

CENTRO UNIVERSITÁRIO LEÃO SAMPAIO
CURSO DE PSICOLOGIA

JÂNIO COELHO DE OLIVEIRA

DOENÇA MENTAL E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

JUAZEIRO DO NORTE-CEARÁ
2018

JÂNIO COELHO DE OLIVEIRA

DOENÇA MENTAL E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Trabalho de conclusão de curso apresentado
à coordenação de Psicologia do Centro
Universitário Leão Sampaio, como requisito
para obtenção do grau de bacharel.

Orientador: Alex Figueirêdo da Nóbrega.

JUAZEIRO DO NORTE-CE
2018

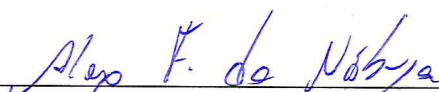
JANIO COELHO DE OLIVEIRA

DOENÇA MENTAL E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

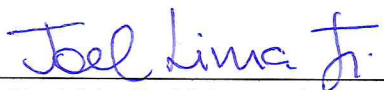
Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à coordenação do curso de
Psicologia do Centro Universitário Dr.
Leão Sampaio, como requisito para
obtenção de grau de Bacharelado em
Psicologia.

Aprovado em: 10 / 12 / 2018

BANCA EXAMINADORA



Prof. Me. Alex Figueiredo da Nóbrega
Orientador(a)



Prof. Me. Joel Lima Junior
Avaliador(a)



Prof.^a Ma. Moema Alves Macedo
Avaliador(a)

DOENÇA MENTAL E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Jânio Coelho de Oliveira¹
Alex Figueirêdo da Nóbrega²

RESUMO

Este estudo foi realizado a fim de compreender como a doença mental é representada socialmente, sob o prisma de estudantes da graduação de cursos da área da saúde de uma instituição de nível superior, localizada na cidade de Juazeiro do Norte, Ceará. Como método para a coleta de dados, utilizou-se o Teste de Associação Livre de Palavras e uma breve entrevista com os participantes, sendo as informações coletadas analisadas sob a perspectiva teórica da Análise de Conteúdo de Laurence Bardin. Esta pesquisa desenvolveu-se em caráter qualitativo e descritivo, na qual, buscou-se analisar os significados das respostas emitidas sobre a doença mental e o doente, bem como, compreender quais representações se têm destes. Os resultados demonstraram conceitos normativos relacionados ao estímulo “pessoa normal”, bem como ambiguidade entre normalidade e patologia para o estímulo “doença mental”. As respostas emitidas para o estímulo “CAPS” evidenciaram falta de clareza sobre a sua real função. Este artigo visa contribuir com estudantes, profissionais e pesquisadores para a reflexão sobre os impactos sociais da reforma psiquiátrica e os reflexos da vivência no serviço substitutivo CAPS, permitindo o pensar alternativas que favoreçam intervenções adequadas, sobretudo para o usuário, considerando que este é quem experimenta em maior parte os efeitos da sua própria condição psicossocial.

Palavras-chave: Representações Sociais, Doença mental, CAPS.

ABSTRACT

This study was carried out in order to understand how mental illness is represented socially, under the prism of undergraduate students of courses in the health area of a higher education institution located in the city of Juazeiro do Norte, Ceará. As a method for data collection, the Free Word Association Test and a brief interview with the participants were used, and the information collected was analyzed under the theoretical perspective of Laurence Bardin's Content Analysis. This research was developed in a qualitative and descriptive character, in which, it was sought to analyze the meanings of the responses emitted on the mental illness and the patient, as well as to understand which representations have of these. The results demonstrated normative concepts related to the "normal person" stimulus, as well as ambiguity between normality and pathology for the "mental illness" stimulus. The answers given to the "CAPS" stimulus showed a lack of clarity about its real function. This article aims to contribute with students, professionals and researchers to reflect on the social impacts of psychiatric reform and the reflexes of living in the substitutive service CAPS, allowing the thinking of alternatives that favor appropriate interventions, especially for the user, considering that this is the one who experiences the effects of their own psychosocial condition.

Key words: Social representations, Mental illness, CAPS.

1 Discente do curso de psicologia da UNILEÃO. Email: janiocoelho@hotmail.com

2 Docente do curso de psicologia da UNILEÃO. Email: alexfigueiredo@leaosampaio.edu.br

1 INTRODUÇÃO

Histórica e culturalmente a doença mental se concebe, no senso comum, como loucura, não obstante suas variadas formas de manifestação. Este fato desencadeou, até os dias de hoje, preconceitos sociais que dificultaram e dificultam a socialização do indivíduo adoecido, principalmente no período pré-reforma psiquiátrica. Pode-se entender esse fato como um acontecimento social.

É o acontecimento social e suas representações o objeto que a própria Psicologia Social se apropria. Neste sentido, a Teoria das Representações Sociais – TRS, se estabelece como objeto por excelência, elevando o pensamento social ao status de referência para esta ciência.

Moscovici (2015) alude a TRS, às representações geradas no senso comum. No cerne da TRS se estabelecem dois processos implícitos na formação das representações, nos quais ocorrem a nomeação do que é estranho, sem familiaridade, e a conversão do conceito em concretude, respectivamente, à *ancoragem* e a *objetivação*, a fim de que o novo se torne familiar. Estes conceitos estão envoltos no acontecimento social, assim, a TRS mantém laços estreitos com a Psicologia Social, já que as representações sociais são fenômenos tanto coletivos quanto individuais.

As representações emergentes atribuídas ao doente mental interferem diretamente nas relações que este estabelece com o outro e com o mundo, tais representações podem endossar preconceitos que marginalizam o ser doente, e se constroem a partir de uma visão hospitalocêntrica de acompanhamento.

Diante do exposto se faz oportuna a reflexão sobre as representações que afloram socialmente sobre a doença mental, a fim de que se possa pensar em práticas que desconstruam preconceitos e garantam ao sujeito adoecido o direito de ser e ao seu lugar no mundo. Assim sendo, é que se empreendeu este estudo, com o objetivo de analisar os significados das respostas emitidas sobre a doença mental e o doente, bem como, compreender quais representações se têm destes. Para tanto, utilizou-se do *Teste de Associação Livre de Palavras* e entrevista como método de coleta de dados, e da *Análise de Conteúdo de Bardin* como metodologia de análise.

Este artigo está estruturado em quatro tópicos, sendo a fundamentação teórica, na qual se apresenta a *Teoria das Representações Sociais*, discutindo o

contexto histórico do seu surgimento, a dinâmica representacional no meio social e os pressupostos desta teoria, além de conter reflexões sobre as dicotomias *saúde e doença*, e *normal e patológico* sob a discussão de alguns autores, tais como Foucault e Canguilhem; a metodologia, onde são apresentados os métodos de coleta e análise dos dados; a discussão dos resultados e, por fim, as considerações finais.

