

INSIGHT NA PERSPECTIVA DE PESSOAS COM DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA EM TRATAMENTO EM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL¹

Insight from the Perspective of Individuals with Schizophrenia Diagnosis in Treatment at Psychosocial Attention Centers

Mariana Barbosa Pereira²

Erotildes Maria Leal³

Artigo encaminhado: 20/11/2016

Aceito para publicação: 20/02/2017

RESUMO: A reformulação da assistência a indivíduos com transtornos mentais no Brasil, impulsionada pela Reforma Psiquiátrica, pressupõe a valorização e centralidade das experiências singulares dessas pessoas para a compreensão do adoecimento. Partindo dessa premissa, o presente estudo procurou compreender um elemento da experiência de adoecimento da esquizofrenia – *Insight* – a partir da perspectiva de pessoas com esse diagnóstico. A pesquisa teve como objetivo principal descrever e analisar os modos pelos quais os indivíduos narram a autopercepção acerca de sua experiência de adoecimento, e as estruturas de significado que organizam essa percepção. Narrativas de pessoas que tiveram diagnóstico de esquizofrenia em tratamento em um Centro de Atenção Psicossocial da cidade de Campinas/SP, produzidas em grupos focais, foram analisadas a partir de referencial teórico-metodológico da Fenomenologia Hermenêutica, e conceitos-chave Experiência de adoecimento (*Illness*), *Insight* e *Recovery*. O procedimento metodológico envolveu: leitura livre das narrativas; identificação de unidades de significado relativas ao *Insight*; condensação das unidades de significado em expressões concretas e concisas; agrupamento das unidades para formulação de categorias temáticas de significado. Foram identificadas quatro categorias temáticas que estruturaram as narrativas de *Insight*: Relações familiares/interpessoais; Espiritualidade/religiosidade/misticismo; Sensações; Efeitos/conseqüências do adoecimento/diagnóstico/tratamento. A análise dos resultados indicou que a autopercepção em relação à experiência de adoecimento apresentou-se a partir da

¹ Artigo baseado na dissertação de mestrado “*Insight* na perspectiva de indivíduos diagnosticados com esquizofrenia em tratamento em Centros de Atenção Psicossocial. Um estudo de narrativas de experiências de adoecimento”, apresentada na Universidade Estadual de Campinas, em fevereiro de 2013. Grupo de Pesquisa: Saúde Coletiva e Saúde Mental: Interfaces. Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – Unicamp (Campinas, SP, Brasil).

² Mariana Barbosa Pereira Psicóloga, Mestre e doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Experiência profissional em serviço público de atenção em Saúde Mental (Centro de Atenção Psicossocial - CAPS). Membro do grupo de pesquisa Saúde Coletiva e Saúde Mental: Interfaces, da Unicamp. Docente do curso de Psicologia da Uniararas – Fundação

³ Erotildes Maria Leal Psiquiatra, professora adjunta da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), professora da pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), pesquisadora do Laboratório de Estudos e Pesquisa em Psicologia e Subjetividade, IPUB/UFRJ.

construção e atribuição de significados para o adoecimento, para suas manifestações e consequências na vida cotidiana. Tais aspectos não necessariamente seguiram padrões estabelecidos pela concepção biomédica, mas referem-se a trajetórias e construções singulares dos indivíduos que vivem a experiência de adoecimento.

Palavras-chave: Saúde Mental. Autopercepção. Experiência de adoecimento. *Recovery*. Reforma Psiquiátrica.

ABSTRACT: The recasting of mental health assistance in Brazil, driven by the Psychiatric Reform movement, assumes the centrality and appreciation of the individual's unique experiences to understand the illness. From this premise, the present study sought to understand an element of schizophrenia's illness experience – *Insight* – from the perspective of people with this diagnosis. The research aimed to describe and analyze the ways by which individuals narrate self-perception about their illness experiences, and structures of meaning that organize this perception. Using Hermeneutics Phenomenology as theoretical-methodology reference, and as key concepts *Illness experience*, *Insight* and *Recovery*, narratives of people who have had a diagnosis of schizophrenia in treatment in a Psychosocial Attention Center in the city of Campinas were analyzed. The narratives were produced from the performance of focus groups. The methodological procedure involved: free reading of the narratives; identification of meaning units concerning *Insight*, according to the theoretical concept adopted; condensation of meaning units in concrete and concise expressions; grouping of units to formulate thematic meaning categories. Four thematic categories that structured *Insight* narratives were identified: Family/interpersonal relationships; Spirituality/religion/mysticism; Sensations; Effects/consequences of illness/diagnosis/treatment. Analysis of results indicated that illness self-perception appeared from the construction and assignment of meanings for the illness, for its manifestations and consequences in everyday life. Such aspects did not necessarily followed biomedical standards set, but refer the trajectories and unique constructions of individuals who live the illness experience.

Keywords: Mental Health. Self-perception. Illness experience. *Recovery*. Psychiatric Reform

1 INTRODUÇÃO

O fenômeno *Insight* tem sido objeto de crescente interesse para diversas áreas do conhecimento que se voltam para o tema do adoecimento psíquico, como a psiquiatria, a psicanálise, as ciências biomédicas e neurocognitivistas e a antropologia da saúde (KIRMAYER et al., 2004; WAGNER et al., 2011; DAVID, 1990; MELLA et al., 2011; AMADOR e KRONENGOLD, 2004; LYSAKER et al., 2002; BERRIOS e MARKOVÁ, 2004; DANTAS, 2006; SARAVANAN et al., 2004; TRANULIS et al., 2008; DOLSON, 2005).

O termo *Insight*, tal como tradicionalmente utilizado no campo da saúde, e especialmente no âmbito da medicina e da psiquiatria, evoca a idéia de ciência do indivíduo em relação a seu próprio estado ou condição de morbidade, designando, assim, uma faculdade específica de autoconhecimento. Nas concepções hegemônicas e mais amplamente difundidas de *Insight*, à consciência do adoecimento associam-se comportamentos do paciente que decorrem da aceitação do seu mal-estar enquanto enfermidade, como tal classificada e nomeada, e que resultam em uma trajetória específica de tratamento. Consciência dos sintomas, sua atribuição a uma condição patológica e capacidade de nomeá-la dessa forma, entendimento sobre suas causas, possíveis consequências e limitações funcionais, e colaboração e adesão ao tratamento proposto são elementos definidores dessas abordagens de *Insight* (KIRMAYER et. al., 2004; DAVID, 1990; MELLA et. al., 2011).

