

# Contribuições etnográficas para o estudo da medicação psiquiátrica: reflexões sobre o (des)controle dos sintomas

Silvia Monnerat<sup>1</sup>

## Resumo

Partindo de etnografia realizada em dois serviços de atenção à saúde mental, o presente artigo tem como objetivo principal refletir sobre os efeitos da medicação psiquiátrica e os efeitos dessa medicação no (des)controle de sintomas psiquiátricos. Buscando diferentes representações sobre o adoecimento mental, o artigo parte de uma discussão sobre usos e significados atribuídos à medicação tendo como base diferentes relatos orais e escritos proferidos por pacientes, familiares e técnicos durante a observação participante realizada.

**Palavras-chave:** etnografia; saúde mental; sintomas psiquiátricos; medicação psicotrópica

**Ethnographic contributions to the study of psychiatric medication: reflections on symptoms**

## Abstract

Based on ethnography in two mental health services, this article has as main objective reflects on the effects of psychiatric medication and symptoms. Looking for different representations about mental illness, the article starts from a discussion about uses and meanings attributed to the medication based on different oral and written reports given by patients, family members and technicians during the participant observation performed.

**Keywords:** ethnography; mental health; psychiatric symptoms; psychotropic medication

## Introdução

Em certa ocasião, estava sentada na sala dos técnicos de um serviço de atenção à saúde mental onde realizava trabalho etnográfico olhando prontuários médicos enquanto uma técnica de enfermagem separava a medicação que seria ministrada naquele dia aos pacientes. Em determinado momento, a porta abriu e uma paciente entrou na sala aos prantos, levando suas mãos nas costas (na altura do quadril) e reclamando que estava sentindo muita dor por ter tomado uma injeção nos rins. Ela estava agitada e o relato sobre seu sofrimento foi longo e demorou a cessar. Ficamos conversando por aproximadamente dez minutos (ou quem sabe foram vinte minutos?), quando ela finalmente parou de chorar, de relatar suas dores e se retirou da sala dos técnicos.

Quando a paciente saiu da sala, eu me senti, por alguns segundos, bastante aliviada por ela ter saído

---

<sup>1</sup> Professora Adjunta do Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil (CPDOC) da Fundação Getúlio Vargas (FGV).

mais calma da sala. Naquele momento, acreditava que tinha conseguido escutá-la e acolhê-la e que aquele episódio tinha servido para me aproximar ainda mais dessa paciente. Não tive nem tempo de aproveitar esse sentimento de satisfação (por ter ajudado a paciente a se tranquilizar) pois, ao ficar sozinha com a técnica de enfermagem, ela começou a gargalhar profundamente, falando em tom de deboche: “Não sei quem é mais *louca*, a paciente por falar que tomou uma injeção nos rins ou você por acreditar que isso é possível! Injeção nos rins, onde já se viu?!”

Sobre esse episódio, cabe destacar que não possuo formação na área da saúde, não tenho vastos conhecimentos sobre anatomia humana e/ou técnicas de enfermagem e que em nenhum momento pensei em duvidar do relato que escutava. Minha formação em antropologia social me faz entender que o trabalho de campo (e o contato com meus interlocutores) se caracteriza pela interação social, pelo desenvolvimento de relações e pelo estreitamento de vínculos. Talvez, devido a isso, em nenhum momento duvidei de minha interlocutora e que a dor dela não existisse, ou seja, interagi o tempo todo com a paciente acreditando que fosse possível receber uma injeção nos rins.

Comecei este artigo lembrando esse simbólico episódio, por acreditar que ele é bastante paradigmático. Ele possibilita observar como as relações de afeto e de escuta se desenvolviam nas instituições estudadas e também ajuda a atentar para questões mais subjetivas das interações humanas, entendendo que elas podem ganhar ou perder lugar em nossas reflexões e análises de acordo com a forma como concebemos nossa relação com nossos interlocutores e como entendemos as relações que eles têm entre si, com seus corpos e com as dimensões psíquicas e relacionais com as quais se deparam cotidianamente. Para refletir sobre os efeitos da medicação psiquiátrica nos corpos e também sobre a incidência de determinados sintomas e/ou efeitos colaterais na vida dos pacientes de duas instituições psiquiátricas por mim pesquisadas, o fazemos tentando acessar o “conhecimento nativo” e entender como os

próprios sujeitos significavam a relação que tinham com a medicação psiquiátrica (injetável e/ou oral) da qual faziam uso e os efeitos dessa medicação em suas interações cotidianas.

O presente artigo busca, assim, refletir sobre trabalho etnográfico realizado em duas instituições psiquiátricas, localizadas na região metropolitana do Rio de Janeiro (uma pública e outra particular) que resultou em minha dissertação de mestrado e minha tese de doutorado (MONNERAT, 2009 e 2014). O texto tem como foco de análise situações de descrédito em relação aos sentimentos e/ou sintomas de pacientes, assim como a tentativa de entender a existência de uma relação entre queixas, emoções e sintomas no campo estudado.

Atentando para os aspectos interacionais e cotidianos, tenho como foco a compreensão sobre os estatutos da saúde e da doença e a forma como eles eram significados durante o trabalho etnográfico. Busco, portanto, observar, tal como propôs Laplantine (2010, p. 12), os “diferentes modos pelos quais os homens e as mulheres de nossa sociedade representam hoje a morbidez e a saúde” a partir de suas próprias experiências com o sofrimento psíquico. Ao buscar diferentes representações sobre sintomas relacionados à doença mental, faço uma discussão sobre usos e significados atribuídos a medicação e sobre o papel assumido por ela no tratamento dos transtornos mentais para diferentes agentes presentes em campo.

### **Reforma Psiquiátrica: estímulo à autonomia dos indivíduos**

No final da década de 1970, iniciou-se no Brasil o movimento pela Reforma Psiquiátrica que foi responsável pela substituição do modelo asilar por um modelo de tratamento pautado na assistência extra-hospitalar. Este modelo baseou-se na tradição basagliana de crítica à psiquiatria clássica (que teve início na década de 1960 no manicômio de Gorizia na Itália), pautando a valorização do indivíduo enquanto ser social por meio de políticas de inserção do *doente* no seu ambiente social e familiar. O tratamento,

portanto, não era mais baseado em uma política de isolamento.