2 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS – TRS

2.1 CONTEXTO HISTÓRICO DO SURGIMENTO DA TRS

O mundo que se conhece hoje, se desenvolveu sobre bases científicas que propiciaram o alcance de sua própria compreensão e contibuíram significativamente para esse desenvolvimento. Todas as ciências forneceram aporte dentro dos seus respectivos campos de saber, para que teorias outrora concebidas como verdade pudessem ser aprofundadas, confirmadas, refutadas e/ou redescobertas a partir da implementação ou surgimento de novos conhecimentos.

Neste enredo, a Psicologia Social Moderna, enquanto ciência, surge, colocando à disposição a sua compreensão sobre o mundo e o homem, a partir da concepção experimental, em um contexto pragmático que valorizava o que era palpável e passível de experimentos, numa lógica materialista que se limitava ao biológico e permanecia para aquém do corpo humano. Neste sentido, o materialismo cientificista e o individualismo cartesiano constituíram fundamentalmente os dois pressupostos que assinalaram à Psicologia o status científico (GUARESCHI; ROSO, 2014).

O cenário em que a Psicologia emerge está envolto no enaltecimento do pragmatismo da eficiência e do funcionalismo prático e útil, bem como numa valorização do pensamento individual em detrimento da consciência coletiva. Sob este prisma, a ciência teria que ser experimental e o saber científico uma concepção singular que se distanciava do social por considerar a consciência popular inferior ao conhecimento científico.

Essa classificação valorativa estabelecida a partir das concepções de ciência e senso comum tem caráter reducionista e pode ser utilizada sob influência

ideológica e para este fim, a exemplo, Serge Moscovici (1925 – 2014) comenta sobre o modo que as sociedades capitalistas foram influenciadas pelas normas e atitudes de alguns economistas, dizendo:

Tudo o que é social é simplesmente excluído deste tipo de economia. [...] Como resultado de tudo isto, esta versão da economia concebe uma imensa área da conduta humana como *irracional, uma vez que, dentro de sua prática, tudo o que vai além do individualismo e tudo o que diverge um pouco de um modelo capitalista, entra, por definição, no domínio da irracionalidade* (MOSCOVICI, 2015, p. 125-126, grifo do autor).

Contudo, a concepção de irracionalidade nas elaborações e realizações coletivas já se encontrava em proeminência nas obras de alguns autores, reverberando por longo período e com resquícios até os dias de hoje. Como exemplo pode-se citar Sigmund Freud (1876 – 1939) que em 1921 publica a obra *“Psicologia das massas e análise do eu”*, que levava anos para escrever, fazendo uma análise da sociedade a partir do indivíduo e seus agrupamentos, tomando o social sob a influência da descrição leboniana da psiqué das massas. Na sua obra, Freud considera que há um embotamento na capacidade intelectual do indivíduo que compõe uma determinada massa, associando o comportamento coletivo a irracionalidade (FREUD, 2014).

Contrário a essa concepção de valor estratificado entre ciência e senso comum, que minimiza o social sob considerado prestígio do científico, Moscovici busca em Émile Durkheim (1858 – 1917) estabelecer diálogo a partir da releitura da sua obra sobre representações coletivas e toma o pensamento social como agente motor de constituição da realidade. De acordo com Castro (2014), Moscovici encontra na obra de Durkheim aporte para constituir um novo paradigma para as ciências humanas, sobretudo para a psicologia social.

É dessa inquietação intelectual que Moscovici inicia suas pesquisas, esgueirando-se do dualismo que hierarquiza o individual e o social, e volta-se a pensar numa teoria capaz de superar a dicotomia entre ciência e senso comum, mas que fosse também capaz de arcar com novos contextos sociais (GUARESCHI; ROSO, 2014). Nesta conjuntura, afloram as reflexões sobre o reducionismo científico, seguidas da crítica à psicologia social de raízes estado-unidenses que estava em evidência também na Europa, esta não era suficientemente capaz de conter em si o social sob suas múltiplas vertentes, sobretudo, era ineficiente na apreensão da realidade em que se encontrava.

Da concepção sobre o científico e o social e das ideias presente no seu constructo teórico, Serge Moscovici (2015, p. 117) entende a ciência como sendo “uma instituição social e, como tal, é um objeto de análise como qualquer outro, da mesma forma que os experimentos e seus sujeitos estão engajados na interação social como todos os demais”. Deste modo, se compreende que ciência e social estão adstritos, e considerar este como vulgar ou de menor valor e aquele como nobre ou elevado, bem como dissociá-los, resulta em um equívoco.

Ao tomar o pensamento coletivo como experiência empírica na qual, através dele o indivíduo age, constrói a realidade e com ela convive, Moscovici eleva o conhecimento social (CASTRO, 2014) atribuindo valor equivalente ao saber pragmático das ciências e a partir destas ponderações forja a *Teoria das Representações Sociais – TRS* como afirmação teórica do cotidiano, iniciando um novo modo de ver e compreender as ciências, com maior evidência na Psicologia Social.

2.2 REPRESENTAR: O QUE É.

A primeira publicação sobre a Teoria das Representações Sociais aconteceu em 1961, sob o título “*Psychanalyse, son image et son public*”, de Serge Moscovici, que comentava as representações que os franceses tinham da psicanálise. Em 1976, uma nova edição é lançada com reformulações substanciais, vindo a se tornar a literatura de referência para todos os que, por motivos diversos, necessitem recorrer a TRS, seja pesquisador ou crítico (JESUÍNO, 2014).

Com a emancipação do senso comum sob concepção teórica, o social ganha, convenientemente, campo como compreensão concreta do cotidiano, tendo como alicerce as representações que decorrem das produções e do pensamento coletivo. Neste sentido a teoria moscoviciana é, por assim dizer, o reconhecimento do saber popular como conhecimento legítimo, através do qual o homem age sobre o mundo e transforma o meio em que vive.

Segundo Jesuino (2014) representar algo, como um objeto ou estado, não é realizar uma mera repetição ou reprodução, mas é reconstituir, realinhar o que é representado alterando-lhe a matéria. É a partir da interação entre o conceito e a percepção, que surge o sentimento de realidade do que é abstrato e de uma abstração do que é material, o que possibilita o homem agir com aquele e seguir a

ordem estabelecida por esta.