Entretanto, existem outras abordagens desse fenômeno, discutidas mais adiante, que partem de concepções não hegemônicas da esquizofrenia.

A psicopatologia antropológico-fenomenológica é uma dessas abordagens que trazem concepções diferentes da esquizofrenia e do *Insight*. Propõe uma caracterização desse tipo de adoecimento psíquico que difere da tradição descritiva da psicopatologia, na medida em que busca acessar sua dimensão subjetiva, a partir da experiência vivida, mais do que a abordagem estritamente sintomatológica, que parte de sinais observáveis. Uma idéia que embasa essa distinção é a de que o estado mental, qualquer que seja, expressa parte de uma estrutura maior, que é própria personalidade; o próprio *self*. Dessa forma, a esquizofrenia deixa de ser compreendida apenas em uma dimensão médica e de critérios operacionais diagnósticos, permeando o entendimento da própria natureza da subjetividade e da existência humana (SASS, 2001; SASS e PARNAS, 2003).

A psicose, mais especificamente a esquizofrenia, nessa perspectiva, seria uma perturbação da estrutura do *self*; uma forma de reorganização da subjetividade frente a alterações profundas do próprio ser. Alguns autores argumentam que o elemento central da dinâmica da esquizofrenia refere-se a uma alteração primária no ato de consciência, que, para as abordagens de base fenomenológica, constitui tanto o *self* quanto o mundo para esse indivíduo. Essa transformação nuclear na estrutura do *self* produz formas de organização da subjetividade, que direcionarão as relações do indivíduo consigo, com o mundo e com os outros (STANGHELLINI e BALLERINI, 2002; PARNAS et al., 2002; LEAL et al., 2007).

Nesse sentido, as relações que as pessoas com diagnóstico de esquizofrenia estabelecem com a própria doença e o processo de adoecer são também parte de um funcionamento particular da estrutura subjetiva/intersubjetiva. Assim, as formas pelas quais os indivíduos identificam, compreendem, explicam seu próprio adoecimento não são necessariamente contempladas pelos critérios operacionais médicos utilizados para identificar a presença ou ausência de *Insight*. Tais critérios pressupõem um caráter linear e coerente do discurso, do ponto de vista do profissional ou pesquisador, o que comumente não se apresenta nas narrativas desses pacientes (LEAL et al., 2014; KIRMAYER et al., 2004; LYSAKER et al., 2002; TRANULIS et al., 2008).

A observação do caráter complexo e dinâmico do fenômeno *Insight* em pessoas em sofrimento psíquico nos permite supor que sua análise deve permear os vários elementos envolvidos no reordenamento subjetivo que ocorre na esquizofrenia. Os significados que os indivíduos constroem e atribuem à sua própria experiência de adoecimento, processo mediado cognitiva, social e culturalmente, constituem, assim, uma abordagem do *Insight* que valoriza a experiência vivida e encarnada; o homem enquanto produto e produtor da própria inserção cultural (JENKINS e BARRETT, 2004; CSORDAS, 2008).

1.1 Experiência de adoecimento (*Illness*), *Insight* e *Recovery*

A centralidade da dinâmica de inserção do homem em seu mundo, para a abordagem fenomenológica, traz para a cena o conceito de Experiência. Este remete à toda forma pela qual o homem vivencia sua existência, entrelaçando a inserção em um contexto social e histórico existente *a priori*, e a criação de redes de relações (ALVES, 2006). Nesse processo, o indivíduo produz e atribui significados a essas experiências. Refere-se a um complexo processo de construção e compartilhamento de narrativas, que são singulares, mas constituídas socialmente, e refletem um movimento constante de compreensão dessas experiências.

Lembrando Alves (2006), na medida em que o movimento da compreensão é expressão dos modos de existência, compreender é experienciar algo. Tomadas a partir desta concepção primeira de experiência, as experiências de adoecimento, ou “mal-estar”, do ser social, não refletem alterações em processos puramente cognitivos, cerebrais ou mesmo subjetivos. O conceito de doença, propriamente, é, assim,

caracterizado a partir destas concepções do social, da intersubjetividade, da experiência (HOFMANN, 2002; ALVES et al., 1999; YOUNG, 1982).

Kirmayer et. al. (2004) sugerem que a relação entre as dimensões correntemente utilizadas para identificação do *Insight* (reconhecimento do fato de padecer de uma doença mental, capacidade de nomeação de eventos mentais incomuns como manifestações patológicas e adesão ao tratamento) não segue, necessariamente, uma dinâmica sempre linear, sequencial, interdependente ou hierárquica.

Ao estabelecer formas de abordagem do *Insight* em pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia que não dialogam com a perspectiva e experiência dos indivíduos em questão, desconsidera-se sua inserção e atuação em um mundo social, cultural, étnico e, portanto, intersubjetivo. De acordo com a noção de experiência, como modo de estar no mundo, assim como seu caráter *encarnado* (*embodied*), pode-se dizer que a cultura, ao mesmo tempo em que delinea esse *ser-no-mundo*, é construída e reconstruída, em um processo constante de compreensão e atribuição de significados aos fenômenos (ALVES et al., 1999).

Os estudos aqui considerados sobre o fenômeno *Insight* (KIRMAYER et al., 2004; LYSAKER et al., 2002; SARAVANAN et al., 2004; TRANULIS et al., 2008; DOLSON, 2005) concordam em que não há uma única via para o autoconhecimento em relação ao próprio adoecimento; ou seja, ter *Insight* não implica, necessariamente, ter uma concepção da própria condição de mal-estar de acordo com as vertentes hegemônicas da psiquiatria. Isso também nos aproxima do conceito de *Recovery*.

O modelo de *Recovery* argumenta que o transtorno psiquiátrico é apenas um aspecto da pessoa como um todo, e que o processo de “recuperação” desse adoecimento não requer necessariamente a remissão completa de sintomas. O foco se desloca para a superação dos efeitos negativos que a doença, ou o diagnóstico, podem exercer na vida de pessoas diagnosticadas com transtornos mentais (estigma e rejeição pela sociedade, pobreza, condições precárias de moradia, isolamento social, desemprego, perda de papéis e identidade sociais, perda do senso de *self* e propósito de vida), de modo a que elas possam retomar, ou manter, algum grau de controle sobre suas vidas (DAVIDSON, 2003).

