

Psicose e Sociedade: interseções necessárias para a compreensão da crise

Isalena Santos Carvalho

Doutoranda em Psicologia pela UnB e professora da UFMA.

End.: Campus Universitário do Bacanga, Centro de C. Humanas, Dept. de Psicologia, Avenida dos Portugueses, s/n. São Luís, MA. CEP: 65085-580.

E-mail: isalenasc@unb.br

Ileno Izídio Costa

Professor adjunto da UnB.

End.: Campus Universitário Darcy Ribeiro, Instituto de Psicologia, Asa Norte. Brasília, DF. CEP: 70.910-900.

E-mail: ileno@unb.br

Júlia S. N. F. Bucher-Maluschke

Professora aposentada da UnB e pesquisadora associada adjunto do Instituto de Psicologia, UnB.

End.: Campus Universitário Darcy Ribeiro, Instituto de Psicologia, Asa Norte. Brasília, DF. CEP 70.910-900.

E-mail: jubucher@unb.br

Resumo

Adolescentes e adultos jovens são as pessoas mais freqüentemente afetadas por um primeiro episódio de psicose. Em decorrência, o jovem e seus familiares tendem a apresentar conflitos em razão de crenças acerca da loucura. O presente trabalho visa discutir significados atribuídos à ocorrência de uma crise psicótica na sociedade, tendo como base suas possíveis repercussões na vida do paciente e de sua família, bem como relações que passam a desenvolver com instituições de saúde mental. Mais do que buscar o discurso de maior legitimidade, entre o do especialista, do paciente e dos familiares, sobre o processo de adoecimento psicótico, cabe identificar os diferentes modos de interpretação de sua natureza e itinerários terapêuticos realizados pelas pessoas diretamente envolvidas. Como saúde e doença se constituem a partir de suas inter-relações, é necessária a avaliação dos sintomas aliada à problematização dos significados atribuídos pelo paciente e por seus familiares à crise e ao tratamento. Nessa perspectiva, como espaço de subjetivação por excelência, a cultura é um elemento que faz a mediação entre o social e o individual. Na mediação, sujeito e cultura vão se constituindo mutuamente em encontros e desencontros fundamentais ao processo de construção dos diversos modos de interação e de adoecimento humanos. Nesse cenário, a crise psicótica surge como o fato que evidencia estar o sujeito fora dos laços instituídos pela sociedade no que se refere ao exercício da razão e, em conseqüência, da liberdade de escolha. A garantia de uma escuta que valorize sua opinião e a de sua família sobre fatores que associam à constituição da crise, bem como sobre decisões relacionadas ao tratamento representa um desafio que não se extingue com a derrubada dos muros dos hospitais psiquiátricos, a diminuição de seus leitos ou o desenvolvimento de novos serviços de atendimento.

Palavras-chave: psicose, sociedade, crise, cultura, saúde mental.

Abstract

Teenagers and young adults are the most frequently affected people by a first episode of psychosis. Because of that, the youth and his family tend to present conflicts due to their beliefs regarding madness. The present paper aims at discussing

meanings attributed to the occurrence of a psychotic crisis in society, based on possible repercussions of that crisis in the lives of the patient and his family, as well as on relations that they begin to develop with mental health institutions. Instead of seeking the discourse of greater legitimacy, among the discourse of specialist, the patient or his family, about the psychotic sickening process, it is necessary to identify the different modes of interpretation about its nature and therapeutic itinerary made by the people directly involved. Since health and sickness are constituted from their inter-relations, it is necessary to evaluate the symptoms associated to the problematization of the meanings attributed by the patient and his family to the crisis and to the treatment. In this perspective, as an excellent subjectivation space, culture is an element that mediates the social and the individual fields. In that mediation, subject and culture constitute mutually in encounters and dissensions that are fundamental to the process of construction of the diverse modes of human interaction and sickening. In this scenery, the psychotic crisis appears as the fact that evidences that the subject is out of the bonds instituted by society concerning the exercise of reason and, consequently, freedom of choice. The guarantee of a listening to give value to their opinion and their families about factors associated to the crisis, as well as about decisions related to the treatment represents a challenge that does not extinguish with the falling of the psychiatric hospitals walls, the decrease of their beds or the development of new attendance services.