As representações sociais não ocorrem de maneira estagnada, mas acontecem de modo dinâmico na interação do homem com o meio e são portadoras de uma dimensão crítica capaz de mediar transformações e mudanças (GUARESCHI; ROSO, 2014). Elas são carregadas de produção de sentido, ou são elas mesmas produtos dos sentidos que herdamos a partir das contradições e reflexões que emergem no dinamismo da atividade psíquica no contexto social.

De acordo com Moscovici (2015) ao se considerar o pensamento como ambiente permeado por todo tipo de informações tais como sons, palavras, imagens e ideias, o que ocorre em um tipo de afluência subliminar, pode-se entender as representações com duas funções fundamentais, a rigor, *convencionalizar* o representado, sejam pessoas, acontecimentos ou objetos, e *prescrever* no campo do pensamento o que deve ser pensado, ou seja, as representações exercem uma poderosa coação que determina o pensar.

Nesta perspectiva, as convenções que nos ocorrem têm a finalidade de adequar a informação captada, posicionando-a em uma categoria já dantes estabelecida e geralmente com um padrão definido. Aqui os novos elementos são classificados de acordo com um modelo pré-existente e assumem uma forma definitiva a partir de suas próprias representações.

Consoante a este raciocínio, compreende-se que o que é representado passa a ser ele próprio, paulatinamente, modelo para outros objetos que estejam no campo das representações. O autor ainda destaca que mesmo quando algum elemento não se enquadra nas categorias e modelos já estabelecidos, tende-se a impor a sua adequação a fim de que se favoreça a compreensão, ou seja, para que se compreenda o novo é necessário estabelecer uma relação de contiguidade com o que já é conhecido (MOSCOVICI, 2015).

Neste sentido, as representações demandam uma ação prescritiva que se impõe ao pensamento e determina o que é pensado. Paradoxalmente, o ato de pensar sob esta função, implica na não reflexão, ou seja, o pensamento, nesta acepção, é uma evocação imediata de uma representação que remete ao objeto representado. Por exemplo, se alguém diz que vai a um teatro, pode-se deduzir que essa pessoa vai assistir a uma peça. Esta conclusão não requer um raciocínio elaborado sobre o que é uma peça teatral, a dedução acontece imediatamente ao estímulo pela relação de contiguidade que se estabelece entre eles.

2.3 AS REPRESENTAÇÕES SOB PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

Segundo Guareschi e Roso (2014), as representações sociais têm uma dimensão crítica e transformadora que lhe é inerente e são dotadas de propriedades que possibilitam a compreensão e explicação dos fenômenos. A teoria estrutura de modo sistemático a descrição e análise das ocorrências no campo representativo, discutindo a relação entre indivíduo e sociedade.

Os pressupostos envolvidos nesse processo põem ao alcance da compreensão o meio pelo qual ocorrem as constituições representativas e quais parâmetros estão implícitos no processamento de informações e suas determinações no domínio social. Neste contexto as representações ocorrem sob dois mecanismos que Moscovici nomeia de *Ancoragem* e *Objetivação*.

A Ancoragem é o processo pelo qual o indivíduo apoia àquilo que lhe é desconhecido em uma categoria familiar, convertendo o conteúdo estranho em um símbolo comum. Para isso utiliza-se de padrões convencionais que reajustam a ideia ou objeto às características inerentes da categoria que irá albergar o conteúdo representado (MOSCOVICI, 2015).

O segundo processo por sua vez, a Objetivação, trata de dar concretude ao que é abstrato, ou seja, esse mecanismo eleva ao mundo real o que está no pensamento, tornando a ideia objetiva a partir da formação de imagens. Spink (1993, p.306) explica que objetivar envolve uma dinâmica composta por três etapas:

Primeiramente, a descontextualização da informação através de critérios normativos e culturais; em segundo lugar, a formação de um núcleo figurativo, a formação de uma estrutura que reproduz de maneira figurativa uma estrutura conceitual; e, finalmente, a naturalização, ou seja, a transformação destas imagens em elementos da realidade.

Estas três fases envolvem a apropriação do conhecimento, mediada por critérios resultantes da cultura, tendo como pano de fundo as experiências já vivenciadas; informações já existentes e armazenadas em dados, que são utilizadas para interpretar o que é estranho; e a aplicação natural que é quando o abstrato emerge ao mundo real, tornando-se cristalizado, concreto.

Representar é um fenômeno inerente ao humano, o qual não pode dele se esquivar e geralmente ocorre extrínseco ao campo da percepção, ou seja, ao representar, o sujeito não se dá conta que o faz. As representações são a causa/efeito implícitos na atividade do pensar, sendo concebidas sob um sistema

próprio de intervenções e categorias que se relacionam entre si e lhes dão vida (MOSCOVICI, 2015).

Por fim, a Teoria das Representações Sociais ocupa um amplo espaço da dimensão social, não pertencendo somente a um ramo do saber, mas o seu caráter transdisciplinar permite que campos distintos do conhecimento possam dela se apropriar na busca da compreensão do homem e como este constrói a sua identidade e constitui a sua subjetividade no domínio individual e coletivo. Neste sentido, a saúde mental dela se apropria como ferramenta de percepção e compreensão da realidade, quer seja numa concepção coletiva e social, ou na constituição de definições sobre saúde – doença e normal – patológico, contribuindo para dirimir lacunas conceituais e ampliar o entendimento sobre os processos da experiência mórbida.

3 REFLEXÕES SOBRE OS DUALISMOS SAÚDE E DOENÇA, NORMAL E PATOLÓGICO.

O comportamento humano é marcado por regras que normatizam o viver em sociedade, sendo influenciado pelo contexto cultural de cada lugar. As normas comportamentais têm caráter exclusivo e se impõem ao indivíduo com força avassaladora, uma vez que, destes, espera-se que ajam de acordo com a cultura a qual estão inseridos, pois o comportamento desviante é estranho e, portanto, visto como alheio a sociedade, que tende a reprovar e enjeitar o que não considera adequado. Deste prisma, aquele que não se ajusta está fadado a uma marginalidade gregária, quer seja ideológica, social ou de classe.

Essa característica exclusiva do ideal social requisita indivíduos mentalmente capazes de lidar com as exigências da sociedade, principalmente nas grandes cidades, conforme expõe Santos (2013), onde excluídos pela economia urbana constituem a população pobre que ocupa as periferias, os quais são, sobretudo, emigrados da zona rural que sofrem com a ausência de categorias mentais que são necessárias para a compreensão dos modos de vida nos grandes centros. Nesta perspectiva Fonseca e Jaeger (2012) explicam que o processo de desenvolvimento urbano e do trabalho é marcado paralelo ao do desenvolvimento social do homem e, junto a esses, o procedimento de preterir aqueles considerados mentalmente incapazes.