Segundo Tenório (2001, p. 11), a tarefa principal e marca distintiva da Reforma Psiquiátrica teria sido “agenciar o problema social da loucura de modo a permitir ao louco manter-se em sociedade”. Para tanto, a reivindicação sobre a *cidadania do louco* passou a ser um dos pilares da Reforma Psiquiátrica. A inclusão dos sujeitos, via defesa da cidadania dos pacientes psiquiátricos, evidenciou a busca por novos lugares sociais a partir da valorização enquanto indivíduo e ser social, tentando modificar a concepção da *loucura* no imaginário social (AMARANTE, 2003).

Silva (2005, p. 20) sublinhou que a reivindicação da *cidadania* tinha como objetivo, para além da minimização do sofrimento psíquico, a “preeminência de gerar espaços de tolerância à diferença no tecido social e ampliar as possibilidades de existência do louco na sociedade”. Sendo assim, ser cidadão, segundo o autor, pressupunha o exercício de direitos, o comprometimento com obrigações, a responsabilidade por seus atos, o livre-arbítrio, a racionalidade e a *autonomia*. Esta última categoria é percebida por Tenório (2001) como importante marco para a redefinição do paciente psiquiátrico no contexto da Reforma Psiquiátrica. O autor ressalta que este termo não pode ser pensado dentro de modelos gerais de saúde, de capacidade, de independência ou de gestão de ações pragmáticas: *autonomia* teria uma representação singular para cada paciente. O autor destaca, ainda, que durante o tratamento sempre existe o risco de que o conceito de *autonomia* seja reivindicado segundo os valores da equipe técnica (ou de outra pessoa da rede de relações do usuário) e não segundo a demanda do paciente.

Para Tikanori (1996) o entendimento sobre a *autonomia* dos pacientes psiquiátricos possui uma dimensão mais socializante que a evocada por Tenório, pois aquele entende

autonomia como a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as

diversas situações que enfrente. Assim não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência. Dependentes somos todos; a questão dos usuários é antes uma questão quantitativa: dependem excessivamente de poucas relações/coisas. Essa situação de dependência restrita/restritiva é que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidade de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (TIKANORI, 1996, p. 57).

Nesta concepção a *autonomia* não é pensada a partir de uma dimensão psicologizante (como uma representação singular para cada paciente), a ênfase que é dada remete tanto à dificuldade de estabelecimento de relações sociais por pacientes psiquiátricos, quanto a outra questão, que também ganhou relevo na Reforma Psiquiátrica: o estímulo ao maior trânsito por outras redes de significado que não as relacionadas à instituição de tratamento.

Saindo do contexto nacional, lembro que, acerca da discussão sobre autonomia, Sennet (2001) evidenciou, ao se referir à vida social, que ninguém é auto-suficiente. Uma pessoa autônoma é aquela que disciplinou seus recursos, que tem autocontrole e, portanto, é capaz de disciplinar outras pessoas. Esta dimensão disciplinar refere-se, segundo o autor, ao “valor atribuído à autonomia pelos que não a têm é capaz de reforçar a autoridade dos que são percebidos como seus possuidores”, o que faz com que a *autonomia* seja pensada como intimamente ligada às relações de poder. Elias (1990, p. 102) trata a *autonomia* como um valor que se tornou primordial em grandes sociedades estatais:

à medida que os indivíduos deixam para trás os grupos pré-estatais estreitamente aparentados, dentro de sociedades nacionais cada vez mais complexas, eles se descobrem diante de um número crescente de opções. Mas também têm que decidir muito mais por si. Não apenas podem como devem ser mais autônomos. Quanto a isso, não têm opção.

Ainda no que tange essa discussão mais conceitual sobre autonomia, podemos ainda recorrer a Elias (1990, p. 121) e evocar a discussão por ele proposta a respeito do autocontrole. Assim, poderíamos considerar também a *autonomia*

não como tensões entre necessidades não sociais e naturais do 'indivíduo' e as exigências artificiais de uma 'sociedade' fora dele, e sim tensões e dificuldades de cada pessoa, ligadas às normas peculiares de comportamento de sua sociedade. Essas normas compõem um padrão que, de uma forma ou de outra, determina o padrão de seu controle comportamental individual.

Esta breve revisão bibliográfica sobre conceitos como *cidadania* e *autonomia*, aqui apresentada, se faz fundamental em um trabalho como este que pretende olhar para esses conceitos e articulá-los à forma como os sintomas psiquiátricos tendem a ser entendidos no contexto atual. Tentando dar relevo às interações sociais dos pacientes psiquiátricos e observar o descrédito que os pacientes psiquiátricos sofriam cotidianamente, inclusive quando tentavam se tornar autônomos em seu tratamento, discuto neste artigo, silenciamentos e construções de memórias sobre o adoecimento psíquico a partir de narrativas sobre sintomas psiquiátricos e sobre os efeitos colaterais que podem ser associados à medicação ingerida pelos pacientes.

### **Delírios e construções da realidade**

Dentro deste contexto, parece-me importante retomar a história de Rebeca (nome fictício dado à personagem cuja história abre o artigo). Para esta paciente a dimensão do sofrimento era bem marcada: ela acreditava estar sempre grávida e relatava cotidianamente queixas referentes a seus familiares e/ou funcionários do Centro de Convivência que abriam sua barriga durante a noite e comiam os bebezinhos que ela gerava em seu ventre. Era recorrente o relato de que sofria abusos sexuais que seriam seguidos de ferimentos com gilete em seu órgão sexual e em outras

partes do seu corpo. Esses relatos costumavam vir acompanhados de muito choro e queixas de dor.

O que propomos aqui é uma discussão sobre esse sofrimento. Rebeca vivia como realidade suas queixas, dores e emoções – ainda que elas não pudessem ser verificadas como tal por seus interlocutores (que insistiam que não existiam marcas de gilete em seu corpo e que a gravidez era descartada com exames ginecológicos). Ainda que não fosse comprovada cientificamente, era notório como cotidianamente Rebeca vivia essa “realidade” e que ela trazia grande sofrimento para a paciente. Nesse caso, foi possível observar que o que era para o senso-comum considerado constantemente como um disparate, para a paciente em questão a mesma situação era entendida como realidade vivida e sentida, uma vez que constantemente suas ações e discursos se baseavam nesses acontecimentos (que para os outros eram apenas delírios).