Key words: psychosis, society, crisis, culture, mental health.

Introdução

Na Psiquiatria, explicações etiológicas de base moral ou fisiológica vêm tendo, ao longo dos séculos, semelhante ou inversa importância, segundo as concepções de homem e de mundo vigentes em cada época. Todavia, apesar da existência de vários registros históricos que atestam a presença de sintomas característicos de depressão ou esquizofrenia em diferentes povos e momentos, o interesse científico, político e social – direcionado à formulação de estratégias de identificação e de intervenção com foco na prevalência e no curso dos transtornos mentais – é relativamente recente na história da sociedade ocidental (Foucault, 1975; Pessotti, 1999).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), no último relatório sobre a saúde mental no mundo, de 2001, cerca de 450 milhões de pessoas sofrem de transtornos mentais, mas apenas a minoria delas recebe, de fato, o tratamento mais básico. Com uma diversidade de tipos e gravidades dos sintomas, pessoas de todos os países e sociedades, de ambos os sexos, de várias idades, classes, das zonas urbana e rural podem ser atingidas. Aproximadamente 20% de todos os pacientes atendidos em serviços de atenção primária à saúde apresentam um ou mais transtornos mentais.

Possivelmente, cada família tem ou terá pelo menos um membro portador. Além de proporcionarem apoio emocional e financeiro, essas famílias arcam com os efeitos dos estigmas. Os tipos mais comuns, que, em geral, causam incapacitação grave, compreendem transtornos depressivos, transtornos relacionados ao uso de substâncias, esquizofrenia, doença de Alzheimer, retardo mental e transtornos da infância e da adolescência. Os fatores associados à prevalência, à manifestação e à progressão são: pobreza, sexo, idade, conflitos e catástrofes, doenças físicas graves, assim como ambiente familiar e social (OMS, 2001).

Aspectos característicos da constelação diagnóstica dos transtornos mentais – abuso de substâncias, humor deprimido, irritabilidade, dentre outros – podem estar presentes em qualquer momento da vida, após a ocorrência de situações traumáticas. Por essa razão, os compêndios médicos indicam que, no processo de avaliação, é preciso verificar se há predomínio de um quadro clínico que tenha como resultado um acentuado sofrimento, dificuldade interpessoal e prejuízo no funcionamento social por um período significativo.

A esquizofrenia – provavelmente o tipo mais conhecido de transtorno do espectro psicótico – representa um pesado ônus à vida de todos os envolvidos, tendo em vista dificuldades, dúvidas, receios, discriminações e distâncias que os sintomas acarretam. Seu diagnóstico é um dos temas mais complexos e controversos na Psiquiatria. Várias modificações nos critérios de identificação – assim como revisão dos pressupostos teóricos subjacentes a esses – já foram e precisarão ser feitas para que se amplie o en-

tendimento sobre a complexidade desse fenômeno.

Nesse debate, estudos na Antropologia da Saúde vêm demonstrando como a(s) concepção(ões) do leigo pode(m) diferir da médica sobre a mesma doença (Oliveira, 1998; Rabelo, Alves & Souza, 1999). Mas, ainda que se mostrem muitas vezes distintas, ambas as concepções têm como base a cultura. Esta, ao dar forma às idéias, ações, instituições, estruturas de poder, influencia as relações sociais e o sentido que as pessoas conferem às suas experiências. Influencia como cada um se percebe e é percebido como sujeito enquanto alguém que goze de saúde mental, com liberdade para assumir suas escolhas de vida.