Não é intuito deste artigo se aprofundar na conjuntura histórica do sistema asilar, contudo, uma singela contextualização a partir de Foucault, nos ajudará a resgatar os precedentes do atual cenário em que se encontram os doentes mentais e estabelecer relação entre este contexto e as designações da doença mental hoje.

Michel Foucault (1926-1984), filósofo francês, ao escrever uma de suas obras mais célebres, dedica-se a discorrer sobre o enredo em que a loucura se desdobra na história, lançando-a em 1972 sob o título “História da Loucura na Idade Clássica”. Nesta, Foucault se empenha, em parte da narrativa, a escrever sobre o nascimento dos “hospitais gerais” no século XVII, os quais surgiram a partir da “reciclagem” dos antigos leprosários que se encontravam vazios com o desaparecimento da lepra.

Estas instituições abrigavam confinados os excluídos e marginalizados de diversas categorias: pobres, criminosos, doentes incuráveis e doentes mentais, além de outros. Não obstante a sua finalidade pareça ser outra, a razão que enclausura estes grupos de pessoas permaneceu, ou seja, ao se institucionalizar o que é considerado marginal, se estabelece um limite entre o cidadão com aquiescência para gozar dos seus direitos, e o não cidadão, exercendo sobre este um controle que limita o acesso a direitos, como por exemplo, o de ir e vir.

Os hospitais gerais se conservaram, mesmo por anos vazios, marcados pelos estigmas e representações advindos dos anos da sua história como leprosários. Tais estigmas foram transferidos aos seus novos abrigados. Foucault (1972, p. 9) destaca que:

Aquilo que sem dúvida vai permanecer por muito mais tempo que a lepra, e que se manterá ainda numa época em que, há anos, os leprosários estavam vazios, são os valores e as imagens que tinham aderido à personagem do leproso; é o sentido dessa exclusão, a importância no grupo social dessa figura insistente e temida que não se põe de lado sem se traçar à sua volta um círculo sagrado.

Este paradigma cultural que envolve os asilados nos hospitais gerais do século XVII, lhes atribuindo características e valores imbuídos da história do lugar, reverbera por longo período atravessado pelo estigma, com resquícios até os dias de hoje, permanecendo também vestígios do seu modelo segredador, que infligia restrição aos indivíduos considerados atípicos.

Ao se isolar por meio do confinamento o indivíduo insólito, é renegado a este a condição de cidadão, sem direito a fazer parte do meio social, portanto, impedido de assumir alguma atividade em sociedade. De acordo com este entendimento,

Alverga e Dimenstein (2005) expõem que a lógica asilar exerce uma função normativa de controle social, destarte, se estabelece um parâmetro que insere, sobretudo, os doentes mentais de toda sorte, os quais são enquadrados em um sistema que marca os limites entre o normal e o anômalo.

É imprescindível ressaltar que a doença mental ganha sentido a partir do contexto cultural a qual se insere. Neste sentido, Foucault (2008) comenta que o significado e reconhecimento da doença se dá quando determinada cultura identifica e lhe confere tal caráter. Ou seja, o que se considera como doença em um determinado lugar, pode, em outro cenário, ser um atributo natural de indivíduos, por mais que pareçam excepcionais.

Um povo determina através da sua cultura um padrão de comportamento que, via de regra, deve ser seguido por todos os membros da sociedade, assim sendo, a doença se define em relação a esse padrão, isto é, o desvio à regra insinua um comportamento patológico e, conseqüentemente, periférico (FOUCAULT, 2008).

Atualmente a definição de doença mental é atravessada pela discussão sobre o que determina o normal e o patológico numa dada sociedade, entretanto, a despeito do caráter fragmentário desse debate, é elementar que ao se abordar a doença mental e suas concepções, se tome como ponto de partida esta discussão, contudo, sem se abster da reflexão crítica e sem desconsiderar os fatores psíquicos e subjetivos do sofrimento mental.

Neste sentido, Sadock e Sadock (2007) expõem o vácuo nas tentativas teóricas de se definir os limites entre saúde e doença, salientando que ao se entender o normal a partir de padrões de comportamento, incorre-se em concepções judicativas e usos de termos ambíguos que podem variar de sentido de uma cultura para outra. Para esses autores a definição da Organização Mundial da Saúde - OMS para *normalidade*, também é insuficiente para abranger o próprio conceito de saúde, pois a concepção de um completo bem estar biopsicossocial, é utópica e recai em numa definição de ausência de doenças.

Teóricos de classes distintas se empenharam por conceituar a normalidade apresentando enfoques diferentes a questão; os conceitos parecem convergir e se complementarem em pontos distintos, a despeito da autonomia teórica e conceitual elaborada por cada autor. Isto posto, percebeu-se quatro perspectivas funcionais em que tais conceitos confluem, forjadas por Daniel Offer e Melvin Sabshina. Estas perspectivas se explicam como sendo: (1) *normalidade como saúde*, que é a

concepção médica psiquiátrica da saúde e dos processos de adoecimento. Nesta acepção a saúde é presumida com a ausência de sinais e sintomas; (2) *normalidade como utopia*, a qual alude a um funcionamento ideal dos diferentes elementos que constituem um indivíduo; (3) *normalidade como média*, que baseia-se numa abordagem normativa com princípios estatísticos na qual se supõe que há um todo com um epicentro normal e periferias anormais; e por fim, (4) a *normalidade como processo*, que dá ênfase as mudanças e processos para, assim, definir o que é normal (SADOCK e SADOCK, 2007).

Canguilhem (2009) ressalta que decorre de uma evolução das ideias médicas, mudanças no pensamento sobre o normal e o patológico, culminando numa teoria de suas relações. De acordo com esta, as manifestações mórbidas são alterações quantitativas dos eventos fisiológicos condizentes. Se tomarmos esse entendimento na concepção da saúde mental, pode-se dizer que a patologia ocorre no excesso ou na carência dos fenômenos mentais.

As linhas que dividem essas duas extensões do ser humano permanecem um tanto difusas, não obstante manuais de psiquiatria, tais como o CID e o DSM, emoldurarem os transtornos psicológicos, uniformizando os sintomas e modos de ocorrência destes. A vivência dos fenômenos mentais é subjetiva, portanto, impossível de se definir com precisão uma linha que estabeleça o limite entre normal e patológico e que seja universal, contudo, os conceitos de saúde e doença se abrem como um leque sob as diversas perspectivas a eles empregados, e é na relação multiprofissional e interdisciplinar, no manejo prático do cuidado e atendimento ao doente e da prevenção e promoção da saúde, sobretudo no contexto da saúde coletiva, que melhor se observa ambos os estados e se identifica mudanças nestes.

