

## Desapareceram os estigmas?

### Práticas e representações sociais do “louco” e da “loucura” entre especialistas brasileiros e especialistas em formação em um contexto de mudanças institucionais no Brasil.

*Has stigma disappeared?*

*Practices and social representations of the “mad person” and “madness” among experts and trainee experts in a changing institutional context in Brazil*

*Han desaparecido los estigmas?*

*Prácticas y representaciones sociales del “loco” y de la “locura” entre expertos brasileños y expertos en formación en un contexto de cambios institucionales en Brasil.*

Annamaria Silvana de Rosa<sup>1</sup>

Elena Bocci<sup>2</sup>

Tani Pedreira<sup>3</sup>

#### RESUMO

O artigo reconstrui sinteticamente os principais passos da reforma psiquiátrica no Brasil, assim como as medidas que

<sup>1</sup> [annamaria.derosa@uniroma1.it](mailto:annamaria.derosa@uniroma1.it); <http://www.europhd.eu> - ‘Sapienza’ University di Rome - Director of the European PhD on Social Representations & Communication Research Centre and Multimedia Lab - Piazza d’Ara Coeli, 1 - 00186 Rome (Italy)

<sup>2</sup> [elena.bocci@uniroma1.it](mailto:elena.bocci@uniroma1.it) ‘Sapienza’ University di Rome – Full researcher at the Faculty of Medicine and Psychology via dei Marsi 78 - 00185 Rome (Italy)

<sup>3</sup> Universidade Federal da Bahia - [tani@ufba.br](mailto:tani@ufba.br)

Tradução e revisão: Ximena Pamela Bermúdez, professora Departamento de Saúde Coletiva/FS/UnB Giovanni Ravasi, consultor internacional OPAS Brasil

favoreceram a transição gradual, não sem dificuldades, das instituições totais para os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS. As transformações produzidas pela reforma psiquiátrica no Brasil no contexto mais amplo dos processos antimaniconiais de vários movimentos ao redor do mundo têm sido amplamente documentadas na literatura. Vários autores, inclusive brasileiros, inspirados na Teoria das Representações Sociais, têm destacado nos resultados obtidos por pesquisa, as relações entre as práticas e representações sociais. O estudo ora apresentado faz parte de um programa de investigação muito maior, hoje estendido para contexto cultural brasileiro, conduzido por de Rosa na década de 80, tendo sido objeto de recente acompanhamento 30

anos depois da reforma psiquiátrica na Itália. A discussão dos resultados, produto de uma seleção de especialistas e de especialistas em treinamento brasileiros tem suporte em uma relação dialógica-circular entre representações sociais e práticas utilizando uma abordagem de modelagem multi método. Da mesma forma que observado no estudo realizado amplamente na Itália e em outros países europeus, os resultados da pesquisa no Brasil enfatizam a aparente contradição entre as representações evoluídas da discriminação par e passo com as intenções comportamentais e as práticas orientadas pela tolerância anti-estigma detectadas por instrumentos de estrutura verbal além da persistência de núcleos estereotipados com relação à loucura e ao doente mental, identificadas por técnicas projetivas gráficas e figurativas. Os resultados também fornecem uma verificação ulterior empírica do conceito de “polifásia cognitiva”<sup>1</sup> que revelam a coexistência de representações arcaicas e modernas, míticas e científicas, vinculadas ao senso comum ou ao conhecimento especializado dirigido ao grande público<sup>2,3,4</sup>.

**Palavras-chave: Psicologia Social, Doença mental, Loucura, Desinstitucionalização, Serviços de Saúde Mental, Representações Sociais, Polifasia cognitiva.**

## **ABSTRACT**

The article summarizes the main steps of the psychiatric reform in Brazil that have favored the gradual and challenging transition from total institutions and mental hospitals to the network of Centers of Psychosocial Attention – CAPS, not without certain

difficulties. The important changes that the Brazilian psychiatric reform produced - within the overall environment of transformation of the asylum-based model supported by several movements throughout the world - have been widely documented in the literature. Several authors, including Brazilian ones, inspired by the theory of social representations, have shown throughout their research findings about the relationship between social representations and practices. The study reported in this paper was conceived as an extension in the Brazilian cultural context of a broader research program conducted by de Rosa in the ‘80s and object of a recent follow-up study 30 years after the psychiatric reform in Italy. The discussion of results, among a population of Brazilian specialists and in-training specialists, supports the point of view of a circular-dialogical relationship between social representations and practices, when investigated throughout the use of a multi-method modeling approach. Also in this extension of the survey in Brazil, as already shown in the study conducted in Italy and in other European countries, the results highlight the apparent contradiction between decriminalized evolved representations along with behavioral intentions and practices guided by anti-stigma tolerance detected by a verbal structured instrument - and persistent stereotypical nuclei stigmatizing madness and the mentally ill, identified by projective graphic-figurative techniques. The results provide further empirical verification regarding the concept of “cognitive poliphasia”<sup>1</sup> revealing the coexistence of modern and archaic, mythical and scientific representations, either related to common sense, or to expert knowledge disseminated to the general public<sup>2,3,4</sup>.

**Key-words:** Social Psychology, Mental Illness/Madness, Deinstitutionalization, Mental Health Facilities, Social Representations, Cognitive Polyphasia.

## RESUMEN

El artículo reconstruye sintéticamente los principales pasos de la reforma psiquiátrica en Brasil, así como las medidas que favorecieron la transición gradual, no sin dificultades, de las instituciones totales para los Centros de Atención Psicosocial - CAPS. Las transformaciones producidas por la reforma psiquiátrica en Brasil en el contexto más amplio de los procesos antimanicoriales de varios movimientos alrededor del mundo se han documentado ampliamente en la literatura. Varios autores, incluso brasileños, inspirados en la Teoría de las Representaciones Sociales, han destacado por medio de los resultados obtenidos por las investigaciones las relaciones entre prácticas y representaciones sociales. El estudio aquí presentado es parte de un programa de investigación más amplio que se ha extendido para el contexto cultural brasileño, y que fue conducido por de Rosa en la década de los años ochenta, habiendo sido objeto de reciente seguimiento 30 años después de la reforma psiquiátrica en Italia. La discusión de los resultados es producto de una selección de brasileños especialistas y especialistas en proceso de capacitación que se sostiene en una relación-circular dialógica entre representaciones sociales y prácticas utilizando un enfoque de modelaje multi método. De la misma manera que se observó en el estudio ampliamente realizado en Italia y en otros países europeos, los resultados de la investigación en Brasil también enfatizan la contradicción aparente

entre las representaciones evolucionadas de la discriminación y de las intenciones comportamentales y prácticas guiadas por la tolerancia anti-estigma que se detectaron por instrumentos de estructura verbal junto con la persistencia de núcleos estereotipados con relación a la locura y al enfermo mental que se identificaron por medio de técnicas proyectivas gráficas y figurativas. Los resultados también proporcionan una verificación ulterior empírica del concepto de “polifasia cognitiva”<sup>1</sup> revelando la coexistencia de representaciones arcaicas y modernas, míticas y científicas y las vinculadas al sentido común o al conocimiento especializado dirigido al gran público<sup>2,3,4</sup>.

**Palabras clave:** Psicología Social, Locura, Desinstitucionalización, Servicios de Salud Mental, representaciones Sociales, Polifasia cognitiva.

## INTRODUÇÃO

*“A questão que às vezes me deixa confuso: sou eu ou são os outros loucos?”*

**Albert Einstein**

O interesse no estudo das doenças mentais e sua gestão social teve um ponto máximo de atenção na Itália junto com o debate que pauta, ao longo dos 70-80, a desinstitucionalização da loucura. Os ecos da Lei italiana 180 (13 de maio de 1978), que assinalaram um marco significativo na luta contra o enfoque custodial da loucura, se estenderam muito além das fronteiras nacionais. Também pelo reconhecimento à popularidade adquirida no exterior pelo seu promotor Franco Basaglia, no Brasil, assim como em outros países, as energias se mobilizaram em direção à reforma da atenção psiquiátrica<sup>5, 6, 7</sup>.

Entre as pesquisas sobre as doenças mentais inspiradas pela teoria das Representações Sociais conduzidas naqueles anos<sup>8,9,10,11,12,13,14</sup>, os primeiros estudos empíricos por de Rosa<sup>15,16,17</sup>, e Quadrio, Carli e de Rosa<sup>18</sup>, tiveram como alvo não só adultos, mas também crianças e adolescentes, demonstrando a existência de um diagrama evolutivo na imagem de loucura e do doente mental desde a infância à idade adulta, também entre pessoas comuns.

Estudos adicionais foram realizados na extensão de uma década (1980-1990), primeiro em Europa<sup>19, 20, 21,22,23,24,25,26,27,28, 29,30,31,32</sup> e, posteriormente, (2006-2010) – conjuntamente com um seguimento -também no Brasil-<sup>33-34</sup>. Na realidade, 30 anos após a Lei 180, de Rosa tem lançado um novo e amplo programa de pesquisa que se propõe dar seguimento aos seus estudos sobre pessoas comuns (crianças, pais, professores), especialistas (psiquiatras, psicólogos, enfermeiros psiquiátricos) e especialistas em formação (estudantes de psiquiatria, psicologia e enfermeiras psiquiátricas). Esses últimos estudos se entroncam ao redor de uma pergunta fundamental: “uma visão renovada da loucura entre as pessoas comuns e especialistas corresponde aos avanços na legislação desde as mudanças dos 80’s e às transformações posteriores nas unidades de assistência à saúde mental? Ou, as representações estereotipadas arcaicas estão ainda vivas no imaginário coletivo, coexistentes hoje em uma massa polissêmica de imagens, ancoradas, por um lado, na história da loucura antes ainda do estabelecimento da psiquiatria como uma disciplina e, no outro, renovadas à luz dos paradigmas científicos e/ou processos da reforma institucional ocorrida nos últimos

30 anos?” Este artigo prove algumas respostas, focalizando o contexto brasileiro e referenciando outras contribuições<sup>2,3,4</sup> dos principais resultados obtidos nos estudos de seguimento realizados na Itália.

