

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE TRABALHADORES DA ÁREA DA SAÚDE ACERCA DA LOUCURA: Uma revisão bibliográfica

Henry Darío Cunha Ramírez¹
Jaqueline Fuck Jochem²

RESUMO

O presente estudo trata-se de uma pesquisa bibliográfica, cujo objetivo foi investigar as representações sociais de trabalhadores da área da saúde acerca da loucura. Foram identificadas três categorias temáticas: a) representações sociais da loucura/ doença mental- representadas a partir de sua etiologia e manifestação, sendo a primeira mais associada com fatores biológicos/orgânicos, e, a manifestação com a área social, no sentido de divergir; b) representações sociais da pessoa com transtorno mental ou em sofrimento psíquico- relacionada as manifestações comportamentais (agressividade, imprevisibilidade), vistas como necessárias de controle por gerarem desconforto social; c) representações sociais das práticas de cuidado- que indicaram a coexistência dos modelos biomédico/curativo e psicossocial, sendo que desta ambigüidade ideológica repercute uma incoerência na assistência. Assim, concluiu-se a necessidade de uma reforma na cultura e não apenas dos serviços, pois caso os manicômios internos não sejam desconstruídos se emitirão praticas asilares em serviços que deveriam ser sua substituição.

Palavras-Chave: Representações sociais; Loucura; Doença mental; Trabalhadores.

RESUMEN

El presente estudio trata de una pesquisa bibliográfica, cuyo objetivo fue investigar las representaciones sociales de trabajadores del área de la salud sobre la locura. Fueron identificadas tres categorías temáticas: a) representaciones sociales de la locura/enfermedad mental-representadas a partir de su etiología y cuadro clínico, siendo la más relacionada con factores biológicos/orgânicos, y la manifestación social de forma divergente; b) representaciones sociales de la persona con trastornos mentales o en sufrimiento psíquico relacionada a los trastornos de conducta (agresividad, comportamiento imprevisible), consideradas como riesgo y necesitadas de control por los desórdenes sociales que generan; c) representaciones sociales de las prácticas de cuidado que demuestran la coexistencia de los modelos biomédico/curativo y psicossocial, siendo que tal ambigüedad ideológica se traduce en la práctica, en una incoherencia en el modelo de asistencia. De este modo concluimos sobre la necesidad de transformaciones en la cultura médica y no solo en los servicios, pues sin esas transformaciones aunque los manicomios no sean más empleados se utilizarán en el tratamiento conductas y prácticas asilares en servicios que deberían ser sustitutivos.

Palabras claves: Representaciones sociales; Locura; Enfermedad mental; Trabajadores.

¹ Graduado em Psicologia pela Universidad de La Republica; especialista em Recursos Humanos e mestre em Engenharia de Produção pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

² Psicóloga, CRP 12/11849. Discente da pós-graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial pelo Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí- UNIDAVI.

1. INTRODUÇÃO

A história da loucura pode ser interpretada como história de sua representação. E as concepções que se tem da doença mental constituem diretrizes para as práticas terapêuticas, visto que os significados determinam a conduta.

Na Antiguidade grega e romana à loucura era atribuído um caráter místico, representada como uma manifestação sobrenatural motivada por deuses, portanto, valorizada socialmente. Durante a Idade Média a loucura passou a ocupar o espaço deixado pela lepra, e, os antigos leprosários passaram a serem preenchidos pelos doentes mentais, com fins de exclusão. Com a lotação de tais locais os ditos loucos foram colocados dentro de navios sem direção de desembarque, fato conhecido historicamente por “nau dos loucos”. Ainda neste período, durante a Inquisição, a loucura passou a ser entendida como uma manifestação demoníaca e satânica, sendo classificada como expressão de bruxaria. Seu tratamento caracterizou-se pela perseguição, tal como os hereges (FOUCAULT, 1978).

No período renascentista a loucura foi representada como o reverso da razão. Tal concepção se associou com a ideia de periculosidade, visto que a desrazão implica em ausência de controle dos próprios atos. No Século XVII, com o emergir do mercantilismo, vigorou a associação da loucura com a improdutividade. Esse período ficou conhecido como A Grande Internação, porque a loucura, representada como inaptidão ao trabalho e ociosidade, era condenada pela moral da época, sendo reprimida com o internamento. É neste momento histórico que foram construídos os Hospitais Gerais, instituições configuradas como “hospedarias” para o indesejável pela sociedade (FOUCAULT, 1978).

Durante o iluminismo, especialmente no final do século XVIII e início do XIX, sob defesa de Philippe Pinel, a loucura passou a ser representada como uma entidade patológica. Paralelamente a psiquiatria elaborou-se como ciência médica, de base organicista, configurando-se como forma de tratamento para a mesma. O louco foi associado a uma imagem de ameaça ao convívio social, sendo o sanatório psiquiátrico o local de seu confinamento e tratamento. O século XIX ainda contou com a contribuição da psicanálise, sobretudo de Sigmund Freud, que representou a loucura como doença mental associada a traumas infantis e mecanismos inconscientes. Inferiu-se assim que a doença deve ser compreendida na interação entre doente e meio social- grupo familiar (COSTA, 2003).

Nos séculos XX e XXI permaneceu a representação da loucura como doença mental, associada a ideia de alteridade. Passaram a serem propostas novas formas de

tratamento, mais humanitárias e que consideram a integralidade, a subjetividade e a inclusão social do sujeito. É na Itália, com o psiquiatra Franco Basaglia, que se deu o início do processo da Reforma Psiquiátrica (COSTA, 2003).

No Brasil, conforme Costa (2003), o movimento pela Reforma teve início na década de 70, paralelo ao movimento sanitarista. Mas somente em 2001, depois de lutas constantes, que foi assinada a Lei 10.216, também conhecida como Lei Paulo Delgado, da qual se originou a política de saúde mental. Esta visa garantir o cuidado a pessoa com transtorno mental ou em sofrimento psíquico em serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, como os CAPS, Hospitais-Dia, Residências Terapêuticas, etc. Dessa forma, o objetivo é a superação da lógica das internações de longa permanência, que isolam o indivíduo do contato familiar e social, por meio de dispositivos diferenciados que permitem a atenção ao doente mental em seu território. Assim, a ideia é que a partir da reforma psiquiátrica se construa uma representação da loucura que determine uma prática de cuidado que considere os direitos humanos e a singularidade do sujeito que sofre mentalmente. Cabe ressaltar que a reforma psiquiátrica é um processo, portanto, a desconstrução de crenças seculares (manicômio) se dá de forma lenta, o que implica na permanência de práticas de cuidado que excluem e controlam, talvez de forma mais sutil.