5 METODOLOGIA

5.1 Classificação da pesquisa

O contexto da pesquisa social é perpassado pela pluralidade estabelecida no campo gregário das relações. Neste sentido, Uwe Flick destaca a sua relevância, dada a capacidade de apreender os significados e sentidos dos diversos âmbitos da vida, sobre os quais as metodologias tradicionais encontram limitações. Assim

sendo, por delinear os significados apreendidos da doença mental para o público participante, é que esta pesquisa assume caráter qualitativo, considerando, sobretudo, os pontos de vista subjetivos quanto ao objeto de estudo desta (FLICK, 2009).

Dado o objetivo de levantar as representações a cerca da variável pesquisada e apresentar o fenômeno estudado em relação aos dados obtidos na coleta, esta pesquisa se insere, segundo o caráter da sua aplicação, no tipo descritiva. Gil (2017) explica a pesquisa descritiva como sendo a que tem por finalidade apresentar e descrever os traços característicos de uma determinada população, fazer relação entre variáveis, ou apreender pontos de vista, concepções e crenças de uma determinada população.

5.2 Campo de realização da pesquisa e amostragem.

Para efeito desta pesquisa, realizou-se a coleta de dados com uma amostra composta por um total de dez pessoas, com faixa etária compreendida dos 17 aos 27 anos. Os participantes são estudantes do ensino superior dos cursos de enfermagem (3), fisioterapia (4) e odontologia (3), em períodos da graduação que variam do 1º ao 10º, de uma Instituição de Ensino Superior localizada na cidade de Juazeiro do Norte, Ceará.

Optou-se por estudantes de áreas da saúde que integram o contexto da saúde coletiva, sendo a escolha dos cursos supracitados e a quantidade mencionada, de acordo com o critério de *amostragem de conveniência*, “que se refere à seleção daqueles casos mais acessíveis sob determinadas condições” (PATTON, 2002, apud FLICK, 2009 P. 125).

5.3 A coleta de dados.

Utilizou-se como método de coleta de dados o Teste de Associação Livre de Palavras – TALP, que, segundo Bardin (1977), tem a finalidade de fazer emergir através das palavras evocadas, as associações em relação ao objeto de estudo da pesquisa. Após a aplicação do teste, foi realizada uma breve entrevista estruturada em cinco perguntas sobre as respostas emitidas.

A aplicação do teste se deu individualmente com cada participante. Como

instrumentos, foram utilizados ficha de coleta de dados individual para cada estímulo chave, folha de entrevista, caneta e um gravador. Dada as instruções, se fez previamente uma simulação com o participante, onde um foi enunciado o estímulo neutro “casa”, afim de que se familiarizasse com o método do teste, conforme recomendam Coutinho e Bú (2017), para em seguida proceder com a técnica, emitindo as palavras-estímulo: *pessoa normal*, *doença mental* e *CAPS*. Foram considerados, para efeito da pesquisa, apenas os testes que tiveram no mínimo 2 respostas para cada estímulo.

5.4 Elaboração das categorias de análise.

A fim de atender aos objetivos desta pesquisa e responder o problema proposto, optou-se pela *Análise Categorical de Conteúdo* dos dados. Bardin (1977) explica que este tipo de análise cumpre o procedimento sistemático e objetivo de tratamento das informações colhidas, podendo ser tanto uma análise dos significados, quanto dos significantes.

Para garantir a validade da análise, procedeu-se a formação das categorias segundo as regras da (1) *homogeneidade*: que agrupa os dados segundo a isonomia de sentido; (2) *exaustividade*: que é o esgotamento da totalidade das informações; (3) *exclusividade*: que garante que um mesmo elemento seja classificado apenas em uma categoria; (4) *objetividade*: que é a convergência de codificadores em um mesmo resultado; e (5) *pertinência*: que é a adaptação ao conteúdo e objetivo (BARDIN, 1977).

Silva e Fossá (2015, p. 8) expõem “que não existem 'regras' tanto para a nomeação das categorias, quanto para a determinação do número de categorias, essas questões ficam contingentes a quantidade do *corpus* de dados coletados anteriormente”. Todavia as categorias foram elaboradas segundo a os campos semântico e associativo das respostas evocadas no *Teste de Associação Livre de Palavras* e nas *palavras-chave* surgidas na entrevistas e de acordo com a frequência de repetição das palavras. Considerou-se como palavras-chave as que apontavam para as representações relacionadas aos estímulos emitidos no teste.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Apresentação das categorias iniciais e intermediárias.

Seguindo os critérios supraditos, constituiu-se um total de 20 categorias iniciais que norteiam o escopo da análise. A Figura 01 demonstra a nominata das categorias iniciais:

CATEGORIAS INICIAIS	
1	O NORMAL COMO PADRÃO SOCIAL
2	O NORMAL COMO AUSÊNCIA DE DOENÇAS
3	O NORMAL COMO ESTÉTICA
4	O NORMAL COMO PERSONALIDADE
5	O NORMAL COMO CAPACIDADE RACIONAL
6	A DOENÇA COMO PATOLOGIA
7	A DOENÇA COMO SOFRIMENTO
8	A DOENÇA COMO PROBLEMA
9	A DOENÇA COMO FALTA DE APOIO
10	A DOENÇA COMO DEMANDA PROFISSIONAL
11	A DOENÇA COMO IGNORÂNCIA
12	A DOENÇA COMO LOUCURA
13	A DOENÇA COMO NORMALIDADE
14	A DOENÇA COMO INTERVENÇÃO MEDICAMENTOSA
15	A DOENÇA COMO COMPORTAMENTO ANÔMALO
16	O CAPS COMO LOCAL DE APOIO
17	O CAPS COMO INTERVENÇÃO PROFISSIONAL
18	O CAPS COMO LOCAL DE DOENTE
19	O CAPS COMO EQUIPAMENTO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE
20	O CAPS COMO LOCAL DE ACOLHIMENTO DE PROBLEMAS

Figura 01: Categorias Iniciais

Fonte: Elaborada pelos autores

Em continuidade, as categorias iniciais foram conceituadas segundo o campo semântico e morfológico encontrado nas respostas que os participantes emitiram, sendo agregadas em categorias intermediárias. Neste ponto, além dos demais já dantes estabelecidos, seguiu-se o critério de relação por contiguidade. A Figura 02 expõe o primeiro desenho deste agrupamento:

CATEGORIAS	CONCEITO NORTEADOR	CATEGORIA INTERMEDIÁRIA
1 O NORMAL COMO PADRÃO SOCIAL	Evidencia a normalidade enquadrada em um arquétipo com características comuns.	I. PADRÃO IDEALIZADO
2 O NORMAL COMO AUSÊNCIA DE DOENÇAS	Indica um organismo funcional e fisicamente perfeito.	