Nessa perspectiva, o presente trabalho discute significados atribuídos à ocorrência de uma crise psicótica na sociedade, tendo como base suas possíveis repercussões na vida do paciente e de seus familiares, bem como relações que passam a desenvolver com as instituições de saúde mental. Visa, assim, fornecer subsídios que auxiliem não somente na compreensão desta temática, mas também na fundamentação de propostas de intervenção e de apoio junto aos principais envolvidos mais condizentes com suas demandas e contexto de vida.

Para tanto, abordam-se implicações de uma crise psicótica na sociedade e dificuldades no processo de avaliação diagnóstica, em razão da semelhança que os pródromos relacionados à psicose têm com outros quadros da nosografia psiquiátrica ou mesmo com momentos de transição associados a muitas circunstâncias ou fases de vida, como a adolescência. Discute-se como os processos instituídos pela cultura, que nos levam a reconhecer o outro como uma pessoa e assim nos reconhecer nele por meio de movimentos de identificação, são perturbados diante de uma crise psicótica. Por fim, enfoca-se a função social das instituições de saúde mental a partir de relações que se desenvolvem entre as pessoas que procuram ajuda e os que a fornecem.

Implicações da crise psicótica e dificuldades diagnósticas na perspectiva psiquiátrica

Enquanto a causa subjacente da psicose permanece desconhecida, considera-se sua emergência de ordem multifatorial, com

a interdependência de aspectos biológicos, culturais, psicológicos e sociais. É raro o início da esquizofrenia antes da adolescência, ocorrendo tipicamente entre o final desse período e meados da faixa dos 30 (APA, 2002). Configurado o episódio, os jovens podem se tornar particularmente suscetíveis a uma interrupção em seu desenvolvimento biopsicossocial (McGorry & Edwards, 2002).

Tipicamente, o curso evolutivo do episódio psicótico pode ser dividido em três fases: prodrômica, aguda e de recuperação. A fase prodrômica é o período prévio ao desenvolvimento dos sintomas que pode ser identificada retrospectivamente. Muitas pessoas se lembram de sinais de alerta, que precederam a crise propriamente dita, os quais foram relacionados, posteriormente, à instalação da psicose. Características prodrômicas mais comumente verificadas em ordem decrescente de frequência são: atenção, concentração e motivação reduzidas; humor deprimido; alterações do sono e do apetite; ansiedade; isolamento social; suspeição; deterioração das funções psíquicas e irritabilidade (McGorry & Edwards, 2002; Lines, 2005).

A fase aguda é caracterizada pela experiência de alucinações, delírios e discurso marcadamente desorganizado. É usualmente durante essa fase que a pessoa buscará ou será levada para um tratamento – o qual inclui, freqüentemente, o uso de medicação antipsicótica – e que a hospitalização é tida como necessária. Considera-se que a etapa de recuperação acontece nos seis primeiros meses seguintes ao tratamento do período agudo de sintomas (Lines, 2005). Em todas as fases, mesmo na prodrômica, na qual é comum a dificuldade de reconhecimento dos sintomas, o atendimento especializado deve ser garantido. Isto requer que estratégias preventivas apropriadas a cada estágio sejam associadas a intervenções biológicas, psicológicas e sociais, segundo as especificidades da queixa e o contexto de vida do sujeito.

A idade de início de surgimento dos sintomas nem sempre coincide com a idade do primeiro contato com serviços de saúde ou de admissão em hospitais psiquiátricos. Quando a família procura um especialista, é provável que mais de um episódio já tenha ocorrido. Assim, a intervenção precoce se torna necessária para um acompanhamento mais sistemático, com um monitoramen-

to mais próximo do indivíduo e de seus familiares. Se for possível reconhecer os pródromos, poderá se interromper o curso do quadro, ao se facilitar um rápido tratamento. Mas, como geralmente são identificados apenas de maneira retrospectiva, aumenta-se o desafio de identificar pessoas com vulnerabilidade a uma crise psicótica, particularmente porque suas características são variáveis e inespecíficas. O desenvolvimento de estratégias preventivas significaria uma mudança para uma abordagem prospectiva (McGorry & Edwards, 2002).