Strauss (1999, p. 65) evidenciou que “grupos diferentes de homens têm perspectivas características, de modo que nenhum deles nomeia objetos [e vivências?] de forma idêntica nem possui sistemas de classificação exatamente equivalentes”, ou nas palavras de Velho (2003, p. 21), “não é que o ‘inadaptado’ veja o mundo ‘essencialmente sem significado’, mas sim que veja nele um significado diferente do que é captado pelos indivíduos ‘ajustados’”. Estamos falando aqui, portanto, de duas formas de entender uma mesma narrativa. Enquanto no prontuário dessa paciente constatava-se a presença recorrente de motivos psicológicos atribuídos a esses relatos; em determinados momentos aparecia referência a uma gravidez indesejada oriunda de relacionamento sexual abusivo com um patrão, que a teria levado a realizar um aborto e que seria revivido constantemente por ela. Em outros relatos eram estabelecidas relações entre os cortes que a paciente dizia sofrer e a amputação de uma das pernas de seu pai (devido a diabetes). Sobre essas diferentes perspectivas, cito Perelberg (1976, p. 82) que, a propósito da relação entre médico e paciente no que tange aos delírios, expôs que

o fato de o paciente ouvir vozes é visto como sintoma médico, (...) porque este acredita que, na realidade não existem vozes. [Isto] Implica, portanto, [em] uma comparação (secreta) entre os conceitos e idéias dos pacientes e aquelas do médico ou da sociedade mais ampla em que se encontram.

Nesse sentido podemos frisar que não era considerado que existisse em campo (ao menos no que pude verificar lendo todos os prontuários das duas instituições), a possibilidade de construção de uma nova forma de significar os relatos dos pacientes. Os relatos tendiam a aparecer como devaneios e mesmo que

Alguns psiquiatras e psicólogos considerem úteis o devaneio, a fantasia, o sonhar-acordado – quaisquer que sejam os termos pelos quais designem o fenômeno – principalmente porque são mecanismos de ajuste; satisfazem os desejos ou são mecanismos compensatórios, ou permitem a liberação de tensão, ou a fuga momentânea da realidade (STRAUSS, 1999, p. 78).

Devemos destacar que os pacientes eram constantemente desacreditados em relação a seus sentimentos e emoções e a única realidade que tendia a ser considerada era a do saber médico, desconsiderando, por exemplo, o sofrimento vivenciado por Rebeca e o classificando como delírio.

A interação que estabeleci com os pacientes baseava-se em acreditar nos casos que eles me contavam, que eram histórias vivenciadas como “reais” e que por isso deviam ser encaradas como “reais” e/ou, em outros casos, se baseavam em um total desconhecimento sobre as possibilidades “reais” de algo acontecer, como na história contada anteriormente sobre a injeção nos rins.

### Considerações metodológicas

As duas instituições escolhidas para a análise comparativa possuíam características muito semelhantes. As duas foram criadas com um ano de diferença (a pública foi criada em

1996 e a particular em 1997), eram serviços extra-hospitalares, atuavam na prevenção de internações, atendiam a uma média de 50 pacientes na ocasião da pesquisa, eram frequentadas diariamente por aproximadamente 30 pessoas em expediente integral (manhã e tarde) e ambas tinham como objetivo principal o estímulo a sociabilidade dos pacientes através do fortalecimento dos laços sociais.

O trabalho etnográfico desenvolvido na instituição pública teve início do ano de 2008, tendo como objetivo a escrita por ocasião de minha dissertação de mestrado (MONNERAT, 2009), que buscava compreender as relações sociais estabelecidas pelos pacientes com (e na) instituição. A entrada no serviço particular se deu no ano de 2009, tendo como objetivo a escrita de minha tese de doutorado que versava sobre relações familiares dos pacientes das duas instituições. Durante esse período realizei trabalho de campo nas duas instituições, fazendo visitas regulares e totalizando aproximadamente 16 horas de trabalho de campo semanais.

Além da observação participante, foram realizadas onze entrevistas semi-estruturadas com familiares de pacientes (cinco entrevistas com familiares do serviço público e seis da instituição privada), três entrevistas em profundidade com pacientes (um do público e dois do particular), além de terem sido analisados diversos documentos institucionais como prontuários e livros ATA. Dessa forma, cabe destacar que o presente estudo se propõe a analisar diferentes discursos e saberes, utilizando diversas fontes (orais e escritas) proferidas por diferentes agentes em campo (familiares, técnicos e pacientes dos dois serviços). O que apresento aqui é, portanto, uma interpretação sobre aquilo que foi apreendido por mim ao longo do período em que realizei trabalho de campo nas duas instituições, levando em conta as opiniões, percepções, perspectivas e as próprias vivências de diferentes agentes presentes em campo. Para tanto, busco dar relevo à agência dos indivíduos, a relação que estabeleciam com a medicação a eles ministrada e com todo o tratamento, de maneira mais geral. Nesta análise

busco salientar o conhecimento prático que meus interlocutores possuíam sobre a *doença mental* e sobre a *autonomia* (ou dependência) que tinham em relação a medicação. Este trabalho evidencia, portanto, a experiência vivida dos pacientes e não apenas a dimensão prescritiva do tratamento e/ou a perspectiva médica sobre doenças psíquicas.

### A (auto)gestão da medicação

Durante o trabalho etnográfico, saltou-me aos olhos o fato de que ainda que a dimensão social tenha encontrado relevo em alguns depoimentos de técnicos dos serviços, as alterações no comportamento dos pacientes tendiam a ser interpretadas recorrentemente como oriundas de um “descompasso na medicação”. Essas análises pareciam se sustentar na crença de que o meio privilegiado de sanar as alterações comportamentais dos pacientes seria através de uma intervenção medicamentosa. Assim, apenas os médicos estariam aptos a atuar de maneira completamente eficaz no controle dos sintomas, por serem a única categoria profissional considerada apta a prescrever medicamentos e/ou alterar dosagens. Ainda que o contexto no qual a pesquisa foi realizada privilegiasse uma abordagem psicossocial, que tendia a observar a doença mental como multifatorial e que buscava dar ênfase às dinâmicas sociais em que os pacientes estavam inseridos, na prática, em situações de “crise” ou de “agravamento dos sintomas psiquiátricos”, a medicação (e o médico) pareciam ser alçados a únicos (ou, ao menos, como principais) responsáveis para a intervenção.