3 O NORMAL COMO ESTÉTICA	Denota a normalidade associada ao uso de peças de calçado e vestuário e a aparência pessoal.	
4 O NORMAL COMO PERSONALIDADE	Indica auto-estima, relacionamentos interpessoais e capacidade para tomada de atitude.	
5 O NORMAL COMO CAPACIDADE RACIONAL	A normalidade associada a compreensão e consciência do comportamento.	

Figura 02: Categorias Intermediária I – Padrão Idealizado.

Fonte: Elaborada pelos autores.

A categoria intermediária *Padrão Idealizado* indica uma concepção imagética de normalidade. Está associada a estética e a uma figura fisicamente saudável, com traços de personalidade flexível às relações interpessoais e consciente do seu comportamento. Encontra-se aqui, o normal visto como a ausência de doenças, que denota também representação da normalidade enquanto ausência de sofrimento psíquico.

A categoria subsequente aponta para o processo de adoecimento como determinante na constituição da angústia. Conforme apresentado na Figura 03:

CATEGORIAS	CONCEITO NORTEADOR	CATEGORIA INTERMEDIÁRIA
6 A DOENÇA COMO PATOLOGIA	Indica a doença associada a experiência do adoecer.	II. PERTURBAÇÃO E DESORDEM
7 A DOENÇA COMO SOFRIMENTO	Evidencia o sofrer intrínseco ao adoecimento.	
8 A DOENÇA COMO PROBLEMA	Denota o adoecer como um problema com possível solução.	

Figura 03: Categorias Intermediária II – PERTURBAÇÃO E DESORDEM.

Fonte: Elaborada pelos autores.

Esta categoria aponta para a doença mental como causadora de perturbação e desordem, numa condição que engendra angústia e sofrimento. Na análise que culminou nesta formação categórica, foi observada em maior frequência as palavras *transtorno*, com 08 repetições; *distúrbio*, com 07 repetições; *sofrimento*, com 05 repetições.

Ao serem questionados sobre as repostas emitidas, os participantes demonstraram, não obstante as suas representações para o estímulo *pessoa normal*, não terem clareza da distinção entre o normal e o patológico. Ainda, destes questionamentos, percebeu-se que a doença é também concebida como a busca por uma possível solução para esta, ou seja, ao passo em que o sujeito experimenta

o adoecer, espera-se que tenha o propósito de voltar a *normalidade*.

Neste sentido, a doença mental também é representada como necessidade de cuidado e acolhimento familiar e demanda de intervenção profissional, conforme descreve a Figura 04:

CATEGORIAS	CONCEITO NORTEADOR	CATEGORIA INTERMEDIÁRIA
9 A DOENÇA COMO FALTA DE APOIO	Sugere o apoio familiar como recurso de enfrentamento da doença.	III. APOIO E INTERVENÇÃO PROFISSIONAL E ESPECIALIZADA
10 A DOENÇA COMO DEMANDA PROFISSIONAL	Indica a intervenção especializada.	

Figura 04: Categorias Intermediária II – APOIO E INTERVENÇÃO PROFISSIONAL ESPECIALIZADA.

Fonte: Elaborada pelos autores.

Também foram identificadas representações sobre a imagem do sujeito adoecido, as quais foram agrupadas em uma categoria específica. Aqui a palavra *imagem* refere-se ao indivíduo doente sob perspectiva da sua subjetividade. A Figura 05 demonstra os conceitos e categorias agregadas para tais representações:

CATEGORIAS	CONCEITO NORTEADOR	CATEGORIA INTERMEDIÁRIA
11 A DOENÇA COMO IGNORÂNCIA	Insinua inconsciência do adoecimento e ausência de sofrimento.	IV. IMAGENS A RESPEITO DO DOENTE
12 A DOENÇA COMO LOUCURA	Denota o estigma genérico da doença mental.	
13 A DOENÇA COMO NORMALIDADE	Compreende o adoecer como processo natural e normal do ser humano.	
14 A DOENÇA COMO INTERVENÇÃO MEDICAMENTOSA	Sugere que a experiência do adoecer deve sofrer intervenção medicamentosa.	
15 A DOENÇA COMO COMPORTAMENTO ANÔMALO	Aponta a doença como comportamento dissonante do padrão social.	

Figura 05: Categorias Intermediária IV – IMAGENS A RESPEITO DO DOENTE

Fonte: Elaborada pelos autores.

A despeito de uma das categorias iniciais nesse grupo (categoria 13) apontar para a doença como processo natural e normal ao ser humano, nesta categoria o doente é representado como indivíduo com comportamento impróprio à norma social, em tratamento medicamentoso e ignorante quanto a sua condição, pesando sobre si o estigma da loucura.

Esta, denota ligeira relação com a categoria seguinte, que assinala, segundo as representações emergentes, a necessidade de intervenção profissional com vista

ao controle e ajustamento do indivíduo doente. A Figura 06 demonstra o agrupamento de categorias que indicam o Centro Atenção Psicossocial como lugar de acolhimento, contudo, institucional e normatizador.

CATEGORIAS	CONCEITO NORTEADOR	CATEGORIA INTERMEDIÁRIA
16 O CAPS COMO LOCAL DE APOIO	Percebe o CAPS como lugar de acolhimento.	V. APOIO E ENQUADRE
17 O CAPS COMO INTERVENÇÃO PROFISSIONAL	Ressalta o CAPS como apoio especializado	
18 O CAPS COMO LOCAL DE DOENTE	Indica a institucionalização do doente	
19 O CAPS COMO EQUIPAMENTO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE	Destaca visão do participante sobre relevância do CAPS como equipamento de saúde.	
20 O CAPS COMO LOCAL DE ACOLHIMENTO DE PROBLEMAS	Denota visão genérica do entrevistado sobre a experiência do adoecimento e do CAPS.	

Figura 06: Categorias Intermediária V – APOIO E ENQUADRE

Fonte: Elaborada pelos autores.

6.2 Apresentação das categorias finais.

Do encadeamento de ideias advindas do agrupamento das categorias iniciais em categorias intermediárias, segue-se uma nova ordem de agrupamento em categorias finais, formadas sob critérios já dantes estabelecidos e descritos neste artigo.

