	05	2,9	-	-	09	5,3	-	-	-	06	3,5	-	-	10	5,3	44	26,0
Cond. sócio econôm.	-	-	04	2,4	01	0,6	-	-	-	-	-	04	2,4	02	1,2	-	-	-	-	-	-	-	02	1,1	13	7,7
Outros tratamentos	-	-	-	-	-	-	03	1,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	02	1,2	-	-	02	1,2	07	4,2
TOTAL	03	1,8	18	10,7	05	3,0	44	26,0	-	07	4,1	06	3,6	35	20,7	-	-	18	10,7	04	2,4	29	17,0	169	100,0	

TABELA Nº 24

DISTRIBUIÇÃO DOS VALORES ATRIBUÍDOS AS UNIDADES DE ANÁLISE, PELOS GRUPOS AS DESCRIÇÕES DIVERSAS.

DESCRIÇÕES DIVERSAS	EPILEPTICOS				FAMILIARES DE EPILEPTICOS				NÃO-EPILEPTICOS				TOTAL	
	SIM		NÃO		SIM		NÃO		SIM		NÃO		F	%
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%		
INTERFERE EM:														
Trabalho	11	4,9	04	1,8	14	6,2	01	0,5	10	4,4	05	2,2	45	20,0
Escola	11	4,9	04	1,8	14	6,2	01	0,5	10	4,4	05	2,2	45	20,0
Vizinhança	06	2,6	09	4,0	13	5,8	02	0,9	08	3,5	07	3,1	45	20,0
Afetividade	09	4,0	06	2,6	14	6,2	01	0,4	09	4,0	06	2,7	45	20,0
Ter uma vida normal	06 ^m	2,7	09	4,0	07	3,1	08	3,5	03	1,3	12	5,4	45	20,0
TOTAL	43	19,1	32	14,2	62	27,5	13	5,8	40	17,8	35	15,6	225	100,0

GRÁFICO Nº 09
REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DAS UNIDADES DE ANÁLISE AS DESCRIÇÕES DIVERSAS, SEGUNDO OS GRUPOS:



ATIVIDADE/RESPOSTA

CAPÍTULO IV

DISCUSSÃO

Com base nos dados expressos no capítulo anterior, utilizamo-nos nesta discussão, da **análise quantitativa**, especialmente como suporte para a **construção do corpo de categorias**. Portanto, as **tabelas** citadas anteriormente foram utilizadas **complementarmente** para uma melhor compreensão e clareza em alguns dados abordados na discussão.

Inicialmente, discutiremos cada grupo separado, a seguir:

GRUPO I

Este grupo é composto por **epilépticos**.

Em primeira instância discutiremos os resultados dos dados pertinentes ao **perfil dos sujeitos**. Nestes dados, constatamos a existência de mais homens epilépticos. Daí podemos inferir que é uma doença **com uma preponderância no sexo masculino** e cuja **faixa etária** observada está compreendida **entre vinte e vinte e cinco anos**. Portanto, **acomete o indivíduo bastante jovem**, onde os **fatores idade, crescimento e desenvolvimento exercem influências constantes**.

Como a epilepsia **qualquer pessoa indistintamente**, existe uma **maior frequência nos epilépticos** que percebem entre **um a cinco salários mínimos**. Supomos dever-se tal fato ao local onde foi aplicada a pesquisa, um hospital escola. **Assim sendo, a situação financeira aqui não tem condições de influir** sobre o surgimento ou não da epilepsia.

A **questão religiosa** é interessante, portanto, apesar de o maior número dos epilépticos serem católicos, não deixaram de

atribuir a epilepsia a eventos espirituais.

Com relação ao grau de escolaridade, evidenciamos um maior número dos epiléticos possuírem curso superior. Esta variável parece-nos de grande significado, pois pensávamos que o grau de conhecimento seria maior, variando com o grau de escolaridade — e que não foi evidenciado. Isto principalmente no tocante à linguagem utilizada para trazer em evidência as dimensões da representação social e as comparações intergrupais. Enfatizamos a linguagem, que, como forma de apreensão das representações sociais e como produto de uma coletividade, reproduz, com os significados das palavras articuladas e frases, os conhecimentos (falsos ou verdadeiros). Em tudo isso, ao cristalizarem-se os valores associados a práticas sociais, a linguagem reproduz uma visão do mundo como produto das relações que se desenvolvera a partir do trabalho produtivo para sobrevivência do grupo social.

A seguir discorreremos sobre a linguagem dos entrevistados, na vida diária, dentro do contexto social, a partir de concepções que eles têm sobre a epilepsia, na vida concreta que é criada cotidianamente nesse espaço, onde estão situados.

1. Efeitos da epilepsia.

Neste contexto, os entrevistados atribuíram a maior parte de seus discursos aos efeitos da epilepsia, no tocante a auto-percepção e hétero-percepção, isto é, manifestaram uma preocupação com a produção de conhecimento ou com as conseqüências que a epilepsia lhes causa.

Daí, independente das diversas análises que se podem fazer, é possível apontarmos alguns aspectos da situação que os atinge como reflexo da epilepsia para eles, nos seguintes modelos, auto-representados com um direcionamento negativo, deles, perfazendo 39,1% para todos os efeitos gerais das respostas e

destacaram-se a maior ocorrência para subcategoria, os **efeitos comportamentais negativos** com 16,3%.

Ocorre a **predominância de um direcionamento negativo reafirmando-se, portanto, as condições desfavoráveis com maior repercussão no aspecto social.**

Estas 'auto-representações' sobre a epilepsia manifesta-se pela importância atribuída aos epiléticos, em todos os aspectos de suas vidas, na condição de experiência e convívio com ela.

Tendo em conta a abrangência do material coletado e o potencial de seus dados, não nos preocupamos com um esgotamento do tema, e sim com o maior percentual de cada categoria e subcategoria, com a predominância do maior número de respostas cujos **direcionamentos foram negativos.**

Assim podemos identificar, dentro da categoria efeitos da epilepsia, correspondendo os efeitos emocionais a cento e uma unidades de análise. Com apenas vinte e seis unidades positivas e sessenta e sete unidades negativas.

Destacamos as seguintes subcategorias:

a) **Efeitos emocionais negativos**, assim exemplificadas, contidas no Anexo II:

- "... uma vida ruim..."
- "... os povos não têm confiança..."
- "... correm..."
- "... desgosto..."
- "... negava..."
- "... desprezo..."
- "... ameaça..."
- "... numa emoção forte, penso logo..."
- "... vem nos momentos indesejáveis..."
- "... sem esperança de cura..."
- "... constrangedor..."
- "... fico revoltado..."

"... não aceita a crise..."

"... a vida é triste..."

"... medo de acontecer aqui..."

"... dar fora, quando tenho uma contrariedade..."

Nesse sentido, entendem que os **efeitos da epilepsia** tornaram-se instrumentos úteis para criar uma condição desfavorável à produtividade ou à improdutividade deles.

Observamos que a consciência é sempre intencional, sempre "tende para" a epilepsia ou é dirigida para ela, no caso, em estudo, como objeto de representação. Logo, não podemos apreender um suposto substrato de consciência, e sim somente a consciência da epilepsia, em toda sua história de vida. É nesse contexto explicativo que as concepções e as atitudes foram expressas nos termos acima mencionados.

A representação da epilepsia tem uma certa **historicidade de âmbito individual e social**. Logo, a análise das representações sustenta-se particularmente nas funções biopsicossociológicas.

Com relação aos **efeitos comportamentais**, é destacável com duzentos e vinte e nove descrições das seiscentas e quatro unidades levantadas.

b) Os **efeitos comportamentais negativos**, foram descritos com cento e cinquenta respostas, como:

"... ataque..."

"... desmaio..."

"... não é normal..."

"... queda..."

"... eu babo..."

"... não falta quem diga que sou doente..."

"... as pessoas de fora não nos vêm..."

"... não tomo água em copo de criança..."

"... medo..."

"... acho feio..."

"... não diz que dá ataque..."

"... ter esse negócio..."

"... tomo esse medicamento..."

"... cair na rua..."

"... tomam um susto..."

"... fujo muito..."

Assim podemos identificar algumas alternativas na auto-representação da epilepsia, à luz do convívio com ela e da concepção que estes portadores possuem sobre ela.

Em um primeiro momento, eles constroem os esquemas da epilepsia e a imagem de epilético. Tais representações parciais da epilepsia têm, no seu bojo, uma predominância psicossocial e uma estrutura de rejeição, capazes de reunir-se para as ações dos portadores e as relações que estes mantêm consigo próprios, com os outros e com o mundo. Estes esquemas são próprios e parcialmente dependente no afeto e na história interpessoal de cada um.

Além disso, não podemos falhar para aparecer de novo, pelo menos com traços residuais ou estados de influência na reconstrução mental da epilepsia, a qual está enraizada na experiência subjetiva.

c) Os efeitos sociais negativos destaca-se com sessenta e uma unidades, das quais apresentamos catorze, a seguir, contidas no Anexo II:

"... não quero que eles saibam..."

"... não faço nada..."

"... não posso trabalhar..."

"... não serve para nada..."

"... perigosa..."

"... preconceito..."

"... rejeição..."

"... inferior..."

"... frustada..."

"... incômoda..."

"... menosprezada..."

"... me tratam diferente..."

"... não possuo muitos amigos..."

"... se saio, é pra passar vergonha..."

Estas descrições podem ser explicadas por alguns fatores, tais como: histórias de vidas diversas, nível cultural, condições sócio-econômicas, oportunidades de trabalho, interações sociais e carência de um tratamento adequado.

É conveniente lembrarmos que a **representação da epilepsia e a mudança cultural, neste contexto**, não são de admirar como a epilepsia é entendida, construída e vivida dentro do mundo do discurso e das experiências, na nossa sociedade, como ela se apresenta para os sujeitos sociais. A **representação social é vista em seu significado**, como uma forma de produtos de conhecimento, na elaboração cognitiva para os portadores de epilepsia.

Na condição de integrantes de uma sociedade, os epiléticos são definidos pelos componentes de seu grupo e pelos efeitos da síndrome, além da influência nas formas de pensamentos organizados. Assim sendo, as normas coletivas relacionadas com o comportamento do epilético e com as suas experiências imediatas, na condição de portadores, são também definidas por esta mesma sociedade.

Consideramos que, neste estudo, "... empregamos a noção de grupo como sentimento de pertencer ou estar ligado a uma entidade simbólica significativa."⁸⁸

Existe uma relação natural entre o caráter de uma determinada situação e o caráter do grupo que domina o comportamento do indivíduo epilético. Em situações diferentes, sentimentos de participação deva predominar, pois o grau em que é reconhecida a

realidade de um perigo determina os objetivos e as ações grupais.⁴⁷

É interessante buscar, na história da epilepsia, determinantes para a sua atual constituição.

