

OBSERVANDO O FAMILIAR: ANÁLISE DE DIÁRIOS DE CAMPO EM UM CAPS I

Alessandra Aniceto Ferreira de Figueirêdo – Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF Itaporanga-PB);

Resumo

Este trabalho teve por objetivo analisar as categorias para pessoas em sofrimento psíquico, ditas por familiares de usuários e por profissionais que trabalham no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I) da cidade de Itaporanga-PB. Para tanto, foi realizada uma pesquisa qualitativa, no período de 03 a 22 de fevereiro de 2012, tendo como recurso metodológico a observação participante e o registro posterior das notas de campo. Participaram do estudo os profissionais do CAPS I e os familiares dos usuários, que circularam na instituição durante o período da pesquisa. Os dados foram analisados à luz da Psicologia Social Discursiva. Constatou-se que algumas categorias ditas tanto pelos profissionais do CAPS I, quanto pelos familiares dos usuários, como “agitado”, “inquieto”, “agoniado”, contribuem para que esses sujeitos possam vivenciar a estigmatização pelo sofrimento que apresentam. Todavia, ao fazerem uso de palavras que fundamentam a “doença”, em especial a “depressão”, os mesmos criam estratégias de afastamento dos usuários do estigma da loucura. Considera-se que as categorias ditas pelos profissionais do CAPS I e pelos familiares dos usuários estão fundamentando os modos como essas pessoas lidam com os sujeitos em sofrimento psíquico, uma vez que essas categorias têm contribuído à subjetivação das pessoas em sofrimento psíquico, amarrando-as em malhas que ora as aprisionam na doença, ora as diferenciam enquanto sujeitos atípicos, construindo pessoas que podem ser caracterizadas como incomuns, ou doentes.

Palavras-chave: Cuidadores. Saúde Mental. Observação.

Abstract

This study analyze the categories for people in psychological distress, spoken by families of users and professionals working in the Center for Psychosocial Care (CAPS I) in city Itaporanga -PB. Therefore, we conducted a qualitative study in the period from 03 to 22 February 2012, having as a methodological resource participant observation and recording of field notes later. Participated of the study CAPS’s professionals and the families of users, which circulated in the institution during the study period . The data were analyzed in light of Discursive Social Psychology. It was found that some categories spoken as by CAPS I’s professionals as by families of users, as " busy " , " uneasy " , " distressed " , contribute to these subjects may experience stigma at present suffering . However , to make use of words that underlie the "disease " , especially the " depression " , they create strategies for the removal of users from the stigma of madness. It is considered that the said categories by CAPS I’s professionals and the family of the users are basing the ways people deal with these subjects in psychological distress, since these categories have contributed to the subjectivity of people in psychological distress, tying them on meshes that now imprison the disease, either as subjects differentiate atypical building who can be characterized as unusual, or sick.

Key words: Caregivers. Mental Health. Observation.

Introdução

Nos últimos doze anos, desde a efetivação da lei 10.216, de 6 de abril de 2001 (Lei de Reforma Psiquiátrica), a qual dispõe sobre “a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental no país” (BRASIL, 2001), várias pesquisas têm sido realizadas, tendo como enfoque a saúde mental. Algumas têm discorrido sobre a reforma psiquiátrica, outras sobre os discursos de familiares dos usuários dos serviços de saúde, outras, ainda, sobre as práticas dos profissionais de saúde mental, como também sobre as pessoas em sofrimento psíquico. Dentre as pesquisas realizadas, nos chamou atenção aquelas que dialogavam com os familiares e os profissionais dos serviços de saúde mental, uma vez que esses tratam diretamente com a problemática da loucura.

Cirilo e Oliveira Filho (2008) já nos chamavam atenção para o fato de que a descrição do peso do sofrimento psíquico, para a família de usuários de serviços de saúde mental, nos revela as necessidades desses familiares, no que diz respeito à escuta, à orientação e ao apoio a essas pessoas. Os autores reforçaram a importância da realização de trabalhos com as famílias, dentro e fora dos serviços de saúde mental, para que essas possam ajudar os usuários em seu tratamento, mas também para que os familiares possam lidar com seu sofrimento, já que eles adoecem nesse processo de cuidar. Silva (2012), em pesquisa realizada com familiares de usuários de Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I), observou a importância de os serviços substitutivos estimularem a família no tratamento psiquiátrico, através da promoção de atividades na instituição, que visem estreitar ainda mais os laços existentes entre familiares e usuários em saúde mental.

Observamos, assim, que essas pesquisas enfocam a importância do trabalho com os familiares, para que esses também sejam cuidados, mas, ao falar de cuidadores, estamos trazendo à tona, além dos familiares, as figuras dos profissionais de saúde, os quais têm acolhido tanto os familiares, quando os usuários dos serviços de saúde mental. Rodrigues (2011) fala sobre a importância do estudo com os profissionais de saúde, em especial, porque os mesmos constroem discursos de verdade, que subsidiam os modos de lidar com as pessoas em sofrimento psíquico. Nesse sentido, a autora realizou uma pesquisa com profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPS i), na cidade de Campina Grande-PB, e analisou o discurso dos profissionais dessa instituição sobre os lugares, atribuídos aos familiares de crianças usuárias do serviço. A pesquisa observou que os discursos dos profissionais estabeleceram uma verdade sobre a melhor forma de cuidar e tratar as crianças em sofrimento psíquico, trazendo consigo uma carga de saber que, muitas vezes, é insuportável para os familiares.

Diante do crescente número de pesquisas em saúde mental, sendo essas apresentadas e discutidas em congressos, encontros, artigos e palestras, e da emergência de práticas variadas, tanto nos serviços de saúde pelos profissionais, quanto nas residências pelos cuidadores dos sujeitos em sofrimento psíquico, compreendemos a importância da análise de categorias utilizadas por profissionais e por familiares de usuários desses serviços, em especial dos que se fundamentam na perspectiva da reforma psiquiátrica, que propõe o resgate à liberdade e ressalta o direito à cidadania das pessoas em sofrimento mental.

É pensando na forma como eles compreendem a loucura, através do uso de termos e categorias para dar nome ao sofrimento mental, que questionamos os modos como as pessoas lidam com os sujeitos em sofrimento mental: estigmatizando-os, excluindo-os, ou não. Nesse sentido, realizamos uma análise das categorias para pessoas em sofrimento psíquico¹, ditas

¹ Este trabalho é resultado da pesquisa de mestrado, intitulada “A construção de categorias e de lugares para a loucura: uma análise dos discursos de usuários de CAPS I”, sob a orientação da Professora Doutora Rosineide de Lourdes Meira Cordeiro.

por familiares de usuários e por profissionais que trabalham no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I) da cidade de Itaporanga-PB. Tomando por referência essas indagações, realizamos a pesquisa, de cunho qualitativo, através do uso da observação participante, tendo como respaldo teórico-metodológico a abordagem da Psicologia Social Discursiva.