De acordo com a análise de dados que culminou nas categorias precedentes, as categorias finais foram nominadas segundo os campos de sentido encontrados, como: I. *O adoecimento como desvio normativo*; II. *Contornos da doença mental* e III. *A função do caps*. A Figura 07 ilustra a composição final:

CATEGORIAS	CATEGORIAS INTERMEDIÁRIAS	CATEGORIAS FINAIS
1 O NORMAL COMO PADRÃO SOCIAL	I. PADRÃO IDEALIZADO	I. O ADOECIMENTO COMO DESVIO NORMATIVO
2 O NORMAL COMO AUSÊNCIA DE DOENÇAS		
3 O NORMAL COMO ESTÉTICA		
4 O NORMAL COMO PERSONALIDADE		
5 O NORMAL COMO CAPACIDADE RACIONAL		
6 A DOENÇA COMO PATOLOGIA	II. PERTURBAÇÃO E DESORDEM	
7 A DOENÇA COMO SOFRIMENTO		

8 A DOENÇA COMO PROBLEMA		
9 A DOENÇA COMO FALTA DE APOIO	III. APOIO FAMILIAR E INTERVENÇÃO PROFISSIONAL E ESPECIALIZADA	II. CONTORNOS DA DOENÇA MENTAL
10 A DOENÇA COMO DEMANDA PROFISSIONAL		
11 A DOENÇA COMO IGNORÂNCIA	V. IMAGENS A RESPEITO DO DOENTE	
12 A DOENÇA COMO LOUCURA		
13 A DOENÇA COMO NORMALIDADE		
14 A DOENÇA COMO INTERVENÇÃO MEDICAMENTOSA		
15 A DOENÇA COMO COMPORTAMENTO ANÔMALO		
16 O CAPS COMO LOCAL DE APOIO	VI. APOIO E ENQUADRE	III. A FUNÇÃO DO CAPS
17 O CAPS COMO INTERVENÇÃO PROFISSIONAL		
18 O CAPS COMO LOCAL DE DOENTE		
19 O CAPS COMO EQUIPAMENTO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE		
20 O CAPS COMO LOCAL DE ACOLHIMENTO DE PROBLEMAS		

Figura 07: Categorias finais

Fonte: Elaborada pelos autores.

Para a discussão dos resultados obtidos nesta pesquisa, as categorias finais se constituem como coluna precípua e norteadora, uma vez que a sua formação se deu pelo agrupamento sistemático das categorias anteriores a estas e entendendo o seus significados como a representação dos achados neste estudo.

6.3 Discutindo os resultados.

Considerando o conteúdo suscitado nesta pesquisa e de acordo com a análise realizada, constatou-se representações sobre o processo de adoecimento como um desvio da norma social, conforme exposto na categoria final I – *Padrão Idealizado*. Neste sentido, a normalidade é vista como uma configuração idealizada, orgânica e socialmente.

As respostas emitidas na aplicação do teste associativo de palavras e as palavras-chave encontradas na entrevista, indicam que os participantes vislumbram a normalidade como padrão de imagem física com valorização da estética, atrelada a peças de vestuário, calçado, aparência e estatura, bem como padrão subjetivo, associado a questões comportamentais e de personalidade, como capacidade para

tomada de atitude e boa auto-estima. É relevante ressaltar que nesta categoria as palavras emitidas em maior frequência foram: *padrão* – com um total de 05 ocorrências, e *sociedade* – com 04 ocorrências, o que indica que as representações aqui emergidas estão relacionadas a um modelo que se impõe a consciência representacional a partir da cultura e contexto social.

Neste sentido, Moscovici (2015) explica que o pensamento humano não pode se esquivar dos impactos causados pelas determinações culturais e suas representações. Ainda, segundo o autor, o que se põe a nossa percepção é o que já está convencionalizado e latente, contudo, estas convenções mantêm-se a nós no campo do inconsciente.

Ao analisar sob a ótica moscoviciana as respostas emitidas em maior frequência nesta categoria, entende-se estas como um efeito da cultura em que o sujeito está inserido e a este se impõe de modo implacável. Assim sendo, depreende-se que ao representar, o indivíduo reproduz, a partir do domínio subjetivo, um pensamento coletivo do seu meio social, por essa razão o ato de representar requer um paradigma a ser utilizado.

Canguilhem (2009) destaca que ao se conceber um fato ou objeto sob representação normativa, toma-se como referência outros ainda não considerados como normal, destarte, o que é considerado normal é, concomitantemente, exposição da norma.

Ao passo que as representações se situam em paradigmas culturais, também criam formas, marcas e proporções para o conteúdo representado, assim, este ganha contornos que estabelecem os limites implícitos na sua definição. Neste sentido, a categoria final II – *Contornos da doença mental*, demonstra quais as imagens subjetivas que despontaram quanto a doença mental e o doente.

Sob esta acepção, as representações que se impõem ao doente mental na categoria final II, vão desde o entendimento do adoecimento como falta de apoio familiar e necessidade de intervenção profissional, até a sua caracterização como anormal, desviante, perpassadas pela concepção do sujeito adoecido como aquele faz uso regular de medicamentos, que é ignorante, ou seja, alheio a sua própria condição, e imbuída do estigma da loucura. Paradoxalmente, nesta mesma categoria, a doença mental é concebida como processo normal e natural ao ser humano, sendo a palavra *normal* a que foi emitida em maior frequência, junto a palavra *apoio*, ambas com 6 ocorrências.

Encontra-se compreensão desse fenômeno no pensamento foucaultiano, que, de acordo com este, particularmente, as culturas definem divisas de reconhecimento entre loucura e normalidade, havendo uma evolução segundo a organização apresentada por esta cultura. Ainda, conforme o autor expõe, desde o século XIX a sociedade vivencia considerada diminuição de sensibilidade à loucura (FOUCAULT, 2008).

Seguindo o exposto por Foucault, percebe-se que, a despeito dos estigmas negativos aludidos ao doente mental, há uma tendência ao entendimento da doença como acontecimento natural e intrínseco ao ser humano, dado emergente nos resultados desta pesquisa. Deste ponto de vista, percebe-se uma representação da doença mental que não está exatamente adstrita ao campo das patologias, mas sim ao modo de ser subjetivo e global do indivíduo.

Sob este prisma, ao discorrer sobre a doença numa concepção de naturalidade, Canguilhem explica, a partir do pensamento hipocrático, a doença numa concepção dinâmica e totalizante. Segundo este autor

A natureza (*physis*), tanto no homem como fora dele, é harmonia e equilíbrio. A perturbação desse equilíbrio, dessa harmonia, é a doença. Nesse caso, a doença não está em alguma parte do homem. Está em todo o homem e é toda dele. [...] **A doença não é somente desequilíbrio ou desarmonia; ela é também, e talvez sobretudo, o esforço que a natureza exerce no homem para obter um novo equilíbrio** (CANGUILHEM, 2009 p. 12, grifo nosso).

Esta concepção encontra ampla difusão na literatura que orienta cursos superiores em saúde. Isto se põe a partir da definição da Organização Mundial da Saúde – OMS, como conceito para saúde, entendida como sendo um completo bem estar físico, psíquico e social.