### **De instituições totais à rede de Centros de Atenção Psicossocial – CAPS: luzes e sombras nas transformações das práticas psiquiátricas brasileiras**

Durante os anos 60 e 70, ainda sob o regime ditatorial, o Brasil teve um número enorme de pacientes tanto entre os imigrantes como entre os brasileiros, vivendo em condições sociais precárias que detinham estabelecimentos psiquiátricos inadequados que prestavam deficiente assistência de saúde. A experiência da renovação da psiquiatria tradicional ilustrada por Franco Basaglia em suas “Palestras”<sup>35</sup> foi bem recebida graças ao abrangente desejo de mudança entre pessoas comuns e grupos organizados de profissionais da saúde no campo da saúde mental<sup>36,37,38,6</sup>. Na realidade, o movimento anti-manicomial deriva da combinação entre o impulso histórico que o país estava experimentando e o ambiente da transformação do modelo baseado em asilo já em andamento em outros países do mundo<sup>39</sup>. Segundo Pacheco<sup>39</sup> os principais passos da reforma psiquiátrica brasileira durante a década 1978-1988 são:

1978: -V Congresso Brasileiro de Psiquiatria (Congresso da Abertura): criação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM);

- I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições.

1979: - I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental (São Paulo);

-III Congresso Mineiro de Psiquiatria (Belo Horizonte).

1980:- Convenio de Co-gestão do Ministério de Saúde com o Ministério da Assistência Social;

- II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental;

-VI Congresso Brasileiro de Psiquiatria.

1985:- I Encontro Nacional de Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste (Vitória).

1986: - 8º Conferência Nacional de Saúde (Brasília).

1987: - Criação do CAPS Professor Luis de Rocha Cerqueira (São Paulo);

- I Conferência Nacional de Saúde Mental (Brasília);

- II Congresso Nacional do MTSM (Bauri): criação do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA) – “Por uma sociedade sem manicômios”. (Pacheco, 2009: 338)

Em 1988: Com a proclamação da Constituição Brasileira de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado e regulamentado pela Lei nº 8,080, datada de 19 de setembro de 1990 e pela Lei nº 8,142, de 28 de dezembro de 1990. A partir da Constituição Brasileira de 1988, o direito à saúde tem sido elevado à categoria de direito público, com a

criação de um sistema de saúde universal que define que o Estado deve assegurar a saúde dos cidadãos brasileiros e que a comunidade também deve contribuir para a saúde pública. De modo semelhante à Itália (onde a Lei nº 833 que trata da Reforma de Assistência à Saúde absorveu as regulamentações expressadas na Lei nº 180 da Reforma Psiquiátrica), também no Brasil, a Reforma da Assistência Psiquiátrica abrangeu um contexto mais amplo.

· Esta nova fase foi caracterizada pelas ações de 1989 do Governo da Cidade de Santos, que interviram na Casa de Saúde Anchieta que acabou sendo fechada em 1994, e a II Conferência Nacional de Saúde Mental, que ocorreu em 1992.

· Em 06 de abril de 2001, o então presidente do Brasil Fernando Henrique Cardoso, sancionou a Lei nº 10.216 que trata da proteção de indivíduos que sofrem de doenças mentais e fornece novas diretrizes para o modelo assistencial da saúde mental<sup>4</sup>. A nova lei previa o fechamento gradual dos hospitais psiquiátricos, substituindo-os por outros centros conforme previsto pelas novas normas. A formatação de uma rede pública para pacientes ambulatoriais, gerenciado pelos municípios em vez de centralizados no nível federal, seria a base para expandir rápida e progressivamente, passo a passo, o que faria parte de um novo sistema de saúde. Os asilos psiquiátricos estudados por Goffman<sup>40</sup> mediante a observação participante nas “instituições totais” seriam

---

4 Lei nº 10.216 teve como base um projeto de lei do deputado Paulo Delgado (DelgadoPGG 1992) em sua versão final foi modificada pela ementa do senador Sebastião Rocha incluindo proposições anteriores de autoria dos senadores Beni Veras e Lúcio Acântara, que favoreceram o projeto original do Senador Lucido Portella quem foi contrário a ele. Porém, a reforma continuou antes mesmo da aprovação da Lei.



posteriormente substituídos por uma rede de serviços regionalmente diversificados, que teriam a obrigação de tratar não apenas a pacientes com sintomas, mas também cuidar da “reinserção” das pessoas com transtornos mentais na vida social. A parte essencial da Reforma Assistencial Psiquiátrica são os Centros da Atenção Psicossocial (CAPS). Depois dos primeiros Centros da Atenção Psicossocial (CAPS Itapeva), inaugurados em março de 1986 em São Paulo, agora existem aproximadamente 1742 CAPS no país. Com base em princípios de cidadania, escuta, negociação, respeito, território, trabalho em rede e cooperação interdisciplinar, os CAPS visam a: tratar o paciente -o cidadão- cujos direitos devem ser respeitados e exercitados; ser ativos no território do paciente, inclusive sua rua, lar, hospital e comunidade ao qual ele pertence e promove sua reabilitação psicossocial<sup>41</sup>.

Durante os 15 últimos anos, o Brasil reduziu drasticamente os hospitais psiquiátricos de grande porte; às vezes fechando-os permanentemente, criando experiências relevantes em Santos, São Paulo e Belo Horizonte ([www.francobasaglia.org](http://www.francobasaglia.org)), não sem, contudo, enfrentar algumas dificuldades.

A Associação Brasileira de Psiquiatria reconhece que o modelo dos CAPS pode fracassar se este não for inserido em um sistema de rede mais amplo de hospitais gerais e clínicas psiquiátricas ambulatoriais. Esses outros serviços que ainda existem limitadamente serão talvez indispensáveis para fornecer níveis mais altos de atenção quando necessário.

O entendimento comum é que o número

limitado de CAPS, faz com que o doente mental seja jogado nas ruas sem qualquer ajuda: o mesmo argumento tem caracterizado, com frequência, os discursos dos críticos sobre a reforma psiquiátrica e / ou a sua implementação em outros países europeus, com início experiências antimanicomial, especialmente a partir da perspectiva das Associações das famílias dos ex-pacientes psiquiátricos.

Além disso, a proporção dos recursos alocados ao Programa de Saúde Mental quando comparados com o orçamento total da área de saúde, diminui progressivamente à medida que o tempo passa. O gerenciamento dos Serviços de Saúde Mental pelos governos municipais tem acarretado demoras nos pagamentos de salário, falta de insumos necessários e manutenção precária dos locais de trabalho. Todos esses fatores geraram grande insatisfação entre os profissionais trabalhando nesta área.

Entretanto, comparado com o modelo do hospital psiquiátrico há evidência inquestionável da transformação na atenção prestada, principalmente em termos da “clínica de encontros”, permeada pela reflexão, análise e experiências de relações interpessoais dialógicas, assim como pelas habilidades para a escuta que explica o impacto clínico e social desta abordagem<sup>42</sup>.

## **2. A reforma brasileira psiquiátrica entre representações sociais e práticas.**

De acordo com numerosos artigos, no Brasil <sup>43,44,45,46,47,48,49</sup>, incluindo aqueles sobre representações sociais<sup>50,51,39</sup> o referencial teórico de Amarante<sup>37,52</sup> assume que a Reforma Psiquiátrica é um processo social complexo, percebido como dinâmico e plural,

articulado à si próprio por diversas dimensões que são simultâneas e intercomunicáveis entre eles. Tais dimensões são: dimensão teórico-conceitual, dimensão assistencial técnica, dimensão político-jurídica e dimensão sociocultural. Referindo-se especificamente aos estudos brasileiros, muitas contribuições<sup>51,42,53,54,47,55,56,57,58,59</sup> aludem à transformação das práticas psiquiátricas, particularmente no que tange a:

- como evoluiu no país o processo da nova assistência psiquiátrica;
- como funcionam os serviços alternativos;
- como se organizou o trabalho terapêutico;
- como essas práticas se assemelham ou não à logística do hospital psiquiátrico reconhecendo que situações crônicas foram criadas pelas normas anteriores da institucionalização, caracterizadas pela falta de privacidade, tratamento impessoal e prescrição excessiva de medicamentos. A nova lei, que foi escrita como resultado de um longo processo social traz um novo conceito de socialização<sup>51</sup>.

Com respeito às representações sociais, os autores compartilham a necessidade de compreender:

- como os hospitais psiquiátricos foram incentivadores de estereótipos e estigma, tornando muito mais difícil a “reinserção” da pessoa vista como desviante na sociedade e rotulado de diversas maneiras<sup>51</sup>.
- as representações sociais elaboradas a partir da implementação das novas modalidades de assistência, graças aos processos de revisão psiquiátrica<sup>60-61</sup>.

- as representações sociais dos profissionais da área de saúde mental<sup>62,63,64,58,65,66</sup>.