Observamos, nos discursos, que os meios de controlar as coisas anômalas, incertas, ambíguas, estranhas e intersticiais (que tendem para romper as categorias estabelecidas) representam uma reação contra algo ameaçador. Quanto maior a reação, maior a evidência em serem as coisas contraditas socialmente valorizadas.⁷⁸

d) **Efeitos psicológicos negativos**, destacamos doze exemplos, das setenta unidades de análise das orientações negativas, as quais merecem enfoque no sentido abaixo, conforme o Anexo II:

"... chorar..."

"... tristeza..."

"... amargura..."

"... muito tensa..."

"... não é bom pra ninguém..."

"... sinto sair de mim..."

"... sofre..."

"... horrível..."

"... com a doença aumentou o meu medo..."

"... vivo por viver..."

"... é melhor a morte..."

"... insegurança..."

Salientamos muitas análises que têm mostrado que o epiléptico hoje ainda sofre, fundamentalmente, as conseqüências da origem da própria epilepsia, persistindo na sociedade as velhas idéias sobre ela.

Devido à negligência informativa dos meios de comunicação, no sentido de esclarecer a sociedade em processo de desenvolvimento, a informação não a supre com a informação científica.

ca, persistindo conseqüentemente, a concepção primitiva sobre a epilepsia.

A partir da noção de representação, tentamos reintroduzir o estudo dos modos de conhecimento e dos processos simbólicos. É na relação com as condutas, referindo-se ao campos psicológico, e ao campo social, que os cientistas caracterizam a representação social, a partir do tipo de organização psicológica — a própria representação.

Podemos, ainda, destacar o seguinte passo: "... as imagens do senso comum de opiniões públicas têm uma identidade personificada como uma essência penetrante e uma **voz coletiva**, embora **não científica**. Têm persistido virtualmente em visões não trocadas na média, em suspeito que deve ficar na mente do povo comum."⁸⁰

Desta forma, confirmamos **as dificuldades dos portadores de epilepsia nos relacionamentos sociais**, tão bem expressas na linguagem deles.

Apesar do predomínio de uma **visão fragmentada dos problemas acerca do epiléptico** e apesar de uma procura de soluções, não se pode negar que, nestes últimos tempos, essa visão e essa procura também se constituem um reduto de reflexões e críticas sobre essa realidade. Nesse sentido, **portador de epilepsia** (considerada discriminante), **começa dentro de si uma série de contradições que são exploradas em diferentes graus**, pelos núcleos de obstáculos e pela sua destruição ou pela adesão aos objetivos alheios às necessidades da maior parcela da população.

e) **Efeitos físicos negativos**, com trinta e seis unidades de análise. Discutimos os modelos como produto de representações, a partir dos dez depoimentos seguintes, contidos no Anexo II:

"... eu não vivo..."

"... condenado à morte..."

"... doente, só em pensar..."

"... os nervos..."

"... mal-estar na cabeça..."

"... morrer..."

"... doente..."

"... sinto vozes..."

"... fatal..."

"... meu coração fica acelerado..."

Observamos o **sentimento de morte** e o relacionamento com a **crise convulsiva**, bem delineados a partir das descrições acima descritas.

Destarte, cabe assinalar cada crise recorrente, que reforça, subsequente, este ponto de vista: não se pode deixar que os epiléticos participem totalmente da sociedade, uma vez que, em qualquer instante, eles podem perder o controle de si mesmos. Esta experiência é sempre simbolizada como uma morte. A menos que possa ser curado, ele será marginalizado pela sociedade: deve ser modificado senão rejeitado. Além disso, cada crise constitui uma humilhação para ele e para a sua família, acentuando-se a falha da sociedade em ajudá-los, aumentando também a sensação de ser diferente.⁹²

Assim sendo, as tentativas de compreensão do patológico, como fenômeno exclusivamente biológico e individual, estão fadadas a um sucesso bastante relativo: a capacidade de pensar, exprimir e identificar as mensagens corporais. Estão subordinadas a uma linguagem — o que faz desta um fato eminentemente social, variável com diferentes taxionomas das sociedades e das classes sociais.⁷⁹

Compõe-se, assim, essa categoria um total de seiscentas e quatro unidades de análise.

2. Definições sobre a epilepsia

Veremos as unidades de análise relacionadas com as definições da epilepsia, de acordo com o seu direcionamento e com os valores positivos, neutros e negativos, correspondendo a esta categoria, setenta unidades de análise.

Ao contrastarem-se com a Representação Social da Psicanálise, foram encontradas as mesmas características do processo de objetivação. A opinião entre saúde/doença e indivíduo, quanto ao modo de vida, faz um papel figurativo, sabe-se que a representação social exprime a maneira como o indivíduo toma consciência dela e dinamicamente, responde a ela. Tal oposição é observável nas definições abaixo, com maior tendência a ser reconhecida como uma doença.

As definições psicobiológicas, principalmente negativas, categorizamo-las de acordo com a sua orientação, contidas no Anexo II, descritas nas seguintes subcategorias:

a) Definições psicobiológicas negativas, como:

"... é uma doença..."

"... portador de uma doença..."

"... é um trauma..."

"... a epilepsia significa tristeza e amargura..."

"... é como se a pessoa fosse parálitica..."

"... doença incurável..."

"... é um mal tão grande..."

"... considero terrível..."

"... uma doença do sistema nervoso..."

A epilepsia, apesar de milenar por seus evidentes fenômenos objetivos e mau controle terapêutico até pouco tempo, ainda perpetua o estigma tão antigo quanto ela.

Nesta iluminação de descrições históricas que nós observamos, concluímos que o nosso meio ambiente atual é constituído

do mundo ambiente presente e que ele é determinado pelo mundo do passado e controla a realidade de hoje através do ontem.⁶⁵

Estabelecer a relação entre **saúde** e **doença** implica a compreensão do fenômeno, no contexto social e o modo como ele se reflete e, de qualquer maneira, os vínculos individuais ao seu redor.³³

A referida doença não é, portanto — ressaltamos —, a negação da norma. Não é apenas o surgimento de uma nova ordem vital. Não há desordem, mas substituição de uma ordem apreciada por uma suportada. **A doença é a redução da capacidade de tolerar as infidelidades do meio:** o que preocupa o doente não é tanto a doença em si como vulnerabilidade a novas doenças, o gasto de uma espécie de seguro biológico que a saúde fornece. Por outro lado, **ser sadio é ser normal**, não apenas em uma situação determinada, mas ser também normativo nesta e noutras situações.⁶

Portanto, doença e doente são categorias sociais. Temos de esperar que cada cultura lhes dê explicações próprias.

Assim o **temor à doença**, a razão de ela ser **socialmente vista como perigosa**, está no ser ela, para a nossa sociedade e para muitas outras, uma categoria de posição intermediária, ambigualmente **situada entre condição de vida e a condição de morte**, esta tão bem representada nas descrições feitas. Por isso, as sociedades se **cerceam de proteções simbólicas, não somente para proteger o doente, como também para protegerem-se a si próprias.**⁷⁸

As **definições sociais**, elaboradas pelos epiléticos, nos retrata o pensamento vivo da sociedade uma relação a eles, principalmente no **aspecto negativo**.

b) As **definições sociais negativas**, evidenciadas das trinta e três descrições, com vinte e três conforme exemplos:

"... considero um problema..."

"... quem tem não pode sair..."

"... é ter que viver acompanhado..."

"... a sociedade é diferente..."

"... significa um problema psiquiátrico..."

"... é um mal para todos..."

"... é uma pessoa triste para a sociedade..."

"... significa medo, pois correm..."

Ao abordarmos a questão do **preconceito**, entendemos que o nosso psiquismo nos forma objetivos na expressão e na obra, no comportamento e na ação, nos processos somáticos e nas manifestações verbais. Contudo, não se pode perceber, objetivamente, o psíquico em si mesmo, senão em imagens e comparações. Nós o vivemos, realizamo-lo, e representamo-lo mas não o vemos."¹⁰

Portanto, uma representação é simultaneamente alguma coisa de alguém, ou seja: é pertencente a alguma coisa.

Devemos ter claro que essas considerações não podem ser analisadas isoladamente, negligenciando-se os aspectos sócio-econômicos, envolvidos na saúde em geral.

O questionamento recai nos modelos que a sociedade formara sobre a epilepsia e, em particular, sobre o epiléptico.

Por estar a epilepsia ligada diretamente ao corpo, incide primordialmente. Parece-nos importante a afirmação de JODELET,⁴⁴ segundo o qual, o estudo do corpo deve tomar o lugar entre o estudo dos sistemas simbólicos, a partir da aprendizagem social nos padrões comportamentais relacionados com o corpo.

A partir daí, pode-se procurar, por meio da representação social, explicar as relações entre o indivíduo e a sociedade ou entre as fontes de elaborações psíquicas entre a realidade e o modo de agir sobre esta realidade.

Ao discorrermos o sentimento negativo das representações em relação à epilepsia e a eles mesmos como epilépticos, procuramos recuperar aspectos negligenciados e discussões sobre iden-

tidade, consciência e representação, como **componentes afetivos** da ação humana. Consideramo-los, também (principalmente a **identidade**), como mais um dos elementos necessários para se compreender, na globalidade, um ser social específico, cujas especificidades são também mediatizadas — os epilépticos.

c) Nas **definições negativas** podemos, também, aludir como responsáveis por várias orientações, em atribuir a epilepsia a **eventos místicos**, evidenciados no Anexo II, com número de descrições igual para todas as subcategorias abaixo exemplificados.

"... quando vem esse caboclo..."

"... possuído por um caboclo..."

"... sai daqui, caboclo, me deixa em paz..."

Estes fatos são **observáveis através dos tempos** (de todas as civilizações), com idéias similares, podendo traçar como resposta eventos particulares, na **forma de atitudes**, sendo estas contrapartidas individuais de valores sociais. Tal historicidade dessas práticas em atribuírem os referidos eventos ao sobrenatural é discutida desde o iluminismo (século XVIII). **Mesmo assim, os avanços não resgatam esta noção de sobrenatural, pois ainda observamos a idéia de possessão demoníaca, como sendo responsável por estas manifestações.** 79

A constituição destes modelos, a partir da realidade de um pensamento sobre um mundo além do mundo dessas representações, parece não ter sentido, se pensarmos que elas são tudo o que nós temos. Daí a incoerência na maneira de entender e falar da epilepsia, podendo esta ser apresentada independente desses modelos. Essas auto-representações surgiram das tradições anteriores e prescrevem, ao serem experimentadas e entendidas, a vida de hoje.