Avaliar alguém como um ser patológico mentalmente é articular significados sociais complexos, visto que o mesmo ser diante de contingências diferentes pode receber outra interpretação. Saber divinatório, feitiçaria, heresia, patologia, alteridade, fato é que a loucura percorreu a história como um fenômeno social representado de diversas formas, de acordo com o contexto e momento histórico vivido. E a assistência oferecida às pessoas mentalmente doentes sempre esteve calcada nessas representações.

“Aquilo que uma sociedade concebe e imagina sobre determinado objeto social, sustenta e legitima as práticas sociais tidas como corretas em relação a ele. Assim, [...] as crenças presentes no imaginário social acerca da loucura, são diretamente responsáveis pelas normas de conduta prescritas pela sociedade para a identificação e recuperação das pessoas loucas (MACHADO, 1995, p. 11).”

Moscovici (1976) concebe as representações sociais como produto e processo de uma atividade de apropriação da realidade exterior. Dito de outra forma são pensamentos do senso comum produzidos coletivamente para tornarem familiar o desconhecido. Isso permite que se atribuam sentidos a fatos desconhecidos ou novos, o que contribui no processo de formação de condutas e orientação das comunicações sociais. Cabe salientar que as representações sociais são dinâmicas, portanto, não se tratam de uma mera reprodução.

Considerando a representação social uma modalidade de conhecimento particular, que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre os indivíduos, pode-se inferir que as mesmas são guias de comportamentos, portanto, determinam a visão de mundo e a reação às pessoas e coisas. Diante do exposto, quais as representações sociais de trabalhadores da área da saúde mental acerca da loucura/doença mental existentes na literatura? E de que forma elas afetam a conduta profissional?

Para Jodelet (2001) a representação social é sempre de alguma coisa (objeto da representação) e de alguém (sujeito que representa), de modo que as características de ambos se manifestam na representação. Neste sentido, o presente trabalho toma como objeto da representação a loucura/doença mental, e, como sujeitos que representam os profissionais da área da saúde. Portanto, o objetivo do presente estudo é realizar uma revisão bibliográfica sobre as representações sociais de trabalhadores da área da saúde acerca da loucura/ doença mental. Bem como identificar e analisar influências das representações na assistência prestada a pessoa em sofrimento psíquico ou mental.

Salienta-se a relevância do conhecimento das representações sociais de trabalhadores da área da saúde acerca do fenômeno loucura por possibilitar a promoção de mudanças sociais a partir da compreensão do pensamento coletivo. Neste sentido, as pesquisas em representações sociais são instrumentos para influenciar as políticas de saúde e educacionais, rever procedimentos de atenção à saúde, ações pedagógicas, bem como outras tarefas de cunho prático (JUSTO, 2012).

O presente estudo é uma pesquisa bibliográfica, a qual segue a linha da rede de cuidado e gestão. A pesquisa foi realizada por meio da Biblioteca Virtual de Saúde- BVS (bireme), tomando as bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde); MEDLINE (Literatura internacional em ciências da saúde), BDNF (Literatura Especializada na área de Enfermagem) e Index Psicologia (Periódicos Técnico-Científicos). A busca pelos artigos foi realizada nos meses de julho a outubro de 2015. Foram considerados os trabalhos publicados no período de 2001 a 2015. Utilizou-se o formulário básico de busca, com os descritores “representações sociais”, “loucura”, “doença mental”, e, “profissionais”. Foram tomados os seguintes critérios de inclusão na amostra: documentos do tipo artigo científico; pesquisas empíricas com amostra brasileira; e, relação direta com o tema. Com este procedimento foram selecionados 13 artigos para revisão aprofundada; os quais foram agrupados em categorias temáticas conforme semelhança de conteúdo.

2. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os tópicos que a literatura abordou referente às representações sociais- RS de trabalhadores da área da saúde mental acerca da loucura/doença mental puderam ser agrupados em três categorias: a) RS da loucura/ doença mental; b) RS da pessoa com transtorno mental ou em sofrimento psíquico; c) RS das práticas de cuidado. Salienta-se que a divisão das representações em categorias se dá apenas de forma didática, visto que entre elas há uma relação dialética. Os artigos revisados são representados na tabela abaixo:

Autor(es) e Ano	Amostra e Local	Áreas pesquisadas	Categoria Temática	Revista de publicação
Kodatto; Viettal (2001).	Enfermeiros discentes em enfermagem psiquiátrica; São Paulo.	Educação - pós graduação- em saúde	a - b	Revista psiquiatria clínica
Barbieri et. al. (2007).	ACS; São Paulo	Atenção básica.	a	Revista escola enfermagem- USP
Albuquerque; Cabral (2015).	ACS; Recife- PE	Atenção básica.	a	Saúde debate
Leite (2012).	Psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros da rede pública; Campina Grande – PB.	Atenção básica; média complexidade.	a	Revista brasileira ciências da saúde
Carvalho; Lins (2015).	Profissionais atuantes em hospital geral; Pará	Urgência e emergência.	a - b	Revista latino-americana de psicopatologia fundamental
Carvalheri; Jesus; Merighi (2007).	Egressos de enfermagem; São Paulo.	Educação em saúde.	b - c	Reben- revista brasileira de enfermagem
Brito et. al. (2008).	Trabalhadores de um serviço substitutivo; Belo Horizonte – MG	Dispositivo de saúde mental.	c	Reme- revista mineira de enfermagem
Fernandes et. al. (2009).	Acadêmicos de enfermagem atuantes em um Hospital – DIA; Natal – RN.	Urgência e emergência- dispositivo de saúde mental.	c	Reben- revista brasileira de enfermagem
Hernandez; Kantoski; Pinho (2010).	Trabalhadores de um CAPS; Região Sul- BR.	Dispositivo de saúde mental.	c	Interface- comunicação, saúde, educação
Barros; Leão (2011).	Trabalhadores de um CAPS II; São Carlos –SP.	Dispositivo de saúde mental.	c	Interface- comunicação, saúde, educação
Brasil; Costa; Jorge (2012).	Trabalhadores de um CAPS I; Fortaleza – CE	Dispositivo de saúde mental.	c	Revista baiana de saúde pública
Debastiane et. al (2012).	Profissionais atuantes em grupos de saúde mental na atenção básica; Rio Grande do Sul.	Atenção básica.	c	Fractal- revista psicologia
Castro et. al (2012)	Trabalhadores de três hospitais gerais; Porto Alegre - RS.	Urgência e emergência.	c	Polis e psique