Contextualização histórica das categorias para a loucura

Durante séculos o discurso médico e outros conhecimentos, como o religioso, tentaram conceituar e classificar a loucura. Ao entender a significância de tal fato, faremos uma contextualização histórica de como as pessoas ditas loucas, alienadas, doentes, transtornadas, sofredoras, dentre outras, foram localizadas ao longo dos tempos. Para tanto, utilizaremos os autores Michel Foucault, Paulo Amarante, Isaías Pessoti, dentre outros, que nos auxiliaram a realizar uma observação das categorias para o sofrimento psíquico, utilizadas ao longo dos séculos.

Barroso et al. (2004) traz que as pessoas em sofrimento mental foram classificadas de diversas maneiras ao longo dos séculos. Na antiguidade, elas eram concebidas como aquelas que recebiam assessores divinos, os quais decifravam mensagens desconhecidas. Na idade média, passaram de assessores divinos para entes de mente e espírito possuídos, sendo denominadas bruxas. Logo, a religião, sendo associada a conceitos medievais, passou a descrever esses sujeitos por meio de teorias demonológicas, atribuindo a espíritos ou a forças malignas as causas da condição do ser insano.

No que concerne à classificação feita pelo modelo médico, Isaías Pessoti (1999), na obra “Os nomes da loucura”, fala sobre as categorias desenvolvidas desde Hipócrates até o Manual Diagnóstico e Estatístico: Distúrbios Mentais – Quarta versão (DSM IV). Segundo Pessoti (1999, p.7), o conceito básico de loucura variou pouco da antiguidade até o presente, sendo “a perda da autonomia psicológica (implicando perda da liberdade e do autogoverno)”, todavia o número de espécies e subespécies é que teve uma considerável variação de um período a outro. Sendo importante destacar que a loucura nem sempre foi caracterizada como doença, na tradição hipocrática, por exemplo, era tomada como sintoma de desarranjos do humor. Antes de Hipócrates, era atribuída uma natureza divina à loucura, havendo uma classificação mitológica que associava cada forma de loucura a um deus.

Mas, podemos considerar que, desde a antiguidade, o sujeito da loucura era aquele a quem faltava o autogoverno e a privação de liberdade, independentemente de qual categoria lhe fosse atribuída? Michel Foucault (1991), em “Doença mental e psicologia”, ao descrever o período da idade média, aponta que a igreja católica dava ao comportamento atípico do sujeito o nome de possessão; já a literatura do séc. XV dava-lhe o nome de loucura, definindo-a nos heróis que realizavam extravagâncias e que não dominavam suas quimeras.

De acordo com Paulo Amarante (2007), os sujeitos da loucura eram demônios e deuses, fundamentaram a comédia, a tragédia, o erro e a verdade. O que não se viu no século seguinte, pois a razão passou a ser tomada como característica do ser humano e a desrazão foi menosprezada, desvalorizada e reduzida ao silêncio.

No século XVII, a medicina adentrou o território da loucura com a invenção do conceito de alienação mental (*mentis alienatio*), feito por Felix Plater em 1625, e com a apresentação da primeira classificação da alienação, inspirada nos erros ou defeitos de funcionamento da razão, da imaginação e da memória, como descreve Pessoti (1999).

Mesmo diante dessa “conquista”, o discurso médico esteve localizado nos livros, nos grandes tratados clássicos da medicina, conforme refere Foucault (1992), apenas no século seguinte, teoria e prática começaram a se imbricar no espaço hospitalar, todavia a intervenção médica ainda era pontual, sua figura era solicitada em casos graves de doença, ou em breves visitas de rotina, destarte o espaço hospitalar não era uma instituição médica por excelência.

Conforme Foucault (1987) relata, no século seguinte, Pinel e a psiquiatria encontraram os loucos encerrados em muros, dos quais se objetivou libertá-los. Ele rompeu as correntes que os prendiam, todavia os enviou a um espaço hospitalar específico e os manteve no campo da exclusão, através do isolamento, sendo regidos pela vigilância médica.

De acordo com Amarante (2007, p.30), apesar de o hospício ter se instituído como lugar específico para loucura, bem como o estudo minucioso e o tratamento dessa ter sido designado para a figura do médico/psiquiatra, Pinel não utilizou o termo doença mental para discorrer sobre a loucura, mas alienação mental, uma vez que esse indicou “um distúrbio no âmbito das paixões, capaz de produzir desarmonia na mente e na possibilidade objetiva do indivíduo perceber a realidade”.

Para Pessoti (1999, p.57), Pinel utilizou esse termo por compreendê-lo enquanto “distúrbio ou aberração, distorção, erro, das faculdades mentais” e não doença, mas, ao mesmo tempo, houve a necessidade de montar uma classificação precisa das espécies da loucura, para inseri-la definitivamente no rol das práticas médicas. No final do século XIX, a doença da mente foi materializada na nosologia, a partir dos órgãos do cérebro. A loucura passou a carregar consigo a caracterização da doença do cérebro, remetendo à dicotomia cartesiana entre mente e corpo. Ao localizar a causa do adoecimento no corpo do doente, a psiquiatria ratificou seu espaço nas ciências médicas, indo para além da metafísica para definir um fenômeno que durante séculos perseguiu.

Nesse ínterim, o séc. XX trouxe consigo o organicismo de Kraepelin para fundamentar a classificação das doenças psiquiátricas, buscando a correlação entre sintomas psíquicos e alterações cerebrais para descrever e tratar a doença mental. Bleuler, como edificador do termo esquizofrenia, e Freud, com a elaboração do conceito de motivação inconsciente, fizeram emergir os processos psíquicos como fundamentais para explicação da loucura, as doenças deixaram de ser apenas “cerebrais”, para se tornarem também “psicológicas” (PESSOTI, 1999).

Para Foucault (1992), o hipnotismo de Charcot, que influenciou Freud, evidenciou a importância dos fatores psicológicos na constituição dos quadros de histeria e juntamente com a cura catártica, que atribuiu à palavra um poder terapêutico, contribuiu para a formação da psicanálise enquanto ciência, a qual reintroduziu o psiquismo e o uso da palavra como foco dos estudos da loucura.

Diante do levantamento das categorias, construídas historicamente para pessoa em sofrimento psíquico, concordamos com Chaves (2009), quando a autora afirma que as formas como as pessoas lidam com os “segredos da loucura” se fazem presentes nas diversas classificações, pronunciadas cotidianamente no tratar desses sujeitos. Logo, o uso de determinados termos sustentam práticas, que podem facilitar a socialização ou a exclusão desses.