Com essa perspectiva analítica, não pretendo deslegitimar a eficácia da medicação no alívio de determinados sintomas, mas sim, analisar como fatores creditados (por meus interlocutores em campo) ao uso da medicação psiquiátrica se articulavam ao lugar de destaque dado a medicação durante o tratamento psiquiátrico. Cabe a ressalva de que, ainda que a medicação tendesse a ser vista como responsável pela melhora de sintomas, não era apenas o seu incremento que estava relacionado a sua

melhora. Em alguns casos foi possível verificar que o aumento na dosagem também podia ser entendido como um problema, pois podia trazer efeitos colaterais indesejáveis que afetariam o comportamento social dos pacientes. Em uma descrição feita por um estagiário da instituição particular em prontuário, lia-se:

De um mês e meio atrás até hoje o paciente apresentou uma melhora nunca antes registrada em seu histórico na Instituição, apresentando uma postura corporal excelente, total controle de seus movimentos, conseguindo falar com bastante fluência e lembrando-se de eventos recentes e passados com riqueza de detalhes, inclusive datas. Não se sabe ao certo o motivo desta melhora, a única informação que a equipe possui é a de que A. [médico] reduziu a dosagem de medicação de R. [paciente] alegando que o mesmo estava intoxicado.

Verificou-se em campo que não existia uma grande circulação de informações sobre medicação, nem atividades voltadas para a difusão de informações sobre ela ou sobre sua atuação no organismo e seus efeitos colaterais. No entanto, mesmo sem o aprendizado formal, essas informações eram apreendidas pelos pacientes ao longo da relação que estabeleciam com o remédio que tomavam. Os efeitos colaterais eram sentidos pelos pacientes (e também pelos familiares) que, muitas vezes, mesmo confiando no saber médico e nas informações que eles tinham sobre os efeitos na medicação no organismo, tendiam a utilizar essas informações associando-as ao conhecimento adquirido por eles cotidianamente (a partir de suas vivências com o remédio) o que levava, muitas vezes, em manipulações nas dosagens e nos usos que faziam dos mesmos, utilizando-os de maneira distinta a prescrita pelo médico. Assim, as dosagem (auto) ministradas (para mais ou para menos) eram reguladas segundo as incidências dos efeitos colaterais sentidos como negativos e/ou positivos pelos pacientes e familiares.

Dentro desse contexto, críticas feitas em relação à medicação prescrita eram recorrentes entre meus interlocutores e essas críticas

costumavam se basear no argumento de que os médicos desconheciam os efeitos dos remédios, tal qual eles eram sentidos cotidianamente pelos pacientes, o que os levavam a “erros” ao ministrar as dosagens e/ou na sua própria prescrição. Em conversas com familiares de pacientes, foram recorrentes as acusações de que os pacientes manipulavam as informações recebidas de seus médicos e faziam usos da medicação de maneira distinta à prescrita. Segundo relato de duas mães de pacientes, essa dimensão da “manipulação de comportamentos e informações” se fazia muito presente. A mãe de um paciente do serviço público chegou a dizer que seu filho devia ter “dupla personalidade”, uma vez que o considerava agressivo e preguiçoso em casa, enquanto os relatos que ouvia dos técnicos da instituição era de que ele era ativo e participativo. Em entrevista, esta mãe disse: “eu acho isso errado... [...] deu três remédios grandes para ele, ela [a médica] aumentou um que não faz bem para ele e eu não dou não” e completou: “se ele não tomar três, ele fica bem, se tomar três ele fica muito agitado, em vez de dormir, faz ao contrário”. A mãe de uma paciente do serviço particular me relatou certa vez:

Estava sentindo que a médica não estava acertando muito com os remédios, eu ligava para ela, ela não me atendia, não atendia meu marido, você tá entendendo? Ela só atendia a mim e a ele com a A. [paciente] presente e eu queria falar com ela, eu ligava pra ela e dizia, olha fulana, tá acontecendo isso e isso, ela chega ai um amor de pessoa, diz que dormiu a noite toda... Porque ela é uma artista! Que tava isso, que tava aquilo, tomando remédios direitinho, mas que estava achando que ela estava ficando muito dopada, pra diminuir o remédio.

As famílias e os pacientes reclamavam recorrentemente de que suas opiniões sobre os efeitos colaterais não eram levados em conta e utilizavam isso como argumento para as alterações no uso da medicação.

### **Impregnação medicamentosa e outros efeitos considerados nocivos**

O excesso de medicação ministrado aos pacientes foi ponto recorrente de queixas entre meus interlocutores. Eles enfatizavam que o uso dos remédios em grande quantidade resultaria em “impregnação medicamentosa”. Esses relatos eram normalmente referidos aos períodos de internação. Tendo como objetivo controlar a “crise”, a dosagem dos remédios seria aumentada durante o período de internação, segundo os pacientes. Um deles me disse que considerava que esse aumento tinha como objetivo deixar os pacientes “dopados e não darem trabalho aos funcionários do hospital”.

Logo nas primeiras semanas em campo, ainda no ano de 2008, tive contato com uma paciente que estava internada mas seguia frequentando algumas atividades do serviço (o Centro de Convivência estudado se localizava muito perto do hospital onde a paciente estava internada). Neste primeiro contato, achei sua fala bastante confusa e embolada e notei a dificuldade dela em realizar movimentos musculares. Esta paciente me descreveu seu quadro quando estava internada como “impregnação por medicamentos” e, em outros momentos, ao longo do trabalho etnográfico, se mostrou como uma pessoa bem articulada na fala e corporalmente, evidenciando uma grande diferença em relação ao primeiro encontro que tivemos.

Durante o trabalho de campo ouvi menções a alguns desses efeitos colaterais relacionados ao uso excessivo de remédios psiquiátricos, a saber: *tremores, rigidez muscular, inquietação, ansiedade, dificuldade de ficar parado muito tempo, ficar marchando, ganho de peso, redução de libido, boca seca e prisão de ventre*. Uma paciente do serviço particular disse ainda que os remédios prejudicaram seu desempenho na escola e por isso ela teria perdido um ano letivo durante sua adolescência. Mesmo com a percepção de que existem efeitos colaterais que se relacionariam ao uso dos remédios, o seu uso dificilmente é descontinuado, o que se relata com mais frequência é a alteração da dosagem ou a troca por outro medicamento similar.