Tabela 01: Artigos revisados.

a) REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA LOUCURA/ DOENÇA MENTAL

Os resultados apreendidos nessa categoria são representados na tabela abaixo:

Autor(es) e Ano	Amostra e Local	Resultados: loucura/doença mental
Kodato; Viettel (2001)	Enfermeiros especializando em enfermagem psiquiátrica; São Paulo.	Etiologia: caráter biológico. Manifestação: âmbito social.
Barbieri; et al (2007)	ACS; São Paulo.	Modelo manicomial: socialmente excludente; imutável, incapacitante. Modelo psicossocial: sofrimento psíquico.
Albuquerque; Cabral (2015)	ACS; Recife- PE.	Etiologia: exógena (relações sociais, ambiente, ciclo vital). Manifestação: âmbito social.
Leite (2012)	Psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros da rede pública; Campina Grande- PB.	Etiologia: organicista; psicanalítica. Manifestação: periculosidade.
Carvalho; Lins (2015)	Profissionais atuantes em hospital geral; Pará.	Etiologia: multicausal (orgânica, social, espiritual, ambiental).

Tabela 02: Resultados RS da loucura/doença mental.

Kodato e Viettel (2001) realizaram uma pesquisa com enfermeiros discentes em especialização em enfermagem psiquiátrica em São Paulo acerca das representações sociais da doença mental. Aprenderam associações da doença mental como: mal endógeno, comprometimento genético, desvio da norma, transgressão moral e rompimento com a realidade.

Pode-se discriminar a presença de dois tipos de dados: os que remetem a etiologia e os que se relacionam com as manifestações da doença mental. Neste sentido, se considera que comprometimento genético e mal endógeno reflete uma representação etiológica da loucura. Enquanto que desvio da norma, transgressão moral e rompimento com a realidade indicam manifestações da doença mental. Se pensado dessa forma, a etiologia da loucura é representada a partir de um caráter biológico, enquanto que sua manifestação ocorre no âmbito social, fundamentada em uma concepção jurídico-moral. No sentido de que se há um desvio da norma se faz necessária uma intervenção jurídica, e, se há uma transgressão se ingressa no circuito da moralidade.

Barbieri et al (2007) pesquisaram em agentes comunitários de saúde-ACS de um município do interior paulista as representações sociais sobre transtorno mental. Identificaram os seguintes núcleos temáticos relacionados ao objeto de

pesquisa: loucura, incapacidade e impossibilidade de autonomia, deficiência mental, e, expressão de intenso sofrimento psíquico.

A representação do transtorno mental como loucura compreende uma irracionalidade permanente. Designa um sujeito que não sabe o que faz, sem expectativa de mudança. A compreensão de incapacidade e impossibilidade de autonomia demonstra a ideia de que a pessoa com transtorno mental é impossibilitada de emancipar-se e auto gerir sua vida, o que implica em déficit de competência pessoal e social. Esse estado crônico de incapacidade pode ser internalizado pelo doente mental, que diante da falência pessoal, se auto isola. Representar transtorno mental como deficiência mental revela uma confusão entre os dois conceitos, a qual foi construída historicamente pelos manicômios que tutelavam ambos os casos (BARBIERI ET AL, 2007).

A percepção dos ACS do transtorno mental como expressão de intenso sofrimento psíquico remete a uma maior proximidade com a doença e a um panorama multifacetado, já que o sofrimento psíquico é uma experiência singular inerente ao ser humano e as atitudes de enfrentamento refletem a idiossincrasia do indivíduo. Referente a importância de se utilizar cotidianamente o termo sofrimento psíquico ou mental, Albuquerque e Cabral (2015, p. 164) colocam:

“A ideia de sofrimento nos remete a pensar em um indivíduo que sofre, nas experiências por ele vividas, nos contextos em seu entorno e nos papéis sociais que desempenha. Logo, trabalhar com essa concepção, bem como difundi-la na sociedade, pode possibilitar a desconstrução de mitos enraizados na cultura popular e libertar o sujeito em sofrimento psíquico das representações reducionistas de um diagnóstico”.

Barbieri et al (2007) concluíram que os agentes comunitários de saúde pesquisados possuem internalizados o conceito de transtorno mental como socialmente excludente, imutável e incapacitante. Tal concepção ancora-se em práticas tradicionais (manicomiais) e se contrapõe ao novo modelo de cuidado em saúde mental proposto pela reforma psiquiátrica, a saber, paradigma psicossocial. Apenas a última representação, do transtorno mental como expressão de intenso sofrimento psíquico, traz subsídio para uma prática que considera a subjetividade do sujeito e permite o estabelecimento de vínculos.

Albuquerque e Cabral (2015), também realizaram pesquisa com agentes comunitários de saúde, em um município da região metropolitana de Recife- PE, e

evidenciaram uma dificuldade na diferenciação entre saúde mental e quadros de adoecimento. Aprenderam que a expressão transtorno mental é relacionada com quadros de adoecimento, desequilíbrio e fora dos padrões. O que pode ser reflexo do uso da palavra transtorno, que remete a um ser transtornado, possesso (AMARANTE, 2007, apud ALBUQUERQUE; CABRAL, 2015). Assim, os autores (2015) argumentam em prol da utilização da expressão em sofrimento psíquico ou mental.