Trata-se de uma abordagem que considera a importância da construção de formas de lidar com os obstáculos que a vida traz, e não necessariamente de retornar ao que se era antes da existência de tais obstáculos. Para a perspectiva de *Recovery*, a valorização das experiências de vida e de adoecimento se torna central na medida em que a doença

não é considerada um processo para a vida toda, ou com necessária evolução negativa (JORGE-MONTEIRO e MATIAS, 2007). É a partir dessas experiências que as pessoas podem dizer de suas limitações, mas também de suas potências; dos recursos que ajudam, mas também daquilo que não lhes faz bem, e do seu direito de escolher entre eles.

Assim, adotando uma compreensão do *Insight* em pessoas com diagnóstico de esquizofrenia enquanto processo singular e intersubjetivo de significação de uma experiência de adoecimento, ou mal-estar, entende-se que o acesso a essa dimensão do autoconhecimento é possível a partir do contato com as formas de *ser-no-mundo* dessas pessoas.

2 OBJETIVOS

Comprometido com a atualização e consolidação das Políticas Públicas de Saúde Mental, no contexto da Saúde Coletiva e da Reforma Psiquiátrica brasileira, este estudo teve como questão norteadora a qualificação da assistência a pessoas com transtornos mentais graves. Para tal, é necessário dar voz às experiências subjetivas e intersubjetivas desses indivíduos, e ao que nos dizem sobre suas necessidades e expectativas em relação ao tratamento e outros aspectos da vida. Em consonância com o marco teórico da Fenomenologia Hermenêutica, priorizando a abordagem do adoecimento pela perspectiva de quem o vivencia, algumas questões foram formuladas para direcionar a construção do estudo: Como as pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, em tratamento em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), vivenciam os fenômenos psicopatológicos que constituem esse diagnóstico? Como se apresentam as narrativas de autopercepção desses fenômenos psicopatológicos propriamente ditos? Como tais narrativas de autopercepção se organizam?

Partindo dessas questões, o estudo teve como objetivo principal analisar as narrativas de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia em tratamento em um CAPS da cidade de Campinas, acerca de suas experiências de adoecimento, buscando descrever os modos como esses indivíduos narram a sua autopercepção dos fenômenos psicopatológicos que caracterizam tal diagnóstico, bem como as consequências destes em suas vidas.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

O presente estudo acessou narrativas de usuários de um CAPS, que tiveram o diagnóstico de esquizofrenia, sobre suas experiências de adoecimento, focando um aspecto dessa experiência, o *Insight*. Utilizou-se, para tal, o referencial teórico-metodológico da Fenomenologia Hermenêutica. As narrativas foram produzidas a partir de grupos focais realizados com os usuários desse serviço de saúde mental.

A partir do conceito de experiência, o método fenomenológico visa acessar a dimensão vivida, corporificada dos fenômenos em questão, mais do que as representações sociais a eles relacionadas (ALVES, 2006).

Muito embora os conceitos gerais da fenomenologia se mantenham nas perspectivas metodológicas inspiradas nesta tradição, sua aplicação a estudos qualitativos não é única. Podemos localizar duas grandes vertentes da Fenomenologia quanto à sua utilização como método na prática científica: a Fenomenologia Empírica, que busca identificar a estrutura essencial da experiência a partir de descrições compreensivas; e a Fenomenologia Experimental, que associa protocolos experimentais de pesquisa a descrições e relatos de experiências vividas. No ramo da Fenomenologia Empírica, ainda é possível identificar pelo menos dois grandes modos de abordagem. O primeiro, mais próximo do método tradicional, husserliano, engloba tanto a tradição estritamente descritiva, como a Fenomenologia Psicológica/Transcendental, e tem o foco na descrição textural – “o quê” – e estrutural – “como” – da experiência, e menos na interpretação. O segundo é representado pela Fenomenologia Hermenêutica, ou Análise Fenomenológica Interpretativa; une conceitos da perspectiva husserliana com a abordagem hermenêutica de Heidegger e Gadamer, e orienta-se para a descrição da experiência vivida e para a compreensão interpretativa de seu significado (LEAL e SERPA JR., 2013; SADALA e ADORNO, 2002).

Retornando ao fenômeno *Insight* e à metodologia de análise aqui adotada, pode-se dizer que a referência fenomenológica que fundamenta o método refere-se ao objeto primeiro do estudo; o tema investigado não é analisado como um fenômeno puramente social, ou em termos das representações sociais relacionadas ao *Insight* na esquizofrenia. Procurou-se conhecer e interpretar como a questão do *Insight* é vivenciada pelos indivíduos; ou seja, a análise é pautada na experiência dessas pessoas em relação a este tema. Também de acordo com o referencial utilizado, entende-se que a compreensão da experiência de adoecimento torna-se possível a partir do contato com as histórias acerca

dessa vivência narradas por seus atores. Esta dimensão da narrativa, do texto enquanto expressão da experiência vivida, remete ao caráter hermenêutico desta investigação. A experiência vivida, acerca de qualquer tema ou evento, atesta os significados dos fenômenos que, para a fenomenologia hermenêutica, só poderão ser conhecidos a partir do ato narrativo; as histórias revelam o sentido dos fenômenos na vida dos sujeitos que o experienciam (LINDSETH e NORBERG, 2004).

Os participantes da pesquisa, cujas narrativas foram analisadas, são quatro usuários de um CAPS da cidade de Campinas/SP, que aceitaram participar de grupos focais para fins de pesquisa, identificados com nomes fictícios. A cidade é considerada umas das referências nacionais na área de saúde mental, por seu pioneirismo na implementação de uma rede de atenção em consonância com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira. Além disso, o município foi um dos campos da pesquisa multicêntrica matriz deste estudo⁴.

O fenômeno *Insight* emergiu como categoria de análise na pesquisa matriz e foi, a partir daí, escolhida para ser melhor analisada e desenvolvida neste estudo. Para fins desse estudo as narrativas sobre *Insight* foram extraídas em seu estado bruto, conforme será descrito adiante. A primeira seleção de narrativas sobre esse tema, realizada na pesquisa matriz, não foi considerada.

A primeira etapa do processo de análise do material constituiu-se na leitura livre das narrativas dos grupos focais com usuários do CAPS, marcada apenas pelos conceitos que organizaram este estudo - Experiência de adoecimento e *Insight* - à luz da fenomenologia. Com este primeiro passo, o intuito foi obter uma primeira compreensão dos textos, apreender o sentido do todo, sem qualquer tentativa de organização ou sistematização dessa compreensão (SADALA e ADORNO, 2002; MENDES, 2007; ANDRADE e HOLANDA, 2010).