Método

Este estudo se insere no rol da pesquisa qualitativa, tendo como enfoque as práticas no cotidiano, pois compreendemos que, na vivência diária, os eventos estáveis e as mudanças explícitas, pelas quais as pessoas passam, podem ser visibilizados e, muitas vezes, são despercebidos. Conforme Peter Spink (2008) relata, os estudos no cotidiano têm valorizado os sujeitos e seus fazeres, pois contribuem para reflexão sobre as vicissitudes da vida social. Ao pesquisar no cotidiano, passamos a refletir sobre os diversos mecanismos de organização social e nos posicionamos diante deles. Assim sendo, enquanto pesquisadores, somos membros que partilham coletivamente o que é vivido, estudamos os lugares, mas também fazemos parte deles, entendemos seus códigos e partilhamos de suas ferramentas de construção.

Partindo da perspectiva da pesquisa no cotidiano, realizamos nosso estudo em um local familiar, haja vista o CAPS I ser a instituição em que trabalhei como psicóloga por quase três anos. Nesse sentido, nosso desafio era: como estranhar o familiar? Gilberto Velho (1981) fala que podemos estar acostumados com uma determinada paisagem social, com atores familiares, que nos permitem fixar categorias mais amplas, mas isso não significa que compreendemos a lógica de constituição das relações, pois os repertórios humanos não são limitados, eles criam surpresas e abrem abismos, por mais familiares que as situações possam parecer, logo, o processo de descoberta e de análise do familiar pode envolver dificuldades diferentes de situações não familiares. Ao mesmo tempo, o autor analisa que há semelhanças entre as duas situações, em vivências aparentemente distantes também estamos classificando, categorizando de acordo com os princípios com os quais fomos socializados, além disso, a necessidade de distanciamento do fato estudado traz consigo a paranóica busca por resultados imparciais, neutros.

Carmen Tornquist (2007, p.58) relata uma experiência semelhante que viveu, quando desenvolveu sua tese de doutorado com o movimento social do qual era militante, para ela as fronteiras entre ativista e pesquisadora se dissolveram, mesmo sabendo dos riscos que isso trazia para sua observação: “o campo puxava a minha atuação a tal ponto que, diante de algumas iniciativas de não-participação ativa, eu era incentivada por alguns colegas até mesmo a liderar o Grupo Local, chamando reuniões, estabelecendo contatos entre as pessoas”.

Refazendo leituras, dialogando com a orientadora e com colegas de mestrado, refleti que afetar e deixar ser afetada também fazia parte do processo, a partir de então, comecei a fazer daquilo que me era familiar um trunfo para deixar a observação correr, como refere Roberto da Matta (1978, p.32): “(...) os dados, por assim dizer, caem do céu como pingos de chuva. Cabe ao etnólogo não só apará-los, como conduzi-los em enxurrada para o oceano das teorias correntes”, logo, vesti a capa de pesquisadora e aparei os dados que observei, tentando transformar o familiar em exótico e o exótico em familiar, como sugere o referido autor; ao passo que me deixei envolver, busquei observar os “nativos” e a mim como sujeitos sociais, conforme considerou Tornquist (2007).

Ao refletir que podia fazer pesquisa com “o familiar”, passei também a enxergar o desconhecido e o estranho no local, nas relações e nas pessoas que faziam parte do CAPS I de Itaporanga-PB. Vi que a instituição tinha mudado de endereço, pois quando trabalhava, ela era localizada próximo à rodoviária e passou a ser sediada em uma casa, próximo à secretaria de saúde do município. Houve, ainda, a chegada de outros profissionais: duas psicólogas, um fisioterapeuta e um monitor² que passaram a trabalhar no CAPS I após minha saída, assim como uma nova coordenadora passou a trabalhar na instituição, o serviço tinha se reorganizado: as pessoas, os horários, o planejamento das atividades, as reuniões de equipe, estavam diferentes e foi nesse espaço que adentrei.

Discorrendo especificamente sobre o local da pesquisa, destacamos que o CAPS I se caracteriza enquanto serviço substitutivo ao modelo hospitalocêntrico e, de acordo com a portaria 336/02, atende a municípios com a população de 20.000 e 70.000 habitantes, funcionando das 8:00 às 18:00 horas, de segunda a sexta-feira, objetivando “realizar, prioritariamente, o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo” (BRASIL, 2002).

² De acordo com a portaria ministerial 336/02, a equipe técnica mínima do CAPS I, no que diz respeito ao nível médio de instrução, abarca 04 quatro profissionais: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. No CAPS de Itaporanga-PB, o monitor se configura como profissional de nível médio, que tem por função auxiliar o restante da equipe no cuidado com os usuários, como por exemplo, auxiliar na higiene pessoal desses, acompanhá-los durante as caminhadas e as atividades dentro e fora da instituição, auxiliar nas atividades burocráticas, como organização de arquivos e pastas, dentre outras ações.

O CAPS I se constitui como porta de entrada da atenção em saúde mental para o município de Itaporanga-PB e para as cidades círculo vizinhas. No que diz respeito à cidade de Itaporanga-PB, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2010, sua população apresentava 23.192 habitantes, distribuídos numa área territorial de 468 km², se destacando das outras cidades do Vale do Piancó (alto sertão da Paraíba) pela efetivação de um pólo industrial (têxtil). Além disso, a cidade se configura enquanto uma das 12 regiões geo-administrativas do Estado, que sedia a Gerência Regional de Saúde.

As doze regiões geo-administrativas, adotadas pela Secretaria Estadual de Saúde do Estado (SES/PB), situam-se nas seguintes cidades: João Pessoa, Guarabira, Campina Grande, Cuité, Monteiro, Patos, Itaporanga, Catolé do Rocha, Cajazeiras, Souza, Princesa Isabel e Itabaiana. “Cada gerência regional conta com uma capacidade funcional instalada capaz de articular o processo gerencial das ações técnico-administrativas da saúde” (PARAÍBA, 2008). Por esse motivo, a cidade de Itaporanga serve de referência à saúde para outros seis municípios da região: Ibiara, Diamante, Boa Ventura, Pedra Branca, Cural Velho, São José do Caiana e Serra Grande, os quais fazem parte da 7^a Microrregião de Saúde.