Todos esses autores se referem à teoria das Representações Sociais<sup>1-67</sup> como relevante ferramenta heurística para investigar o complexo e persistente fenômeno contraditório das representações sociais em processo<sup>68,69,70,71,72,73,74,75,76,77,78,79,80</sup>. Além disso, os autores brasileiros se pautam pelos clássicos e mais recentes estudos especificamente dedicados ao tema da loucura e das doenças mentais: Jodelet<sup>9,70</sup>; Herzlich<sup>81,82,83,84</sup>; de Rosa<sup>19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29</sup>; de Rosa e Schurmans<sup>30,31,32</sup>; Petrillo<sup>85</sup>; Duveen, Themel, Verna e Wagner<sup>86-87</sup>; Zani<sup>14</sup> entre outros. Em particular, Jodelet – quem por muitos anos tem desempenhado uma função importante como embaixadora da teoria das representações sociais na América latina tem se tornado importante referência para muitos pesquisadores brasileiros interessados na análise da influência das representações sociais nas normas de conduta aplicadas às “pessoas loucas”<sup>88-89</sup>. Nas análises realizadas por Brito e Catrib<sup>88</sup>, por exemplo, comparando o trabalho de Jodelet com sua própria pesquisa, encontraram evidência das semelhanças sobre o significado da oposição cérebro e nervos. Outros autores, como Gomes, Oliveira e de Sá<sup>90</sup>, referem outros paradigmas que têm levado em conta a relação entre as representações e prática social em uma diferente perspectiva, tal como o enfoque estrutural desenvolvido pela escola-Aix em-Provence: “(...) os esforços contínuos para a construção de uma rede integrada de serviço permite o aumento na cobertura de assistência à saúde da população e uma proximidade física com os profissionais e as unidades de atenção em saúde.

Isso é esclarecido aqui mediante os

elementos positivos das representações sociais. É importante sublinhar que a presença de aspectos positivos e negativos na estrutura da representação não deve ser visto como uma contradição, mas como uma exposição das tensões dentro dela. Tais tensões fazem evidente, entre outras coisas, implicações mútuas entre representações e práticas, onde o núcleo central fornece significado às ações cotidianas e estas, por sua vez, podem influenciar a transformação da representação”<sup>90</sup>.

A estreita relação entre as representações sociais e práticas, em caso contrário, pode ser também apresentada em diferentes perspectivas, sublinhando, por exemplo, a forma em que as representações sociais orientam as práticas<sup>90</sup> ou as práticas sociais se envolvem no processo de transformação das representações<sup>91</sup>. O estudo reportado abaixo considera a relação entre as representações e práticas como dinâmica<sup>92-93</sup> focalizando a relação dialógica-circular entre elas. Na realidade, não faz sentido se questionar se as mudanças da prática induzem a mudanças nas representações sociais, pois não teria havido condições para transformações na prática se não tivesse tido um longo processo de comparação entre as representações ancoradas em concepções de custódia/anti custódia, tradicional/inovador no que se refere a doenças mentais e à sua gestão social. Além disso, de acordo com a questão posta na introdução, a pesquisa apresentada aqui está concebida como uma oportunidade a mais para se refletir sobre a linearidade e uniformidade ou, outro tipo da variação das representações sociais no que tange às mudanças ocorridas após a reforma psiquiátrica brasileira e os subsequentes ajustes nos serviços de saúde e

nas práticas de atenção; isto é a coexistência de sistemas complexos de representações e práticas nos quais o núcleo arcaico está inscrito na memória coletiva coexistindo com representações desestigmatizadas, definindo o universo representacional polissêmico da loucura.

## **1. Práticas psiquiátricas brasileiras e representações sociais: uma relação dinâmica**

### **1.1 O desenho de pesquisa, objetivos e hipóteses**

Iluminada pela opção teórica adotada, a necessidade de adaptar desenhos de pesquisa ao paradigma teórico justificou a aplicação de um modelo multi-método<sup>20,94,4</sup> capaz de captar a complexidade multidimensional da construção das representações sociais. O enfoque do modelo multi-método é regido por hipóteses específicas e se trata não apenas de uma relação entre as variáveis independentes e dependentes, mas também da interação entre técnicas de investigação assim como de seus resultados. O desenho de pesquisa inclui métodos verbais e não verbais usados com diferentes objetivos.

Ferramentas verbais:

-O *questionário*, também incluindo *escalas de distância social*, apontava determinar os padrões de evolução da representação social da “pessoa louca” e das “doenças mentais” desde a infância até a idade adulta;

- o *diferencial semântico* pôde obter informação avaliativa sobre a imagem de uma “pessoa louca” em suas dimensões físicas,



psicológicas e sociais para efetuar comparações entre a autoimagem e uma pessoa normal;

-a rede associativa buscou detectar a estrutura, conteúdo e polaridade do campo semântico representacional vinculado a cinco estímulos: “a pessoa normal”, “a pessoa louca”, “a pessoa doente”, “doente mental”, “o eu”.

Ferramentas não verbais:

-técnicas figurativas, incluindo três testes de desenhos: a) *desenhe uma pessoa*, como teste de controle do desenho da pessoa normal<sup>95</sup>; b) *desenhe uma pessoa louca* (primeiro teste experimental); c) *desenhe uma pessoa como se você fosse uma pessoa louca* (segundo teste experimental) foi capaz de sublinhar os elementos e núcleo estereotípico que caracteriza as diferentes imagens da “pessoa louca” em comparação com a pessoa “normal”.

A hipótese formulada é que as técnicas verbais estruturadas fazem possível a identificação das dimensões atitudinais em termos cognitivos (componente da informação) e modelos relacionais (em forma de ação evocada – comportamento presumido), sendo estas as dimensões mais periféricas das representações sociais e mais submetidas ao efeito desejado; as técnicas verbais melhor projetadas (redes associativas e diferencial semântico) são mais capazes de produzir os fatores estruturais da categorização e polarização cognitiva e os perfis avaliativos que enfatizam as representações sociais dos objetos examinados; finalmente, as técnicas não verbais projetivas (desenhos) podem revelar núcleos fantásticos e mítico-arcaicos representativos, para mostrar conteúdos latentes das representações sociais.

Portanto, a pesquisa produz um processo contínuo de métodos dos mais estruturados aos mais projetivos. Os procedimentos da coleta de dados por meio de questionários e escalas de distância social foram analisados pelo programa SPSS (frequências, teste  $\chi^2$ , e T teste) para determinar o significado da relação entre a população e as variáveis dependentes com base nas hipóteses de pesquisa.

De acordo com a hipótese central, a representação social da “pessoa louca” e as atitudes relacionais associadas com relação à “pessoa louca” manifestaria uma grande diversidade com relação ao tipo de conhecimento/ formação (psicólogos, psiquiatras, enfermeiras psiquiátricas; os estudantes de psicologia, os profissionais das ciências sociais em saúde). Especificamente, esperamos encontrar por meio de técnicas verbais estruturadas uma transição gradual, na medida em que a idade aumenta de uma representação social criminalizada “pessoa louca”, marcada por maior distância social e intolerância, a uma representação mais psicologizada demonstrando maior abertura e tolerância social. Supúnhamos que na transição da infância à idade adulta, a mutação da estrutura representacional do campo, que, começando por uma imagem de loucura exprimida em termos de “desvio” se converteria em uma imagem expressada em termos de “doença” em vez de uma imagem estabilizadora e psicologicamente assimilada.

Dependendo dos antecedentes (ancorados em treinamento psiquiátrico ou psicológico), também esperamos encontrar diferenças das representações dos especialistas, principalmente no tipo de linguagens utilizadas. Em contraposição ao desenvolvimento das

representações lineares da loucura, a partir de uma representação criminalizada para uma medicalizada e psicologizada, originadas por meio de ferramentas verbais, esperava-se que as ferramentas figurativas revelariam, em níveis mais profundos, a coexistência de imagens polimorfas e arcaicas (mágicas, criminalizadas, monstruosas) junto com outras, tanto em crianças como em adultos, inclusive entre os especialistas. Também se esperava a detecção do núcleo figurativo a ser classificado de acordo a três classes de representações estereotípicas basilares: mágico-fantásticas, desviantes e medicalizadas. Os dados coletados através dos desenhos foram processados com análise qualitativa e quantitativa (SPSS) lideradas por hipóteses específicas detalhadamente descritas em outro lugar<sup>4</sup>.

### **3.2 População**

Faz parte de recente seguimento<sup>4</sup> de um projeto mais amplo de Rosa realizado nos anos 80 na Itália, com alguma extensão a outros países europeus como Espanha e Suíça, a investigação da loucura conta com a participação de quase quatro mil sujeitos de pesquisa e com este componente do estudo realizado no Brasil se faz possível uma abordagem transcultural.

A população abrange um total de 469 habitantes localizados em um contexto geográfico específico em Bahia, Brasil sendo um em âmbito urbano (Salvador) e um no meio rural (Candeias e São Sebastião do Passe). Está constituído por 157 crianças e adolescentes (6/7 anos de idade 15,9%; 8/9 anos de idade 24,8%; 12/13 anos de idade 33,2%; 15/16 anos de idade 26,1%); 102 pais e 22 professores para um total de 124 adultos nativos (18-35 anos de idade 58,1%; 36-60 anos de idade 41,9%).