Esses indicadores adquirem um maior significado se a pessoa que os experiencia possui um perfil de alto risco para a ocorrência de uma crise psicótica devido a antecedentes familiares ou elementos favoráveis em sua história de vida, como abuso de substâncias, vulnerabilidade a eventos estressores e comportamento agressivo. Como a relação de sinais e sintomas indica, a tarefa de levantamento dos pródromos é dificultada pela semelhança com momentos de transição associados a muitas fases ou circunstâncias de vida, como a adolescência. Os sinais e sintomas não se constituem necessariamente indícios precoces de advertência quanto ao desenvolvimento de psicose. Entretanto, diminuições sem razão aparente nas condutas adaptativas e perdas de relacionamentos com companheiros pelos jovens são importantes indicativos da necessidade de uma avaliação mais detalhada, sobretudo quando envolvem a possibilidade de dano pessoal (McGorry & Edwards, 2002; Lines, 2005).

O indivíduo pode considerar difícil falar sobre os sintomas com outras pessoas ou procurar ajuda. Em paralelo, ainda que familiares e amigos notem algo diferente nele (como afastamento social e diminuição do rendimento escolar ou profissional), aqueles não têm condições, por vezes, de identificar as possíveis origens da mudança. Como agravante, caso o paciente e as pessoas de seu convívio suspeitem que algum tipo de transtorno mental esteja se constituindo, os estigmas associados tendem a dificultar a busca de assistência (McGorry & Edwards, 2002). Coelho (1999) indicou que, diante de um processo psicótico, familiares podem “não querer ver” (p. 126) a crise ou buscar recursos para internar o paciente a qualquer custo, por ser a convivência em casa percebida como penosa e insustentável.

Nesse momento, é importante que se compreendam dúvidas, medos e crenças apresentados pelo paciente e seus familiares, a fim de que esses não considerem o conhecimento sobre o curso de um quadro psicótico e sobre a direção do tratamento como exclusivo da equipe de saúde, em especial da figura médica. Mas, conforme Coelho (1999), permanece surpreendente sugerir a viabilidade de se valorizar a experiência do paciente acerca do transtorno mental. Indivíduos diagnosticados com transtorno severo tendem a ser desqualificados em seus depoimentos, não apenas por leigos ou seus pares, mas igual ou primordialmente por profissionais de saúde. Há uma crença pessimista sobre sua capacidade de reconhecer as implicações do problema e a necessidade do tratamento. Não raro, é tido como incapaz, sendo seu ponto de vista dispensável.

Certamente, fatores como delírio grandioso ou persecutório, pensamento desorganizado, além de *déficits* cognitivos, podem contribuir para a falta de *insight* do indivíduo sobre o problema. É possível que, durante períodos agudos, os pacientes não queiram ou não tenham facilidade de expor sensações, pensamentos ou sentimentos que muito freqüentemente lhes trazem intenso sofrimento. No entanto, não se deve considerar uma possível dificuldade de expressão como uma característica constante, imutável de todos os pacientes, pois muitos parecem demonstrar compreensão sobre o que lhes ocorre e como se sentem a respeito disso (Coelho, 1999).

O valor atribuído à fala dos familiares é provavelmente maior, embora estes sejam ainda vistos por profissionais de saúde como co-responsáveis pelo adoecimento ou como aqueles que dificultam ou “atrapalham” o processo de assistência, seja de ordem médica, psicológica ou social. Uma mudança nessa concepção, transformando-se a família em peça fundamental para a compreensão do fenômeno psicótico e seu tratamento, é relativamente recente e permeada por muitas controvérsias (Costa, 2004; OMS, 2001).