No que concerne aos sujeitos que compunham o estudo, participaram desse os profissionais do CAPS I e os familiares dos usuários, que circularam na instituição durante o período da pesquisa, desenvolvida de 03 a 22 de fevereiro de 2012. No que diz respeito aos funcionários que circularam na instituição, é importante descrever que a equipe multiprofissional era composta por: uma coordenadora; dois psiquiatras; uma enfermeira; duas técnicas em enfermagem; uma assistente social; duas psicólogas; duas pedagogas; uma psicopedagoga; um educador físico; dois fisioterapeutas; três recepcionistas; dois monitores; três auxiliares de serviços gerais; dois vigias noturnos e duas artesãs. Quanto aos familiares dos usuários, todos aqueles que circularam no serviço foram observados, sendo realizadas conversas informais, acerca das categorias para pessoas em sofrimento psíquico.

Para serem coletados os dados, foi realizada observação participante com esses sujeitos, sendo consideradas as questões éticas contidas na resolução 196/06, as quais devem atender às exigências éticas e científicas propostas pelo Conselho Nacional de Saúde, bem como tomamos por referência as atribuições da Lei nº 8.080, que confere diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. É importante destacar, ainda, que a pesquisa foi submetida ao comitê de ética, tendo a mesma sido aprovada para ser desenvolvida. Nesse sentido, para realizarmos o estudo, tomamos por referência o que Mary Jane Spink (2007) preconiza: é importante que revelemos quem somos, o que estamos fazendo e com que finalidade, assim como temos o compromisso de devolução dos resultados dessa e, em certos casos, até mesmo o compromisso de co-construção explícita das interpretações.

Com ocorreu a coleta dos dados

Comecei a observação participante no dia 03 de fevereiro de 2012, que se estendeu até o dia 22 do mesmo mês, tendo uma pausa entre os dias 17 a 22 em decorrência do carnaval, já que o CAPS I entrou em recesso. Nesse período, realizei observações nas oficinas terapêuticas; nos grupos de discussão; na farmácia, durante a entrega de medicamentos a usuários e seus familiares; na sala de espera; na sala de atendimento individual, durante o atendimento médico; além disso, realizei visitas domiciliares em casas de usuários, mediadas por conversas informais e anotações variadas, que constituíram as notas de campo, as quais descreviam o processo de ver e ouvir vivenciado.

Conforme refere Araújo (1999, p.79), “é muito limitado querer compreender a vida cotidiana comunitária somente pelas vias formais; é preciso buscar uma con-vivência com o povo do lugar, dirigindo especial atenção aos processos interativos e comunicativos”. Tais

processos interativos e comunicativos foram se efetivando através das conversas informais, desenvolvidas nas interações cotidianas.

Rios (s/d) fala que a observação participante exige a frequência regular no contexto de investigação por um determinado período. Ao utilizar essa técnica, o pesquisador aguça seus sentidos de ver e ouvir, além disso, por meio de conversas informais, é possível que emirjam reflexões que interessam direta ou indiretamente à pesquisa. Bogdan e Taylor (s/d) falam sobre a importância do registro de todo o período de observação, desde os acontecimentos aparentemente insignificantes até os próprios sentimentos do pesquisador, suas opiniões e hipóteses de trabalho, para que a tessitura da pesquisa seja abarcada em toda sua manifestação.

No que diz respeito ao registro do período de observação, Denzin e Lincoln (2006) destacam que as notas de campo compõem um dos recursos, utilizados na abordagem qualitativa, a qual constitui um conjunto de práticas materiais e interpretativas, que fazem com que o pesquisador se localize no mundo. Um fato interessante, no que diz respeito a esta pesquisa, era a relação entre esse recurso, as pessoas que circularam no serviço e eu.

Os profissionais da instituição tinham o receio de estarem sendo vigiados e analisados, sendo construída uma fantasia em torno da pesquisa que realizei, como escrevi em 03 de Fevereiro de 2012:

Dois funcionários já me perguntaram se eu anoto algo de suas falas lá, outra funcionária (técnica de enfermagem) brincou, quando eu lhe disse que ‘havia ouvido sua fala da sala de espera, por isso fui ao seu encontro na farmácia’, ela sorriu, dizendo que eu iria escrever isso em meu caderninho, eu falei, em seguida, que esse não era o foco de minha observação. A assistente social relatou também: “cuidado com o que bota no caderninho... Isso não pode não...”.

Já os familiares dos usuários que vinham pegar medicação, que iam acompanhá-los em consultas médicas, ou aqueles que levavam e traziam os usuários de suas residências para o CAPS, perguntaram se eu era entrevistadora (repórter), questionaram o que eu fazia com aquilo que estava anotando, ou ainda, indagaram se eu trabalhava na instituição e qual era minha função, eu expliquei que já havia trabalhado no local como psicóloga, mas que estava realizando uma pesquisa, em seguida, a detalhei; outras pessoas não se detinham ao caderninho com as notas, somente conversaram comigo, falando sobre suas queixas do dia a dia, ou as dificuldades que enfrentaram sendo cuidadores de pessoas em sofrimento psíquico.

Rios (s/d) pontua que a postura do observador contribui para o uso “mais adequado” dessa técnica, assim sendo é importante que esse se mostre aberto ao diálogo e que tente não inibir (mais ainda) o conhecimento do “nativo”, sendo importante lembrar que as pessoas modulam suas condutas e posições na presença dos outros, ou seja, as pessoas se apresentam de modo como acham que aquele que chega gostaria que eles fossem. Destarte, para alguns eu era detetive, repórter, psicóloga, pesquisadora, ou apenas uma curiosa e eles eram o(a)s vigiado(a)s, indagado(a)s, avaliado(a)s, nativo(a)s com quem eu tentei conversar sobre a loucura.

Como ocorreu a análise

Após a leitura exhaustiva dos diários de campo, foi possível organizar os discursos dos sujeitos da pesquisa, tomando por base os objetivos do trabalho. Nesse sentido, Potter; Wetherell (1987) e Gill (2008) ressaltam que essa etapa tem como objetivo transformar os blocos de discurso em pedaços menores, tornando-os inteligíveis, tal divisão facilita o estudo do material obtido. Logo, os discursos dos profissionais e dos familiares de usuários de CAPS

I foram analisados, segundo o referencial teórico-metodológico da Psicologia Social Discursiva, sendo enfocados o padrão discursivo e sua forma de organização.

Conforme Potter e Hepburn (2007) discutem, ao invés de tentar investigar as idéias que as pessoas trazem “dentro de suas cabeças”, os psicólogos discursivos põem como foco de seus estudos a natureza retórica do discurso, uma vez que entendem que os fenômenos psicológicos são construídos na interação entre os sujeitos, assim sendo eles se voltam para analisar as falas e os textos emitidos pelas pessoas em ações cotidianas.