Referente a etiologia dos transtornos mentais os ACS pesquisados por Albuquerque e Cabral (2015) fizeram na sua maioria referência a fatores externos: contexto social, relações estabelecidas, eventos ocasionais do ciclo vital. Assim, ociosidade, desemprego, perda de um ente, problemas familiares foram citados como determinantes de sofrimento psíquico. Não menos importante, mas pouco pontuado pelos ACS foram os fatores genéticos e hereditários. O que pode ser justificado diante do fato que compreender transtorno mental como hereditário assume uma roupagem fatalista, visto que nesta perspectiva não se pode interferir na gênese. E ao indivíduo cabe o estigma e a dependência do meio (ALBUQUERQUE; CABRAL, 2015).

Leite (2012) pesquisou as representações dos profissionais psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros da rede pública do município de Campina Grande- PB. Confirmou a persistência da concepção organicista, refletida no uso de termos como hereditariedade e genética. Também verificou influência da psicanálise por meio da referência a estrutura psíquica deficitária. Tais dados remetem a etiologia da doença mental. No que se refere a sua manifestação, Leite (2012) identificou a noção de periculosidade associada com a emoção de medo, especialmente nos momentos de crise, e nos casos de personalidade perversas, a que se infere psicopatia.

Em pesquisa com profissionais atuantes em um Hospital Geral no Pará, Carvalho e Lins (2015) evidenciaram a associação da loucura a um distúrbio multicausal (hereditariedade, relações familiares, ambiente, etc.); que quando desencadeado deixa a pessoa transtornada, fora de si, alienada do mundo. Os profissionais investigados também associaram a loucura com questões éticas e morais, já que a conceberam como um erro, como algo desviante da norma estabelecida socialmente. E igualmente relacionaram a loucura com questões espirituais, especialmente no referente a etiologia.

Pode-se considerar nos artigos revisados a tendência dos profissionais da área da saúde em representar a doença mental em dois âmbitos: etiologia e manifestação. Sendo a primeira relacionada com mais frequência a fatores biológicos/ orgânicos. Enquanto que a manifestação foi mais associada à área social, no sentido de romper com os padrões e normas culturais estabelecidos.

b) REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL OU EM SOFRIMENTO PSÍQUICO

Os resultados agrupados nesta categoria são retratados na tabela que segue:

Autor(es) e Ano	Amostra e Local	Resultados: pessoa com transtorno mental ou em sofrimento psíquico
Kodato; Viettal (2001)	Enfermeiros especializando em enfermagem psiquiátrica; São Paulo.	Etiologia: caráter biológico. Manifestação: âmbito social, moral.
Cavalheri; Jesus; Merighi (2007)	Egressos enfermagem; São Paulo.	Manifestação: periculosidade, imprevisibilidade (infância); pessoa que precisa de ajuda (experiências, formação).
Carvalho; Lins (2015)	Profissionais atuantes em hospital geral; Pará.	Manifestação: periculosidade, agressividade, perda auto-controle.

Tabela 03: Resultados RS da pessoa com transtorno mental ou em sofrimento psíquico.

Kodato e Viettal (2001) em pesquisa com enfermeiros discentes em enfermagem psiquiátrica também apreenderam representações em torno da pessoa com transtorno mental. Esta foi considerada como desviante, no sentido de divergir por meio de seus comportamentos do que é prescrito socialmente; e, como falha genética. Novamente os autores obtiveram dados que apontam para a etiologia (falha genética) e para a manifestação (desviante) da doença mental. A pessoa com transtorno mental também foi representada como carente (de afeto, de atenção, de respeito, de cuidado, etc.), e, como um ser igual aos demais, mas que necessita de cuidados diferentes. Os autores (2001) ainda evidenciaram que a maioria dos sujeitos pesquisados discriminam quão tênue é o limite que separa o normal do patológico, reconhecendo assim, a possibilidade da própria loucura.

Em pesquisa com egressos de enfermagem de uma Universidade particular do interior do estado de São Paulo, Cavalheri, Jesus e Merighi (2007) identificaram que as percepções acerca do doente mental têm sua matriz nas vivências infantis. Isso porque os sujeitos pesquisados com frequência faziam associações da pessoa mentalmente doente com comportamentos de imprevisibilidade e periculosidade que lhes eram relatados por familiares em suas infâncias. Todavia, no decorrer da pesquisa observaram o surgimento de uma nova lógica em torno do doente mental, que passou a se concebido como uma pessoa que precisa de ajuda. Entretanto, embora a percepção tenha sido reelaborada, notaram que permanece a associação com o sentimento de medo.

Carvalho e Lins (2015) em sua pesquisa com profissionais de um Hospital Geral no Pará obtiveram resultados que se coadunam com a investigação supracitada. Evidenciaram que para a amostra o louco é representado como inconsequente, sem auto-controle, podendo ser violento, sendo assim, associado com emoções de medo e insegurança. O louco também foi concebido como uma pessoa que necessita de contenção, especialmente dos comportamentos desviantes (agressividade e agitação), com vista a sua normalização.

Considera-se que os dados obtidos nas pesquisas analisadas indicam que as representações sociais dos profissionais da saúde acerca da pessoa em sofrimento psíquico se encontram enraizadas na lógica manicomial- modelo asilar, e, são associadas com maior frequência as manifestações comportamentais. As quais geram desconforto social e são tomadas como uma necessidade de controle.

c) REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DAS PRÁTICAS DE CUIDADO

Cabe brevemente esclarecer os modelos biomédico e psicossocial que por fundamentarem a assistência em saúde mental permearam a forma como esta categoria foi analisada. O primeiro, também denominado curativo, se fundamenta no pensamento cartesiano de separação entre mente e corpo. Descartes introduziu a ideia de que o corpo é uma máquina que pode ser completamente entendido em termos da organização e do funcionamento das peças: uma analogia com o relógio e suas engrenagens. O tratamento é centrado na patologia, na descrição de suas

manifestações físicas, restringindo-se ao orgânico de modo mecanicista (CAPRA; 1982, apud BARROS; 2002).

Em contrapartida o modelo psicossocial, o qual serve de referência ao Sistema único de Saúde- SUS, permite que a doença seja compreendida a partir da interação do orgânico com o social, ambiental, psicológico e emocional. Neste sentido, a compreensão do ser humano necessita considerar o seu contexto (cultural, histórico, socioeconômico, orgânico, psicológico, ambiental) e a influência dinâmica entre os mesmos (FAVA; SONINO, 2008). O foco do tratamento passa a ser o sujeito, enquanto a enfermidade é posta entre parênteses.