A segunda etapa do procedimento consistiu na discriminação, nas narrativas, de *unidades significativas* para o fenômeno estudado (*Insight*). Em procedimentos de análise baseados na Fenomenologia tradicional, as *unidades significativas*, ou *unidades de significado* correspondem às unidades mínimas de sentido que permitem responder à pergunta do pesquisador; trechos do texto que contêm determinado significado relevante para o estudo. A identificação das *unidades de significado* deve, portanto, estar de acordo

⁴ A pesquisa “Experiência, narrativa e conhecimento: a perspectiva do psiquiatra e a do usuário” (Serpa Jr. et al., 2011) foi desenvolvida entre 2009 e 2011, em caráter multicêntrico (IPUB/UFRJ; DSC/FCM/UNICAMP e ISC/UFBA), com o patrocínio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). A pesquisa teve como objetivo explorar em detalhes a experiência vivida dos participantes e como atribuem sentido a esta experiência. O estudo de que trata este artigo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unicamp em 24/07/2012, em caráter de adendo ao parecer da pesquisa matriz (parecer nº 870/2009).

com o fenômeno pesquisado e com a perspectiva conceitual adotada para compreensão do mesmo (LINDSETH e NORBERG, 2004; MENDES, 2007; ANDRADE e HOLANDA, 2010). Assim, as narrativas foram relidas e as *unidades de significado* relativas ao *Insight*, destacadas no texto. Para a identificação das unidades foi considerada a seguinte perspectiva conceitual de *Insight*: um processo dinâmico de autopercepção do adoecimento, a partir da construção social e intersubjetiva de sentidos e significados para a doença. Procurou-se acessar os modos pelos quais as experiências de adoecimento, ou mal-estar narradas dialogam, ou não, com elementos do que é descrito psicopatologicamente como doença, no caso, esquizofrenia.

Na etapa seguinte do percurso metodológico, as *unidades de significado* foram condensadas, explicitando-as em expressões concretas que refletem seu sentido essencial. Este procedimento tem como objetivo organizar e sistematizar as *unidades de significado* e, assim, facilitar a análise (MENDES, 2007; ANDRADE e HOLANDA, 2010). As unidades condensadas para o *Insight* são palavras ou sentenças que manifestam, da forma mais concisa possível e utilizando linguagem do senso comum, como se apresenta a autopercepção do adoecimento nos trechos identificados como *unidades de significado*.

Em seguida, as unidades condensadas foram novamente lidas, e passaram, então, por um processo de agrupamento, de acordo com similaridades em termos do sentido expresso, e posterior abstração, originando categorias mais amplas (LINDSETH e NORBERG, 2004; MENDES, 2007; ANDRADE e HOLANDA, 2010). Assim, foram formuladas cinco categorias temáticas, que fazem referência às formas pelas quais os indivíduos organizam a autopercepção do adoecimento (*Insight*): *Relações familiares/interpessoais; Religiosidade/ espiritualidade/misticismo; Sensações; Efeitos/ consequências do adoecimento e impacto do diagnóstico e do tratamento.*

4 RESULTADOS

As categorias temáticas identificadas funcionaram como estruturas a partir das quais os indivíduos reconheceram o próprio adoecimento, relacionando suas experiências de adoecimento ao fenômeno psicopatológico da esquizofrenia, seja ele abordado a partir da psicopatologia descritiva ou antropológica-fenomenológica. Uma narrativa de *Insight* pode estar organizada a partir de um único elemento, mas pode também se estruturar a partir de mais de um, sem que sejam mutuamente excludentes.

4.1 Relações familiares e interpessoais

A autopercepção é estruturada, não raro, por uma concepção dos usuários de que o adoecimento é fruto da ação de outras pessoas ou da forma como essas pessoas se relacionam com eles, lhes causando mal.

(Pesquisador) E você como ficou percebendo que começaram a fazer isso com você?

Por que eles contaram. Eles mesmos contaram.

(Pesquisador) Eles mesmos?

*Eles mesmos contam. Aí, acredita quem quiser. Então, eu estou nesse desse jeito aqui por causa de uma tia que fez um trabalho para mim. Não uma tia, mas uma golpista dentro de casa (...)
(César).*

A partir de questões que procuraram abordar formas como os usuários estabelecem relações e laços sociais, e como se vêem nessas relações (considerando-se a experiência de adoecimento, diagnóstico e/ou tratamento), aparecem relatos de como percebiam alterações, não apenas no corpo ou na mente, mas em seu entorno social.

(Pesquisador) E a senhora percebia alguma coisa no jeito da senhora que era muito diferente do jeito das pessoas que conviviam com você?

Ah, eu percebia dessa forma, que eu não gostava que falassem gritando na minha cabeça, os galos do vizinho cantavam e me incomodavam, eu saía para a rua de noite para andar... e nunca mais eu pude largar do remédio. Eu não sei o que que acontece comigo (...)(Cleusa)

(Pesquisador) E antes do primeiro diagnóstico, como começa?

É através disto. É normal a vida (César)

(Pesquisador) Era normal a vida?

Era a minha normalidade. Inclusive eu tenho minha biografia e eu contei a verdade do que aconteceu comigo, que eu achava que meus pais, eu vivia uma vida normal e acha que meus pais não tinham tantas atribuições comigo, mas eu tinha muitas vontade/vantagens dos meus pais, certo? (...) Eu não era recompensado. Então, se eu não era sadio e bom, eu não tinha recompensa por causa disso certo? Então eram os meus valores que estavam sendo gastos e não estavam sendo retribuídos. Daí quando isso aconteceu eu levei para o outro lado, que modificou o meus valores, né? Tanto é que quando o meu pai viu que eu ia modificar os meus valores resolveu me abandonar como (...) que chegou a atitude do abandono que chegou à possibilidade de cair na esquizofrenia. Que é a paranóia que eles aplicam, que é a transformação. (César)

No trecho anterior observa-se que o diagnóstico de esquizofrenia não se apresenta como marco determinante para a autopercepção do adoecimento; parece ser a forma como César vivencia a dinâmica de suas relações familiares um elemento que lhe permite

identificar que algo em seu modo de ser nessas relações é diferente, ou estranho. A identificação da própria condição patológica (ainda que não necessariamente nomeada como tal), assim como dos elementos que a desencadeiam, apresenta-se também como produto da avaliação e questionamentos de terceiros. Tais interações aparecem com maior frequência, nas narrativas aqui analisadas, com membros da família e profissionais das equipes de saúde.

4.2 Espiritualidade/religiosidade/misticismo

Nas narrativas de *Insight* estruturadas a partir de elementos relacionados à espiritualidade, religiosidade ou misticismo, experiências dessa ordem são utilizadas como formas de compreender e explicar o adoecimento. Em várias das narrativas em que a autopercepção do adoecimento se mostra através de explicações cujos conteúdos são de cunho religioso ou espiritual, membros da família aparecem como elementos envolvidos nas formas de compreender a condição patológica.