Eles se diferenciam segundo as variáveis de: gênero (masculino e feminino), contexto ou residência (urbano e rural) classe social (baixa, média e alta). A população também inclui 188 sujeitos de pesquisa entre os especialistas (psicólogos, psiquiatras, e enfermeiras psiquiátricas) e especialistas em formação (estudantes de psicologia) de diferentes faixas etárias: 18-35 anos de idade (76,6%), 36-60 anos de idade (23,4%).

### **3.3 Uma relação dinâmica entre as práticas psiquiátricas brasileiras e as representações sociais.**

#### **3.3.1. Representações sociais e práticas da loucura**

Devido às limitações de espaço, este aporte se centrará em uma seleção dos principais resultados alcançados, exclusivamente, entre os especialistas e especialistas em formação por meio da aplicação de métodos verbais (particularmente em relação aos questionários em junto com as escalas de distância social) e os desenhos, para mostrar as diferenças relacionadas com a especificidade de cada um dos métodos de pesquisa utilizados. Para traçar um primeiro perfil da “pessoa louca” do ponto de vista dos especialistas brasileiros e delinear as práticas relacionadas a um possível encontro simbólico, nos referiremos aqui ao instrumento verbal do tipo mais estruturado: o questionário. Um primeiro panorama das representações sociais evocadas pelos especialistas com respeito à “pessoa louca” será identificado por meio de três perguntas:

-Respostas à primeira pergunta (“segundo você, a “pessoa louca..”) cerca de 40% da amostra informa que a “pessoa louca” “é

alguém que faz coisas estranhas” (por exemplo “se despir na rua” 41.9%), inspirado mediante uma representação da loucura como um desvio das normas do comportamento; para 24,7% dos sujeitos de pesquisa “não existe, pois cada um de nós tem nossa própria maluquice (ou loucura)”, desta maneira se reforça o conceito de contiguidade entre normalidade e patologia; 19,4% a descreve como sujeito de delírio ou alucinações “é aparentemente uma pessoa normal que acredita ser o Papa ou Napoleão”; e finalmente, uma porcentagem inferior de sujeitos de pesquisa (14%) a define como “perigosa”, expressando uma representação que evoca a loucura como uma ameaça social: “é um indivíduo perigoso, capaz de até cometer suicídio sem razão”.

-O conceito da periculosidade social é ainda mais explicitado na segunda pergunta (“segundo você...”), nota-se que 32,4% dos especialistas enxergam a “pessoa louca” sempre e em qualquer circunstância como perigoso, e que as “pessoas loucas são sempre perigosas porque a gente nunca sabe o que eles vão fazer”; enquanto que 67,6% distinguem entre “perigosas” e “não perigosas” pessoas loucas: “há pessoas perigosas e loucas que não fazem dano”.

- No que tange à última pergunta: “se seu filho lhe pedisse qual o significado da “pessoa louca” você diria a ele que;” cerca de 80% dos especialistas entrevistados enunciam, por um lado, respostas de acordo com uma visão medicalizada (57.9%): “significa uma pessoa doente assim como existem tantas outras” (20.7%) e “significa qualquer pessoa com qualquer problema” (37.2%) e, por outro, uma visão desmedicalizada do outro (21.8%): “todavia, poderia ser uma pessoa genial,

uma sorte de artista”); enquanto as visões criminalizadas aparecem em uma porcentagem muito menor (18.6%) na amostra (“significa um indivíduo que é capaz de matar” (5.3%) e “significa um indivíduo com mente perigosa para ele/ela mesma ou para outros” ( 13.3%); 1,7% não respondeu à pergunta.

Consistente com a significância de uma visão não perigosa da loucura, em um possível encontro com a “pessoa louca”, prevalece a abertura para o contato social e a tolerância, ou, por último, a indiferença, como é evidenciado nos resultados das escalas de distância social incluídas nos tópicos do questionário:

-Na pergunta nº5 “se você conhecesse muito uma “pessoa louca”, evocando o encontro com a “pessoa louca”, somente 7,4% dos entrevistados adotariam comportamentos “evitáveis” (“você trataria ele/ela como uma pessoa a se evitar” (5.3%) e “você evitaria ele/ela totalmente” 92.1%), enquanto que a maioria deles oscila em uma resposta de conduta “positiva” pré-figurada (20.3%) “você trataria ele/ela como um membro da família”, “como um prezado amigo”, “como seu vizinho”, como uma pessoa moderada” (29,8%) “como outra pessoa qualquer, mas de quem você tomaria distância”), mediante avaliações intermediárias (42.5%) “você trataria ele/ela como a outra pessoa qualquer”.

- Com respeito à pergunta nº6, “se você encontrasse uma “pessoa louca” na rua”, com a intenção de investigar a atitude relacional em torno à “pessoa louca” em um contexto social público, como na rua, a resposta comportamental orientada ao “evitar” obtem 21.8% (“você dá as costas e evita ele/ela” (17%) “você chama a polícia porque talvez

ela seja perigosa” (4.8%); enquanto a resposta sobre disponibilidade para abertura representa 30.8% (“você vai encontrá-la/lo espontaneamente, mesmo que esteja agitado, pois poderia precisar ajuda” (10.1%) e “você se aproxima dela/dele somente se está calma” (20.7%). Contudo, a atitude predominante é marcada pela indiferença (47, 4%) “Você contunia na rua, mas ignora ele/ela”.

-Na pergunta nº7 “se em um ônibus uma “pessoa louca” se sentasse perto de você e começasse a conversar com você, abordando a relação atitudinal com respeito à “pessoa louca” em um contexto espacial mais próximo, como o ônibus, a atitude de evitar representa 16.6% “você se põe em pé como se fosse descer do ônibus” (13.4%) e “você pede ao motorista para lhe diga a ele/ela que não o incomode” (3,2%), enquanto que a maioria da amostra expressava vontade para o contato social (72.7%): “em que pese a evidência de que ele/ela está muito agitado, você responde para ele/ela, pois você não acredita que ele/ela seja perigoso” (27,8%) e “você somente responde a ele/ela se não estiver agitado, no entanto você tentaria evitar ele/ela”(44.9%), ou indiferença (10.7%) “você finge que ele/ela não existe”.

Os resultados demonstram a prevalência de representações ancoradas em uma visão medicalizada/desmedicalizada, que lembram práticas de abertura ao contato social e à tolerância; enquanto que referências a uma visão criminalizada da loucura e da prática de evitar parecem menos consistentes.

A estreita relação entre as representações sociais e as práticas é evidente ao comparar as respostas ao questionário com respeito aos diferentes campos profissionais. Resulta

que entre os diferentes profissionais, a representação criminalizada (pergunta nº2 do questionário) tende a se expressar mais dentro do grupo de enfermeiras e é nesse grupo que se realizam práticas explícitas de evitar (pergunta nº 5 e 6). Dentre as enfermeiras, de fato, as duas respostas alternativas “pessoas loucas” “são sempre perigosas porque a gente nunca sabe o que elas vão fazer” e “há pessoas loucas perigosas e inofensivas” incluídas na questão nº2 ( $c^2 = 20.059$ ;  $df = 4$ ;  $p = 0.000$ ) tendendo quase a equilibrar (44.30% versus 55.70%). Para outros profissionais, entretanto, a brecha na porcentagem entre as duas respostas alternativas tende a aumentar progressivamente (estudantes de psicologia: 17,40% versus 82,60%; psicólogos: 12,5% versus 87,50%, psiquiatras: 5,60% versus 94,40%). Além disso, a comparação entre os valores médios obtidos pelo teste T com respeito ao nível de risco percebido por diferentes subgrupos (pergunta nº 2) mostra diferenças estatisticamente significativas entre psicólogos e enfermeiras psiquiátricas ( $p = 0,041$ ), e psiquiatras e enfermeiras ( $p = 0,000$ ), estudantes de psicologia e enfermeiras psiquiátricas ( $p = 0,000$ ). Com respeito aos comportamentos esperados no caso de um encontro simbólico com a “pessoa louca” (pergunta nº 5  $c^2 = 40,524$ ,  $df = 24$ ,  $P = 0,019$ ), somente as enfermeiras psiquiátricas implantariam os comportamentos mais extremos de remoção: evitar (5,3%); e em caso do encontro ocorrer na rua (pergunta nº 6,  $c^2 = 27,509$ ,  $df = 16$ ,  $P = 0,036$ ), elas seriam as únicas a chamar a polícia (4,8%: “você chama a polícia porque ele talvez seja perigoso”). Consistente com a hipótese na evolução das representações desde a infância à idade adulta, a representação da “pessoa louca” nos adultos e nos especialistas

está ainda ancorada a modelos aethiogeneticos, ou a modelos de natureza medicalizada, psicologizada e/ou sociologizadas apontam para abertura e tolerância. Segundo os resultados do questionário, é possível traçar um perfil da “pessoa louca”, que surge das representações dos entrevistados, ora medicalizado, psicologizado ou sociologizado, que pode ser harmonizado com práticas de inclusão e tolerância ou, pelo menos, atitudes de indiferença.

Além disso, segundo os resultados entre os profissionais da saúde mental, a representação criminalizada da “pessoa louca” é restrita especificamente as enfermeiras e relacionada com práticas de escape e de evitar, possivelmente devido à sua função última na contenção (incluindo a física) dos pacientes de doença mental nos hospitais psiquiátricos e, portanto, influenciadas por sua função profissional historicamente marcados por uma abordagem custodial da loucura. Em particular, as enfermeiras apresentaram diferenças estatisticamente significativas comparadas com outros grupos, considerando tanto especialista quanto especialistas formação, ser em representações evocadas (ver pergunta nº2 do questionário) ou práticas alegadas (ver pergunta nº6 do questionário), mostrando aumento na intolerância como evitar os pacientes mentais.