Wetherell e Potter (1992) preconizam que a ênfase se dá no uso dos discursos em determinadas situações, ou seja, se considera o discurso no momento em que esse acontece, dito de outro modo, o discurso é analisado nas conversações, no bate papo do dia a dia, nos textos do cotidiano, sendo observadas as funções discursivas, as estratégias retóricas, os efeitos produzidos por determinada fala.

Como Potter (2008) analisa, a psicologia social tradicional objetiva falar sobre a vida social a partir de teorias sobre processos e entidades mentais, as quais sustentariam uma determinada ação; já a Psicologia Discursiva compreende o discurso enquanto estância fundamental para entender a vida das pessoas, logo o interesse se volta para a forma como as pessoas constroem a “realidade”, tendo a linguagem como edificadora dessa construção. Nessa perspectiva, o discurso é entendido como uma prática social, sendo observado como esse se atualiza e molda as interações cotidianas, ao mesmo tempo em que se pode analisar como alguns discursos trabalham juntos e contra outros discursos.

Resultados e discussão

Os profissionais do CAPS I se detiveram, em boa parte de suas falas, a descrever o comportamento dos usuários do serviço, caracterizando-os enquanto pessoas “inquietas”, “agitadas”, “alteradas”, “agoniadas”, “perturbadas”, dentre outros termos utilizados, que caracterizavam a fuga de comportamentos tidos como “normais”, ou socialmente aceitos. Essas categorias utilizadas seguem o rastro da associação entre as ações das pessoas em sofrimento psíquico e os comportamentos animais, dotados do estereótipo da agressividade, que foi associado historicamente às pessoas ditas “loucas”. Logo, essas pessoas estariam “fora de si”, desvairadas, violentas, inacessíveis a relações humanas, sendo reduzidas a um estado animal, como analisa Lucia Calderoni (s/d), em seu artigo sobre a história da psicopatologia.

A coordenadora da instituição entra na sala e fala com a recepcionista sobre o caso de um usuário, ela diz que o mesmo está **inquieto**, por isso precisa mudar a medicação, mas ele não aceita (Diário de Campo, data 09/02/2012).

Uma familiar de um usuário chega à sala da farmácia e os profissionais falam com ela sobre a mudança da medicação do usuário. A técnica de enfermagem fala que se ele não tomar a medicação e se alterar, serão prescritas duas injeções. Em seguida, a pedagoga pergunta se em casa o usuário é **agitado**, a familiar diz que hoje ele não estava. A técnica de enfermagem e a familiar discutem a dosagem do medicamento, enquanto isso a pedagoga diz que ele está **meio alterado**, pois sua medicação foi reduzida. A coordenadora diz que ele tem que tomar a medicação, porque ele está **agoniado** (Diário de Campo, 10/02/2012).

A coordenadora sai da sala da farmácia e vai pôr músicas de carnaval para os usuários dançarem. O monitor chega à sala da recepção e diz que um homem, que entrou na instituição e sentou-se em uma cadeira, não apresentando identificação, nem sabendo de onde veio, está **perturbado** (Diário de Campo, 10/02/2012).

Essas pessoas as quais apresentam comportamento atípico e que, muitas vezes, não têm identificação e não sabem de onde vem, são tomados como sujeitos que precisam ser contidos. Nesse sentido, a medicação é trazida a tona como recurso que acalma, limita e contém as ações desses sujeitos. Duarte (1986) reflete que o sujeito “controlado” é aquele que está tranquilo, ou melhor, contido para não fazer “coisas erradas”, então, o remédio entra em cena como recurso terapêutico que tem efeito tranquilizante, mas também de contenção para esse sujeito.

Importante ressaltar que não estamos condenando o uso da medicação como recurso terapêutico, o que estamos tentando refletir, através das falas dos profissionais, é a urgência desse recurso como único possível, mediante uma pessoa que está “agoniada”, como ocorre quando a coordenadora diz que o usuário “tem que tomar a medicação, porque ele está agoniado”. Afinal, podemos questionar: porque ele está agoniado? Não existem outros recursos que podem ser utilizados para trabalhar a agonia, ou a inquietação desse sujeito, que teve a medicação reduzida?

Silveira (2008) fala sobre o “esquadrinhamento do desejo e a mortificação da experiência delirante” que tem ocorrido, mediante o uso em demasia de medicação psicotrópica como recurso terapêutico que oferece a cura. A autora, fazendo referência a Birman (2002), destaca que esse “ato de conter” faz com que a subjetividade seja silenciada em nome da razão instrumental, logo a loucura está sendo calada por circuitos bioquímicos do sistema nervoso.

Alguns profissionais relatam, também, que os usuários sabem o que ocorre a sua volta e deixam de ser meros expectadores, para se firmarem enquanto sujeitos de saber, desconstruindo o discurso de que essas pessoas não pensam e não sabem, como sujeitos da desrazão. Outros, ainda, se assustam com a possibilidade das pessoas em sofrimento psíquico rirem de uma piada, pois à loucura não caberia o entendimento, a racionalidade. Como Amarante (2007) reflete, essa correlação tem sido feita historicamente, a pessoa em sofrimento mental tem sido relacionada à inércia, à irracionalidade, à incapacidade de pensar.

Na sala da farmácia, a pedagoga fala sobre os usuários e seus comportamentos durante as festividades de carnaval, ela diz que os usuários são **expectadores** de eventos que ocorrem, mas que eles sabem o que acontece. Ela descreve a oficina de carnaval, para contextualizar sua fala e ressalta que todos participaram do grupo na quarta-feira passada (Diário de Campo, 15/02/2012).

Os usuários saem em um ônibus em direção a um clube aquático da cidade para pular carnaval. Dentro do transporte, a mulher que trabalha na cozinha da instituição fala ao telefone com o familiar, dizendo que vai ao ônibus com os **pacientes**. Já o motorista do ônibus fala que nunca viu **doidos** tão **espertos**, porque eles riram de uma piada. (...) (Diário de Campo, 08/02/2012).

Ao mesmo tempo, essas pessoas que sabem o que acontece a sua volta, que têm capacidade de pensar, são tomadas como “espertas”, pois usam máscaras, como atores e atrizes, que dramatizam para obter o que desejam. Fingir estar doente, para conseguir o benefício do INSS, é umas das formas de esperteza que os usuários utilizam para se beneficiarem dos diagnósticos em saúde mental, segundo alguns profissionais da instituição. Nesse caso, como refere Duarte (1986), tentar fingir ser doente é analisado como uma prática de esperteza pelos profissionais, uma vez que a pessoa em sofrimento mental apresenta consciência do ato que realiza e tem responsabilidade pela conduta tomada.