3. Causas da epilepsia.

Das causas atribuídas à epilepsia ressaltamos as categorizadas como **causas traumáticas**, com nove descrições, seguidas

das **transmissíveis**, entre outras. Nestas causas a questão da transmissibilidade foi colocada em segundo plano, talvez em virtude do medo, por ser considerada a epilepsia como objeto de horror e desgosto. Através de quase toda a história, **as pessoas atingidas por ela foram vistas com ansiedade e medo.**

Esses conceitos diversos vão formar o que MOSCOVICI⁶⁴ chamou, posteriormente, de **núcleo figurativo**, definido por uma coleção de imagens.

Esta categoria contém quarenta e cinco unidades de análise.

Entre as **causas traumáticas**, mais evidenciadas, temos algumas descrições contidas no Anexo II, como:

"... traumatismo, traumas, susto, quedas, batidas na cabeça e choque elétrico..."

Sabemos que a **sociedade dispõe de meios simbólicos para lidar com estas numerosas forças, canalizando-as, atenuando-as ou evitando-as**, observáveis quando os epiléticos descrevem as causas como **transmissíveis**, todas passíveis de uma **rejeição**.

4. Tratamento da epilepsia.

Os portadores se são bem **ajustados às suas crises**, representam-se como **pessoas normais**, iguais aos outros, porquanto, se ele têm crises, evidentemente se ressentem das suas condições de crises, ficam embaraçados quando elas acontecem e encontram-se doentes facilmente, por causa da possibilidade de ataques públicos. Sentem-se, também, menos valiosos por causa da sua epilepsia e acreditam que são menos aceitáveis para outros, por causa de suas crises.

Portanto, as formas de tratamentos descritos por eles enfocam diversos tipos, dos quais os mais descritos foram os **psíquicos**, talvez pelas condições de viverem a epilepsia.

Foram elas assim exemplificadas, conforme Anexo II, das setenta unidades de análise dessa categoria:

- "... inserir na sociedade..."
- "... pertencer à sociedade..."
- "... não me sinto no contexto social..."
- "... não participo da sociedade..."
- "... fico fora da sociedade..."
- "... não participo de nada..."

O **sentimento de inferioridade** a respeito da doença esteve constante, tanto nos conflitos como no tocante a sua inserção na sociedade. É conveniente lembrarmos que muitos fatores que acontecem conosco são relacionados com as atividades de grupos a que pertencem ou não e com as mudanças de relações entre esses grupos. Esses fatos requerem constantes reajustes de nossa compreensão do que acontece e constantes atribuições à causa e às condições de mudanças da nossa vida.⁸⁹

5. Descrições diversas.

Por último, no tocante às **descrições diversas**, estas constituem um **conjunto de representações diversas**, tais como: sua **maneira de relacionar-se na escola, no trabalho, na vizinhança, na vida afetiva, bem como sua perspectiva de vida normal e perspectiva de cura**. Em todas as descrições, observamos um **direcionamento negativo** para esta categoria, com setenta e cinco descrições, conforme podemos observar nos diversos exemplos abaixo, extraídos do Anexo II:

a) **No trabalho** — No trabalho, destacamos as seguintes descrições:

- "... não podemos trabalhar..."
- "... se souberem não aceita..."
- "... já fui colocado fora..."
- "... só trabalhei enquanto não sabia..."

"... interfere muito..!"

b) **Na escola** — Na escola, exemplificamos esta subcategoria, com os exemplos abaixo:

"... a cabeça não deixa..."

"... já tive uma memória..."

"... só consegui até o primeiro ano..."

"... não me aceitam..."

"... tem medo que os outros peguem..."

"... não tenho conhecido para cuidar..."

"... afasta as amizades..."

"... minha mãe pediu pra eu não ir mais..."

c) **Na vizinhança** — Na vizinhança, observamos as seguintes descrições:

"... não, porque não bufo com ninguém..."

"... olham com cuidado..."

"... o ataque, eles não associam à epilepsia..."

"... dizem que é normal..."

"... não, só vivo em casa..."

"... ninguém se aproxima..."

"... sou tratado com piedade..."

d) **Na vida afetiva** — Na vida afetiva, destacamos os exemplos, como:

"... é difícil arranjar namorado..."

"... não há condições, pois o próprio epilético se sente inferior..."

"... eu fujo muito... penso que não posso fazer as coisas..."

"... acho que quem souber não vai querer..."

"... sim, aí é que é pesado..."

"... interfere, com carinho demais..."

"... aumentou depois que casei..."

e) **Perspectiva de uma vida normal** — Dos quinze entre-

vistados, entre os nove responderam que não tem condições.

f) **Perspectiva ou desengano de cura** — Dos quinze entrevistados, nove se dizem acreditar na cura.

Podemos, então, observar que todo o discurso foi inserido no comportamento estereotipado, saturado de preconceitos e discriminações. A discriminação e a escassez de informações sobre a epilepsia proporcionaram uma necessidade de um estudo mais aprofundado sobre a relação existente entre tais fatos e a luta da concepção mágica com a científica. Esta última surgiu, gradualmente, no mundo ocidental; contudo quase nada tem minimizado a condição de ser epilético.

Universalmente, os preconceitos contra aqueles que têm convulsões os fazem partilhar o destino das minorias.⁸⁷ Assim, observamos uma linguagem específica que descreve a epilepsia como o principal motivo. Nesta descrição, observamos os tratamentos discriminados e o modo de falar sobre esta síndrome — o que está associado a influências sociais adversas, que, por sua vez, os levam à rejeição.

GRUPO II

Quanto a este grupo (os familiares de epiléticos), observamos que todos os respondentes são do sexo feminino — uma questão interessantíssima, pois nos sugere que as mulheres (com faixa etária compreendida em mais de quarenta anos, onde 53,4% são casadas) sentem-se responsáveis do tratamento de seus epiléticos. Sua renda familiar é estimada entre um e cinco salários mínimos. A crença religiosa de maior percentual é a católica. Quanto ao grau de escolaridade, 22,2% deles têm o curso superior. Pensamos, portanto, na existência de informações diferentes. Por isso, é grande a importância das informações. Contudo, dentro da comunidade, a apreensão da epilepsia, ao passar

para o senso comum, é evidenciada em modelos bastante negativos, no sentido das orientações do discurso.

Ao destacarmos as transformações da epilepsia apreendida mediante a linguagem dos familiares, inferimos que implicará fundamentalmente, a transformação das relações sociais que ali se dão, à medida que elas próprias caracterizam-na, juntamente com seu modo de existir dentro da sociedade. Uma reestruturação do seu modo de ocupar nela um lugar acarretará o estabelecimento de novas formas de ocupar espaços e de exercer um papel social.

1. Efeitos da epilepsia.

Quanto aos efeitos da epilepsia descritos pelo (Grupo II), o discurso coincide com o do Grupo I: ambos representam a epilepsia com a mesma imagem, ou seja, as configurações mentais são homogêneas.

Esta categoria começa com **os conteúdos das mensagens**, os quais **convergiram, na maior parte, para os efeitos da epilepsia**, com quatrocentas e quarenta e cinco unidades de análise. Desses efeitos destacamos trezentas e quarenta e três unidades de análise, para respostas cujo direcionamento é negativo. Ressaltamos as seguintes subcategorias, contidas no Anexo III:

a) **Efeitos emocionais negativos**, com os seguintes exemplos:

"... pavor..."

"... pode dar uma crise..."

"... a gente sofre com isto..."

"... apreensão..."

"... frágil..."

"... receio..."

"... experiência ruim..."

"... fico tremendo de susto..."

"... vergonha..."

"... não pode se aperriar..."

"... assustada..."

"... insegurança..."

Deste modo, são diversas as formas de apresentação; contudo, direcionam-se para um ponto comum aos grupos estudados, sugerindo medo à rejeição, como as principais descrições. Nesse contexto, repensarmos no portador de epilepsia significa compreendê-lo no seu cotidiano, na sua ação concreta dentro dos espaços que estão ocupando hoje na sociedade, assim como na forma de produzir sua identidade.

A mais importante das representações sociais de epilepsia é a maneira como é assimilado o não-familiar (as crises convulsivas), uma vez que elas funcionam fazendo um senso conjunto de um mundo não familiar, onde a representação marcará parâmetros psicológicos do grupo.

b) Efeitos comportamentais negativos, com cento e trinta e duas unidades, foram os mais evidentes, constituindo ponto de destaque entre as hétero-representações, favorecendo um questionamento acerca das formas de influências da epilepsia na configuração da sua categoria, evidenciadas também nas auto-representações, contidas no Anexo III, assim exemplificadas:

"... preconceito..."

"... uma ameaça..."

"... medo..."

"... mangam..."

"... falam..."

"... não resiste e tem uma crise..."

"... baba..."

"... incompreensão..."

"... se afasta..."

"... não convivo com ela..."

"... ataque..."

"... desmaio..."

"... feio..."

"... superproteção..."

"... passamento..."

"... é ter como uma cruz..."

Por conseguinte, existe uma, **tendência muito acentuada para a rejeição ou para a superproteção**. Todavia esta última predomina. Sabemos, claramente, que a rejeição é uma resposta menos freqüente dos familiares, contudo observável nitidamente.

c) Os **efeitos sociais negativos**, compostos de oitenta e nove unidades de análise, contidas no Anexo IV, como as seguintes descrições:

"... não tem muita aceitação..."

"... ameaça para sociedade..."

"... discriminação..."

"... vai existir barreiras..."

"... oferecem riscos..."

"... o povo não gosta..."

"... é sempre olhada diferente..."

"... problema..."

"... superproteção..."

"... coisa mal..."

"... estigmatizada..."

"... é muito marcada..."

Toma papel de destaque no **ajustamento interpessoal** a habilidade do portador para relacionar-se, eficaz e criticamente, ao ajustamento psicossocial. No entanto, o confronto em situações sociais, a habilidade para fazer amigos, a existência de amigos pessoais, com um número suficiente de contatos sociais e a habilidade para tratar com o sexo oposto, tudo isso foi visto como importante. Não obstante, o epilético deixa transparecer inúmeros conflitos nesta área.⁴

d) Os **efeitos psicológicos negativos**, observáveis com cinquenta e um unidades de análise, abaixo exemplificadas, baseadas no Anexo III:

"... consequência de desajustes..."

"... tristeza..."

"... frustração..."

"... sofrimento..."

"... insegurança..."

"... não aceita..."

"... não consigo fazer amigos..."

Logo, de qualquer forma, em muitos casos os epilêpticos dão a impressão de que estão totalmente entregues à sua enfermidade e se satisfazem instintivamente com o tipo de descarga que esta lhes proporciona.⁴

A opção fácil meramente envolveria aquelas afirmações que não podem ser adequadamente substancializadas. O que permanece é o rótulo útil, associado a uma larga série de fenômenos tanto de explicação descritiva como de tipo de pseudo-explicações.³⁹

Vemos, portanto, que a lógica da atividade, os processos psicológicos e os elementos da situação desempenham um papel essencial. No entanto, a preocupação sobre aspectos meio superados, atinentes à evolução desfavorável da epilepsia, gera várias condições desfavoráveis aos portadores. Muitos familiares dos epilêpticos sentem-na como vergonha para a família. O medo de ver a publicidade da doença prejudicar aparências e destruir a carreira de seus responsáveis desfavorece, certamente, o portador, levando-o a empregar todos os meios para ocultar aos estranhos a situação.