### **3.3.2. Os núcleos arcaicos e a desestigmatização das representações da loucura**

Em conformidade com a hipótese metodológica sobre o papel das técnicas de pesquisa na estruturação dos resultados da investigação, os instrumentos estruturados

como questionários e escalas de distância social permitiram a identificação dos elementos mais periféricos das representações sociais, os quais são mais suscetíveis aos efeitos da conveniência social. Pelo contrário, os instrumentos projetivos, como os desenhos “de” e “como” uma “pessoa louca” (em comparação com desenhos da figura humana como controle), também poderiam detectar núcleos de representação fantásticos e mítico-arcaicos, manifestando seus aspectos mais latentes. Consistente com as hipóteses de pesquisa, os dados coletados por meio do teste de desenho “de” e “como” uma “pessoa louca” (respectivamente testes “B” e “C”) e núcleos analisados quali-quantitativamente revelam núcleos estereotipados organizados em amplas categorias.

A pesquisa, portanto identificou os núcleos figurativos estereotipados da “pessoa louca” retratados em “termos mágico-fantásticos” (a “pessoa louca” como um palhaço, um artista, um monstro) e aqueles do “desvio” (a “pessoa louca” como um drogadito, um vagante, um extravagante, um travesti, um desinibido sexualmente ou exibicionista, um criminoso, alguém incongruente em termos de comportamento), e em termos da “enfermidade” (a “pessoa louca” é deficiente, hiper-regredido ou figura esquelética, idealmente um alienado: propenso às alucinações, confinado a um hospital psiquiátrico, etc.). A tabela 1 mostra as porcentagens para cada núcleo figurativo identificado nos desenhos “da” “pessoa louca” (teste B) e “como” a “pessoa louca”, segundo as três principais categorias.



**Tabela Esterioótipo Figurativo das representações sociais “de e como” pessoa louca**

<b>Categorias</b>	<b>Núcleo Figurativo</b>	<b>Teste “B” Porcentagens</b>	<b>Teste “C” Porcentagens</b>
Mágicos Fantásticos	Palhaço	3,03%	0%
	Artista	1,01%	2,08%
	Monstro	9,09%	20,83%
Sub-total		13,13%	22,91%
Desviantes	Drogadito	3,03%	1,04%
	Vagante	9,09%	1,04%
	Extravagante	3,03%	0%
	Travesti	0%	1,04%
	Desinibido sexualmente ou Exibicionista	1,01%	2,08%
	Criminoso	4,04%	0%
	Pessoa incongruente em termos de comportamento	12,13%	5,22%
Sub-total		32,33	10,42%
Medicalizado	Doença: Fisicamente deficiente hiper-regredido ou figura esquelética	1,01%	2,08%
		35,35%	60,42%
	Mentalmente doente	18,18%	4,17%
	Sub-total		54,54%
Total		100%	100%

*Representação mágico-fantástica da pessoa louca.*

A porcentagem mais elevada encontrada é o núcleo estereotípico do “monstro” (figura teriomorfica, dismorfica e polimorfa, mitológica e figura demoníaca: 9,09% para o Teste B e 20,83% para Teste C). Esta representação da “pessoa louca” como “monstro” seria super enfatizado, se tivéssemos incluído também os desenhos das figuras hiper regredidas, categorizadas dentro daqueles que exprimem uma representação médica, dentro de figuras hipodesenvolvidas implicando a dimensão corporal.

A representação *mágico-fantástica da pessoa louca* não apenas se refere à terrível visão das pessoas loucas como monstros, que de qualquer maneira é a mais frequente, mas

também pela conotação positiva da “pessoa louca” como um “palhaço” (Teste B 3,03% ausente no Teste C) ou como um “artista” (no teste B 1,01% e no Teste C 2,08%), também popular na história da arte e da loucura. As figuras abaixo representam o “louco” com conotações tanto negativas quanto positivas: a primeira representa um Teste C por um psiquiatra, mostrando uma figura dismorfica (caracterizado mediante alteração da cabeça e ausência do corpo) e o segundo representa um Teste C por uma enfermeira psiquiátrica que mostra uma “pessoa louca” como um “gato”, uma espécie de monstro derivado da contaminação homem-animal; o terceiro mostra um Teste B por um estudante de psicologia representando uma “pessoa louca” como um “palhaço”; o quarto mostra um Teste B de outro estudante de psicologia representando uma “pessoa louca” como um artista”.

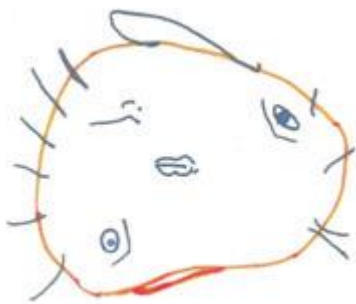


Fig 1. Desenho feito por um homem 36-60 anos idade de um contexto urbano, psiquiatra, “como” um “louco” (Teste C) como uma figura dismórfica.

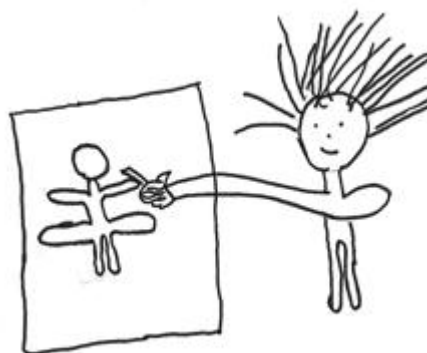


Fig. 4. Desenhado por uma mulher 18-35 anos de idade de contexto urbano, estudante de psicologia como “uma pessoa louca” (Teste C) como um “artista”.



Fig. 2. Desenho feito por um homem, 18-35 anos de idade de contexto urbano, enfermeira psiquiátrica, “como” uma “pessoa louca” (Teste C como uma figura “teriomorfica: um gato”).



Fig. 3. Desenhado por uma mulher 18-35 anos de idade de contexto urbano, estudante de psicologia, de “um pessoa louca” (Teste B) como um “palhaço”.

### *Representação da “pessoa louca” como desviante*

A imagem de “louco” é associado a um desviante mostrando comportamento incongruente (em Teste B 12.13% e em Teste C 5.22% ), seguido da imagem do “vago” (em Teste B 9,09% e em Teste C 1,04% ), o “*criminoso*” (em Teste B 4,04% e ausente em Teste C), o “*drogadito*” (em Teste B 3,03% e em Teste C 1,04%) o “*doido*” (em Teste B 3,03% e ausente em Teste C), o “*sexualmente desinibido*” (em Teste B 1,01% B e em Teste C 2,08%), o “*travesti*” (ausente em teste B e 1,04% em Teste C). As figuras abaixo apresentam o “louco” como um desviante, alguém “*incongruente em termos de comportamento*”: o primeiro “louco” rasga dinheiro e o segundo “está todo sujo e usa diferentes sapatos com bolas na mão”. A figura 7 apresenta ao “louco” como um desviante, alguém “*desinibido sexualmente*”; como o autor especifica: “ele está fazendo piadas em público”. O mesmo sujeito no Teste C (figura nº08) representa “o anjinho”, deslocando-se de uma representação desinibida para uma inibida antropomórfica.



Fig. 5. Desenhado por uma mulher 18-35 anos de idade de um contexto urbano, *enfermeira psiquiátrica*, de “uma pessoa louca” (Teste B como alguém “*incongruente em termos de comportamento*” quem aparentemente não parece ser louca, mas seus atos sim: ele rasga dinheiro).

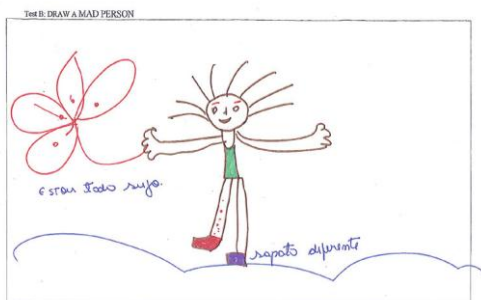


Fig. 6. Desenhado por uma mulher 18-35 anos de idade, de um contexto urbano, *enfermeira psiquiátrica*, de, uma “pessoa louca” (Teste B como “alguém incongruente em termos de comportamento”, uma “pessoa louca” “está toda suja e usa sapatos de diferentes cores com bolas na mão”



Fig. 7. Desenhado por um homem de 36-60 anos de idade, de contexto urbano, *psiquiatra*, de “uma pessoa louca” (Teste B quem “*está fazendo piadas em público*”



Figura 8. Desenhado por um homem de 36-60 anos de idade, de contexto urbano, *psiquiatra*, como “um louco” (Teste C como “o anjinho”).

### *Representação medicalizada da pessoa louca*

A última macrocategoria da representação estereotípica é a de “medicalizado”, identificando ao “louco” como uma pessoa doente precisando atenção. Na realidade, a amostra dos especialistas e dos especialistas em formação ilustra mediante seus desenhos poucos casos dos núcleos estereotípicos relacionados com a categoria “deficiência” (Teste B 1,01% e para Teste C 2,08%), mas em muitos casos à categoria formas “esqueléticas” (35,35% em Teste B e 60,42% no Teste C): ver por exemplo a fig. 9, onde o autor, um psiquiatra, escreve: “Desenhei uma figura magra, sem orelhas, com os olhos e boca muito exagerados”. Apresentando algo reduzido à sua forma mínima, algo vergonhoso, mantido em segredo familiar, como um esqueleto no armário e supondo a imagem de esboço ou uma representação icônica da morte, os especialistas demonstram uma representação da loucura fortemente associada ao corpo. Como já mencionado anteriormente, esses “formas esqueléticas” poderiam ter sido incluídas dentro da categoria de monstros, enfatizando, portanto, ainda mais a representação fantástico-

mágica da “pessoa louca”, mas decidimos restringir a categoria de monstros a figuras que não têm nenhum parecido com o corpo humano e para diferenciar os desenhos incluídos dentro da categoria medicalizada entre uma âncora explícita ao corpo ou ao estado mental.