Um usuário pergunta se a pessoa do lado está com sono, já que ela está dormindo na mesa, ela diz que é a medicação, que está tomando. Ela anda pegando nas paredes, caindo sobre o prato e dormindo sentada na mesa das oficinas. A Assistente social diz que a usuária é uma **atriz**, é tudo teatro! (Diário de Campo, 15/02/2012).

O médico me questiona sobre o caso do usuário que falava do medo de enlouquecer. Além disso, me fala sobre máscaras que esse usuário usa e me questiona sobre o diagnóstico dele, se é **psicose** ou **neurose grave** (Diário de Campo, 09/02/2012).

O uso de termos que caracterizam o discurso médico-psiquiátrico como “psicose”, “neurose”, “doença”, “transtorno”, “paciente”, “em crise” é comumente utilizado na instituição para denominar a pessoa em sofrimento psíquico, numa tentativa de os profissionais se afastarem dessa e legitimarem a loucura como objeto capturado pela ciência.

Durante a realização de uma oficina, a pedagoga diz que um senhor, sentado ao meu lado é alcoólatra, ele veio da internação direto de João Pessoa-PB. Segundo ela, a polícia o leva para ser internado, quando ele está **em crise** (Diário de Campo, 09/03/2012)

A psicopedagoga vê uma usuária dançando e cantando, ela diz que essas são lembranças de antes da **doença** (Diário de Campo, 08/02/2012).

Conforme Pessoti (1999) destaca, a localização da doença no sujeito pelo saber médico faz com que o discurso da psiquiatria se legitime enquanto cientificamente aceito, nesse ínterim, ele se afasta da posição adjunta que ocupa mediante as outras correntes da medicina, indo para além da metafísica. Silva (2012) aponta que o uso recorrente do discurso médico-psiquiátrico constrói uma verdade e produz uma realidade, onde os comportamentos passam a pertencer a um domínio de fenômenos: o das doenças médico-psiquiátricas.

Tal discurso cientificamente aceito é tomado como valor de verdade também pelos familiares dos usuários de CAPS I, que fazem uso do mesmo, inserindo seus filhos, irmãos, primos, pais, vizinhos no rol das doenças. Todavia, não é de “qualquer doença” que se fala, é daquela que as pessoas “dão trabalho”, que agridem o outro, puxam cabelo, dão tapas, é um “problema” que deixa as pessoas “doidinhas”, fora de si.

Uma senhora de cabelos brancos, sentada na sala da recepção, ao final da manhã, espera para que a filha seja atendida pelo médico, ela passa a conversar comigo muito baixo, mal posso entendê-la. Em algum momento da conversa, compreendo que ela diz que a filha está **doente** e que o médico irá ajudá-la. Enquanto a senhora fala, sua filha tenta tapar a boca dela e os olhos, como num jogo de esconde-esconde (Diário de Campo, 09/03/2012).

Na sala da farmácia, boa parte das pessoas que esperam para pegar o medicamento não são os usuários do serviço, mas seus parentes ou amigos. Nesse momento, uma familiar entra na sala e diz que a **doente** está dando trabalho. Ela fala das agressões que sofre da irmã, que é usuária do serviço: puxões de cabelo, tapas, etc (Diário de Campo, 10/02/2012).

Na sala de recepção, à espera de atendimento médico, os familiares dos usuários aguardam atendimento, enquanto esses não são chamados. O pai de um rapaz conversa com uma senhora, ao falar sobre o filho, ele enche os olhos de lágrimas, destacando que ele já tomou vários remédios, mas

nenhum médico acertou a medicação. Ele diz que o filho **adoeceu** há cerca de quatro anos, desde então toma remédios (Diário de Campo, 14/02/2013).

Dar trabalho ao outro, dificultar a vida alheia, causar problemas a sua volta, nas falas dos familiares se destacam a agressividade, a infantilidade, a inquietação, o nervosismo e a ausência de autonomia das pessoas em sofrimento psíquico, sendo essas também observadas por Cirilo e Oliveira Filho (2008), em um estudo com familiares de usuários de CAPS de Campina Grande-PB. Esses autores destacam, ainda, que um estudo realizado por Barroso, Abreu, Bezerra, Ibiapina e Brito (2004) apontou resultados semelhantes a sua pesquisa, em que os familiares descreveram comportamentos desviantes, desordenados, agressivos e descontrolados como características dos sujeitos em sofrimento mental, fazendo com que esses se tornassem fonte de preocupação para suas famílias.

E essa doença, que traz preocupação e também sofrimento, tanto para o usuário, quanto para o familiar, tem a “depressão” como categoria mais utilizada pelos familiares para dar nome ao comportamento atípico dos usuários. Para Silveira (2008), a depressão sintetiza o modo como o sofrimento tem sido visibilizado na contemporaneidade, denotando a proliferação desse mal-estar por um lado, e por outro, uma patologização dos sofrimentos, que são comuns à vida. Todavia, a categoria depressão evidencia uma maior aceitação social, pois qualquer pessoa pode desenvolvê-la, logo ao fazer uso desse termo, os familiares afastam de seus parentes o estigma da loucura.

A familiar de outra pessoa a ser atendida no serviço diz que a usuária é **impaciente**, que sente queimaduras nos pés e no resto do corpo, ela acha que o que a irmã sente faz parte da **depressão** que ela apresenta, da **doença** que ela tem (Diário de Campo, 14/02/2013).

A senhora fala que caso do irmão é **hereditário**, vem da mãe dela. Ressalta que, quando a mulher o traiu, ele entrou em **depressão** e a **doença** que estava dormindo nele acordou. Desde então, ele entrou **em crise** várias vezes e foi internado (Diário de Campo, 14/02/2013).

Os familiares se sustentam, ainda, no discurso médico da hereditariedade para falar sobre uma doença adormecida, que a qualquer minuto pode acordar, ou seja, o adoecimento desse parente seria inevitável, pois ele já “está no sangue”. De acordo com Pessoti (1999), Kraepelin traz em sua teoria que a loucura se desenvolve sobre um “terreno doentio”, havendo uma “predisposição” onde se assenta a doença. Esse autor abre espaço para o discurso médico pensar sobre o caráter hereditário ou congênito dos estados psíquicos. Para Cirilo e Oliveira Filho (2008), a doença mental aparece em alguns relatos de sua pesquisa como “algo de família”, nesse sentido, os casos de parentes, citados como exemplos de tal problema, reforçam e tornam convincente a tese da hereditariedade como um fator que explica o sofrimento psíquico.

Assentados nesse discurso, os familiares, ainda, relatam o uso de medicamentos como importantes na recuperação da doença que o parente apresenta, fazendo com que esse seja “controlado” e volte a ser “normal”. Todavia, essa mesma medicação que “cura”, faz com que a pessoa piore, ou fique “grogue” com o seu excesso, sendo indagada a prescrição médica, mas não a utilização do medicamento, que não é dispensada diante do tratamento da “doença”.