(Pesquisador) Fizeram um trabalho em você? Quem fez o trabalho?
Trabalho, é... O pessoal de casa, meus pais. Geralmente o pessoal de casa é quem faz. Mas a igreja também faz. No sul do país, o próprio religioso conduz para dentro de outra ala que é contra a de cá, para retirar a pessoa daquele lugar e colocar em outras escalas. Então é assim que acontece (César)

(Pesquisador) Mas você disse que ficava mal, ficava mal que jeito?
Ahh, eu ficava olhando pros cachorros, pensando as coisa como cachorro...que o cachorro que era pompa-gira...sei lá,essas coisa...um dia minha irmã...MG...ela quebro um vidro eu fui tentar ajudar lá né...pra parar a confusão, ai eu fingi que tinha acontecido alguma coisa, não sei se foi eu...ou se foi algum espírito...Ai ela falou de espiritismo pra mim, aí deu risada, parei... (Cícero)

4.3 Sensações

A percepção do próprio adoecimento também aparece de forma significativa, nas narrativas, em termos de sensações, que podem ser vividas na dimensão corporal, ou mentalmente. Quando o *Insight* apresenta-se a partir desta categoria, sensações em termos de fenômenos de alteração da consciência de si são percebidas como manifestações da doença. Sensações de estranheza do corpo aparecem com grande frequência, em relatos de vários dos usuários. As sensações identificadas no corpo, no entanto, não se apresentam necessariamente dissociadas da dimensão mental.

Há relatos de sensações de estranheza do corpo, que aparecem atreladas a outros elementos que compõem um modo de compreensão e explicação do próprio

adoecimento, utilizando, por exemplo, vocabulário e conteúdos religiosos/místicos e científicos/médicos. As sensações descritas são percebidas como incomuns e como manifestações de um quadro patológico, ainda que tal condição não seja nomeada, necessariamente ou sempre, como esquizofrenia.

(Pesquisador) E tudo isso o que você está contando acontecia só na tua mente ou você sentia o corpo um pouco estranho...?

Eu sentia meu corpo estranho (César)

(Pesquisador) Como que era?

Por causa da interferência. Ah, isso é bastante difícil de falar, porque eu mesmo sentia, e ainda sinto, um peso. Um peso que desce e reflete em consciência, né? Então reflete em consciência que a pessoa não desenvolve. Fica a parte que não desenvolve mais. Então chega aquelas partes (moles ou mortas) que eles falam. Que na ciência que eu estudei chamam de psiquiases. A parte mental que não consegue entender as coisas (César)

(Pesquisador) E sobre a questão no seu corpo, você falou como percebeu isso no seu corpo?

Ah... eu quando fico em crise eu sinto um peso na cabeça né...mas geralmente é... decorrente de alguma doença, então ultimamente que eu tive dois final de semana aqui..no CAPS aqui...e...que esse...dia assim descobri que é uma bola que eu tenho nas costas que também ta me prejudicando, e esse tumor aqui eu vou mandar operar ele...é um tumor já, que quando me aplicavam o remédio saiu a dor de cabeça daí inchou...inchou a bola aqui atrás...quando, quando a bola aqui atrás diminui a cabeça fica explodindo de dor... (César)

(Pesquisador) Sua história de quando você ainda trabalhava, que começou a ir ficando doente, que acabou que você ficou aposentado, que seria (...) além da bebida, tinha alguma outra coisa que você sentia? Que passava com você?

(...) Eu lembro que era a cabeça, né? A cabeça (...) minha cabeça começou a ficar quente... as vezes latejava. Eu to agüentando aqui ainda (Caio)

4.4 Efeitos/consequências do adoecimento e impacto do diagnóstico e tratamento

Observou-se narrativas em que a autopercepção do adoecimento apresenta-se a partir de suas consequências ou impactos. Sentimentos de abandono, desvalorização do indivíduo e estigma aparecem como efeitos negativos da doença que estruturam seu reconhecimento. As relações familiares aparecem, em algumas narrativas, como contexto que contribui com os sentimentos de menosvalia e abandono. O diagnóstico de esquizofrenia/doença mental, assim como o início do tratamento, se apresentam, muitas vezes, como marcos na vida dos indivíduos, a partir dos quais identificam mudanças, em um sentido negativo, na sua inserção social/intersubjetiva.

(...) Então, em outro caso (..) quando a família descobriu nós, que temos essa parte de esquizofrenia, que tivemos um problema mental,

a família oficial resolveu nos abandonar (...) (César)
Como a gente é abandonado pela família quando tem o primeiro diagnóstico, a gente não tem aquelas psiquiases pessoas em torno da gente para ouvir a gente, então tem coisa que gente fala e que não deve e tem coisa que a gente deixa de falar, que devia falar. (César)

Os sentimentos de abandono e não continência familiar diante da condição de sofrimento e do tratamento do usuário também pautam a forma como esse indivíduo percebe seu adoecimento, sua evolução e perspectivas de mudanças.

Aí ninguém ia me visitar (...) um dia foi um casal de filhos e falaram que resolveram me internar porque eu não deixava ninguém em paz. Aí ele falou para ela, o meu filho e para a minha filha que quando precisasse internar que eles sabiam que eles não precisavam ir lá não, porque cuidar eles não cuidavam, e para internar eles achavam o caminho de lá. E de lá para cá só veio piorando cada vez mais. (Cleusa)

(Pesquisador) César, você conta que quando começou a perceber, assim, que estavam fazendo um trabalho, você comentou para alguém dos conhecidos, alguém próximo?
Eu comento, eu comento. Eles acham que é uma bobeira mental. Como eles querem descrever, que é uma bobeira mental. Que é um momento da demência mental, que isso não acontece. Sendo que eu já li o próprio estatuto da religião oposta do cristianismo. (César)

Fiquei não sei quantos anos sem ver meu pai, com medo dele. Só que agora eu não quero ver ele mais, porque, ele parece que não existe isso daí. Que é coisa da minha cabeça. (...) (Cleusa)

(...) e nunca mais eu pude largar do remédio. Eu não sei o que que acontece comigo (Cleusa)

5 DISCUSSÃO

Considerando a noção de *Insight* adotada, a análise das narrativas indicou o quão diversos são os caminhos para atribuição de sentido para a experiência de adoecimento. Os resultados mostraram que a experiência do adoecimento pode ser percebida e narrada como objeto de conhecimento e intervenção, por quem a experimenta, a partir dos mais diferentes elementos que lhe são constitutivos.