De fato, em outros casos a representação não é ancorada às características visíveis do corpo, mas ao estado mental ou psicológico: a imagem do “louco” é nesses casos associada a um “doente mental” (institucionalizado, ideacionalmente estranho, sujeito a delírio ou alucinações) em 18, 18% em Teste B e 4, 17% em Teste C. As figuras n° 10-11 e 12 abaixo apresentam ao “louco” como doente mental: a primeira mostram ao “louco sujeito ao delírio ou “alucinações” pensando ser uma personagem histórico (como Napoleão); a segunda está *sujeito às ruminções sobre sua autoimagem*, percebendo-se a si próprio sem uma imagem no espelho, quem não tem uma identidade e pode ser alguém ou ninguém”; as terceira mostra: “uma mulher louca (fêmea) em um hospital psiquiátrico, sentada no chão. Ela sustenta uma boneca e pensa que ela esteja nela”.

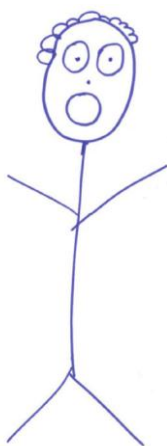


Fig. 9 Desenhado por uma mulher 18-35 anos de idade de um contexto urbano, *psiquiatra*,

“como” uma “pessoa louca” (Teste C) como um “esqueleto”: sem orelhas, com olhos e boca muito exagerados.



Fig. 10 Desenhado por um homem 36-60 anos de idade de um contexto urbano estudante de psicologia, “de” uma “pessoa louca” (Teste B) como sujeito a delírios ou alucinações: um indivíduo que tem uma ideia fixa de ser um personagem histórico: Napoleão”.

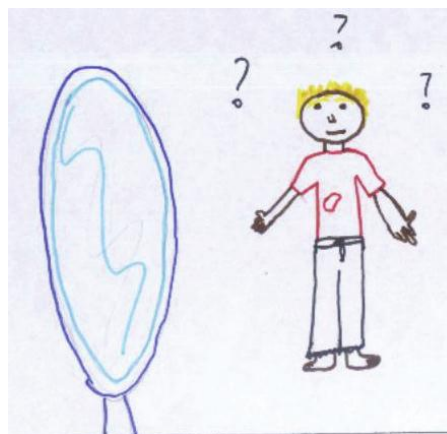


Fig. 11 Desenhado por uma mulher 18-35 anos de idade de um contexto urbano, estudante de psicologia “como” uma “pessoa louca” (Teste C como sujeito a ruminções sobre sua autoimagem: “um homem que não tem imagem no espelho, que não tem uma identidade, que pode ser qualquer um ou ninguém”.



Figura 12 Desenhado por uma mulher, 18-35 anos de idade de um contexto urbano estudante de psicologia, “de” uma “pessoa louca” (Teste B como sujeito a delírios e alucinações). “Uma mulher louca (fêmea) em um hospital psiquiátrico sentada no chão. Ela tem uma boneca e pensa estar nela”.

Os poucos dados qualitativos e quantitativos aqui apresentados evidenciam que as técnicas projetivas não verbais (desenhos) são capazes de relevar também núcleos representacionais fantásticos e mítico-arcaicos com vistas a relevar o conteúdo latente das representações sociais.

## CONCLUSÕES

A pesquisa apresentada neste artigo refere-se à relação entre representações sociais da loucura e práticas de abertura/evitar em relação à “pessoa louca” em uma amostra de especialistas e de especialistas em formação, brasileiros apoiando o ponto de vista de uma relação circular dialógica entre as representações sociais e as práticas.

O uso de uma abordagem multi-método destaca diferentes aspectos (evidentes ou latentes) das representações dependendo do grau de estrutura/projetivo da ferramenta de coleta de dados usada. Consistente com as hipóteses sobre a interação entre as técnicas

da pesquisa e resultados, uma incongruência evidente surge comparando o que foi mostrado pelas pesquisas usando-se técnicas verbais mais estruturadas (questionário incluindo escalas de distância social) comparando o que é detectado por meio de técnicas mais projetivas (desenho).

Na realidade, o questionário encontrou mais elementos periféricos das representações, os quais, entre especialistas e especialistas em formação, mostram a loucura ancorada nos modelos medicalizado ou desmedicalizado, de acordo com práticas baseadas em abertura e tolerância. Representações caracterizadas como criminalizadas da loucura são circunscritas à algumas enfermeiras psiquiátricas que também mostram as práticas de evitar. Portanto, os resultados do questionário sustentam a ideia de que o progresso no gerenciamento da loucura, codificada em legislações nacionais sobre serviços de saúde mentais no Brasil dos 70 até hoje - sob a pressão dos movimentos antimanicomiais – exerceram um efeito antiestigma nas representações sociais da loucura e nas práticas dos especialistas e especialistas em formação.

Entretanto, deve-se considerar que as respostas percebidas através do questionário são sensíveis aos efeitos ligados à desajabilidade social enquanto a regulação normativa das expectativas estão relacionadas aos papéis sociais e profissionais. Por conseguinte, deve ser discutido até que ponto estas transformações atingir um nível mais profundo.

Na realidade, os resultados que surgiram através do uso das ferramentas de pesquisa projetivas, como os desenhos, que tendem a refutar um marco evolutivo estável das representações sociais de desestigmatização



da loucura. Muito pelo contrário, eles têm revelado mesmo entre os especialistas nos especialistas em formação (e não só entre enfermeiras psiquiátricas, como também entre psiquiatras, psicólogos e estudantes de psicologia) - a presença de núcleos muito arcaicos (monstros com feições humano-animais, palhaços, artistas, incongruentes em termos de comportamento, mendigos, criminosos, drogaditos, doidos, desinibidos sexuais, travestis, etc.) que seguem coexistindo juntamente com representações psicologizadas e medicalizadas da loucura.

A categoria medicalizada também seria de longe, menos consistente em termos de porcentagem, se tivéssemos categorizado todas as figuras com um nível de hiper-regressão dos aspectos corporais como “monstros”, incluído na categoria mágico-fantástica e limitada a aquelas figuras que não mostraram exclusivamente características humanas. A imagem que surge da análise quali-quantitativa dos desenhos, até certo ponto, devolve-nos ao tempo dos núcleos arcaicos da loucura, pertencentes à memória coletiva e mesmo a evocações quando a psiquiatria ainda não tinha nascido como uma disciplina científica, e recorreu à magia ou às concepções religiosas antropológicas. Isto significa que a loucura não só constitui um objeto de representação, mas um *themata*<sup>96</sup>. A linearidade da relação entre as representações e práticas, portanto, não pode ser tirada como um enfoque não problemático, apontando uma influência simplista e automática das transformações ideológicas e as mudanças que resultaram nos sistemas das representações nos contextos institucionais.

A aparente contradição entre a evolução das representações descriminalizadas (junto com

intenções de comportamentos e práticas guiados pela tolerância e antiestigma) detectadas mediante instrumentos verbais estruturados - e os núcleos persistentes estereotipadas estigmatizando a “pessoa louca” e os doentes mentais - também com base científica na pesquisa brasileira, como já em Itália e outros países europeus estudam - fornece prova empírica adicional do conceito de “polifasia cognitiva”<sup>1</sup>: em outros termos, a coexistência das representações modernas e arcaicas, míticas e científicas, seja em termos de sentido comum ou de conhecimento especializado difundido ao público em geral<sup>2,3,4</sup>. Enquanto sublinhasse a feracidade deste conceito, os resultados desta investigação implica futuro interesse para a abordagem de modelo multi-métodos no estudo das representações sociais<sup>4</sup>.

## REFERÊNCIAS

1. Moscovici S. *La Psychanalyse, son Image et son Public. Étude sur la représentation sociale de la psychanalyse*, Paris: Presses Universitaires de France, 1961; second edition completely revised *La Psychanalyse, son Image et son Public*, Paris: Presses Universitaires de France, 1976; Portuguese trans. of the first part of the 1976 edn by A. Cabral, *A Representação Social da Psicanálise*, Rio de Janeiro, 1978: Zahar; Portuguese trans. of the 1976 edn by S.M. da Silva Fuhrmann, edited by P. Guareschi, *A Psicanálise: sua imagem e seu público*, Petropolis and Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2011; English trans. of the 1976 edn by D. Macey with and introduction by G. Duveen (2008), *Psychoanalysis: its image and its public*, Cambridge: Polity Press; Italian edition A.S. de Rosa, *La Psicoanalisi, la sua Immagine e il suo Pubblico*, Milano: Edizioni Unicopli, 2011.