Como todas as unidades de análise são homogêneas quanto ao nível de qualidade da linguagem nos três grupos, destacamos os componentes predominantes na família, ou na escola, os quais,

com relação ao epiléptico, são de superproteção, de rejeição ou de repulsa. Na vida profissional, os empregadores relutam em admiti-lo. Isto faz com que ele se sinta estigmatizado, escondendo sua doença dos demais e, muitas vezes, chegando a abandonar o tratamento, caso venha este a ser feito na presença de outros. O oposto, entretanto, também pode ocorrer, ou seja: o portador pode aproveitar-se da situação, recorrendo ao auxílio-doença ou — o que é mais grave — tendendo à ociosidade e à mendicância,⁵³ modelos observáveis na linguagem de todos os grupos, até agora analisados.

Destacamos, no discurso, o constante sentimento de inferioridade, tanto na auto-representação como, na hétéro-representação, observado nos conflitos de amor e nos conflitos relativos à profissão.

Contudo, existem outros estigmas mais sutis, inclusive a necessidade de tomar, regularmente, a medicação, as restrições de certas atividades, as faltas à escola ou ao trabalho e outros problemas.²²

Compõe, assim, essa categoria um total de quatrocentos e quarenta e cinco unidades de análise.

2. Definições sobre a epilepsia.

Concluimos que não é verdadeira a hipótese de melhores informações, que forneceram sempre uma imagem adequada de uma sociedade ou a imagem de um aspecto exclusivamente dela, decorrendo daí, portanto, uma maneira de produzir um conhecimento. Daí podemos questionar a forma de transformação que a epilepsia influiu na configuração da categoria dos epilépticos e a representação que estes têm sobre si quando desta influi, ao mesmo tempo, no processo de atendimento que eles recebem.

Citemos, a seguir, algumas dessas definições semelhantes entre si, nos grupos estudados e nas seguintes subcategorias:

a) **Definições psicobiológicas negativas**, compreendendo dezoito unidades de análise, entre as trinta e nove levantadas pertinentes no Anexo III. Por exemplo:

"... doença de origem nervosa..."

"... problema neurológico..."

"... um desvio onde os nervos se chocam..."

"... uma doença..."

"... um mal sem cura..."

"... um problema muito grave..."

b) **Definições sociais negativas**, apresentamos, em seguida, entre as dezesseis unidades de análise, as seguintes descrições, contidas no Anexo III:

"... pessoa incapacitada..."

"... é uma doença inútil..."

"... não leva uma vida normal..."

"... procura esconder da sociedade..."

"... com problemas psicológicos e sociais..."

"... pessoa recebida e tratada como doente..."

"... doença que marca..."

"... doença discriminante..."

Os discursos acima carecem de reflexões sobre o epiléptico, cabendo também especificar o lugar onde ele é percebido como uma pessoa que dirige seu cotidiano para a transformação das condições concretas de vida. Isto é questionável, uma vez que **estas condições podem ser responsáveis pela manutenção de determinadas situações bastante limitadas**. Se averiguarmos que, dentro da comunidade em que está inserido, ele exerce uma função fermentadora, no sentido de propiciar condições com o objetivo de constituir sem espaço permanente de produção sócio-cultural. Constataremos a inexistência deste fato. Temos como exemplo a situação profissional do epiléptico assinalando que a **"... incidência de desemprego é duas vezes maior entre as pessoas com epi**

lepsia."⁵⁶ Isto, por serem suas capacidades avaliadas, não a partir da capacidade intelectual e física, e sim, primariamente, a partir de suas incapacidades.

c) **Definições místicas negativas**, semelhantes às do primeiro grupo, com apenas cinco descrições, entre as trinta e nove foi assim considerada, conforme Anexo III:

"... uma doença espiritual..."

"... é mais um castigo de Deus..."

"... foi a vontade de Deus..."

Esta categoria compreende cinquenta e quatro unidades de análise.

3. Causas da epilepsia.

Com relação às causas da epilepsia, entre as sessenta e seis atribuídas a ela, dezenove trataram da **transmissão**. Este fato pode-se atribuir à existência de membros da família, levando-os a acreditarem na **condição de contágio**, e não de hereditariedade.

Em seguida, vêm as **causas traumáticas**, com informações iguais à do Grupo I, contidas no Anexo III, como:

"... distúrbios da gravidez, morte, susto, trauma, pancada na cabeça..."

As outras causas foram especificadas em menor proporção, como: orgânicas, não-transmissíveis, psicossociais —, referentes à linguagem técnica e referentes a incertezas e dúvidas e espirituais.

Ao observarmos as **causas segundo a religião**, constatamos que **não mudou o tipo de informação sobre elas**. Com relação ao grau de escolaridade, destacamos trinta e oito descrições, entre as sessenta e seis causas especificadas. O maior número de entrevistados, possuem o curso superior. (57,6%) Atribuíram doze descrições à causas traumáticas e nove, aludiram às causas transmis

síveis. Isto carece de explicações, uma vez, que pensávamos existirem outras causas, pelo nível de informação que supomos terem estes entrevistados. Concluimos que o nível de informação não mudou o direcionamento das representações.

4. Tratamento da epilepsia.

Entre as cento e sessenta e nove unidades de análise levantadas nesta categoria, quarenta e oito foram compostas por familiares de epiléticos, com catorze descrições dentro da subcategoria incurável para epilepsia, sendo esta, reconhecida pela maioria aos entrevistados, cujo grau de informação continua há várias décadas; portanto não devemos esquecer as formas benignas desta síndrome.

5. Descrições diversas.

A categoria descrições diversas, com setenta e cinco unidades de análise, corresponde a descrições, levantadas no Anexo III, assim distribuídas, como:

a) No trabalho — No trabalho, destacam-se as seguintes descrições:

"... não pode trabalhar..."

"... o empregador, sabendo, não vai aceitar..."

"... ninguém vai querer..."

"... se souber não aceita..."

"... não é aceito..."

Assim entendemos que nenhuma doença acarreta tantas implicações sociais e profissionais como a epilepsia. "... inúmeros pacientes são relegados pelo meio, sendo obrigados a se afastar do trabalho, o que acarreta dependência familiar institucional, com graves prejuízos para a Nação, uma vez que se tornam improdutivos."⁵³

b) **Na escola** — Na escola, evidenciamos as seguintes unidades de análise, assim exemplificadas:

"... não foi aceito, pois podia transmitir..."

"... sente-se rejeitado..."

"... interfere em todos os aspectos..."

"... as pessoas têm medo e procuram se afastar..."

"... os outros alunos... dizem as coisas... mangam..."

"... discriminado pelos colegas..."

O epiléptico é "... percebido como um doente ou como uma ameaça, quando há a interrupção da frequência da escola devido à ocorrência de crises na sala de aula (a pedido da direção, da escola ou da professora, por decisão da família ou por decisão própria do indivíduo)."⁵⁶

c) **Na vizinhança** — Na vizinhança, ressaltamos os seguintes exemplos:

"... têm medo do contágio..."

"... é rejeitado..."

"... o povo não gosta, acha que perturba..."

"... procura esconder..."

"... eles têm medo..."

Assim nos vem o questionamento sobre a importância das crises, por estas causarem ainda um comportamento socialmente inaceitável, acarretando inúmeros preconceitos sobre a epilepsia.

d) **Na vida afetiva** — Na vida afetiva compreende as seguintes exemplos:

"... dificilmente haverá casamento..."

"... é rejeitado..."

"... sempre olhada com piedade e receio..."

"... procura esconder..."

Esses modelos acima mencionados evidenciam as dificuldades e a maneira de atribuir à epilepsia um peso muito grande, na

escolha de companheiro ou companheira, principalmente pelo medo de contágio.

e) **Perspectiva de uma vida normal** — Dos quinze entrevistados, nove responderam que não têm condições — o que era de se esperar — diante de toda essa problemática social levantada.

f) **Perspectiva ou desengano de cura** — Dos quinze entrevistados, nove responderam que os entrevistados consideram incurável a epilepsia.

GRUPO III

Este grupo é composto por não-epilépticos. Dos quinze entrevistados, 66,6%, (dez sujeitos) possuem mais de quarenta anos. A renda concentrou-se na faixa de menos de um salário mínimo, com nove entrevistados católicos. A maior incidência quantitativa, quanto ao grau de instrução, ocorre no curso superior. Contudo, observamos, de antemão, que nenhuma dessas variáveis interferiu na forma de apresentar as representações sobre a epilepsia.

Como já havíamos relatado, nem o grau de escolaridade nem o sexo exerceram influência na diferenciação das representações, ocorrendo um direcionamento negativo.

Evidentemente, o epiléptico é visto como portador de uma doença que, através dos tempos, adquiriu significação histórica e social, pelas informações que protagonizou. Informações essas, que deram uma direção à epilepsia e à sua relação com a sociedade: a epilepsia enquanto doença que incentiva a produção do conhecimento e a formação de modelos representativos bastante homogêneos.

1. Efeitos da epilepsia.

Nesta categoria, composta por trezentas e cinquenta e três unidades de análise, destacamos as seguintes subcategorias com os respectivos depoimentos feitos por não-epilépticos, com

trezentas e onze unidades de análises negativas.

a) **Efeitos emocionais negativos**, corresponde quarenta unidades de análise, tais como:

- "... perigoso..."
- "... descarga emocional..."
- "... ruim..."
- "... assustado..."
- "... ninguém quer..."
- "... é triste..."
- "... apreensão..."
- "... está sujeito a cair..."
- "... inseguro..."
- "... vive com medo de ataque..."

b) Os **efeitos comportamentais negativos**, é destacável dentro dessa categoria com o maior número de descrições, com cento e vinte unidades apreendidas nos discursos dos entrevistados, conforme Anexo IV:

- "... desmaios..."
- "... se entronchava..."
- "... caía..."
- "... deformados..."
- "... rejeitada..."
- "... medo..."
- "... espuma..."
- "... crise..."
- "... correm, se for possível..."
- "... tanto faz tá falando como batendo..."
- "... convulsão..."
- "... cisma..."
- "... agonia..."
- "... um animal raivoso..."
- "... os colegas se afastam..."

"... não chego perto..."

"... arreia logo..."

"... nem ir na casa deles..."

Este conjunto de efeitos, embora com descrições bastante variáveis no seu conteúdo, tem o mesmo direcionamento negativo. Observamos que a cada epilético é atribuído um sentido pessoal, na forma genérica, que é determinada pelo desenvolvimento de seu papel social, adquirido no contexto histórico.

c) **Efeitos sociais negativos**, detectamos setenta e oito unidades de análise que são compreendidas por esta subcategoria, conforme podemos ver no Anexo IV:

"... estão sempre exigindo mais..."