Outra questão relacionada à medicação, muito levantada por pacientes homens, referia-se a uma

articulação entre usos da medicação psiquiátrica e o desenvolvimento de impotência sexual. Um paciente do serviço público aproveitou uma atividade institucional voltada para discussão sobre sexualidade para relatar que estava tendo dificuldades em manter ereções devido ao uso dos remédios psicotrópicos. Segundo ele, um dos efeitos colaterais deixados pela medicação era a impotência sexual. O técnico responsável pela atividade desconsiderou essa possibilidade publicamente e fez uma “piada”, ironizando que o remédio só “cuidava da cabeça de cima” e, portanto, em nada se relacionava à impotência. O técnico aproveitou para fazer um discurso baseando-se em julgamentos morais, falando que o paciente fumava e bebia em excesso e que não deveria colocar a “culpa no remédio” por sua impotência sexual. A dimensão moral destacada pelo técnico no que se relaciona ao uso de drogas (lícitas) e o fato de desconsiderar completamente como real o relato do paciente me chamou a atenção para a culpabilização que estava sendo direcionada ao paciente em relação aos seus próprios sintomas. Essa culpabilização baseava-se em um descrédito tácito em relação à associação entre determinados sintomas e o uso de remédio psiquiátrico. Onocko-Campos et al (2013) descreveram algo que me remeteu a este caso, quando afirmaram que a “experiência singular e o significado do uso de medicamentos psicotrópicos, para a pessoa envolvida, raramente são levados em conta. A participação dos usuários nas decisões acerca do tratamento restringe-se, muitas vezes, ao mero relato de seus sintomas” (ONOCKO-CAMPOS et al, 2013). Percebe-se que familiares e técnicos, muitas vezes, tendiam a desconsiderar a experiência em primeira pessoa dos pacientes e passavam, eles próprios, a responder sobre a origem de sintomas e/ou sobre os efeitos da medicação no corpo dos pacientes de forma que, em muitas ocasiões, vinham, inclusive, a deslegitimar os sentimentos descritos por aqueles que de fato estavam fazendo uso da medicação. Sobre isso, destaca-se que, nas duas instituições, não foram oferecidos nenhum tipo de treinamento, curso, aconselhamento ou qualquer outra forma semelhante de ensinamento sobre os

usos e efeitos da medicação para familiares e/ou pareceres.

Quando algum paciente começava a dizer que ia parar de tomar algum remédio, os técnicos dos serviços tendiam a se engajar em um processo de convencimento para que retomassem o uso da medicação. Quando esse processo de convencimento não surtia efeito e os pacientes continuavam sem tomar a medicação prescrita, era comum ouvir dos técnicos ameaças de que esse comportamento resultaria em uma crise psicótica e que era imprescindível o uso adequado dos remédios ministrados. Quando a crise se confirmava, os técnicos lançavam comentários no estilo “eu avisei!” e aproveitavam para reforçar moralmente a importância do uso da medicação.

### (Des)usos da medicação e as crises

A associação entre a piora dos sintomas e o início de uma *crise* (devido à descontinuidade da medicação) também apareceu diversas vezes durante o trabalho etnográfico. Em uma ATA da reunião de familiares da instituição pública lixe, a propósito desse tema:

Fala que tinha problema com o V. porque ele parava de tomar remédio, diz que ele ‘foi indo’ sem tomar medicação até que descontrolou. Diz que voltou a dar injeção e agora ele está muito melhor, mais calmo, mais tranquilo. (...) P. fala que tem pavor dele não tomar medicação, pois diz que desse jeito vai ser internado. Diz que o filho já ficou agressivo com ela, com o irmão e ele ‘perde o controle’. Acha muito bom tomar haldol decanoato, pois o filho fica equilibrado.

Em conversa com pacientes do serviço público, também foi feita uma articulação entre o não uso dos remédios psiquiátricos e o início de uma crise. Na ocasião, duas pacientes estavam dividindo um quarto em uma casa próxima ao serviço e uma delas falou pela manhã que a outra não tinha dormido bem e que tinha passado a noite inteira chorando, dizendo que o filho tinha morrido. Outra usuária do serviço, que ouvia a história e que já havia morado com a paciente

em outra época, falou que ela estava desta forma porque não devia ter tomado o remédio e falou que ela só tomava a medicação quando alguém a lembrava de fazê-lo e, caso não tomasse corretamente, entrava em crise.

Ainda sobre essa associação, no prontuário de um paciente do serviço particular encontra-se: “Há cerca de um mês, após interrupção, por cerca de três semanas, do uso de medicação, V. entrou em crise, ficando fora de si”. Passando a importunar vizinhos, pedir dinheiro a desconhecidos, inclusive guardadores de carro”. Paralelamente a essa associação entre descontinuidade do uso da medicação e piora do quadro clínico, foi possível verificar também, entre os pacientes e familiares dos dois serviços, a existência de um grande receio sobre o uso das medicações psiquiátricas. Em inscrição em prontuário, referente a paciente do serviço particular teria dito: “eu vou morrer porque minha mãe disse que o médico vai me dar mais remédio, e eu não aguento, vou morrer”. Mesmo discurso proferido pelas irmãs de uma paciente do Centro de Convivência público que, segundo anotação em prontuário, “diz que tem problemas em casa com as irmãs, pois quando ela leva remédio para casa elas ficam dizendo que a medicação é para matá-la e que não deve tomá-la”.

Mesmo não sendo considerada de acordo com o peso e a recorrência em que ocorre, uma vez que a auto-gestão dos medicamentos é largamente citada por pacientes e familiares, é importante destacar que, considerar esses usos, que diferem da prescrição dada pelo psiquiatra e/ou das orientações dadas pelos serviços, nos leva a pensar sobre a autonomia dos indivíduos sobre a gestão de suas próprias *doenças* e de seus corpos, que consiste em uma esfera analítica de suma importância para não cair no pensamento de que os pacientes (e familiares) apenas reproduzem o saber médico-psiquiátrico, supondo que nele confiam plenamente e que não fazem questionamentos ou transformações no uso do remédios prescritos. As experiências vividas cotidianamente lhes dão respaldo para conhecer efeitos dos medicamentos e optar pela sua continuidade ou não. Entende-se, então, que,

nas palavras de Nunes & Torrenté:

Nessa valorização de como o mundo é apreendido, incorporado e significado pelas pessoas e grupos sociais, depreende-se que os fenômenos ganham colorações e configurações sociais na dependência de como são vividas e dos recursos que são socialmente disponibilizados e construídos para lidar com as situações concretas (Nunes & Torrenté, 2013, p. 2863).