"Se a doença é colocada entre parênteses, o olhar deixa de ser exclusivamente técnico, exclusivamente clínico. Então, é o doente, é a pessoa o objetivo do trabalho, e não a doença. Desta forma a ênfase não é mais colocada no 'processo de cura', mas no processo de 'invenção da saúde' e de 'reprodução social do paciente' " (Amarante, 1996).

Os resultados obtidos nesta categoria a partir dos artigos revisados são demonstradas na tabela abaixo:

Autor(es) e Ano	Amostra e Local	Resultados: práticas de cuidado
Brito; et. al. (2008)	Trabalhadores de um serviço substitutivo; Belo Horizonte- MG.	Modelo psicossocial: trabalho interdisciplinar, horizontalidade nas relações, subjetividade do usuário.
Fernandes; et. al. (2009)	Acadêmicos de enfermagem atuantes em um Hospital-Dia; Natal-RN.	Modelo psicossocial: família (causa e consequência); diversas estratégias de enfrentamento (medicação, psicoterapia, religiosidade, etc.).
Hernández; Kantorski; Pinho (2010)	Trabalhadores de um CAPS; Região Sul- BR.	Modelo psicossocial: família (“parceira” no cuidado; necessita de “retaguarda”).
Barros; Leão (2011)	Trabalhadores de um CAPS II; São Carlos- SP.	Modelo asilar: inclusão restritiva ao espaço do serviço; ausência de interação com o território; verticalidade nas relações.
Brasil; Costa; Jorge (2012)	Trabalhadores de um CAPS I; Fortaleza- CE	Modelo psicossocial: atividade física, família, acolhimento, atenção.
Debastiani; et. al. (2012)	Profissionais atuantes em grupos de saúde mental na atenção básica; RS.	Modelo asilar: medicação, profissionais psi (fragmentação), ausência de interação com território, não realização PTS, não discussão de casos.
Castro; et. al. (2012)	Trabalhadores de hospitais gerais; Porto Alegre- RS.	Modelo asilar: procedimentos biomédicos; usuário tido como passivo; ausência de acolhimento; rapidez no atendimento.
Carvalho; Lins (2015)	Profissionais atuantes em hospital geral; Pará.	Modelo asilar: medicação.

Tabela 04: Resultados RS das práticas de cuidado.

Nesta categoria, a qual aborda as práticas de cuidado, incluem-se pesquisas sobre as representações da assistência propriamente dita e sobre práticas de inclusão social. Isso por se considerar que dentro de uma perspectiva psicossocial sintonizada com a reforma psiquiátrica a inclusão social faz parte do cuidado.

Brito et al (2008) em pesquisa com trabalhadores atuantes a mais de um ano em um serviço substitutivo de saúde mental da cidade de Belo Horizonte- MG obtiveram representações condizentes com o modelo de atenção psicossocial. Evidenciaram que os profissionais tem clareza da importância de um trabalho interdisciplinar, já que compreendem a complexidade do cuidado a pessoa em sofrimento psíquico. Os autores (2008) igualmente apreenderam concepções dos profissionais de horizontalidade nas relações, não apenas entre a equipe, mas também com usuários e familiares. Ainda denotaram que a amostra investigada tem clareza da importância de se considerar a subjetividade do usuário, para que o mesmo tenha sua identidade preservada e constantemente construída, mas não generalizada (categoria loucos).

Fernandes et al (2009) pesquisaram discentes de enfermagem atuantes em um Hospital Dia em Natal- RN. Identificaram representações da família como elemento central da prática de cuidado, sendo associada com relações de parentalidade, lações de amizade e adoecimento. Neste sentido, à família é atribuído duplo papel de responsabilidade: causa (adoecimento) e consequência (cuidado). Os autores (2009) também apreenderam percepções de estratégias de enfrentamento que os familiares lançam mão: religiosidade, psicoterapia, o diagnóstico enquanto rótulo, a busca por causas ambientais/ genéticas, etc. Esse dado permite uma reflexão acerca da atenção integral ao sujeito, pois considerar o usuário em sua integralidade é conhecer e respeitar suas necessidades e a(s) forma(s) como as enfrenta.

Em pesquisa com trabalhadores de um CAPS da região Sul do Brasil Hernández, Kantorski e Pinho (2010) apreenderam a representação da família como “parceira” no tratamento da pessoa com transtorno mental ou em sofrimento psíquico. Tal percepção demonstra que os profissionais reconhecem a importância de co-responsabilizar os familiares, refletindo no desenvolvimento de atividades voltadas para o grupo familiar. Seguindo essa linha de pensamento os trabalhadores conceberam a família como uma instituição que necessita de “retaguarda”, ou seja, que atente para suas dificuldades e possível sofrimento. Por outro lado, a família

também foi representada como um grupo de desinteressados, justificando a pouca participação familiar em mobilizações sociais. Assim se pode denotar concepções controversas em torno da participação da família no cuidado ao membro com transtorno mental, sendo a mesma ora tomada como aliada e ora como vilã (HERNÁNDEZ; KANTORSKI; PINHO, 2010).

Barros e Leão (2011) pesquisaram trabalhadores de um CAPS II do município de São Carlos-SP, e, apreenderam que representações de inclusão social como trocas afetivas e sociais, porém, restritas ao espaço institucional. Os profissionais consideraram que o serviço do Caps oferece acolhimento, atenção, cuidado, e, somente nesse espaço os usuários são realmente inclusos. Tal dado permite a reflexão de que não basta o fechamento dos manicômios para que a reforma psiquiátrica se concretize. Os trabalhadores precisam ser cautelosos para que suas condutas não transformem os serviços substitutivos em formas camufladas de institucionalização. Uma prática que não promove inclusão social para além de si, não pode ser considerada como uma ação inclusiva.

“[...] estar na comunidade não significa melhoria da condição de vida, e o sofrimento permanece. Portanto, é necessária uma desconstrução de manicômios presentes no interior de cada profissional, assim como no próprio sistema, como um todo (PEREIRA, 2003).”