Algumas narrativas se estruturam a partir de mais de uma categoria. As associações estabelecidas entre as categorias, quando ocorrem, não sugerem um padrão único e linear. Um mesmo sujeito pode narrar de modos diversos a autopercepção de sua experiência de adoecimento, indicando que a verificação de graus de coerência entre as diferentes narrativas de uma mesma pessoa não é um bom exercício para conhecê-las, conforme apontado por alguns autores (LEAL et al., 2014; KIRMAYER et al., 2004;

LYSAKER et al., 2002; SARAVANAN et al., 2004). Estas narrativas respondem muito mais aos contextos em que são produzidas e às questões que o entrevistador/ouvinte suscita no narrador, do que a uma coerência interna, própria a qualquer narrativa produzida por uma mesma pessoa, independente do cenário que a desencadeia.

As categorias constituíram-se em elementos que permitiram ao narrador destacar a sua experiência de mal-estar do fluxo de vivências comuns e transformá-la em objeto de conhecimento e intervenção socialmente aceito. Há aí uma vivência que, pela atenção reflexiva, se torna algo objetivo. E neste movimento em que alguma reflexividade se produz, que experiências de mal-estar que são vividas tacitamente, sem destaque do contexto sociocultural em que são produzidas, descolam-se da dimensão de vivências cotidianas e produzem as narrativas de *Insight*.

A organização de narrativas do *Insight* a partir do jogo das relações interpessoais indica um certo reconhecimento da precariedade de redes familiares e sociais que essas pessoas experimentam. Associado à disfunção social, por sua vez relacionado a formas particulares de organização subjetiva (STANGHELLINI e BALLERINI, 2002; PARNAS et al., 2002; LEAL et al., 2007), esse fenômeno é comumente vivido por pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia, conforme já apontado. Ora considerado sintoma central, ora consequência dele, a disfunção social tem sido tomada como um importante elemento do adoecimento esquizofrênico (STANGHELLINI e BALLERINI, 2002; LEAL et al., 2007).

Sendo assim, neste modo de narrar não são os conhecidos sintomas da doença que desencadeiam, necessariamente, em quem os experimenta, a sensação de mal-estar e que careceria de intervenção ou dirigiria o desejo de sua superação como algo que o incomoda. Também de acordo com a perspectiva de *Recovery* (DAVIDSON, 2003), são os efeitos destes ditos sintomas na rede de relações daquele que os vivenciou que aparecem como aspectos centrais. Nestas narrativas, podemos dizer que tais efeitos parecem ser os elementos responsáveis pelo *Insight*.

Quando o eixo *espiritualidade* foi o organizador das narrativas, mostrou-se como recurso para compreensão/significação e explicação do adoecimento, a partir do vocabulário religioso. Pode-se dizer que o *Insight* é possibilitado pela inserção e posicionamento do indivíduo em uma comunidade cultural específica, para a qual o elemento religiosidade possui grande importância (SARAVANAN et al., 2004). Em alguns trechos, o adoecimento é reconhecido nos sintomas corporais, mas a explicitação dessa percepção passa pela linguagem da espiritualidade.

Os fenômenos de alteração da consciência de si, vividos corporalmente, em sua

dimensão orgânica, ou mentalmente, como no caso de alucinações, constituíram o grupo de categorias temáticas *sensações*. Nelas o *Insight* se constitui a partir da percepção de manifestações da doença; a experiência de mal-estar ganha visibilidade e torna-se questão para quem a vivencia, a partir de elementos do quadro psicopatológico descrito como sintomas dos transtornos do espectro esquizofrênico. As sensações corporais correspondem, no geral, a experiências de estranheza e mal-estar localizadas no corpo, vivências comumente presentes em transtornos psicóticos.

Em alguns trechos, observa-se a reprodução do vocabulário científico e médico para narrar alterações sentidas corporalmente. Também são relatadas alterações da consciência de si experienciadas mentalmente (“*ouvir vozes*”, “*um branco na cabeça*”, “*nervos*”). O *Insight* também se apresenta, nesta categoria, a partir da atribuição de necessidade de restituição da condição prévia àquela vivida antes de tais manifestações.

Embora os fenômenos que organizem as narrativas do *Insight* nesta categoria temática sejam fenômenos considerados psicopatológicos para a esquizofrenia, nem sempre o vocabulário que os descreve é o mesmo utilizado pelo campo médico-psiquiátrico ou os recursos utilizados para lidar com tais alterações, no sentido do restabelecimento da condição que eles produzem, são centrados apenas no tratamento psiquiátrico tradicional. Os recursos narrados englobam desde o tratamento clínico, estrito senso, passando pelo tratamento medicamentoso psiquiátrico, pelos serviços tipo CAPS, por ações tais como sair de casa, ou a construção de buraco no quarto para não ouvir vozes. Esses exemplos, colhidos das narrativas estudadas, indicam que a autopercepção do adoecimento não implica, necessariamente, uma trajetória única e sempre coerente de tratamento ou estratégias de lida (KIRMAYER et al., 2004).

O quarto eixo temático observado nas narrativas de *Insight* refere-se à percepção de *efeitos e conseqüências do adoecimento, e impacto do diagnóstico e do tratamento*, na vida, na inserção social e relações interpessoais. Desvalorização da perspectiva do indivíduo, desamparo social e estigmatização são elementos narrados como decorrentes da condição de adoecimento e apresentados como produtores da percepção de que algo vai mal para o sujeito que o experiência; responsáveis, assim, pela organização das narrativas de *Insight*.

Os elementos das narrativas identificados como efeitos e conseqüências do adoecimento reforçam e potencializam a fragilidade da rede social dos usuários. O diagnóstico de esquizofrenia, nestas narrativas, aparece como fator que limita e prejudica o relacionamento com as outras pessoas. A atribuição de um rótulo diagnóstico distancia

as experiências do indivíduo do círculo de vivências ditas normais. O tratamento, seja do âmbito dos cuidados médico-psiquiátricos ou não, aparece, nas narrativas identificadas por esta categoria, como mais um elemento capaz de favorecer a autopercepção condição de adoecimento, embora tal condição não seja necessariamente descrita a partir do vocabulário próprio ao campo da psiquiatria. Observou-se ainda, nestas narrativas estudadas, que o tratamento pode ser o motor da autopercepção, mesmo quando não foi buscado por quem tem o diagnóstico de esquizofrenia. Não raro o tratamento se apresentou como um recurso, sugerido por terceiros, de que o sujeito depende para viver.