É fundamental se frisar que o uso dos medicamentos não tem como objetivo a cura das *doenças mentais*. Eles são apenas um meio para controlar determinados sintomas. Portanto, é ilusório achar que aqueles que são diretamente afetados pelo uso da medicação não iriam manejá-la considerando os sintomas da *doença* e os efeitos colaterais proporcionados pelo uso da medicação, de acordo com os impactos desse uso cotidianamente em suas vidas. Essa observação não deve ser entendida como uma legitimação do uso autônomo da medicação, mas sim salientar que, sem uma orientação aprofundada sobre seus usos, efeitos e consequências; e sem uma interação profícua com o psiquiatra (detentor do poder de diagnosticar e prescrever remédios), os familiares e os pacientes tendem a fazer os seus próprios usos da medicação, com base nos conhecimentos que têm.

Nesse sentido, concordo com Alves, quando destaca que “faz-se necessário um conhecimento mais específico dos processos pelos quais os diversos grupos sociais atribuem valores e constroem significados e práticas relativas à saúde e à enfermidade” (Alves, 2004, p. 91) e que devemos considerar, tal como Bonet, que a “biomedicina apresenta-se dessa forma como uma das múltiplas possibilidades para tratar um problema geral da nossa cultura, a relação entre as dimensões cognitivas e emotivas” (Bonet, 2004, p.11). É interessante destacar, no entanto, que o remédio tendia a ser entendido em campo como uma forma de tratamento inquestionável e legítima, até mesmo para aqueles que questionavam a própria existência de uma *doença mental*, o que é interessante, para

pensarmos como uma cultura medicamentosa está instaurada e naturalizada.

Durante o trabalho etnográfico, tive a oportunidade de observar diversas pessoas entrando no período conhecido como de *crise*. Um caso merece destaque por ter me feito observar claramente como uma pessoa pode ser transformada com o uso da medicação. Certa vez no serviço público, uma paciente apresentava sintomas que se assemelhavam ao descrito pelo irmão de outra paciente, a respeito dos momentos de crise:

quando tá em crise você percebe que o olhar é diferente e depois que fala sozinho o tempo todo, reclama... fica murmurando. Ai você vai vendo que tá em conflito, aí quando ela começa a transferir o conflito que ela tem dentro dela pra quem tá perto, aí você tem que segurar.

A paciente em questão apresentava esse olhar (fixo, porém vago), falava sozinha em tom de reclamação e passou a fazer queixas recorrentes sobre seus familiares, que a estariam ameaçando. Uma das técnicas, ao ver a paciente apresentando essas características, olhou sua ficha com informações sobre seu tratamento e observou que a sua medicação injetável (haldol decanoato) estava atrasada, a encaminhando para o ambulatório onde ela recebeu a injeção. A técnica me alertou que dentro de três dias a paciente estaria “*boa novamente*”. Em exatos três dias ela parou de apresentar as características observadas e seu comportamento voltou ao “*normal*”. Esse caso me fez atentar para como a medicação interfere diretamente e eficazmente na vida, nos corpos e no comportamento dos pacientes. A medicação pode transformar a forma que o indivíduo age e se apresenta socialmente. O que me restou, então, foi a pergunta: a paciente voltou ao *normal* ou o *normal* do paciente era como ela se apresentava sem medicação e seu uso apenas forjou um comportamento socialmente aceito?

O relato desse caso reforça a perspectiva de que os remédios agem sobre os sintomas, chegando até a eliminá-los, mas o fato de existir uma remissão dos sintomas não quer dizer

que seu efeito seja curativo. Pode-se dizer, em certa medida, que se trata de um tratamento paliativo, uma vez que, ao atrasar ou suspender a medicação, a paciente voltaria a apresentar as mesmas (e talvez até outras) características, consideradas no espaço da instituição como signo de *doença mental*.

Sendo as *doenças mentais* consideradas crônicas e, por muitos, entendidas como incuráveis, não parece fazer muito sentido que se conceda ao diagnóstico o lugar de resolução do caso, uma vez que o diagnóstico em *saúde mental* está sujeito a interpretação que o médico faz dos sintomas apresentados e, assim, observa-se com frequência a existência de diferentes diagnósticos para um mesmo paciente. Seria, então, nas palavras de Foucault, o diagnóstico em saúde mental, uma tentativa de, assim como é recorrente na medicina orgânica, “decifrar a essência da doença no agrupamento coerente dos sinais que a indicam” e constitui “uma sintomatologia na qual são realçadas as correlações constantes, ou somente frequentes, entre tal tipo de doença e tal manifestação mórbida”? (Foucault, 1968, p. 9).

Citando um familiar do serviço particular que se propôs a fazer uma análise crítica sobre o uso da categoria *doença*, pergunto: se não entendêssemos a *loucura* como uma enfermidade, haveria necessidade de diagnosticá-la?

Eu acho que o diagnóstico é pra quem tem culpa mesmo! Ele vai colocar a culpa... a culpa e minha e eu boto onde eu quiser! (risos) Mas na verdade não existe culpa, isso é uma bobagem! Você nunca sabe o que vai fazer com que uma pessoa detone um processo como esse, como você nunca sabe quando uma pessoa entrou num processo no qual ela vai ser genial numa coisa, não é? Isso é bobagem!