"... a sociedade não dá chance..."

"... pessoa marginalizada..."

"... afasta-o dos colegas..."

"... não é aceito..."

"... não é gente..."

"... é diferente da gente..."

"... não é gente, apenas vive..."

"... felizmente não tenho..."

"... receio de ser contaminado..."

"... corre risco..."

"... pessoa perigosa..."

"... desprezo..."

Ao discutirmos esse processo de vida, todos esses depoimentos levantados levam-nos a compreendermos a maneira como é construída a identidade do epilético e os mecanismos que os sujeitos utilizam para preservá-la, ao confrontarem-na com as dificuldades que vêm sofrendo há décadas.

d) Na subcategoria **efeitos psicológicos negativos**, formada de trinta e uma unidades, destacamos os seguintes depoimentos contidos no Anexo IV:

"... tristeza..."

"... desorientada..."

"... excitante..."

"... insegurança..."

"... bloqueio..."

"... as coisas ele sente, por dentro dele..."

"... angustiado..."

"... desesperado..."

é) Na subcategoria **efeitos físicos negativos**, ressaltamos as seguintes descrições, extraídas do Anexo IV:

"... tomar medicamentos..."

"... batendo-se..."

"... mordendo a língua..."

"... se espuma..."

"... eles caem..."

"... fica sem poder levantar-se..."

"... modifica seus hábitos de vida..."

"... morte..."

Merece crítica o seguinte aspecto: os não-epilépticos, isto é, os sem-contato com a epilepsia, delinearam, nos depoimentos acima toda a crise convulsiva. Tais inferências talvez ocorram de descrições sobre o conhecimento e as informações relativas à epilepsia.

2. Definições sobre a epilepsia.

Esta categoria compreende oitenta e duas unidades de análise, que, no seu conteúdo, são idênticas aos grupos já discutidos.

Evidenciamos as seguintes subcategorias:

a) **Psicobiológica negativa**, com trinta e uma unidades de análise, conforme Anexo IV. Por exemplo:

"... doença que cai..."

"... pessoas nervosas..."

"... doença neurótica..."

"... doença perigosa..."

"... é normal e não é..."

"... é um desvio cerebral..."

b) **Definições sociais negativas**, corresponde vinte e sete unidades, assim exemplificadas, conforme Anexo IV:

"... é um desajuste social..."

"... doença social..."

"... é parecido o ataque da epilepsia, com a pessoa endemoninhada..."

"... é um espírito querendo se encarnar..."

"... é dos astros. vem de cima..."

"... é uma doença do espaço..."

"... é do homem da encruza..."

"... não é gente, é possuída pelo homem da encruza — Exu..."

"... é uma provação..."

"... é possuída por um caboclo..."

Cabe destacarmos as seguintes informações:

"A pessoa é percebida como um **"santo inocente"** ou como objeto de piedade, quando procura atendimento espiritual (espiritismo, ubanda e outras credices) ou esclarecimentos baseados nos fatores sobrenaturais ou meteorológicos;

A pessoa é percebida como um **organismo subumano**, ou como "eterna criança", quando encontra barreiras em conseguir e manter amigos da mesma faixa etária."⁵⁶

Assim, historicamente, o **fenômeno grupal** tem sido, algumas vezes, referido como a **incorporação do espírito nas pessoas**. Isto é usualmente expresso pelas elites dominantes e, portanto, superiores. Doutra parte, em outras épocas, se afirmava,

com ênfase, que tal fenômeno incidia sobre uma mente grupal, menos racional, do que as mentes individuais hodiernas, que integram estes grupos ora estudados.³⁹

"Por outro lado, podemos realçar esta idéia: "... as religiões, hoje também em processo de transformação, ao entregarem ao homem um mundo pronto e predeterminado e ao deixarem-se no impotente diante de um mundo cujas transformações lançam-lhe problemas constantemente novos, liberam um espaço tendente a ser ocupado por práticas capazes de oferecer a crença em meios e potência de enfrentar e resolver os desafios cotidianos: é este aspecto, precisamente, que os cultos mágicos vêm preencher, ao fornecerem, aos indivíduos, as fórmulas, por meio das quais, os feitos-soluções poderão ser obtidos."⁷⁹

3. Causas da epilepsia.

Entre as oitenta e oito causas da epilepsia, as mais descritas foram as seguintes subcategorias:

a) **Causas transmissíveis** — Estas foram explicadas, conforme Anexo IV, por exemplo:

"... contagiosa..."

"... contaminação..."

"... a baba pega..."

"... contamina os outros..."

"... pega..."

"... a baba é micróbio..."

"... hereditária..."

b) **Causas espirituais** — Observamos que entre os três grupos, este grupo foi quem mais atribuiu causas espirituais à epilepsia. Descrevemos alguns exemplos contidos no Anexo IV:

"... homem da encruza..."

"... pecado..."

"... doença espiritual..."

"... antepassados..."

"... castigo..."

"... rixas de outras vidas..."

"... dos astros..."

4. Tratamentos da epilepsia.

Nesta categoria, destacamos as seguintes subcategorias:

a) **Incurável**, com dezesseis respostas das cinquenta e uma unidades de análise. Trata-se de uma visão bastante evidenciada em todos os grupos estudados.

b) **Profissional**, com dez unidades de análise.

5. Descrições diversas.

Esta categoria, com setenta e cinco unidades de análise, agrupa outras circunstâncias, distribuídas nas seguintes subcategorias, conforme Anexo IV:

a) **No trabalho** — No trabalho, destacam-se as seguintes descrições:

"... provoca desemprego..."

"... interfere..."

"... não interfere..."

"... interfere, porque arreja logo..."

"... nada pode ser realizado..."

"... se souber não quer..."

Desta forma, podemos acrescentar que o epilético é percebido como doente ou como ameaça à sociedade, diante das dificuldades para conseguir emprego no mercado competitivo ou, se admitido, para manter o emprego depois da ocorrência de uma crise. Ficará sujeito à demissão sumária ou, se for afastado para

tratamento, haverá expectativa de demissão no seu retorno ao trabalho.⁵⁶

b) Na escola — A circunstância escola compreende, entre muitos exemplos, os contidos no Anexo IV:

"... rejeição..."

"... em toda escola não..."

"... não interfere..."

"... não assimila... sabendo vai rejeitar..."

"... afasta-o dos colegas..."

Desta forma, na escola, os componentes predominantes em todos os grupos, com relação ao paciente epiléptico, são de superproteção, de rejeição ou repulsa. Na vida profissional, como já foi dito, os empregadores relutam em admiti-lo. Isto faz com que ele se sinta estigmatizado, escondendo sua doença dos demais e, muitas vezes, chegando a abandonar o tratamento, caso este (ataque) venha a ser feito na presença de outros.⁵²

A relação entre a severidade dos ataques e a percepção do estigma (este, devido ao mesmo transtorno) parece depender, em grande parte, de outras características existentes no indivíduo que padece de epilepsia, tais como: a percepção da discriminação, as limitações impostas pelo processo e o grau de escolaridade alcançado.⁸²

c) Na vizinhança — Na vizinhança, observamos as seguintes descrições, extraídas do Anexo IV:

"... causa medo de contágio..."

"... não interfere..."

"... uns têm pena... outros rejeitam..."

"... ninguém quase sabe..."

"... contamina os outros..."

"... curiosidade e rejeição..."

Em todas as discussões, até agora estudadas nos entrevistados, transparece o medo ao contactarem com epilépticos, prin-

principalmente no tocante à transmissão.

d) **Na vida afetiva** — Nesta circunstância, as descrições assinalam o epiléptico como um organismo subumano, quando se vê impossibilidade de vir a casar-se ou quando tem seu casamento anulado com base no código civil, redigido em 1919.⁷⁴

e) **Perspectiva de uma vida normal** — Dos quinze entrevistados, a maioria respondera à pergunta indicando negativo, por considerar **incurável** a epilepsia.

f) **Perspectiva ou desengano de cura** — Esta questão teve resposta negativa quase na sua totalidade.

Consideramos de grande importância destacarmos os grupos de atributos à epilepsia, nas seguintes **representações comuns aos três grupos**, a partir das informações referidas nos Anexos: II, III e IV:

a) Quanto ao **contágio**:

"... pega..."

"... contágio..."

"... as pessoas têm nojo..."

"... se afasta..."

"... fujo muito..."

"... medo pois correm..."

"... nojo..."

"... é contagiosa..."

Essas unidades destacam questionamentos bastante pertinentes, a partir de uma visão sobre a epilepsia e o epiléptico, descritos nos grupos.

Afirma RODRIGUES⁷⁸, que estes fatos indicam o seguinte fenômeno: "... a reação de nojo tem a característica peculiar de requerer alguma forma de contato — físico ou psíquico — e de se definir por uma "repulsa" ou "repúdio" de alguma coisa. Peculiariza-se por ser uma "atitude em que o corpo e o espírito se

unem para repudiar alguma coisa bastante desagradável." O "horrível", o "nojento", realiza uma transferência de sentimentos: faz reverberar, ao nível das sensações físicas, o mal-estar do transtorno da ordem intelectual."

O autor citado afirma ainda: "... a evitação das coisas nojentas e o repúdio a elas são um mecanismo de ligação da ordem intelectual moral com a ordem física, de maneira a articular a última com a ordem das idéias e do modo a proceder a uma ordenação da experiência, codificando e procurando as relações do homem com o seu próprio corpo e com os alheios. As reações de nojo são uma maneira de refutar, de negar, de rejeitar, de afastar simbolicamente a eficácia dos elementos desafiadores."⁷⁸

A epilepsia relaciona-se, portanto, com o contágio, pois é vista como suja. Quem tocasse no portador poderia tornar-se presa do Demônio. Pensava-se que, cuspiendo-se, poder-se-ia expulsá-lo e reverter o contágio e, assim, escapar.²²

b) Quanto à **loucura** — Um outro grupo de atributos a título de exemplos, merecem destaque: é a **relação epilepsia — loucura**, presente nos discursos abaixo:

"... doida..."

"... doença dos nervos..."

"... doença do cérebro..."

"... tinha inteligência..."

"... agressividade..."

"... pessoa louca..."

"... João Lua..."

"... abastanhado..."

"... débil..."

"... delírio..."

"... alucinação..."

Devemos considerar que os entrevistados não possuem outra patologia psiquiátrica associada e que não estão internos.