O pai de outra usuária fala que a filha está bem, está **normal**, ele diz que a esposa, que também é usuária do serviço, está bem, está uma **dona de casa**, normal. Ele ressalta que a filha esteve **em crise**, mas agora está **controlada**.

Ele destaca que, quando chega à casa, está tudo pronto: comida pronta e roupa lavada (Diário de Campo, 10/02/2012).

Na primeira sala, um senhor pergunta ao acompanhante de uma usuária se ela tem esse **problema** desde nova. O acompanhante diz que sim. O senhor diz que os jovens estão muito **doentes**, ele fala sobre o filho que tem **depressão** e faz tratamento psiquiátrico há sete anos. Diz que o filho tomou uma injeção que um médico prescreveu em um dos tratamentos que fez, a partir disso o filho ficou **doidinho**, não dormia, passava a noite comendo, indo e vindo para a geladeira. Hoje, ele analisa que o filho está **grogue** com a grande quantidade de medicação que toma (Diário de Campo, 13/02/2012).

Silveira (2008) destaca que há uma legitimação cultural do uso da medicação como recurso que afirma a existência de doença e oferece cura e normalidade, conferindo-lhe um grande poder. Em seu trabalho, traz um relato de uma familiar, a qual põe a medicação como solução para os problemas da filha em sofrimento psíquico, evidenciando a busca dessas pessoas por respostas prontas, claras e objetivas em meio à abstração e à inquietação, proporcionadas pelo sofrimento do parente e pelo que, também, vivenciam.

Além dos discursos dos familiares de usuários e dos profissionais de CAPS I, destacamos a fala de uma senhora, que havia passado pela instituição, enquanto os usuários dançavam músicas de carnaval, essa senhora denominou essas pessoas de “doidas” e enfatizou sorrindo, fazendo uso de tal categoria como se a mesma a afastasse dos usuários: o doido é o outro!

Uma senhora vê os usuários dançando, ri e diz: Itaporanga tem **cada coisa!** Ela aponta para os usuários e diz que isso é uma ajuda para os **doidos**. Ela relatou que veio ao CAPS para marcar uma consulta. Referiu que já tinha passado em frente da instituição, mas nunca entrou (Diário de Campo, 07/02/2012).

Conforme Cirilo e Oliveira Filho (2008) destacam, a utilização do termo “doido” traz consigo a associação dessa categoria a tipos mais graves de transtorno mental, que têm como comportamentos característicos a agressividade, a conduta perturbadora, bizarra. De acordo com Duarte (1986), essa categoria caracteriza a ausência em relação ao mundo, o afastamento da racionalidade, que sustenta os sujeitos e que os faz aceitos socialmente. Logo, o uso desse termo sustenta o estigma da loucura, o qual faz com que a pessoa em sofrimento mental continue sendo excluída e afastada daqueles ditos “normais”.

Queiroz (1995), ao falar sobre as pessoas estigmatizadas, descreve que a discriminação se volta contra essas pessoas em função delas trazerem consigo marcas físicas ou comportamentais, que não as habilitam para a aceitação social plena. O resultado dessa estigmatização se constitui no afastamento desses sujeitos do convívio com os “normais” pelo constrangimento, juntamente com a prática de maus tratos, como cárcere privado, perseguição, negligência e o uso de referências ridicularizantes, como o riso, ou a utilização da expressão “cada coisa”, descrita acima na fala da senhora.

Considerações finais

Ao longo dessa pesquisa, nos propomos a ouvir as categorias faladas pelos familiares de pessoas em sofrimento mental e pelos profissionais do CAPS I da cidade de Itaporanga-PB, desse modo, entramos numa busca pelas considerações desses sujeitos sobre a experiência da loucura da qual faziam parte. Para chegarmos a este fim, partimos de uma abordagem qualitativa de estudo, tendo como aporte teórico-metodológico a Psicologia Social Discursiva, a qual compreende os discursos como linguagem em ação. O uso da observação

participante, como recurso metodológico, favoreceu a construção de uma prática dialógica em pesquisa, sendo alcançado o objetivo deste estudo: analisar as categorias para pessoas em sofrimento psíquico, ditas por familiares de usuários e por profissionais de CAPS I.

Consideramos que algumas categorias, ditas tanto pelos profissionais do CAPS I, quanto pelos familiares dos usuários, que frequentam o serviço, como “agitado”, “inquieto”, “agoniado”, contribuem para que esses sujeitos possam vivenciar a estigmatização pelo sofrimento que apresentam, pois essas associam as ações dos usuários a comportamentos animais, de agressividade e desequilíbrio. Todavia, ao fazerem uso de palavras que fundamentam a “doença”, em especial a “depressão”, os mesmos criam estratégias de afastamento dos usuários do estigma da loucura.

Na maioria das falas, os familiares evitam o uso de termos que podem estigmatizar seus parentes, como a palavra “doido”, a qual faz com que as pessoas em sofrimento mental sejam tomadas como “anormais”, “atípicas”, podendo ser excluídas e reclusas, como têm ocorrido historicamente. Diferentemente das pessoas que circulam dentro ou fora da instituição, as quais fazem uso de termos estigmatizantes e de ações que ridicularizam as pessoas em sofrimento mental.

Os familiares se sustentam, ainda, no discurso médico-psiquiátrico, fundado na causalidade da doença, fala-se em hereditariedade para justificar os comportamentos atípicos, associados aos sujeitos em sofrimento psíquico. De modo semelhante o fazem os profissionais do CAPS, que utilizam termos característicos do discurso médico-psiquiátrico, como “psicose”, “neurose”, “doença”, para denominar a pessoa em sofrimento psíquico, numa tentativa de se afastarem dessa e legitimarem a loucura como objeto capturado pela ciência.

Os profissionais do serviço, ainda, fazem uso de termos que conotam dúvida acerca do comportamento dos usuários: “atriz”, usa máscaras, analisando que essas pessoas sabem o que acontece a sua volta e têm a capacidade de pensar, desse modo, elas agem como verdadeiros atores e atrizes, para obterem o que desejam.

Além disso, tanto os profissionais quanto os familiares fazem referência ao uso de medicamentos para o tratamento dos usuários do CAPS I, já que compreendem que esses apresentam uma “doença”. Os profissionais trazem a medicação como recurso que acalma, limita e contém as ações desses sujeitos. Os familiares relatam o uso de medicamentos como importantes na recuperação da doença que o parente apresenta, fazendo com que esse seja “controlado” e volte a ser “normal”. Para ambos, a medicação, ainda, é tomada como único recurso que tem a “eficiência” de tratar, conter e curar os comportamentos de agressividade, de descontrole e de inquietação das pessoas em sofrimento mental.