Na pesquisa de Barros e Leão (2011) as práticas de inclusão social também foram associadas com normalidade social, no sentido de realização de atividades cotidianas aceitas e esperadas pela sociedade. O trabalho foi citado pelos trabalhadores do Caps como um fator integrativo, especialmente pelo retorno financeiro. Esse dado se coaduna com a investigação de Dias (2011), que por meio de um estudo de caso com paciente esquizofrênico verificou que ter uma renda impactou positivamente na dinâmica familiar, reduzindo significativamente as brigas entre os membros do grupo e desconstruindo a concepção do doente mental enquanto ônus financeiro. Dessa forma se justifica e se pontua a relevância das oficinas de geração de renda e concessões de benefícios financeiros por incapacitação, como o BPC/LOAS³.

BPC/LOAS- Benefício da Prestação Continuada da Lei Orgânica da Assistência Social: é a garantia de um salário mínimo mensal ao idoso acima de 65 anos ou ao cidadão com deficiência física, mental, intelectual ou sensorial de longo prazo, que o impossibilite de participar de forma plena e efetiva na sociedade, em igualdade de condições com as demais pessoas. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/servicos-aocidadao/todos-os-servicos/beneficio-assistencial-bpc-loas/>>. Acesso em: 10 out. 2015.

As autoras (2011) também inferiram a tendência dos trabalhadores de se auto-intitularem modelos de referência para os usuários, especialmente no que se trata da normalidade social (vestimentas, alimentação, postura, atividades domésticas, lazer, etc.). Resultado este que vai de encontro com a ideia de horizontalidade nas relações tal como preconizado pela reforma psiquiátrica. Pois ao configurar um modelo de imitação o profissional estabelece relacionamentos hierárquicos e desconsidera a subjetividade do sujeito de sua atenção. Conforme Barros e Leão (2011) apenas uma pequena parcela da amostra considerou que uma prática inclusiva é aquela que acolhe a diferença, que respeita a individualidade e objetiva o desenvolvimento da autonomia. Assim, se pode observar uma confusão dos trabalhadores em atuarem de acordo com a nova política em saúde mental.

Brasil, Costa e Jorge (2012) por meio de uma pesquisa com trabalhadores de um CAPS I de Fortaleza- CE denotaram representações do cuidado em saúde como exercício (físico) e prevenção. Quando o estímulo é apenas o termo cuidado este é associado com as palavras atenção e compreensão. Saúde mental é representada como trabalho (ocupação), lazer e exercício (físico). Quando o estímulo é apenas o termo saúde este é associado com exercício (físico) e família. O CAPS é representado como profissionais (equipe), acolhimento e apoio. Pode-se denotar a ênfase significativa que os trabalhadores atribuíram à atividade física, e, secundariamente a família, ao trabalho, a atitudes de acolhimento. Tais dados podem ser tomados como reflexos de novas concepções em torno das práticas de cuidado, que com intuito de fornecer uma atenção integral ao usuário lançam mão de diferentes estratégias terapêuticas.

Debastiani et al (2012) em pesquisa no estado do Rio Grande do Sul com profissionais atuantes em grupos de saúde mental na atenção primária, consideraram que os dados obtidos indicaram para a coexistência dos dois modelos de atenção: asilar e psicossocial. Pois ao mesmo tempo em que as intervenções se dão coletivamente (grupos), o tratamento é vinculado com a medicalização e com profissionais *psi*, o que reforça uma prática fragmentada. Debastiani et al (2012) também constataram a carência de espaços disponíveis para a troca entre os profissionais para a condução dos casos. Igualmente evidenciaram o desconhecimento dos trabalhadores acerca dos serviços especializados e recursos

comunitários acessíveis e relevantes para a construção do projeto terapêutico singular⁴.

Trabalhadores de três hospitais gerais da cidade de Porto Alegre- RS foram pesquisados por Castro et al (2012). Denotaram que os três hospitais utilizam o acolhimento com classificação de risco, tal como proposto pela Política Nacional de Humanização. Evidenciaram uma prática predominantemente de procedimentos biomédicos para com um usuário passivo, o clássico *paciente*. O que remete a ideia cartesiana de separação entre corpo e alma. Castro et al (2012) identificaram a associação da prática com os termos: rápido, efetivo e estabilizado. O que reflete uma pressão por conter qualquer ato que possa trazer risco de vida. O pouco tempo e a agilidade no atendimento não permitem espaço para o encontro- palavra-chave quando se trata de acolhimento. Com foco nos sinais vitais e sem espaço, tempo e preparo dos profissionais para acolher, o foco do atendimento passa a ser colocar o maior número de soldados de volta a batalha. Essa analogia permite refletir que as práticas em saúde tem se dedicado a pôr os corpos de volta aos seus lugares no sistema social de produção, servindo mais à continuidade de um funcionamento social e econômico instituído do que à proteção e cuidado da vida (CASTRO ET AL, 2012).

Carvalho e Lins (2015) em pesquisa com profissionais de um Hospital Geral no Pará denotaram que o tratamento dedicado a pessoas com transtorno mental ou em sofrimento psíquico se embasa no modelo biológico, hospitalocêntrico e medicamentoso, especialmente durante intervenções nos momentos de crise.

Pode-se considerar que os artigos revisados indicam para a coexistência dos modelos de atenção biomédico/curativo e psicossocial, os quais sustentam a assistência prestada. Assim, são encontradas práticas asilares dentro de serviços que deveriam ser sua substituição. Uma hipótese elencada para justificar a ambiguidade nas representações é a transição de paradigmas (biologizante para o psicossocial), visto que os mesmos determinam as visões de mundo (representações) e decorrentes ações e estratégias de tratamento (FURLAN, KODATO, VIETTA; 2001). Cabe ressaltar que a lógica manicomial foi construída desde a Antiguidade, e a desconstrução de crenças seculares é um processo lento.

⁴ Segundo a Política Nacional de Humanização o projeto terapêutico singular consiste em um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo. É resultado da discussão em equipe, portanto, construído entre profissionais, usuário e familiares, a fim de que as propostas de ações façam sentido para o sujeito da atenção (BRASIL, 2008).