Pesquisadores ressaltam que o estudo da agressividade na epilepsia pode fazer-se através de suas expressões e de seu papel nas manifestações críticas, nos sintomas defensivos, nos aspectos caracterológicos (culpa, masoquismo, formações reativas) e ainda em sua elaboração mediante sublimações.⁵⁸

Infelizmente persiste o mito ao redor da epilepsia, incluindo um suporte de ligação entre a epilepsia e a Lua, com a idéia de que ela poderia ser causada pela influência do ciclo lunar. As várias idéias, ligando a epilepsia à loucura à possessão e aos estados similares, com a Lua e com outros astros, resultam numa rica literatura astrológica, desenvolvida durante os séculos, até os dias atuais.²²

"A loucura torna-se uma forma relativa à razão, ou melhor, loucura e razão entram numa relação eternamente reversível, que faz com que toda loucura tenha sua razão que a julga e controla, e toda razão sua loucura na qual ela encontra sua verdade irrisória. Cada uma é a medida de outra, e nesse movimento de referência recíproca, elas se recusam, mas uma fundamenta a outra."²⁹

c) Quanto à transmissão — A transmissão é modelada pelos três grupos, da seguinte maneira:

"... ameaça para sociedade..."

"... desmaio..."

"... desprezo..."

"... babeira..."

"... terrível..."

"... vergonha..."

"... pode cair qualquer hora..."

"... pega..."

"... receio..."

"... passamento..."

"... pavor..."

Tecermos considerações sobre a epilepsia é, a nosso ver, relativamente difícil, uma vez que só os que conhecem, de perto, a vida do epiléptico poderão sentir o peso e a exatidão de cada palavra exposta por diversos estudiosos do assunto. "... sim, só a luz da consciência no espaço limitado em que eles vivem, observando e dialogando com os mesmos, poderemos perceber até que ponto eles são vistos pela sociedade."²⁹

d) Quanto à normalidade — Por ser considerado o epiléptico pelos entrevistados como anormal, diferente da gente, não é normal — (por fugir dos padrões de normalidade), é interessante revermos uma nova definição do normal e do anormal. BARRETO,⁷ afirma a este respeito: "... o homem não é aquele que melhor se aproxima da média, mas aquele que reúne as melhores condições para se tornar normativo, o mais capaz de instituir normas, inclusive orgânicas, dentro das quais a vida acumula as melhores possibilidades de estabilizar-se."

O mesmo autor alude ao estado anormal ou patológico, o qual não significa ausência de norma. Afirma que a doença é também uma norma de vida, uma norma mais restrita e inferior, que não suporta desvios das condições em que a vida é válida por ser incapaz de transformar-se em outra norma. O que distingue o doente é a sujeição mais rígida a certas normas de vida. Normas estas, que reduzem o seu nível de atividades e de respostas a situações novas e imprevistas.

A epilepsia, os três grupos consideram-na um "desvio". Quanto ao epiléptico, dizem que este "não é igual aos outros."

Parece-nos importante assinalar os seguintes passos: "... o desvio é socialmente construído e que as reações de quem não tem desvio foram uma força no surgimento dos desvios e as qualidades que ele assume. Todas as qualidades dos desvios são dadas pelos outros."⁷

Estas representações, entre os grupos, não diferem no

seu conteúdo. Doutra parte, dentre as categorias, a mais descrita foi efeitos da epilepsia. Nesta, ressaltamos as subcategorias: efeitos comportamentais, efeitos sociais e, posteriormente, efeitos emocionais — todos negativos.

Assinalamos, aqui, a situação peculiar do epiléptico, uma vez que não padece, conscientemente, de sua doença, como de outra qualquer, e sim com reflexos naqueles que o cercam.

Como resultado, têm uma consciência falha da epilepsia, a perda da capacidade crítica, a superante valorização dos que o rodeiam, a insegurança, o receio e a rejeição. Tudo isso constitui os aspectos psicossociais da epilepsia, observáveis tanto no seu discurso como no dos seus familiares e noutros segmentos da sociedade.

Entendemos portanto que, ser o conhecimento um bem simbólico (alguns psicólogos sociais que trabalham com a teoria da representação social), daí, analisar as representações sociais nos induz a considerar a inserção objetiva dos atores (no caso, os epilépticos) no campo social. Também, por outro lado, temos que considerar igualmente, as relações de poder entre os detentores de diferentes posições no campo em questão. Neste sentido expor o referencial teórico permitindo a inclusão de noções de trocas simbólicas — é nosso anseio.

O enfoque das categorias: definições sobre a epilepsia, tratamentos e descrições diversas, detiveram grande significado, uma vez que agrupam representações semelhantes entre os grupos estudados, que nos permite rastrear sobre alguns dos aspectos inerentes as representações sociais tão bem elucidadas por ROSA,⁸¹ ao definir uma representação social como: "... um conjunto de conceitos, afirmações e explicações que se origina na vida cotidiana como fruto das comunicações interindividuais... o equivalente, em nossa sociedade, dos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais... a versão contemporânea do senso co-

mum... a maneira como os homens pensam ou criam suas realidades compartilhadas." Conceito este, bem apropriado ao nosso estudo.

Assim sendo, tecermos considerações acerca da epilepsia, além de ser difícil, como já foi dito, é uma questão ilimitada, muito embora não colocamos de lado a questão do **consenso**, isto é, a **natureza social do conceito de representação social**, pois entendemos que as **"representações sociais são sempre representações de alguém sobre um objeto social, material, ideacional."**⁸¹ Contudo, queremos apenas inferir que o epiléptico (compreendido no seu papel de ser individual e único) cujas diferenças e características formam a base, sobre a qual **incorpora os valores, as crenças e as expectativas que a sociedade tem a seu respeito**, concretizando-as e objetivando-as. No seu dia-a-dia, como epilépticos ou não, depara com **contradições e conflitos** que influenciam a sua vivência no âmbito geral do processo. Procura alternativas sob a forma de uma ação concreta, através da **incorporação de informações**, na construção de novos modelos explicativos no contexto real, gerando assim, formas de conhecimentos sociais os quais podemos chamá-los de representações sociais — cujo reconhecimento da natureza estruturada do seu campo é gerado como um conjunto (de conceitos, informações, imagens, ideologias, valores e outros) organizados ao redor do núcleo central: o epiléptico. A função social é a de transformar o que é não familiar em familiar imediatamente presente, mediante um consenso, através dos dois processos centrais responsáveis pela geração das **representações sociais**: ancoragem e objetivação,⁶¹ já mencionados anteriormente.

Discutimos aqui, algumas questões de natureza ampla que contextualizam a vida dos epilépticos, dentro da realidade histórica e social das condições de vida impostas pelas limitações que a epilepsia os impõe; a partir de uma abordagem feita **centrada** nas unidades de análises levantadas a partir das categorias descritas.

CAPÍTULO V

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste estudo, reconhecemos que a epilepsia, através dos séculos, tem estigmatizado e marginalizado os portadores (isto é observável no discurso analisado). Apresenta-se, o discurso pleno de estereótipos, no qual observamos uma despreocupação em ultrapassá-los.

Além da forma animista como é presenciada a epilepsia, o epiléptico é representado como vítima de uma doença que é biológica e essencialmente social. Os entrevistados desconhecem os diversos meios pelos quais se consolida a construção do cotidiano de cada portador na condição de epiléptico, conforme os depoimentos abaixo:

- "... me sinto inútil..."
- "... me deixa insegura..."
- "... me inibe..."
- "... piedade..."
- "... ataques..."
- "... não me aceita mais..."
- "... babeiro..."
- "... é doente..."
- "... é uma doença incurável..."

Podemos sublinhar vários aspectos a partir das representações levantadas a partir do pensamento social que se explica em mitos, crenças e senso comum é uma característica das sociedades humanas e que, desta forma, destaca-se a Psicologia Social ao se reportar a estes processos, assemelhando-se a uma antropologia social.

Temos observado, também, que Moscovici foi enfático ao ca-

racterizar a Psicologia Social, centrada no estudo das representações sociais, como uma disciplina simultaneamente histórica e antropológica.

Desta maneira a construção desses modelos vai além do aspecto puramente social; constitui, ainda, uma junção do social com o psicológico. Tais modelos são observáveis a partir do levantamento das representações sobre a epilepsia.

Com bastante propriedade, alguns pesquisadores afirmam que, de fato, os processos cognitivos relativos à incorporação da informação compreendem o núcleo estruturante do pensamento, o qual é considerado como processos universais.

Moscovici ainda é enfático com relação a dicotomia entre o social e o psicológico (ou individual), levando-nos a entender que as representações sociais são, simultaneamente, expressões do campo socialmente estruturado e núcleos estruturantes do pensamento. Daí, quando as representações incorporam, simultaneamente, o campo dos conhecimentos socialmente estruturados e a elaboração individual (e/ou grupal) e específica, ocorre o acúmulo cultural do grupo como uma força matriz da mudança social.

Além de tudo, acresce que entender a percepção ou a concepção relativamente rígida e esquemática, presente no discurso dos entrevistados, nos faz acreditar que este discurso faz parte da própria história de cada um — portador ou não —, a história da própria epilepsia (e sua origem) como responsável pela construção do seu lugar na sociedade. Esse lugar que ele ocupa é responsável ainda pelas configurações mentais, em atitudes mediadas na linguagem e na informação. Em decorrência de tudo isso, nega-se um tratamento ideal para com as formas de vivência, nega-se compreensão de condição de ser epilético e negam-se ações que se produzem cotidianamente.

A incorporação de conhecimentos de campos socialmente estruturados, a partir da dimensão histórica e cumulativa destes

campos, e a mesma estruturação, a partir de uma expectativa, englobam, ao mesmo tempo, as relações de poder e a explicitação dos processos de negociação na ação comunicativa em universos não consensuais.

Vale destacarmos os seguintes depoimentos, os quais estão mesclados em vários aspectos psicossociais, como:

"... fico só chorando..."

"... não é bom..."

"... medo..."

"... perigosa..."

"... não posso trabalhar..."

"... preconceito..."

"... amargura..."

"... nervosa..."

"... quis me suicidar..."

Sabemos que sobretudo a função simbólica das representações exprimem-se pela linguagem: instrumento de atuação na realidade. Observamos que os estudiosos no assunto são enfáticos em afirmarem que a zona de construção, isto é, o processo de apropriação, dá-se de forma contínua no sistema — a construção social de conhecimento (como poder aglutinador).

Evidenciamos o fato de que os componentes psicossociais carecem de compreensão, não só por servirem de embasamento para elaborações de representações sociais, mas também por construir uma estrutura em que se encontra inserido o epiléptico. A questão é muito mais profunda, ao nosso ver, porquanto envolve questões globais na formação de um indivíduo dentro do seu grupo social, vivências e ações que produzem o dia-a-dia dos sujeitos, os quais interagem dentro do grupo, gerando sua própria imagem.