Retomando a perspectiva de *Recovery*, observa-se, nas narrativas, que os processos de “recuperação” e superação dos efeitos do diagnóstico e do adoecimento psíquico ainda são insuficientes para mudar a realidade dos usuários. No Brasil, devido à grande desigualdade social, mesmo considerando as conquistas dadas no reconhecimento da cidadania das pessoas portadoras de doença mental e seus familiares, observa-se que o acesso e usufruto de direitos básicos ainda é algo restrito, dificultando o empoderamento e a participação social dessas pessoas. Nesse sentido, é compreensível que as pessoas apresentem maiores dificuldades de se engajar em projetos de vida que vão além do tratamento, ou da remissão de sintomas. A reprodução do vocabulário científico e médico, assim como a atribuição de necessidade de restituição da condição prévia àquela vivida antes do adoecimento podem ser interpretados como aspectos dessa dificuldade, relacionada ao contexto sociocultural.

6 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Conforme já mencionado, a análise realizada neste estudo teve como fonte de dados narrativas produzidas em uma pesquisa matriz. Na pesquisa ampliada, o *Insight* foi identificado como um tema emergente nas narrativas. Investigá-lo, no entanto, não foi objetivo explícito da pesquisa matriz e por isso não foi considerado na pergunta de investigação que a norteou, nem nas perguntas que dirigiram o grupo focal. Um maior aprofundamento sobre o tema poderia ter sido alcançado, caso o *Insight* tivesse sido um objeto central.

Outro aspecto a ser ponderado é o fato de a pesquisa matriz ter ocorrido em serviços de saúde de três cidades brasileiras, o que pressupõe particularidades sociais e culturais de cada local. No presente estudo, foram analisadas as narrativas de um dos campos da pesquisa inicial. A abordagem das narrativas dos três campos poderia

aprofundar e enriquecer a análise dos aspectos culturais envolvidos no fenômeno *Insight* e na perspectiva de *Recovery*.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A concepção de *Insight* adotada nos dá a possibilidade de reconhecer como narrativas de autopercepção descrições do fenômeno do adoecimento de outros modos, que não a atribuição de *Insight* ausente, *a priori*, em indivíduos com esquizofrenia, que constitui uma forma limitada, restritiva e, em certo sentido etnocêntrica, de compreender tal fenômeno, na medida em que desvaloriza a perspectiva particular que essas pessoas têm sobre seu próprio processo de adoecimento e desconsidera seu contexto pessoal e social.

A adoção desta concepção de *Insight*, entretanto, não implicou a pressuposição de que todas as pessoas que adoecem de transtornos mentais graves conseguem perceber sua própria condição de doença. O exame das narrativas nos permitiu constatar que as categorias experiência de adoecimento e *Insight* estão estreitamente relacionadas, mas não se sobrepõem. Conforme apontado por Leal et al. (2014), a experiência de adoecimento nem sempre constitui-se uma categoria de primeira/segunda pessoa como é frequentemente suposto. Nem toda experiência de mal-estar ou aflição é vivida como experiência de adoecimento propriamente dita. Para que isto se dê, tal experiência precisa ser vivida como algo que se destaca do fluxo das vivências cotidianas e tácitas que cada um de nós experimenta cotidianamente. É preciso que ela se torne objeto de conhecimento, intervenção e frequentemente reparação de quem a vivencia, mesmo que isso se dê a partir de uma ação reflexiva não voluntária.

Os resultados apresentaram uma dimensão dialógica do *Insight*, corroborando as definições do fenômeno em termos do compartilhamento e negociações de sentidos para o adoecimento (KIRMAYER et al., 2004; SARAVANAN et al., 2004; DOLSON, 2005). As categorias temáticas mostraram, nas narrativas, percursos de autopercepção do adoecimento que indicam o reconhecimento de elementos próprios da condição da esquizofrenia, porém organizados a partir dos significados que esses elementos adquirem em suas vidas. Esta perspectiva, ao abordar o *Insight* em termos da construção de compreensões acerca da própria experiência de adoecimento, a partir do universo relacional e inserção cultural dos indivíduos, prima pela valorização dessas pessoas e de suas vivências singulares.

Essa dimensão dialógica do *Insight*, analisada nas narrativas, nos remete ao conceito de *Recovery*, na medida em que nos permite compreender a autopercepção do adoecimento para além dos critérios estritamente psiquiátricos/sintomatológicos. Reconhece-se, assim, que os outros aspectos da vida e do cotidiano das pessoas não estão descolados da forma como elas percebem e lidam com sua doença, construindo e negociando sentidos a partir de sua inserção social e cultural no mundo.

A centralidade do indivíduo em sua dimensão intersubjetiva, em detrimento da supremacia da doença, enquanto conjunto de sintomas (SERPA JR. e LEAL, 2010) embasa o contexto de reformulação e qualificação da atenção e tratamento a pessoas com transtornos mentais, desencadeado pela Reforma Psiquiátrica. Na interface com a Saúde Coletiva, os novos arranjos implementados na assistência em Saúde Mental no Brasil, pressupõem que

(...) a saúde das populações, das relações sociais e a produção de políticas públicas não devem deixar de considerar que as coletividades são compostas por sujeitos particulares, com necessidades e desejos singulares e em constantes relações de poder (BALLARIN et al., 2011, p. 604).

A ampliação da compreensão acerca das práticas clínicas e sociais desenvolvidas, assim como o entendimento das diferentes variáveis envolvidas no processo saúde-doença (BALLARIN et al., 2011) são caminhos necessários para viabilizar a construção de intervenções em Saúde Mental no Sistema Único de Saúde que de fato consigam abarcar a complexidade do adoecimento mental. É nesse sentido, da co-produção de projetos de saúde e de vida, que entendemos e valorizamos o diálogo com as formas particulares pelas quais os indivíduos constroem narrativas sobre a dimensão experiencial do processo de adoecer.

REFERÊNCIAS

ALVES, P. C. Fenomenologia e as Abordagens Sistêmicas nos estudos sócioantropológicos da doença: breve revisão crítica. *Cadernos de Saúde Pública*, v.22, n.8, p.1547-54, 2006.

ALVES, P. C.; RABELO, M. C.; SOUZA, I. M. Introdução. In: RABELO, M. C.; ALVES, P. C.; SOUZA, I. M. (Org.). *Experiência de doença e Narrativa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. p. 11-39.

AMADOR, X.; KRONENGOLD, H. Understanding and assessing Insight. In: AMADOR, X.;

DAVID, A. *Insight and Psychosis. Awareness of illness in schizophrenia and related disorders*. Oxford: Oxford University Press, 2004. p. 3-30.