Aqueles que convivem de perto com a doença mental, em seus filhos, irmãos ou esposos, nem sempre recebem informações adequadas sobre como lidar com situações diárias e com períodos de crise. É mais comum que familiares de pacientes com doenças físicas crônicas sejam orientados e valorizados como integrantes do tratamento (Coelho, 1999). Parece permanecer, portanto, a di-

visão cartesiana entre saúde física e mental, sendo essa última comumente vista como uma área que possui menores chances de êxito terapêutico por se acreditar que os pacientes apresentam, por sua vez, menores condições de aderir ao tratamento.

Além disso, no processo diagnóstico, deve ser avaliado de que maneira diferenças socioculturais influenciam modos de expressão de sofrimento psíquico grave, como a esquizofrenia. Na elaboração da quarta versão do “Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais” (DSM-IV), foram feitos esforços no sentido de incorporar uma consciência de sua utilização em populações culturalmente diversas nos Estados Unidos e em outros países (APA, 2002). Apesar do empenho dos pesquisadores durante o processo de elaboração do DSM-IV em observar a relação entre clínica e cultura, cabe ressaltar a necessidade de cautela para a utilização de suas classificações diagnósticas. Indica-se aos profissionais de saúde mental e afins que dispensem ao emprego do manual o mesmo cuidado necessário para a adaptação e aplicação de instrumentos criados em outros contextos étnicos e culturais. Mesmo tendo sido desenvolvido por pesquisadores de diversos países, é preciso considerar expectativas relacionadas ao desempenho de homens e mulheres, ao seu modo de interação social – que podem influenciar as crenças associadas ao curso e às implicações da crise psicótica – bem como à escolha do itinerário terapêutico.

A crise psicótica sob a perspectiva cultural

A doença constitui um fenômeno psicológico e social que extrapola os limites biológicos do corpo. Falar acerca das variadas definições e percepção das doenças pode parecer, à primeira vista, lugar-comum. Contudo, parece não estar suficientemente claro – em especial para os prestadores de serviços médicos – o fato de que as concepções a respeito da saúde / doença possuam características próprias, de acordo com o contexto cultural dos diferentes grupos que compõem a sociedade (Rabelo, Alves & Souza, 1999).

Ao se considerar a cultura como uma dimensão fundamental para a compreensão da interação humana, adotou-se o concei-

to desenvolvido por Geertz (1989), que a caracteriza não como um dado estanque, mas como um permanente *devenir* decorrente de um processo ativo de incorporação, organização, ajuste e (re)interpretação de significados e práticas. Para o autor, sendo o homem um animal amarrado à teia de significados que ele mesmo teceu, a cultura consiste nessa própria teia. A cultura é, portanto, pública, porque o significado o é, na medida em que cada manifestação do indivíduo é revestida de sentido por ele e pelos demais membros de uma mesma sociedade.

Geertz (1989) argumentou que, como sistemas entrelaçados de signos interpretáveis (símbolos), a cultura não é um poder, algo ao qual podem ser atribuídos, casualmente, os acontecimentos sociais, os comportamentos, as instituições ou os processos; é um contexto, algo dentro do qual esses podem ser descritos com densidade. Sendo os símbolos, em sua maioria, transmitidos, o indivíduo já os encontra em uso corrente na comunidade quando nasce, permanecendo em circulação após a sua morte, com alguns acréscimos, subtrações e alterações parciais dos quais pode ou não participar. O que é dado de forma inata ao homem são capacidades de resposta extremamente gerais, que, embora tornem possível uma maior plasticidade, complexidade e, “nas poucas ocasiões em que tudo trabalha como deve” (Geertz, 1989, p. 58), uma efetividade de comportamento, deixam-no regulado com muito menos precisão.