Neste contexto é que percebemos um desalento dos sujeitos, quando abordados sobre a epilepsia e o que significa ser epiléptico. Observamos, então, a falta de conscientização da epilepsia

e do papel do epiléptico como pessoa, observável, nos diversos olhares sobre a epilepsia, como meros atores sociais que estão enfrentando terríveis dificuldades no cotidiano, principalmente na condição de ser epiléptico, como se pode ver, nos tópicos abaixo:

"... considero terrível..."

"... considero um grande problema..."

"... a sociedade rejeita... e despreza..."

"... a sociedade vê diferente..."

"... a palavra ataque afasta da sociedade..."

Os componentes afetivos apontados nos discursos e as configurações mentais mediatizadas, através da análise dos sujeitos, conforme posturas, apresentaram uma orientação negativa, em suas mais variadas linguagens. Tais orientações negativas são observáveis nas dificuldades que apresentaram em descrever a epilepsia, principalmente no tocante aos ataques, aos conhecimentos científicos sobre ela, à capacidade e ao caráter, tudo captado nos discursos. Em muitos desses componentes, entre outros, que se detecta o baixo nível de informações sobre a epilepsia, emitidas na fala, as quais acarretam atitudes exteriorizadas erroneamente, produzindo dificuldades pessoais, familiares, profissionais e sociais, todas capazes de assumir peso maior que a própria epilepsia.

Os estigmas desta síndrome, aqui observados, podem ser definidos como desgraças, destacando-se a própria crise convulsiva, com implicações por falta de controle do portador, sobre si mesmo.

Merece destaque, no portador de epilepsia, o modo de perceber-se e de ser percebido. Isso, em geral, é negativo para sua inserção social.

Observa-se ainda, que a saúde mental da população epiléptica, com frequência, é comprometida desde o momento do diagnóstico, quando o paciente sofre uma troca de imagem que tem de si mesmo, a-

gravada pela atitude nem sempre correta, em relação à epilepsia - o paciente (com a família) e o grupo social (a escola e o trabalho) de que faz parte.

Nos grupos estudados sobre a existência (ou a inexistência) de diferença de representações, como um fator fundamental, caracterizada na fala deles, destacamos a homogeneidade dos discursos, que deram um caráter uniforme às descrições obtidas. A nossa análise mostra, mediante auto-representação e hetero-representação, que a epilepsia é uma doença plena de tantos atributos e que entre eles, ela é vista como uma doença perigosa, sobretudo por ser incontrollável, evidenciada no conjunto de figuras mentais, em crenças e noutros aspectos.

Comparando a orientação da identidade apontada nos três grupos, encontramos afirmações, segundo as quais, o epilético é um doente.

A epilepsia, por ser considerada como doença, pode ser vista em dois modelos distintos: no primeiro, destaca-se o fato de ser ela estigmatizante e permitir a existência de uma relação direta entre a severidade dos ataques e a percepção do estigma; no segundo, ela destaca-se nos planos psicológicos e social, os quais, permitem estarem os efeitos desses ataques sob a percepção do estigma medido por outras características individuais distintas.

Consideramos a existência de um plano biológico mais complexo para o corpo do epilético, o qual está sujeito às leis da natureza, capaz de ser captado pelo conhecimento das ciências anatômicas e fisiológicas. Além desse plano, existe um outro, cuja dicção só se dá em outro nível. Este segundo plano refere-se ao corpo, que reúne significados estranhos à Anatomia e a Fisiologia. É também responsável pela escolha da sua identidade pessoal e pelo mecanismo que processa, de forma dinâmica, as suas relações com o mundo.

Constatamos maior importância nos **problemas sociais** levantados do que nos próprios **ataques**. Para Barreto, enquanto o comportamento do **corpo biológico se presta ao conhecimento no plano da causalidade**, isto é, das **relações causa - efeito**, é no **plano de sentido**, dos **significados que podemos ter acesso** a este **outro corpo, corpo representado, simbólico, corpo que se delinea no campo da linguagem**. Ambos os corpos **sofrem, ambos adoececem**. Para ele, mesmo que a doença apareça mais manifesta em um, o outro estando silencioso, não se torna indiferente.

Ao aprofundarmo-nos, em pesquisas de outros autores, observamos que eles experimentam questões mais amplas (como a falta de informação e de educação) sobre a epilepsia e, ao implementarem programas educativos, oferecidos a esses grupos estudados, observaram que a educação da saúde aumentou o conhecimento sobre a epilepsia. Perceberam, também, que os mesmos grupos podem limitar o processamento de informação nova e de relação, da atitude para com a epilepsia.

No entanto, a opinião de Matthes a respeito disso é a de que pouco adianta a cura de um epilético em suas crises, por meio de tratamento medicamentoso intenso, se não se procurar, ao mesmo tempo, enquadrá-lo ou reenquadrá-lo profissionalmente. Daí por que o tratamento médico há de se ligar à **reabilitação social**.

Por conseguinte, uma das diferentes manifestações da vida do epilético sobre as representações da epilepsia pode ser entendida mediante o discurso acerca da sua participação na sociedade, ao nível da igualdade.

Diante de uma vasta implicação social exposta ao longo deste trabalho, não o consideramos terminado, por fluírem dele vários aspectos que necessitam de investigações e, por ser polêmica esta análise, principalmente quando o epilético é comparado ao **leigo**, conforme os depoimentos abaixo contidos no Anexo IV:

"... desorientado..."

"... angustiado..."

"... é um louco..."

"... não tem juízo..."

"... nervosismo..."

No entanto, "... a civilização, de um modo geral, constitui um meio favorável ao desenvolvimento da loucura ... as doenças da continuidade corporal."28

Em vista das considerações feitas, sugerimos que:

a) sejam implementadas e divulgadas sobre o aspecto social da epilepsia;

b) os profissionais da Saúde (especialmente os enfermeiros) que trabalham neste campo estejam mais engajados na luta contra a discriminação a que estão sujeitos os epiléticos;

c) sejam implantados programas educativos, contendo informações de esclarecimento acerca das condições críticas levantadas neste e em outros estudos relacionados à epilepsia, por ocasião dos atendimentos prestados aos epiléticos;

d) sejam criados programas informativos de âmbito nacional, com o objetivo de esclarecer o público sobre a epilepsia, semelhantes às campanhas existentes para outras doenças.

e) sejam realizados mais trabalhos nesta linha de pesquisa, enfocando-se a informação, para embasamento de programas assistenciais como recursos para integração social dos portadores de epilepsia.

Como trabalho subsequente, sugerimos a realização de um estudo para verificar o efeito de informações nas representações sociais dos epiléticos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DE ANDRÉ, M.E.D.A. Texto contexto e significado: algumas questões na análise de dados qualitativos. Cadernos de Pesquisa. nº 45, 1983.
2. ARRUDA, A.M. o estudo das representações sociais na contribuição à psicologia social no Nordeste. Revista de Psicologia, v.1, n.1, p. 5 - 14, jan/dez., 1983.
3. ARCHER, Dane. Social Deviance. University of Califórnia, (s. d.).p. 741 - 804.
4. BAGLEY, C. Social prejudice and the adjustment of people with epilepsy. Epilepsia, V.13, p.33 - 45, 1972.
5. BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Ed. Edições 70, 1970. 225p.
6. BARRETO, J. O doente e sua doença. HU Revista, Juiz de Fora, V.15, n.3, p.179 - 83, set/dez., 1988.
7. _____. O normal e o patológico: discussão conceitual. HU Revista, Juiz de Fora, V.15, n.3, p.171 - 78, set/dez, 1988.
8. BASTIDE, R. Sociologia das doenças mentais. São Paulo: Ed. Universitária, 1967, 297p.
9. BENÍCIO; G. et al. A epilepsia e a opinião pública. Rev. Neurologia e Psiquiatria, Recife, V.35, n.4, p. 381 - 9, out/dez., 1972.
10. BENSALD, J.S. Le représentation d'objets sociaux multidimensionnels: l'exemple des organismes de la protection sociale. Bulletin de Psychologie, V.37, n.366.
11. BERELSON, B. Content analysis in communication research. New York: Mafinir Publ., 1971.
12. BERGER, P.I., LUCKMANN, T. A construção social da realidade, 4ª ed. Petrópolis: Ed. Vozes, 1978. 247p.

13. BLEULER, E. Psiquiatria, 15 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1985. Cap.11, p. 249 - 77: Epilepsia.
14. BOMFIM, E.M., MACHADO, M.N.M. Em torno da psicologia social. Publicação autônoma, 1987. 206p.
15. CAMPBELL, A., MUNCER, S. Models of anger and aggression in the social talk of women and men. Journal for the theory of social behaviour, V.17, n.4, p. 489 - 511, dec., 1987.
16. CANGUILHEM, G. Le normal et le pathologique. 4 ed. Paris: Universitaire de France, 1966. 221p.
17. CIAMPA, A. da C. Identidade. In: LANE, S.T.M., CODO, W. orgs. Psicologia Social; o homem em.... São Paulo: Brasiliense, 1989. Parte 2, p. 58 - 74.
18. DODRILL, C.B. et al. An objective method for the assessment of psychological and social problems among epileptics. Epilepsia. New York, V.21, p. 123 - 135, 1980.
19. _____. Psychosocial problems in adults with epilepsy: comparison of findings from four countries. Epilepsia. New York, V.25, n.2, p. 176 - 83, 1984.
20. DOISE, Willen. Les representations sociales: définition d'un concept. In: l'étude des représentations sociales. Paris: Debachaux & Niestlé, p. 7 - 33, 81 - 94, 1986.
21. DOSTOIÉVSKI, M.F. O idiota. Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 1976.
22. O'DONOHUE, V. Epilepsia da infância. São Paulo: Roce, 1982. p. 1 - 6, 167 - 72.
23. DURKHEIM, E. Sociologia e filosofia. Rio de Janeiro: Forluse, 1970. p.13.
24. EMLER, Nicholas. Socio-moral development from the perspective of social representations. Journal for the theory of social Behaviour. V.17, n.4, p. 371 - 88, dec., 1987.
25. EY, Henry et al. Tratado de psiquiatria. 5 ed. Rio de Janeiro: Ed. Masson do Brasil, 1981. Cap. 7, p. 329 - 58: Epilepsia.