Consideramos, ainda, que as categorias ditas pelos familiares dos usuários e pelos profissionais do CAPS I estão fundamentando os modos como essas pessoas lidam com os sujeitos em sofrimento psíquico, uma vez que essas categorias têm contribuído à subjetivação das pessoas em sofrimento psíquico, amarrando-as em malhas que ora as aprisionam na doença, ora as diferenciam enquanto sujeitos atípicos, construindo pessoas que podem ser caracterizadas como incomuns, ou doentes.

Nesse sentido, este estudo contribui para refletirmos sobre os discursos, mas também sobre as práticas em saúde mental, realizadas por seus cuidadores, sejam esses familiares de usuários ou profissionais dos serviços de saúde mental. Ele contribui, também, para refletirmos sobre os efeitos que as práticas diárias em saúde mental têm produzido: seja para manter o modelo hospitalocêntrico de exclusão e estigmatização da loucura; seja para construir fazeres repensados, que resgatam de fato à liberdade e o direito à cidadania das pessoas em sofrimento mental.

Referências

AMARANTE, P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

ARAÚJO, R. C. O processo de inserção em psicologia comunitária: ultrapassando o nível dos papéis. In: BRANDÃO, I. R.; BOMFIM, Z. A. C. (Orgs). *Os jardins da psicologia comunitária: escritos sobre a trajetória de um modelo teórico-vivencial*. Fortaleza: UFC/ABRAPSO, 1999. p. 79-110.

BARROSO, A. G. C.; ABREU, L. M.; BEZERRA, M. A. A.; IBIAPINA, S. L. D.; BRITO, H. B. Transtornos mentais: o significado para os familiares. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v.17, n.3, p. 99-108, 2004.

BOGDAN, R.; TAYLOR, S. J. *Introdução aos métodos da pesquisa qualitativa: uma abordagem fenomenológica para as ciências sociais*. Trad. Tereza M. F. Haguette. Mimeo, s/d.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n.º 336/GM*, 19 de fevereiro de 2002. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/>. Acesso em: 16/11/2010.

_____. Presidência da República. *Lei nº 10.216 de 04 de junho de 2001*. Brasília, 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/lei10216.pdf>. Acesso em: 14/11/2011.

CALDERONI, M. L. Psicopatologia na íntegra. *Psique: ciência & vida* (edição especial), v. 1, n.1, p. 6-23, s/d.

CHAVES, L. L. “*Esse negócio de loucura, cê sabe né, fia*”: integração e diferenciação pelas ruas de Ouro Preto. 2009. 59 p. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social), Universidade de Brasília – UnB, Brasília-DF, 2009.

CIRILO, L. S.; OLIVEIRA FILHO, P. Discursos de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS e de seus familiares. *Psicologia Ciência & Profissão*, v.28, n.2, p. 316-329, 2008.

DA MATTA, R. O ofício do Etnólogo, ou como ter “Anthropological Blues”. In: NUNES, E. de O. *A aventura sociológica*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. p. 23-35.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. Trad. Sandra Regina Netz. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DUARTE, L. F. D. *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.; Brasília: CNPQ – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, 1986.

FOUCAULT, M. *História da Loucura na Idade Clássica*. SP, Perspectiva, 1987.

_____. *Doença mental e psicologia*. 4. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1991.

_____. *Microfísica do poder*. Org. e trad. Roberto Machado. 10. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1992.

GILL, R. Análise de Discurso. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Orgs.) *Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som – um manual prático*. São Paulo: Vozes, 2008.

PARAÍBA. Secretaria de Estado da Saúde. Gerência de Planejamento e Gestão. *Plano Diretor de Regionalização da Paraíba*. João Pessoa, 2008. Disponível em: <http://www.saude.pb.gov.br/>. Acesso em: 15/12/2012.

PESSOTI, I. *Os nomes da loucura*. São Paulo: Ed. 34, 1999.

PORTOCARRERO, V. *Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

POTTER, J.; WETHERELL, M. *Discourse and social psychology*. London: Sage Publications, 1987.

POTTER, J.; HEPBURN, A. Discursive psychology, institutions and child protection. In: WEATHERALL, A.; WATSON, B.; GALLOIS, C. (Eds). *Language and Social Psychology Handbook*. London: Palgrave, 2007.

POTTER, J. Hacer que la psicología sea relevante. *Discurso & Sociedad*, v.2, n.1, p. 187-200, 2008.

QUEIROZ, R. *Não vi e não gostei: o fenômeno do preconceito*. 5. ed. São Paulo: Moderna, 1995.

RIOS, L. F. Fara Logun: a pesquisa formativa e a implementação de um projeto de prevenção para homens jovens com práticas homossexuais no Candomblé. In: PAIVA, V.; AYRES, J. R. (Orgs.). *Prevenção do HIV e da AIDS no Quadro da Vulnerabilidade e dos Direitos Humanos*. Editora ARTMED, no prelo.

RODRIGUES, S. G. “É ASSIM QUE DEVE SER...”: O governmento das famílias e os serviços de assistência em saúde mental infantil. 2011. 102 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Universidade Federal de Pernambuco, Recife-PE, 2011.

SILVA, J. S. *Família e Transtorno mental: um estudo com familiares de usuários de um CAPS*. 2012. 124 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Universidade Federal de Pernambuco, Recife-PE, 2012.

SILVEIRA, L. *Para além de anjos, loucos ou demônios: um estudo sobre modos de subjetivação da loucura, a partir das experiências religiosas de usuários de um CAPS, nas igrejas pentecostais, em um município do interior da Bahia*. 2008. 250 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador-BA, 2008.

SPINK, M. J. Pesquisando no cotidiano: recuperando memórias de pesquisa em psicologia social. *Psicologia & Sociedade*, v.19, n.1, p. 34-41, 2007.

SPINK, P. K. O pesquisador conversador no cotidiano. *Psicologia & Sociedade*, v.20, Edição Especial, p. 70-77, 2008.

TORNQUIST, C. S. Vicissitudes da subjetividade: auto-controle, auto-exorcismo e liminaridade na antropologia dos movimentos sociais. In: BONETTI, A.; FLEISCHER, S. (Orgs.). *Entre saias justas e jogos de cintura*. Florianópolis: Mulheres; Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2007. p. 43-74.

VELHO, G. Observando o familiar. In: _____. *Individualismo e cultura: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1981.

WETHERELL, M. POTTER, J. *Mapping the language of racism*. Discourse and the legitimation of exploitation. Hemel Hempstead: Harvester Wheatsheaf, 1992.