Todas as atividades humanas são mediadas pela cultura, pois é graças a este verdadeiro arsenal de símbolos que os seres humanos se tornam capazes de estabelecer comunicação. Configurada a crise psicótica, que altera o modo de interação usual, surge a necessidade de desenvolvimento de esforços para a revisão dos códigos até então suficientes para o diálogo. Identificação, segurança e troca, palavras que ilustram sentimentos e sensações que o sujeito deseja obter em sua relação com o outro, são, não raramente, colocados em dúvida após a ocorrência de uma crise psicótica. No entanto, é provavelmente a partir do desamparo experienciado diante da psicose que se pode, de fato, compreender que a subjetividade não comporta um único padrão.

Através do processo de socialização, a criança internaliza

noções simbólicas do grupo de que participa. Interpretando as mensagens contidas nas atividades culturais, a pessoa constrói sua subjetividade a partir dos significados culturais que circulam em seu grupo e de suas próprias percepções individuais. Reconhecer subjetividade implica reconhecer que nem todos os indivíduos de uma cultura são iguais em pensamento e ação (Langdom, 1999).

Essa é uma visão que permite compreender não só que os próprios indivíduos de uma dada cultura têm percepções heterogêneas sobre os fenômenos que se interpõem em suas histórias de vida (Langdom, 1999), mas também que as culturas se modificam segundo a mobilização dos personagens envolvidos acerca do que os leva a amadurecer e do que pode comprometer seu desenvolvimento. Como espaço de subjetivação por excelência, a cultura não é um elemento coercitivo; é um elemento que faz a mediação entre o social e o individual. Nessa mediação, sujeito e cultura vão se constituindo mutuamente em encontros e desencontros fundamentais ao processo de construção dos diversos modos de interação e de adoecimento humanos.

Nesse cenário, a crise psicótica surge como o fato que evidencia estar o sujeito fora dos laços instituídos pela sociedade no que se refere ao exercício da razão e, em consequência, da liberdade de escolha. Ao considerar que o louco – figura historicamente associada à psicose – encontra-se à margem da sociedade, essa desenvolve(u) uma série de estratégias que se dividem entre a reclusão e a reinserção daquele no sistema. Tende-se a percebê-lo não mais como um cidadão pleno de direitos e deveres, mas como alguém cuja cidadania se legitima através de ações de tutela exercidas pela família e pelo Estado.

Segundo Foucault (1975), cada cultura formará da doença uma imagem cujo perfil é delineado pelo conjunto das virtualidades antropológicas que ela negligencia ou reprime. A doença mental, reconhecida como tal, tem um status que é conferido e denunciado pelo grupo. Ao não querer se reconhecer naquele que persegue e/ou que encerra na instituição psiquiátrica, no instante mesmo em que diagnostica a doença, exclui o doente. Foucault questiona como chega a cultura a dar à doença o sentido de desvio, pois, se a doença é uma forma de expressão da sociedade, cabe analisar

os fatores que levam essa à recusa de se reconhecer naquela.

Nomeada a loucura, o sujeito é silenciado pelos que consideram deter o saber sobre sua saúde, mental, com a provável perda de autonomia para o outro. Esse é um acontecimento que se pauta em classificações baseadas em modelos normativos, em que a definição do(s) o(s) sintoma(s) é desenvolvida e modificada a partir da rede de significados historicamente construídos acerca dos comportamentos proscritos e prescritos no processo de transição humana da natureza à cultura.

Na existência humana e, mais particularmente, naquilo que se chama a vida psíquica, há constantemente algo de incerto que foge aos ideais de adaptação em maior ou menor grau. Os limites entre o normal e o patológico definidos pela sociedade ocidental, limites extremamente tênues, falam, portanto, da tentativa histórica e científica da humanidade de instituir uma ordem de convivência com os seres que não produzem o que deles se esperava, bem como da (in) tolerância decorrente.