26. FARR, Rob. Social representations: a french tradition of research. Journal for the theory of social Behaviour. V. 17, n.4. p. 343 - 369, dec., 1987.
27. FLAMENT, Claude. L'analyse de similitude: une technique pour les recherches sur les représentations sociales. In: L'étude des représentation sociales. Paris: Delachaux & Niestlé, s.d., p. 139 - 156.
28. _____. Sur le pluralisme methodologique dans l'étude de des representations sociales. Cahiers de Psychologie Cognitive, V.1., n.4, p. 423 - 27, dec. 1981.
29. FOUCAULT, M. História da Loucura. São Paulo: Perspectiva, 1987.
30. DI GIACOMO, J.P. Aspects methodologiques de l'analyse des representations sociales. Cahiers de Psychologie Cognitive, v.1, n.4, p. 1.397 - 422, dec., 1981.
31. _____. Alliance et rejets intergroupes ausein d'un mouvement de revendication. In: L'étude des representation sociales. Paris: Delachaux & Niestlé, s.d., p. 118 - 136.
32. GUTTELING, E.R. et al. Previous experiences with epilepsy and effectiveness of information to change public: perception of epilepsy. Epilepsia, New York, V.27, V.6, p. 739 - 45, 1986.
33. HERZLICH, Claudine. Médecine maladie et Société. Paris: Maloine, 1970. 309 p.
34. _____. La représentation sociale. Paris: Larense University, 1972, p. 303 - 325.
35. _____. De ayer a hoy: construcción social del enfermo. Cuadernos Médico Sociales. n.43. p.219, 1988.
36. _____. Le seus du mal. Paris: Ed. Ahchiaus Contemporaines, 1984. Cap. 5, p. 189 - 215: Medicine moderne, et quete de sens la meladie signifiant social.
37. _____. Représentations sociales de la santé et de la meladie et leur dynamique dans le champ social. In:

- L'étude des représentations sociales. Paris: Debachaux, & Niestlé, s.d., p. 157 - 170.
38. D'HOUTAUD, A. L'image de la santé dans une population lorraine: approche psychosociale des représentations de la Santé. Rev. Epidém. et Santé Publ. V.26, p. 299 - 320, 1978.
39. JAHODA, G. Critical notes and reflections on social representations. European Journal of Social Psychology. V.18, p. 192 - 209, 1988.
40. JASPERS, K. Psicopatologia geral: psicologia compreensiva, explicativa e fenomenologia. Rio de Janeiro: Atheneu, 1987. V.2, p. 882 - 886.
41. JIMÉNEZ DE LA, J.J.P. El impacto psicológico de la crisis en el paciente epileptico. Rev. Chilena de Neuro-Psiquiatria, V.23, p. 91 - 95, 1985.
42. JODELET, Denise. La representation sociale. In: Moscovici, S. org. Introduction à la psychologie sociale. Paris: Larousse, 1972.
43. _____. Fou et folie dans un milieu rural français: une approche monographique. In: L'étude des représentations sociales. Paris: Delachaux & Niestlé, s.d.p. 171 - 192.
44. _____. La représentation du corps, sens enjeux privés et sociaux. In: HAINARD, Jacques, HAEHR, Roland. le corps enjeu. Paris: Musée D'ethnographie, p.127-140, 1983.
45. KIENZT, A. Como construir uma análise. In: Comunicação de Massa: análise de conteúdo, Rio de Janeiro: Eldorado, 1973, cap. 5., p. 155 - 177.
46. KRIPPENDORFF, K. Content analysis, an introduction to its methodology. New York: Sage, V.5, 1989. 180 p.
47. KURT, L. Problemas de dinâmica de grupo. 3 ed. São Paulo: Cultrix, 1978. p. 159 - 163.
48. LANE, S.T.M. Linguagem, pensamento e representações sociais. In: LANE, S.T.M., CODO, W. orgs. Psicologia Social: o homem em... São Paulo: Brasiliense, 1989. Part.2, p. 32-39.

49. _____. O que é psicologia social. 8 ed. São Paulo: Brasiliense, 1985. 87 p.
50. LAUWE, M.J.C. de - Autres contributions: la représentation des catégories sociales dominies rôle social intériorisation. Bulletin de Psychologie, V.37, n.300, p. 366.
51. _____. Lieus entre les représentations véhiculées sur l'enfant et les représentations intériorisées par les enfants. In: L'étude des représentations sociales, Paris: Delachaux & Niestlé, s.d., p. 96 - 117.
52. LEMOS, M.J. de A. Conhecimentos, opiniões, comportamentos e dificuldades de pacientes epiléticos e seus familiares. João Pessoa, 1982, 115 p, Dissertação (Mestrado) - UFPb - Departamento de Enfermagem.
53. LINS, L.C.S. Rejeição do epilético pela sociedade e as consequências na sua auto-estima. Rev. Chilena de Neuro-Psiquiatria. São paulo, V.5, n.1, p. 38 - 42, jan/mar. 1985.
54. LINS, S.G. et al. Influência dos fatores econômicos e sócio-culturais no tratamento da epilepsia. Neurologia. Recife, V.36, n.3, p. 173 - 178, jul/set. 1973.
55. MARINO JÚNIOR, R. et al. Aspectos epidemiológicos da epilepsia em São Paulo: um estudo da prevalência. Arq. Neuro-Psiquiatria, São Paulo, V.44, n.3, set. 1986.
56. _____. Epilepsias. São Paulo: Sarvier, 1983, 120 p.
57. MARKOVA, Ivana, WILKIE, Patrícia. Representations, concepts and social change: the phenomenon of AIDS. Journal for the theory of social Behaviour, V.17, p.4, dec. 1987.
58. MARTINS, M.A. Epilepsias e outros estudos psicanalíticos. Por to Alegre: Artes médicas, 1983. p. 17 - 43.
59. MATTHES, A. Epilepsia: diagnóstico e tratamento no hospital e na clínica. 2ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1976. p. 1-2.
60. MCKINLAY, A. POTTER, J. Social representations: A conceptual critique. Journal for the theory of social behaviour. V.17, n.4, p. 471 - 487, dec. 1987.

61. MOSCOVICI, Serge. A representação Social da Psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. 291 p.
62. _____. Answers and questions. Journal for the theory of social behaviour. V.17, n.4, p. 513 - 527. dec. 1987.
63. _____. Notes towards a description of social representations. European Journal of Social Psychology, V. 18, p. 211 - 250, 1988.
64. _____. L'ère des représentations sociales. In: DOISE, WILLIAM. L'etude des représentations sociales. Paris: De le Clank & Niestlé, s.d., p. 35 - 77.
65. MULLER, F.L. História da psicologia. 2ª ed. São Paulo: Nacional, 1978.
66. NICK, E. Dicionário técnico de psicologia. São paulo: Cultrix, 1979. 406 p.
67. ORLEY, J.H. Aspectos sociais e problemas de comportamento na epilepsia. São paulo. 1980, p. 1 - 3. (Doc. médica).
68. OZUNA, G. Psychosocial aspects of epilepsy. J. of neurosurgical nursing. Wastington, V.11, n.4, p. 242 - 46, dez. 1979.
69. PARKER, Ian. Social representations: social psychology (mis) use of sociology. Journal for the theory of social behaviour, V.17, n.4, p. 448 - 469, dec. 1987.
70. PAIM, Isaias. Tratado de clínica psiquiátrica. 2ª ed. São Paulo: Ciências Humanas, 1980. cap. 16, p. 337 - 72: Epilepsia.
71. PETTERS, H.Y. The epileptic in his family. Fortschr. neural Psychiatr., V.46, n.12, p. 633 - 59, 1978.
72. PINHO, A.R. de. Epilepsia e agressão: aspectos psiquiátricos e criminais. Rev. Psiquiat. clínica, V.13, n.1/4, p. 28 - 32, 1986.
73. POSTER, M.D.R.J. Epilepsia: 100 princípios básicos. Rio de

Janeiro: Interamericana, 1985, p. 1 - 7.

74. QUINTANILHA JÚNIOR, R. O problema legal e social da epilepsia. Rev. Bras. Saúde Mental, Rio de Janeiro, V.15, n.13, p. 136 - 47, 1969.
75. REIMÃO, R. Sono: aspectos atuais. Rio de Janeiro: Atheneu, 1990. p.107 - 124.
76. ROBB, Preston et al. Epilepsia: Manual para trabalhadores de saúde. Brasília: OPAS/OMS, 1984. (Publicação Científica 447).
77. RODRIGUES, C. O que é que tem a psicologia: elementos básicos da psicologia científica. 17 ed. [s.l.], Contraponto, 1983.
78. RODRIGUES, J.C. Tabu do corpo. 3ª ed. Rio de Janeiro: Achiamê, 1975. p. 9 - 27.
79. _____. Macumba e ciência, a racionalidade do místico. Rádice - Rev. de Psicologia. V.2, n.6, p. 29 - 32, jun/jul, 1978.
80. ROISER, M. Commonsense, science and public opinion. Journal for the theory of social behaviour. V.17, p. 411 - 31, dez. 1987.
81. ROSA, A.S. de. The social representations of mental illness in children and adults. In: DOËSE, W. MOSCOVICI, S. Current Issues of European Social Psychology. Cambridge: University Press, 1987, V.2, p. 47 - 138.
82. RYAN, R. et al. The stigma of epilepsy as a self concept. Epilepsia, New York, V.21, p. 433 - 444, arq., 1980.
83. SCHURMANS, Marie - Noële. Le fou pollueur. Revue Européenne des sciences sociales. V.22, n.66, p. 187 - 200, 1984.
84. _____. Enjeux D'ombre et de lumière: Représentations de Maladie Mentale. Université de Genève, p. 25 - 58, Août, 1985.
85. SHORUON, S.D. Epidemiologia: Clínica da epilepsia: Jornal da

Liga Brasileira de Epilepsia, São Paulo, V.2, n.2, p.23 - 5, 1989.

86. SINGERV, J. BENSALD, J.S. L'impact de l'informatique sur les représentations et les comportements des employés: l'exemple d'un poste de guichet. Bulletin de Psychologie, V.37, n.366.
87. SOUZA FILHO, E.A. de. Universitários brasileiros no exterior: uma análise psicossocial. Manuscrito, 1987.
88. _____. Tancredo Neves na imprensa: um estudo comparativo. Rev. Bras. de Comunicação, V.56, 1987.
89. TAJFEL, H. Human groups and social categories. Cambridge: Cambridge University, 1981.
90. TAYLOR, D.C. Some psychiatric aspects of epilepsy. Br. J. Psychiat, n.4. 1965.
91. TELFORD, C.W., SAWREY, J.M. Psicologia: uma introdução aos princípios fundamentais do comportamento. 3ª ed. São Paulo: Cultrix, 1969.
92. TRILLAT, E. Histoire de l'hystérie. Paris: Seghers, 1986. 282 p.
93. TRIMBLE, M.R. Pseudocrises. Jornal da Liga Brasileira de Epilepsia, São Paulo, V.2, n.2, p. 39, 1989.
94. WELLS, Andrew - Social representations and the world of science. Journal for the theory of social behaviour, V. 17, n. 4, p. 433 - 445, dec., 1987.
95. ZEGERS, O.D., HORMAZABAL, L. Histeria y epilepsia: Contribución a la clínica y etiopatogenia de su coexistencia. Revista Chilena de Neuro-psiquiatria, V.16, n.2, 1978.
96. ZULOAGA, Luz P. et al. Prevalência de epilepsia en la ciudad de Medellin, Medellin: Universidade de Antioquia, 1986.