Não obstante o entendimento de normalidade e/ou naturalidade, é fato que a doença mental permanece acompanhada de marcas que se impõem ao doente como barreira social. Deste ponto de vista, afloram as representações dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS enquanto serviço substitutivo da saúde mental.

Conforme expõe a categoria final III – *A função do CAPS*, este equipamento é visto ao mesmo tempo como lugar de apoio ao doente e como espaço de enquadre. Percebe-se, apesar das evoluções com a reforma psiquiátrica, que a imagem deste dispositivo ainda é perpassada pela lógica dos hospitais psiquiátricos, no que diz respeito a perspectiva de controle, sobretudo quando emergem representações que generalizam a doença mental a toda forma de sofrimento psíquico. É importante

ressaltar que, nesta categoria, as palavras emitidas em maior frequência foram *apoio*, com 09 ocorrências, e *doença*, com 08 ocorrências.

Contudo, das respostas dos participantes para o estímulo CAPS, emitido no teste de palavras, percebe-se que há uma compreensão da sua função enquanto equipamento de promoção da saúde.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização e conclusão desta pesquisa se configurou em desafio a ser cumprido, sobretudo com a emergência de dificuldades não previstas durante o planejamento e que implicaram na necessidade de mudança metodológica. Contudo considera-se que os objetivos foram cumpridos.

O problema aqui exposto é parte de uma inquietação compartilhada por diversos autores e que tem motivado questionamentos e discussões teóricas e éticas, sobretudo para os que foram utilizados no corpo teórico e analítico deste trabalho. Inquietação esta, que nos acometeu a empreender esforço, no sentido de entender em campo e no contexto regionalizado, as representações sobre a doença mental.

Os resultados apontam para a necessidade de mudanças de paradigmas na representação da normalidade enquanto conceito de padrão, pois denota uma concepção utópica que não encontra possibilidade de aplicação empírica. Isto posto, percebe-se que este entendimento pode ser fator desencadeante de sofrimento psíquico, pois ao se idealizar o normal sob as definições encontradas nesta pesquisa, o sujeito exclui a si mesmo.

Em relação as imagens que contornam a doença e o doente, surpreende a perspectiva destes como natural e normal, entretanto, encontra-se aqui um paradoxo, tomando-se como referência o conceito de normalidade encontrado , pois tal conceito é perpassado por um padrão exclusivo que põe à parte qualquer que nele não enquadre, como pois, pode ser o adoecimento um evento normal? Reiteradamente, percebe-se que as perspectivas sobre a doença mental suscitam reflexões que são remetidas a dicotomia normal patológico e, conforme previamente exposto no corpo teórico deste artigo, tais reflexões encontram ainda dificuldades de conclusão.

Quanto ao CAPS, vê-se sua representações convergirem em funções como

de apoio e controle, bem como na concepção do acolhimento generalizado de demandas de ordem emocional e psíquica, mesmo que exatamente, não denotem uma patologia. Percebe-se aqui a sua função ainda não está suficientemente clarificada, o que permite concepções dúbias, pois ao passo em que se concebe este equipamento como um apoio ao doente, entende-se que esse exerce função de enquadre sobre os seus usuários.

Numa visão mais ampla, confirma-se a hipótese previamente levantada de que o doente mental é visto sob o prisma de estigmas culturais, como louco e anormal, todavia, encontrou-se também a noção de normalidade para a condição mórbida, o que nos causou surpresa, pois esta era uma resposta inesperada.

Por fim, ficou evidente que, embora a pergunta que motivou este estudo tenha encontrado resposta, há ainda outras secundárias e adstritas a esta que requerem solução, tais como: de onde emerge o conceito de normalidade numa dada cultura? Quais as implicações desse conceito no modo de vida das pessoas? Até que ponto a psicologia, enquanto profissão adstrita ao campo da saúde mental, pode contribuir com a atenuação do estigma social do doente?

Ante tais questionamento é que se recomenda novos estudos, a fim de que se possa obter outras contribuições no campo científico sobre a compreensão da problemática levantada, contudo, sem a pretensão de se chegar a um fim, porém de estabelecer relação de contiguidade entre o que cientificamente já se produziu e o que ainda está por ser estudado.

REFERÊNCIAS

- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Persona, 1977. Edições 70.
- CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. 6. ed. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 2009.
- CASTRO, R. V. Prefácio. In: ALMEIDA, A. M. O.; SANTOS, M. F. S.; TRINDADE, Z. (Org.). *A Teoria das Representações Sociais: 50 anos*. Brasília: Technopolitik, 2014.
- DIMENSTEIN, M; ALVERGA, A. A loucura interrompida nas malhas da subjetividade. In: AMARANTE, P. (Org.). *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau, 2005.
- FLICK, U. *Introdução à pesquisa qualitativa*. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2009a.
- FONSECA, T. M. G.; JAEGER, R. L. A psiquiatrização da vida: arranjos da loucura, hoje. *Polis e Psique*, v. 2, p. 188 – 206, 2012
- FOUCAULT, M. *Doença mental e psicologia*. 1. ed. Lisboa: Edições Texto & Grafia, 2008.
- FOUCAULT, M. *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Editora Perspectiva, 1972.
- FREUD, S. *Psicologia das massas e análise do eu*. Porto Alegre: 2014, L&PM Pocket, 2014. 176p.
- GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2017.
- GUARESCHI, P. A.; ROSO, A. Teoria das Representações Sociais: sua história e seu potencial crítico transformador. In: CHAMON, E. M. Q. O.; GUARESCHI, P. A.; CAMPO, P. H. F. (Org.). *Textos e debates em Representação Social*. Porto Alegre: ABRAPSO, 2014. 320 p.
- JESUINO, J.C. Um conceito reencontrado. In: In: ALMEIDA, A. M. O.; SANTOS, M. F. S.; TRINDADE, Z. (Org.). *Teoria das Representações Sociais: 50 anos*. Brasília: Technopolitik, p. 41-75, 2014.
- MACIEL, S. C. et al. Representações Sociais de familiares acerca da loucura e do hospital psiquiátrico. *Temas em Psicologia*, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p. 193 – 204, 2011.
- MOSCOVICI, S. *Representações Sociais: investigações em psicologia social*. 11. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2015. 404 p.
- SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. *Compêndio de psiquiatria*. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SANTOS, J. Q. O componente social da doença mental. In: MATEUS, D. M. (Org.). *Políticas de saúde mental*. São Paulo: Instituto de Saúde, p. 204 218.

SPINK, M.J.P. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 300-308, Set. 1993 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1993000300017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 29 Out. 2018.