Paulo Amarante em entrevista a Domingues (2014) critica que a reforma psiquiátrica tenha se reduzido a uma simples reforma de serviços. Mais do que implantar serviços substitutivos ao manicômio é necessário mudar as bases conceituais: as noções de doença, de terapia, de cura, de tratamento. Pode-se apreender que se fazem necessárias mudanças na forma como a doença mental, saúde e tratamento são representados, visto que as representações direcionam comportamentos. E se tratando de profissionais da saúde, determinam a assistência prestada. Neste sentido o jornalista norte-americano Robert Whitaker defende que:

“É preciso reconceber o que é ter um problema mental. Devemos ver os problemas mentais como uma coisa humana, que pode acontecer a qualquer um, sem a divisão entre pessoas normais e pessoas com problemas mentais, com reconhecimento da nossa capacidade de passar por situações difíceis e superá-las.” (WHITAKER apud DOMINGUES, 2014, p 12).

Amarante ao ser entrevistado por Domingues (2014) também fez menção a desmedicalização. Defendeu que não se trata apenas de diminuição da medicação, mas essencialmente de diminuir a apropriação que a medicina faz da vida cotidiana, o discurso médico sobre a vida. A expressão ‘medicalização’ foi cunhada nos anos 70 por Ivan Illich ao alertar que a ampliação do poder médico minava as possibilidades das pessoas lidarem com os sofrimentos e perdas decorrentes da própria vida, transformando as dores da vida em doenças. Nessa epidemia de diagnósticos, o mundo e a vida são olhados por prismas em que o que não se enquadra nos padrões e normas estabelecidos é doença a ser tratada, medicada. Uma vez classificadas como “doentes” as pessoas tornam-se consumidoras de exames, tratamentos, medicamentos, terapias, e transformam seu corpo e sua subjetividade em problemas (CFP, 2011).

Para Amarante (2014) é limitada a ideia de uma reforma psiquiátrica que considera apenas a reforma de serviços. O que ele defende é uma reforma da cultura, visto que “[...] é culturalmente que pessoas demandam manicômio, exclusão, limitação do outro” (AMARANTE, 2014, p. 14). É preciso que se transforme a relação da sociedade com a loucura. E mudar cultura é um processo longo, muito demorado.

3. CONCLUSÕES

Pode-se considerar que as representações sociais de trabalhadores da área da saúde acerca do fenômeno loucura/doença mental puderam ser agrupados em três categorias: representações sociais da loucura/doença mental; representações sociais da pessoa com transtorno mental ou em sofrimento psíquico; e, representações sociais das práticas de cuidado.

A respeito da loucura/doença mental se pode concluir por meio dos artigos revisados que as representações sociais dos trabalhadores remetem a etiologia e a manifestação do fenômeno referido. No que diz respeito a etiologia, se pode inferir que a mesma foi relacionada com maior frequência a fatores biológicos/orgânicos. Enquanto que a manifestação foi mais associada com a área social, no sentido de romper com os padrões e normas culturais estabelecidos.

Considerou-se que as representações sociais dos trabalhadores da área da saúde acerca da pessoa com transtorno mental ou em sofrimento psíquico se encontraram enraizadas na lógica manicomial. Foram associadas com frequência maior as manifestações comportamentais (agressividade, imprevisibilidade), as quais por gerarem desconforto social são tomadas como necessárias de controle.

Referente às representações sociais das práticas de cuidado os artigos revisados apontaram para a coexistência dos modelos de atenção biomédico/curativo e psicossocial. Essa ambiguidade ideológica repercute em uma incoerência na assistência, pois se pode identificar práticas asilares em um serviço que deveria ser sua substituição.

A ambiguidade de significados relacionados a loucura e indiretamente a saúde mental, encontrados na bibliografia no período entre 2001 a 2015, o qual procede a legalização da reforma psiquiátrica, reflete o quão lento se dá esse processo, bem como a transição de paradigmas implicada. A educação pode ser tomada como um dos principais caminhos para se alcançar essa mudança paradigmática que demanda a reforma psiquiátrica. É por meio de uma formação e educação continuada dos trabalhadores da área da saúde que se possibilita uma prática calcada nos direitos humanos, na inclusão social, no vínculo terapêutico, na proximidade, na co-responsabilidade, na autonomia e na horizontalidade das relações.

Considerou-se que apesar da complexidade do objeto de pesquisa o estudo alcançou seu objetivo. Por meio da pesquisa bibliográfica verificou-se que o tema loucura é

bastante estudado. Todavia, se encontrou pouco material científico que relacionasse subjetividade ao adoecimento psíquico, bem como poucas publicações que abordem as representações dos trabalhadores da saúde acerca dos modelos de atenção. Deixam-se os mesmos como sugestões para estudos posteriores devido a relevância dos mesmos dentro da perspectiva da reforma psiquiátrica.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Paulette Cavalcanti de; CABRAL; Thamiris Maria Nascimento. Saúde Mental Sob a ótica de Agentes Comunitários de Saúde: a percepção de quem cuida. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, vol 39, n 104, jan/mar., 2015, p. 159-171. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000100159>. Acesso em: 03 Out. 2015.

AMARANTE, Paulo. *O Homem e a Serpente*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

BARBIERI, Liliane; et.al. Saúde Mental no Programa de Saúde da Família: conceitos dos agentes comunitários sobre o transtorno mental. *Rev Esc Enferm, USP*, São Paulo, vol. 41, n 4, dez, 2007, p. 567-572. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000400005>. Acesso em: 21 Jul. 2015.

BARROS, José Augusto C. Pensando o Processo Saúde Doença: a que responde o modelo biomédico? *Saúde e Sociedade*, v.11, n.1, 2002, p. 67-84. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v11n1/08>>. Acesso em: 02 Nov. 2015.

BARROS, Sônia; LEÃO, Adriana. Inclusão e Exclusão Social: as representações sociais dos profissionais de saúde mental. *Interface Comum. Saúde Educ.*, Botucatu, v. 15, n 36, jan/mar, 2011, p. 137-152. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext>. Acesso em: 21 Jul. 2015.