2. de Rosa AS. 'Mito, ciência e representações sociais'. In: Paredes EC, Jodelet D, editores. *Pensamento Mítico e Representações Sociais* (pp. 123–75), Cuiabá, Brazil: EdUFMT/FAPEMAT/edIUNI, 2009.
3. de Rosa AS. *Myth, Science et Représentations Sociales*. In: Jodelet D, Paredes EC, editores. *Pensée mytiques et Représentations Sociales*. Paris: L'Harmattan. 2010 p. 85-124.
4. de Rosa, A.S., Bocci, E. Resisting cognitive polyphasia in the social representations of madness. In A.S. de Rosa (Ed.), *Social Representations in the "social arena"*, Routledge, New York – London. 2013, in press.
5. Amarante P, Rotelli F, Basaglia F. *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2004.
6. Basaglia F. *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond; 2005.
7. D'Alessandro R. *Lo Specchio Rimosso. Individuo, società e follia da Goffman a Basaglia*, Milano, Italy: Franco Angeli Editore; 2008.
8. Bellelli G. *L'Altra Malattia*, Napoli, Italy: Liguori; 1994.
9. Jodelet D. *Folies et Représentations Sociales*, Paris: Presses Universitaires de France; 1989.
10. Jodelet D. *Madness and Social Representations*, Los Angeles: California University Press; 1992a.
11. Jodelet D. 'Les représentations sociales de la maladie mentale dans un milieu rural: genèse, structure, fonctions', in: Flick U, editor. *La Perception Quotidienne de la Santé et de la Maladie. Théories subjectives et représentations sociales*. Paris: L'Harmattan; 1993. p. 321-46.
12. Jodelet D. 'Représentations sociales de la maladie mentale et insertion des malades mentaux', in: Abric JC, editor. *Exclusion Sociale, Insertion et Prevention*. Saint-Agne, France: Érès ; 1996. p. 97-111.
13. Jodelet D, Harvey M. 'Madness and social representations: living with the mad in one French community', *Bulletin of the History of Medicine*, 1993; 67(2): 387–89.
14. Zani B. *Da Custodi dei Matti a Operatori di Salute Mentale*, Milano, Italy: Franco Angeli; 1984.
15. de Rosa, A.S. 'Immagine del "matto", della persona "normale" e di "sé" attraverso la tecnica del disegno: contributo allo studio dei rapporti fra fenomeni proiettivi e stereotipie sociali', in: *Atti del XIX Congresso degli Psicologi Italiani*, Urbino, 22–26 settembre 1981. Bologna, Italy: Cluep; 1981a. p. 788-89.
16. de Rosa AS. 'La rappresentazione sociale del "folle" e della "follia" in soggetti in età evolutiva', in *Atti del XIX Congresso degli Psicologi Italiani*, Urbino, 22–26 settembre .Bologna, Italy: Cluep; 1981b. p. 436.
17. de Rosa AS. 'The image of "mentally ill" as perceived socially by children and their parents', paper presented at the 20th International Congress of Applied Psychology,

Edinburgh, 25–31 July 1982.

18. Quadrio A, Carli L, de Rosa AS. 'L'immagine del malato di mente in soggetti in età evolutiva', in Atti del XVIII Convegno della Società Italiana di Psicologia – Acireale, 29/X/1979–2/XI/1979. Palermo, Italy: Edikronos; 1981. p. 125-30.

19. de Rosa AS. 'Psychogenetic aspects in social representations of "mad person" and "madness"', in: Etxeberria SA, editor. *Psicosociologia de la Enfermedad Mental: Ideologia y Representacion Social de la Enfermedad Mental*, III Cursos de Verano en San Sebastian. Bilbao, Spain: Imprenta Boan; 1984. p. 219-84.

20. de Rosa AS. 'Différents niveaux d'analyse du concept de représentation sociale en relation aux méthodes utilisées', in: Bellelli G, editor. *La Représentation Sociale de la Maladie Mentale*. Napoli, Italy: Liguori ; 1987a. p. 47-63.

21. de Rosa AS. 'The social representations of mental illness in children and adults', in: Doise W, Moscovici S, editors. *Current Issues in European Social Psychology*, vol. 2, Cambridge: Cambridge University Press; 1987b. p. 47-138.

22. de Rosa AS. 'Aspetti strutturali e di contenuto nelle rappresentazioni sociali della malattia mentale in gruppi "naives" e di "esperti"'. In: Mayer V, Meran R, redattori. *Il Laboratorio e La Città*, vol. 1, Milano, Italy: Guerini & Associati; 1988a. p. 799-809.

23. de Rosa AS. 'Il folle e la follia nelle rappresentazioni sociali "naives" e

"scientifiche". in: Società di Psichiatria Democratica Centro Italia, editore. *Gravita della Psichiatria*. Roma, Italy: Bulzoni ; 1988b. p. 265-77.

24. de Rosa AS. 'Sur l'usage des associations libres dans l'étude des représentations sociales de la maladie mentale', *Connexions*, 1988c ; 51: 27–50.

25. de Rosa AS. 'Agenzie di socializzazione e rappresentazioni della malattia mentale in età evolutiva'. In: Bellelli G, editore. *L'Altra Malattia*. Napoli, Italy: Liguori; 1994a. p. 359-425.

26. de Rosa AS. 'La società e il malato mentale: opinioni, atteggiamenti, stigmatizzazioni e pregiudizi'. In: Bellelli G, editore. *L'Altra Malattia*. Napoli, Italy: Liguori; 1994b. p. 45-140.

27. de Rosa AS, editore. *Se per la Strada Incontri un Matto... Sviluppo dei sistemi di credenze e risposta sociale alla devianza*. In: bambini e adolescenti, Roma, Italy: Melusina Editrice; 1995a .

28. de Rosa AS. 'Sobre el uso de las asociaciones libres en el estudio de las representaciones sociales de la enfermedad mental'. *Revue Fronesis*, Institute de Philosophie de l'Université du Zullia, Venezuela; 1995b .

29. de Rosa AS. 'Soziales Gedächtnis und die symbolischen Dimensionen der sozialen Repräsentationen von Wahnsinn und Geisteskrankheit'. In: Angermeyer MC, Zaumseil M, redakteure. *Verrückte Entwürfe: Kulturelle und individuelle Verarbeitung*

psychischen Krankseins. Bonn, Germany: Edition Das Narrenschiff im Psychiatrie-Verlag; 1997. p. 299-336.

30. de Rosa AS, Schurmans MN. 'Immaginario e follia nelle rappresentazioni sociali di bambini e adolescenti di due paesi europei', *Rivista di Psicologia Clinica*; 1990a, 3: 297-341.

31. de Rosa AS, Schurmans MN. 'Madness imagery across two countries', *Rassegna di Psicologia* ; 1990b. p. 177-193.

32. de Rosa AS, Schurmans MN. 'Dessiner la folie: apports de l'analyse d'un materiel figurative à l'étude des representations sociales de la maladie mentale', *Education et recherche*; 1994, 2: 225-246.

33. de Rosa AS, Bocci E, Pedreira T. *Madness Imaginary in Cultural Contexts*. 17th Congress of the International Association for Group Psychotherapy and Group Processes "Groups in a Time of Conflict". Rome, 2009.

34. de Rosa AS, Pedreira T, Bocci E. *Madness Imaginary in Cultural Contexts: Children's and Adults' Social Representations of Madness in Brazil*. V JIRS, *Interdisciplinaridad y diversidad de paradigmas*. Brasilia: DF – Brazil; 2007.

35. Basaglia F. *Conferenze brasiliane*. Milano: Cortina Raffaello; 2000.

36. Amarante P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995.

37. Amarante P. *Asilos, Alienados e Alienistas – Pequena História da Psiquiatria*

no Brasil; In: *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 1998.

38. Amarante P. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. *The rights of people with mental illness and the assistance model in mental health*. Brasilia: DF, 2001.

39. Pacheco JG. *Reforma psiquiátrica, uma realidade possível. Representações sociais da loucura e a história de uma experiência*. Curitiba: Juruá Editora, 2009.

40. Goffman E. *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. New York, Doubleday, 1961.

41. Conselho Regional de Psicologia - 6 Região-SP. *Trancar não é tratar*. 2 ed. São Paulo: Conselho Regional de Psicologia, 1997.

42. Nunes M, Torrenté M, Ottoni V, Moraes Neto V, Santana M. *The dynamics of mental health care: health professionals' signs, meanings, and practices*. In: *a Center for Psychosocial Care in Salvador, Bahia State, Brazil*. *Cad Saúde Publica*. 2008; 24(1): 188-196.