ANDRADE, C. C.; HOLANDA, A. F. Apontamentos sobre pesquisa qualitativa e pesquisa empírico-fenomenológica. *Estudos de Psicologia*, v. 27, n. 2, p. 259-68, 2010.

BALLARIN, M. L. G. S., et al. Centro de Atenção Psicossocial: convergência entre Saúde Mental e Coletiva. *Psicologia em Estudo*, v. 16, n. 4, p.603-11, 2011.

BERRIOS, G. E.; MARKOVÁ, I. S. Insight in the psychoses: a conceptual history. In: AMADOR, X.; DAVID, A. *Insight and Psychosis. Awareness of illness in schizophrenia and related disorders*. Oxford: Oxford University Press, 2004. p. 31-50.

CSORDAS, T. Corporeidade como um paradigma para a antropologia. In: _____ *Corpo Significado Cura*. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2008. p.101-46.

DANTAS, C. R. *Adaptação transcultural do “Schedule for the Assessment of Insight – Expanded version (SAI-E)”*: estudo de confiabilidade e análise fatorial da versão brasileira do SAI-E. 2006. 225p. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

DAVID, A. S. Insight and psychosis. *British Journal of Psychiatry*, v. 156, p. 798-808, 1990.

DAVIDSON, L. *Living Outside Mental Illness: Qualitative Studies of Recovery in Schizophrenia*. New York and London: New York University Press, 2003. 228p.

DOLSON, M. The role of dialogue, otherness and the construction of Insight in psychosis: toward a socio-dialogic model. *Journal of Phenomenological Psychology*, v.36, n.1, p.75-112, 2005.

HOFMANN, B. On the triad disease, illness and sickness. *Journal of Medicine and Philosophy*, v. 27, n. 6, p. 651-73, 2002.

JENKINS, J. H.; BARRETT, R. J. Introduction. In: _____ *Schizophrenia, culture and subjectivity. The edge of experience*. Cambridge: Cambridge University Press, 2004. p.1-11.

JORGE-MONTEIRO, F.; MATIAS, J. Atitudes face ao recovery na doença mental em utilizadores e profissionais de uma organização comunitária: Uma ajuda na planificação de intervenções efectivas? *Análise Psicológica*, v.1, n. 25, p.111-125, 2007.

KIRMAYER, L.; CORIN, E.; JARVIS, E. Inside knowledge: Cultural constructions of insight in psychosis. In: AMADOR, X.; DAVID, A. *Insight and Psychosis. Awareness of illness in schizophrenia and related disorders*. Oxford: Oxford University Press, 2004. p. 197-229.

- LEAL, E. M.; DAHL, C.; SERPA JR, O. D. A experiência do adoecimento em estudo de narrativas de pessoas com diagnóstico de transtornos do espectro esquizofrênico: um debate sobre a necessidade da releitura da categoria a partir de achados de pesquisa. *Ciências Humanas e Sociais em Revista*, v.36, n.1, p.55-67, 2014.
- LEAL, E. M.; SERPA JR, O. D. Acesso à experiência em primeira pessoa na pesquisa em Saúde Mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 10, p. 2939-2948, 2013.
- LEAL, E. M.; SERPA JR, O. D.; MUÑOZ, N. M. A clínica da “Disfunção social”: Contribuições da Psicopatologia do Senso Comum. In: COUTO, M. C. V.; MARTINEZ, R. G. *Saúde mental e saúde pública: questões para a agenda da Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: FUJB/NUPPSAM/IPUB/UFRJ, 2007, p. 69-99.
- LINDSETH, A.; NORBERG, A. Phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, v. 18, n. 2, p. 145-53, 2004.
- LYSAKER, P. et al. Insight and Personal Narratives of Illness in Schizophrenia. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, v. 65, n. 3, p. 197-206, 2002.
- MELLA, L.; DANTAS, C. R.; BANZATO, C. Insight na psicose: uma análise conceitual. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v.60, n.2, p. 135-40, 2011.
- MENDES, I. M. M. D. *Ajustamento materno e paterno: experiências vivenciadas pelos pais no pós-parto*. 2007. 383p. Tese (Doutorado em Ciências de Enfermagem) - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, 2007.
- PARNAS, J.; BOVET, P.; ZAHAVI, D. Schizophrenic autism: clinical phenomenology and pathogenic implications. *World Psychiatry*, v.1, n.3, p. 131-136, 2002.
- SADALA, M. L.; ADORNO, R. Phenomenology as a method to investigate the experience lived: a perspective from Husserl and Merleau Ponty thought. *Journal of Advanced Nursing*, v. 37, n. 3, p. 282-93, 2002.
- SARAVANAN, B et al. Culture and Insight revisited. *British Journal of Psychiatry*, v. 184, n. 2, p.107-109, 2004.
- SASS, L. A. Self and World in Schizophrenia: three classic approaches. *Philosophy, Psychiatry and Psychology*, v. 8, n.4, p. 251-270, 2001.
- SASS, L. A.; PARNAS, J. Schizophrenia, Consciousness, and the Self. *Schizophrenia Bulletin*, v.29, n.3, p. 427-444, 2003.
- SERPA JR, O. D., et al. *Experiência, narrativa e conhecimento: a perspectiva do psiquiatra e a do usuário*. Rio de Janeiro: Laboratório de Estudos e Pesquisas em

Psicopatologia e Subjetividade, 2011. 104 p. (Relatório técnico final Edital MCT/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/DECIT nº 33/2008).

SERPA JR, O. D.; LEAL, E. M. Schizophrenia, experience and culture. *Dialogues in Philosophy, Mental and Neuro Sciences*, v. 3, n. 2, p. 50-51, 2010.

STANGHELLINI, G.; BALLERINI, M. Dis-sociality: The Phenomenological approach to social dysfunction in Schizophrenia. *Word Psychiatry*, v.1, n.2, p.102 -106, 2002.

TRANULIS, C.; CORIN, E.; KIRMAYER, L. Insight and Psychosis: Comparing the perspectives of patient, entourage and clinician. *International Journal of Social Psychiatry*, v.54, n.3, p.225-41, 2008.

WAGNER, L. C. et al. Cuestiones existenciales en la esquizofrenia: percepción de portadores y cuidadores. *Revista Saúde Pública*, v.45, n.2, p. 401-408, 2011.

YOUNG, A. The anthropologies of Illness and Sickness. *Annual Review of Anthropology*, v.11, n.1, p.257-85, 1982.