A partir do depoimento desta familiar, percebe-se a possibilidade de um entendimento sobre a *loucura* que não esteja fincado apenas no saber médico psiquiátrico (mesmo que o irmão da mesma realize tratamento psiquiátrico e tome remédios): a *loucura* é percebida por ela como um processo, afastando-se de uma patologização e descrevendo-a da seguinte maneira:

O negócio já não existe? Já não está ali? Implantado? Então lidar com ela da melhor forma possível é a única coisa que você pode fazer. (...) Essa pessoa tem características próprias e tem qualidades próprias, vai ter alguns defeitos também e cabe a você conviver com isso. Ah, não vou dizer pra você que ele nunca me incomoda? Claro que incomoda! Se ele toma todo o bule de café dele e quer pegar meu bule de café e lógico que eu vou ter que dar um basta! Mas não é um basta que eu não tenha dado para um monte de pessoas por aí. Isso em qualquer relação!

A família em questão possuía uma privilegiada condição financeira, vivia em uma enorme casa no nobre bairro da Urca (RJ), contava com empregadas domésticas que se revezavam entre os dias úteis e os finais de semana e também com um motorista que era responsável pelo transporte do paciente em situações como ir e vir da instituição, ir para curso de equitação ou para almoços em uma churrascaria rodízio, onde, uma vez por semana, o paciente ia almoçar, acompanhado de uma técnica do serviço, cuja refeição era custeada pela família do paciente. Essa condição financeira não era a mesma vivida pela maioria dos pacientes do serviço particular e, obviamente, também não era compartilhada pelos pacientes do serviço público.

No serviço público, observou-se familiares que abandonaram seus empregos para se dedicar exclusivamente ao cuidado do paciente. Como não possuíam renda suficiente para custear um cuidador e como avaliavam que o paciente requeria cuidados e supervisão constante, alguns se viram obrigados a fazer a escolha de abdicar de seus vínculos empregatícios para dispor de maior tempo no cuidado com o paciente. Mesmo não pretendendo realizar aqui uma significativa discussão sobre as diferenças de classe existentes, devem ser enunciados alguns pontos em que essa temática se associa aos encargos familiares: quando se pode contar com atividades extras para o paciente, cuidadores, motoristas (ou dinheiro para pagar o trânsito pelo cidade em ônibus, uber e/ou taxis), empregadas domésticas e, em última

instância, arcar com os custos de residências separadas ou até residências assistidas para os familiares portadores de transtornos mentais, o encargo sobre o cuidador tende a ser sentido com menor intensidade, assim como os sentimentos de sobrecarga e de solidão do cuidado. Estamos falando de sentimentos e, com isso, nos referindo a algo extremamente subjetivo, mas não podemos deixar de considerar também as condições materiais de vida dos meus interlocutores e observar que, quanto menores as condições material e financeira, maiores eram as queixas sobre sobrecarga e solidão no cuidado. Com isso, não deixo de considerar que *“a doença em si já é um fardo muito pesado”* como disse uma irmã de paciente do serviço particular, mas a falta de condições materiais condiciona de maneira mais marcante a vida de pacientes e familiares.

Talvez devido ao alto grau de sobrecarga sentido pelos familiares, verifiquei que, entre os pacientes do serviço público, era mais frequente encontrar pacientes com maior autonomia em suas vidas cotidianas, o que não quer dizer que seus sintomas fossem mais “brandos”, quando comparados aos pacientes do serviço particular. Mesmo que nos dois serviços tivessem pacientes que andavam sozinhos de ônibus, morassem sozinhos, circulassem pela cidade sem acompanhamento e se responsabilizassem pelo provimento de suas necessidades básicas diárias, percebe-se que no serviço particular era mais comum a presença de algum familiar que supervisionasse regularmente essas atividades. Na maioria dos casos, os pacientes do serviço privado contavam também com algum familiar (ou um empregado) que se encarregava de realizar outras tarefas domésticas como faxina, compras, comida etc.

Talvez esse afastamento em relação aos familiares tenha produzido uma maior solidariedade entre os pacientes do serviço público. Mesmo vivendo em situação de pobreza, era muito comum ver pacientes abrigando outros em suas casas (principalmente em períodos de dificuldades, como em casos de briga em família ou de dificuldade financeira). Com isso não quero dizer que exemplos de camaradagem não

existissem no serviço particular, mas observou-se que neste serviço as demonstrações de solidariedade aconteciam com menos frequência e, em alguns casos, as trocas aconteciam apenas quando mediadas por dinheiro (compra e venda).

No serviço particular observei situações que demonstravam que pacientes tinham nojo uns dos outros: um usuário, ao receber um cigarro, quase no fim (guimba) de outra paciente, o limpou na barra de sua camisa antes de colocar na boca (o que nunca foi visto durante o trabalho de campo realizado no serviço público) e uma paciente lavou um copo (que já havia sido lavado pelos funcionários da instituição particular) antes de se servir do café da manhã. Atitudes como essas não foram verificadas durante a observação participante na instituição pública, mesmo que as condições de higiene dos usuários fossem consideradas mais precárias que as dos clientes da instituição particular (uma vez que alguns pacientes do Centro de Convivência eram moradores de rua e/ou viviam em condições de miséria). Pelo contrário, talheres, copos e cigarros eram compartilhados entre os pacientes do serviço público sempre que necessário. A partir da exposição deste fato, recorro a Douglas (1976:12) quando ela sublinha que: “Não há sujeira absoluta: ela existe aos olhos de quem a vê” e que a “sujeira nunca é um acontecimento único, isolado. Onde há sujeira há sistema. Sujeira é um subproduto de uma ordenação e classificação sistemática das coisas, na medida que a ordem implique rejeitar elementos inapropriados” (DOUGLAS, 1976, p. 50). Pode-se perceber que os pacientes dos dois serviços estudados não pareciam compartilhar do mesmo sistema classificatório no que se refere à sujeira. Se as trocas eram mais presentes no Centro de Convivência, foi possível notar, por outro lado, que no serviço particular há um maior número de encontros entre pacientes fora do expediente da instituição. Alguns pacientes frequentavam a casa de outros e mantinham contato via telefone com mais regularidade. Aproximadamente uma vez por mês um paciente organizava, em conjunto com um estagiário, um “jantarado” em um restaurante da zona sul da cidade do Rio de Janeiro. Neste

evento os pacientes confraternizavam, comiam e se responsabilizavam pelo pagamento da conta. Podemos supor que o fato de possuírem uma maior renda e também por contarem com uma maior colaboração para organização dessas atividades, esses programas aconteciam com maior regularidade.