43. Arouca S. *A Reforma Sanitária Brasileira*. Radis, Rio de Janeiro: Fiocruz; 1988.

44. Barros DD. *Jardins de Abel: desconstrução do manicômio de Trieste*. São Paulo: EduSP Lemos, 1994.

45. Delgado PGG. *As Razões da Tutela*. Rio de Janeiro: Te Corà; 1992.

46. Desviat M. *A Reforma Psiquiátrica*. Tradução de Ribeiro V. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.

47. Lobosque AM. Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos. São Paulo: Hucitec; 1997.
48. Saraceno B. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: Pitt A, organizador. Reabilitação Psicossocial no Brazil. São Paulo: Hucitec; 2001.
49. Yasui S. CAPS: Aprendendo a perguntar. In: Lancetti A, organizador. Saudéloucura 1.2 ed. São Paulo: Hucitec; 1990.
50. Almeida A. A pesquisa em Representações sociais: fundamentos teóricos metodológicos. Ser social: Pesquisa em Serviço Social e Política. Brasília. EdUnB; 2001. p. 129-158.
51. Machados AL. Reforma psiquiátrica e mídia: representações sociais na Folha de S. Paulo. Ciência e Saúde Coletiva on line. 2004; 9(2): 483-491.
52. Amarante P. Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: Fleury S, organizador. Saúde e Democracia: a luta do CEBES São Paulo: Lemos Editora; 1997.
53. Pelbárt PP. Manicômio mental a outra face da clausura. In: Lancetti A, organizador. Saúde loucura 2,3. ed. São Paulo: Hucitec; 1991.
54. Rotelli F, de Leonardis O, Mauri D, de Risio C. Deinstitutionalização. São Paulo: Hucitec; 1990.
55. Rocha NMD. Questões Psicológicas nas teses da Faculdade de Medicina da Bahia no século XIX – nota previa sobre as influencias intelectuais. In: Clio-psyche ontem: fazeres e dizeres psi na historia do Brasil. In: Vilela-Jaco AM, Cerezzo AC, Rodrigues H BCR, organizadores. Rio de Janeiro: Relume Dumara: FAPERJ, 133; 2001
56. Sadigursky D. Desinstitutionalização do doente mental: expectativas da família. [tese] Ribeirão Preto, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, 1997.
57. Sadigursky D, Tavares JL. Algumas Considerações sobre o Processo de Desinstitutionalização. Ribeirão Preto, São Paulo: Revista Latino-Americana de Enfermagem. 1998; 6(2): 23-27.
58. Sadigurski D, Hurst IH, Tavares JL, Fernandes JD, Oliveira MRO. Psychiatric nursing research: conceptions and expectations of nurses in psychiatric institutions. Ribeirão Preto: Rev. Latino-Am. Enfermagem. Ribeirão Preto. 1998;6(5).
58. Sadigursky D, Hurst IH, Tavares JL, Fernandes JD, Oliveira MRO. Pesquisa em enfermagem psiquiátrica: concepções e expectativas de enfermeiros que atuam em instituições psiquiátricas. Ribeirão Preto, São Paulo: Revista Latino-Americana de Enfermagem. 1998; 6(5).
59. Silva MB de Sá C, Sadigurski D. Social representations about the home care of the mental sick person. Brasília: Revista Brasileira de Enfermagem. 2008;61(4).
60. Nóbrega SM. Représentations sociales de la folie par les familles de malades mentaux au nord-est du Brésil: le cas João Pessoa. Paris:



Presses Universitaires do Septentrion ; 2003.

61. Vieira Filho NG, Nóbrega SM. A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. *Cadernos de saúde pública*. 2004;9:(2).

62. Fernandes JD, Ferreira SL, Albergaria AK, Conceição FM. (2002). Saúde mental e trabalho feminino: imagens e representações de enfermeira. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto. 2002;10:(2).

63. Leão A, Barros S. As representações sociais dos profissionais de saúde mental acerca do modelo de atenção e as possibilidades de inclusão social. *Saúde e Sociedade*, São Paulo. 2008;17(1): 95-106.

64. Oliveira DC, Gomes AMT, Sá CP, Acioli S. A atenção pública à saúde e a constituição simbólica do sistema único de saúde: representações socioprofissionais. 2007.

65. Vietta EP, Kodato S. Representações sociais de doença mental em enfermeiros psiquiátricos. Ribeirão Preto School of Nursing of São Paulo University: *Revista de Psiquiatria Clínica*. 2001;28(5):233-242.

66. Oliveira IR, Coutinho DM, De Moraes ESD. O histórico da psiquiatria na Bahia. *Gazeta Médica da Bahia*. Edição Comemorativa dos 200 anos de fundação da Faculdade de Medicina da Bahia. 2008.

67. Moscovici S. *Social Representations. Explorations in Social Psychology*. Cambridge: Polity Press; 2000.

68. Jodelet D. As representações sociais: um domínio em expansão. In: Jodelet D,

organizador. *As representações sociais*. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2001. p. 17-44.

69. Jodelet D. Vinte anos da teoria das representações sociais no Brasil. In: Oliveira DC, Campos PHF, editores. *Representações sociais uma teoria sem fronteiras*. Rio de Janeiro: Museu da República, 2005b.

70. Jodelet D. *Social Representations: The Beautiful Invention*. (*Journal for the Theory of Social Behaviour*. 2008; 38: 411–430). doi: 10.1111/j.1468-5914.2008.00383.x

71. de Rosa AS. ‘Rappresentazioni sociali e social cognition in prospettiva evolutiva: una doppia via alla conoscenza del mondo sociale?’, *Rassegna di Psicologia*. 1992a,1: 41–94.

72. de Rosa AS. ‘Thematic perspectives and epistemic principles in developmental social cognition and social representation. The meaning of a developmental approach to the investigation of social representations’. In: von Cranach M, Doise W, Mugny G, editors. *Social Representations and the Social Bases of Knowledge*. Lewiston, N.Y.: Hogrofe & Huber Publishers; 1992b. p, 120-43.

73. de Rosa AS. ‘Le besoin d’une “théorie de la méthode”’. In : Garnier C, éditeur. *Les Formes de la Pensée Sociale*. Paris: Presses Universitaires de France ; 2002a. p. 151-87.

74. de Rosa AS. ‘The “associative network”: a technique for detecting structure, contents, polarity and stereotyping indexes of the semantic fields’, *European Review of Applied Psychology*. 2002b;52(3/4): 181–200.

75. de Rosa AS. “Por qué es importante.”

Notas inspiradas en una mirada reflexiva a la teoría de las representaciones sociales'. In: Abundiz SV, editor. Representaciones Sociales. Alteridad, epistemología y movimientos sociales. Guadalajara, México: Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud; 2006. p. 79-173.

76. de Rosa, A.S. Taking stock: a theory with more than half a century of history. Introduction to: A.S. de Rosa (Ed.), *Social Representations in the "social arena"*. New York – London: Routledge, 2013, in press, p. 1-63.

77. Arruda A. Representações sociais: emergência e conflito na psicologia social. In: Baptista LAS, organizador. Anuário do laboratório de subjetividade e política. Niterói: Editora da Universidade Federal Fluminense; 1992.

78. Arruda A. Novos significados da saúde e as representações sociais. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Colet., 2002; 10(2): 215-27.

79. Almeida A, Trindade Z, Santos F, editores. Teoria das Representações sociais - 50 anos, Technopolitik e Centro Moscovici. Brasília: MEMORES/UERJ, REPSO/UFES, LABINT/UFPE, 2011.

80. Emiliani F, Palmonari A. 'Introduzione'. In: Palmonari A, Emiliani F, redattori. Paradigmi delle Rappresentazioni Sociali. Sviluppo e prospettive teoriche Bologna. Italy: Il Mulino. 2009. p. 11-35.

81. Herzlich C. Santé et Maladie. Analyse d'une Représentation Sociale, Paris: Mouton, 1969.

82. Herzlich C. Health and illness: A

social psychological analysis. Published in cooperation with the European Association of Experimental Social Psychology: Academic Press, 1973.

83. Herzlich C. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. *Physis* ; 1991;1: 22-36.

84. Herzlich C. Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale. Paris: Éditions de L'EHESS; 1992.

85. Petrillo G 'Changes in social representations of mental illness: the last twenty-five years on the Italian press', *Papers on Social Representations*. 1996; 5(2): 99–112.

86. Duveen G, Themel M, Verma J, Wagner W. The modernization of tradition: thinking about madness in Patna, India. *Culture and Psychology*. 1990;5:413-446.

87. Duveen G, Themel M, Verma J, Wagner W. "I have some faith and at the same time I don't believe in it". Cognitive polyphasia and culture change. *Journal of Community and Applied Social Psychology*. 2000;10:102-314.

88. Brito HB, Catrib AMF. Representação social e subjetividade do adoecer psíquico. Fortaleza- CE: Universidade de Fortaleza; 2004; 9(2):285-296.

89. Cardoso MHCA, Gomes R. Representações sociais e história: referenciais teórico-metodológicos para o campo da saúde coletiva. *Cadernos de Saúde Pública*; 2000.

90. Gomes AMT, Oliveira DC, de Sá CP. Social Representations of the Brazilian national care system in the city of Rio de Janeiro, Brazil,

according to the structural approach. Ribeirão Preto: Revista Latino-Am. de Enfermagem; 2008;16(1):122-129.

91. Abric JC. Pratiques sociales et représentation. Paris: P.U.F. ; 1994/2011.

92. Bonardi C, Roussiau N. Les représentations sociales. Paris: Dunod; 1999.

93. de Rosa AS, Bocci E. Uno sguardo longitudinale sulle nuove pratiche di intermediazione turistica via Internet. Rivista Turismo e Psicologia; 2011.

94. de Rosa AS. 'Per un approccio multi-metodo allo studio delle rappresentazioni sociali', Rassegna di Psicologia . 1990c;3: p. 101-52.

95. Polacek K, Carli D. Test della Figura Umana Goodenough and Harris. Firenze, Italy: O.S. 1977.

96. Moscovici S, Vignaux G. 'Le concept de Thémata'. In : Guimelli C, editor. Structures et Transformations des Représentations Sociales, Neuchâtel, Switzerland: Delachaux et Niestlé; trans. and reprinted in Moscovici S. Social Representations. Explorations in social psychology, edited by G. Duveen (pp. 156-83), Cambridge, United Kingdom: Polity Press, 1994. p. 156-83.

**Artigo apresentado em 02/05/2012**

**Artigo aprovado em 01/06/2012**

**Artigo publicado no sistema em 17/06/2012**