BRASIL, Eysler Gonçalves Maia; COSTA, Edmara Chaves; JORGE, Maria Salete Bessa. Representações Sociais de Usuários e Trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial da Região Nordeste. *Rev. Baiana de Saúde Pública*, v.36, n.2, abr/jun, 2012, p. 368-385. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2012/v36n2/a3232.pdf>>. Acesso em: 21 Jul. 2015.

BRASIL; Ministério da Saúde. *Secretaria de Atenção a Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRITO, Maria Jose Menezes; et al. A Reforma Psiquiátrica e a Assistência Prestada por Profissionais em um Serviço Substitutivo de Saúde Mental. *Reme- Rev. Min. Enferm*, v 12, n 4, out/dez, 2008, p. 494-500. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/293>>. Acesso em: 23 Jul. 2015.

CFP- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Carta Sobre Medicalização da Vida. In: _____. *Subsídios Para a Campanha Não à Medicalização da Vida*. 2011, p. 17-19.

CARVALHO, Jhéssyca Dias de; LINS, Cristina Bastos Alves. Um Hospital Geral e Suas Concepções da Loucura. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, v 18, n 2, jun. 2015, p. 383-393. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-47142015000200383&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 27 Set. 2015.

CASTRO, Diego Drescher de; et al. O Foco Míope: apontamentos sobre o cuidado à crise em saúde mental em emergências de hospitais gerais. *Polis e Psique*, v. 2, 2012, p. 73-94. Disponível em: < <http://seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/view/40322/25624>>. Acesso em: 03 Out. 2015.

CAVALHERI, Sivana Chorratt; JESUS, Maria Cristina Pinto de; MERIGHI, Míriam A. Barbosa. A Constituição dos Modos de Perceber a Loucura por Alunos e Egressos do Curso de Graduação em Enfermagem: um estudo com o enfoque da Fenomenologia Social. *Reben Rev Bras Enferm*, Brasília, v. 60, jan/fev, 2007, p. 09-14. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000100002&%20lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 Out. 2015.

COSTA, Augusto Cesar de Farias. Direito, Saúde mental e Reforma Psiquiátrica. In: ARANHA, Marcio Lorio (Org). *Direito Sanitário e Saúde Pública*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003, p. 135-167.

DEBASTIANI, Cinara; et al. Grupos de saúde mental na atenção primária à saúde. *Fractal-Rev. Psicol.*, v. 24, n. 2, mai/ago, 2012, p. 323-340. Disponível: <<http://www.uff.br/periodicoshumanas/index.php/Fractal/article/view/555>>. Acesso em: 03 Out. 2015.

DIAS, Marcelo Kimati. A Experiência Social da Psicose no Contexto de um Centro de Atenção Psicossocial. *Ciência &Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, abr, 2011,p. 2155-2164. Disponível em: < <http://www.scielo.org/pdf/csc/v16n4/v16n4a15.pdf>>. Acesso em: 27 Jul. 2015.

AMARANTE, P. Entrevista. [novembro de 2014]. Local: *Radis*, n 146, p. 14-17. Entrevista concedida a Bruno Dominguez.

DOMINGUEZ, Bruno. Novas Formas de Prisão. *Radis*, n 146, 2014, p. 10-13.

FAVA, Giovanni A., SONINO, Nicoletta. O modelo biopsicossocial: trinta anos depois. *Psychotherapy and psychosomatics*. n. 77, p.1-2, 2008. Disponível em: <http://w2.fop.unicamp.br/dos/psicologia_aplicada/downloads/Texto_Complementar1-1_Fava_e_Sonino_O%20modelo_biopsicossocial.pdf>. Acesso em: 03 out. 2015.

FERNANDES, Rafaella Leite; et al. Representações Sociais e o Papel Terapêutico dos Acadêmicos de Enfermagem. *Reben- Rev. Bras. Enferm.*,v. 62, n. 5, set/out, 2009, p. 663-669. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000500002>. Acesso em: 21 Jul. 2015

FURLAN, Reinaldo; KODATO, Sergio; VIETTA, Edna Paciência. Reflexões Sobre a Transição Paradigmática em Saúde Mental. *Rev Latino-am Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.9, n.2, mar/abr, 2001. P. 97-103. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692001000200014&script=sci_arttext>. Acesso em: 23 Set. 2015.

FOUCAULT, Michel. *História da Loucura*. São Paulo: editora perspectiva, 1978.

HERNÁNDEZ, Antonio Miguel Bañon; KANTORSKI, Luciane Prado; PINHO, Leandro Barbosa de. Reforma Psiquiátrica, Trabalhadores de Saúde Mental e a “Parceria” da Família: o discurso do distanciamento. *Interface- Comunc., Saude, Educ.* v 14, n 32, jan/mar 2010, p. 103-113. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000100009>. Acesso em: 24 Set. 2015.

JODELET, D. Representações Sociais: um domínio em expansão (L. Ulup, Trad.). In: _____. (Org.). *As representações sociais*. Rio de Janeiro: Eduerj, 2001, p. 187-203.

JUSTO, Ana Maria. *Representação Social*. Rio do Sul: UNIDAVI- PROPEX, 2012.

KODATO, Sergio; VIETTAL, Edna Paciência. Representações sociais de doença mental em enfermeiros psiquiátricos. *Rev, Psiq. Clín.* n 28, 2001, p. 233-242. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol28/n5/artigos/art233.htm>>. Acesso em: 21 Jul. 2015.

LEITE, Léa Dolores Gomes. Concepções e Práticas Profissionais Relativas à Doença Mental. *Rev.Bras. Ciências da Saúde*, v 16, n 1, 2012, p. 21-28. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/10003/7083>>. Acesso em: 27 Set. 2015.

MACHADO, Maria Christina Lousada. *Universo em Desencanto: conceitos, imagens e fantasias de pacientes psiquiátricos sobre loucura e ou doença mental*. Tese (Doutorado em Psicologia)- Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 1995.

MOSCOVICI, Serge. *La Psychanalyse, Son Image Et Son Public*. Paris: PUF, 1976.

PEREIRA, Maria Alice Ornellas. *A Reabilitação Psicossocial no Atendimento em Saúde Mental: estratégias em construção*. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica)- Escola de Enfermagem de Ribeirão preto, universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.