Com os exemplos acima descritos, percebe-se que havia estímulo à sociabilidade entre os pacientes nos dois serviços e que a criação de redes de amizade e solidariedade estavam, a seu modo, presentes também em ambos. Com o advento da Reforma Psiquiátrica, observa-se, inclusive, que o estímulo ao desenvolvimento de redes de sociabilidade aparece de certa forma como uma prescrição de tratamento para o paciente. Interessante perceber que essa prescrição associa-se a uma perspectiva que entende a “sociabilidade como tratamento”, tal como intitulei em artigo anterior (MONNERAT, 2011). Os serviços estudados pautavam-se nessa premissa, se constituindo como *locus* privilegiado para o desenvolvimento de relações sociais (com outros pacientes e com técnicos e estagiários dos serviços) e tentando possibilitar o incremento da autonomia dos pacientes se configurando, tal como evidenciei em trabalho anterior:

Como uma alternativa ao estigma por eles sofrido, uma vez que [a instituição] assume um importante lugar para a sociabilidade dos pacientes. (...) Vale, ainda, salientar o quanto é significativa a existência de uma linha de tratamento que considere que o estímulo à sociabilidade tenha lugar de destaque no tratamento de pessoas acometidas com transtornos mentais, em meio à preponderância de linhagens biologizantes para explicações sobre o desenvolvimento das doenças mentais (MONNERAT, 2011).

A sociabilidade entendida como tratamento só encontra legitimidade em um contexto posterior a Reforma Psiquiátrica, em que se considera que, na perspectiva de Alves

Uma totalidade dotada de sentido. A enfermidade existe quando se atribui a uma dada

experiência sensível um conjunto de significados. Neste aspecto a enfermidade não é um fato, mas interpretação e julgamento de um conjunto de informações heterogêneas vindas do corpo humano. Desnecessário é dizer que essa construção não é simples criação autônoma de significado por indivíduos isolados, mas resultado de processos de socialização (ALVES, 1994).

Neste contexto, a família passou a assumir um lugar preponderante no tratamento uma vez que, tal como enfatizou Silva (2005:129), ao mesmo tempo em que a medicina tomou para si “o mandato social de controle” das doenças mentais, procurou “compartilhar responsabilidades com família e comunidade, em direção a um estatuto de cidadania e um grau de autonomia possíveis ao louco”. O mais interessante sobre esse compartilhamento do cuidado entre o saber médico e a família é que, ao passo que a medicina assume um papel de legitimidade no saber sobre o tratamento e no cuidado das *doenças mentais*, seus representantes esperam que a família se responsabilize pela manutenção do tratamento, tal qual ele foi receitado pelo médico. O que acontece, no entanto, é que os familiares incorporam esse saber e fazem reformulações sobre o mesmo, adaptando-o segundo suas necessidades cotidianas. Acredita-se que, ao perceber que a própria medicina não possui elementos concretos para explicar a origem da *doença* (e, em certa medida, nem seu desenvolvimento), os familiares articulam aquilo que é difundido pelo saber médico psiquiátrico aos saberes leigos de senso-comum acessíveis a eles e, assim, formulam seu próprio entendimento sobre a *loucura*.

### Referências bibliográficas

- ALVES, Paulo César. “*O discurso sobre enfermidade mental*”. In: ALVES, P.C. e MINAYO, M.C. (orgs), *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- AMARANTE, Paulo. “*A clínica e a Reforma Psiquiátrica*”. In: Amarante, P. *Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Engenheiro Paulo de Frontin, Rio de Janeiro: NAU, 2003.
- BONET, Otávio. *Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.
- DOUGLAS, Mary. *Pureza e Perigo*. São Paulo: Perspectiva, 1976.
- ELIAS, Norbert. “*A individualização no Processo Social*”. In: ELIAS, Norbert. *A sociedade dos indivíduos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1990.
- FOUCAULT, Michel. *Doença mental e psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1968.
- \_\_\_\_\_. *História da Loucura: na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva, 2007.
- LAPLANTINE, François. *Antropologia da doença*. São Paulo: Martins Fontes, 2010.
- MONNERAT, Sílvia. *Trajetórias, acusações e sociabilidade. Uma etnografia em um Centro de Convivência para pacientes psiquiátricos*. Dissertação de mestrado, Rio de Janeiro: PPGAS/MN/UFRJ, 2009.
- \_\_\_\_\_. “*Sociabilidade como tratamento: Estudo etnográfico de um Centro de Convivência para pacientes psiquiátricos*”. *Tempus: Actas de Saúde Coletiva*, v. 5, 2011.
- \_\_\_\_\_. *De médico e de louco toda família tem um pouco: um estudo sobre pacientes psiquiátricos e relações familiares*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: PPGAS/MN/UFRJ, 2014.
- NUNES, Mônica de Oliveira e TORRENTÉ, Maurice. “*Abordagem etnográfica na pesquisa e intervenção em saúde mental*”. In: *Pesquisas em saúde mental: o desafio de pesquisar inovações nas práticas concretas de saúde*. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 18, n. 10, 2013.

PERELBERG, Rosine. *Fronteiras do Silêncio* – um estudo de desvio e ritualização. Dissertação de mestrado, Rio de Janeiro: PPGAS/MN/UFRJ, 1976.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa et al. “A gestão autônoma da medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental”. In: Pesquisas em saúde mental: o desafio de pesquisar inovações nas práticas concretas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 18, n. 10, 2013.

SILVA, Martinho. “Atenção psicossocial e gestão de populações: sobre os discursos e as práticas em torno da responsabilidade no campo da saúde mental”. *Physis*, v. 15, 2005.

SENNET, Richard. “Autonomia: uma autoridade sem amor”. In: SENNET, Richard. *Autoridade*. Rio de Janeiro: Record, 2001.

STRAUSS, Anselm. *Espelhos e Máscaras: a busca de identidade*. São Paulo: Editora Edusp, 1999.

SZASZ, Thomas. *O mito da doença mental*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1979.

TIKANORI, Roberto. “Contratualidade e reabilitação psicossocial”. In: PITTA, Ana (org). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996.

TENÓRIO, Fernando. *A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

VENANCIO, Ana Teresa Acatuassú. *Eu dividido: uma análise antropológica da categoria esquizofrenia*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: PPGAS/MN/UFRJ, 1998.

VELHO, Gilberto. *Desvio e Divergência: uma crítica da patologia social*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.