Foucault (1972) apontou que a consciência da loucura, ao menos na cultura européia de que somos herdeiros, nunca foi um consenso. Nossa consciência ocidental da loucura é fragmentada desde o início. Surge simultaneamente em pontos múltiplos com as mais diferentes classificações, num desenrolar constante do debate sobre formas e conteúdos relacionados. Esse debate retorna com obstinação no curso dos séculos a partir de quatro formas básicas de consciência da loucura, mutuamente implicadas. Por razões práticas, apresentam-se somente duas por sua maior afinidade com a proposta deste trabalho.

A consciência prática da loucura consiste na diferença entre loucura e razão. Essa consciência é concebida a partir da noção de homogeneidade de um determinado grupo considerado como portador das normas da razão, que se impõe enquanto realidade concreta na relação entre seus membros. Impõe-se, assim, como uma escolha inevitável, pois é necessário que o indivíduo “decida” de que lado está: fora ou dentro do grupo. Não se concebe a possibilidade de intercessão entre os dois grupos, com a ausência de compreensão de que a formação da identidade e a existência de cada um estão inter-relacionadas. Foucault (1972) considerou que

a escolha feita pelo indivíduo – estar ou não no grupo – é falsa, pois somente aos que estão no interior é conferido o direito de acusar os que teriam escolhido uma outra vida.

A consciência analítica da loucura é aquela isolada de seus modos de aparecimento. A loucura não representa nenhum perigo por ser pensada como um objeto qualquer do conhecimento científico, passível de investigação e de controle como qualquer outro objeto. Foucault (1972) indicou que é “esta forma de consciência que lança as bases de um saber objetivo da loucura” (p. 169), quando “aquilo que evocava o horror convoca agora apenas as técnicas de supressão” (p. 170). Pode-se perceber aqui uma referência ao Positivismo, cuja influência permanece muito presente hoje nas diversas áreas do conhecimento científico, em que a loucura é fragmentada segundo o paradigma dominante, quer seja biológico, social ou psicológico. Vista a loucura de forma fragmentada, caberá a cada especialista a realização de uma determinada terapêutica – medicamentosa ou psicoterápica, por exemplo – a partir da eleição de uma dimensão a ser trabalhada, sem uma necessária análise de outras possibilidades de compreensão e conseqüente articulação.

Foucault (1972) demonstrou que, paradoxalmente, embora a definição da loucura esbarre constantemente em imprecisões conceituais, o louco é facilmente reconhecido. Temos aqui uma espécie de inversão em nosso processo de identificação dos que se comportam de modo “bizarro”, “estranho” em referência à norma social. É praticamente um consenso a admissão da complexidade para conceituar e delimitar o fenômeno da loucura. Contudo, o autor mostra como é surpreendente observar a rapidez com a qual se denuncia o louco; fato esse ao qual aqui se acrescenta a rapidez com que a sociedade lhe indica formas de tratamento a partir do maior ou menor peso que a doença mental tenha nos valores e crenças locais.

A gravidade da crise é, em geral, conferida pela família, por ser quem primeiro diagnostica o mal-estar de um de seus membros, tendendo a tratá-lo conforme suas possibilidades. Quando reconhecem seus limites, é que o paciente e seus familiares chegam ao especialista. Pode haver, no entanto, conflitos entre a visão

do paciente, da família e a do profissional de saúde sobre a doença e os objetivos do tratamento. Com a identificação dos conflitos, é possível compreender seu impacto na comunicação clínica, o compromisso do paciente com o tratamento, bem como sua satisfação e de seus familiares com a qualidade do atendimento oferecido (Kleinman, 1977).

Explicações causais do tipo **ele ficou desse jeito depois que levou uma pancada na cabeça ou minha filha começou a ficar diferente desde que se envolveu com um menino que usava drogas e (por isso) a gente proibiu o namoro** se fundamentam em concepções que não podem ser descartadas, sob o risco de se comprometer a confiança depositada pelo paciente e seus familiares na equipe de saúde. Aparentemente, a observação é redundante, mas esbarra, por vezes, na concepção dos profissionais da saúde de que possuem um saber apriorístico sobre a enfermidade e a intervenção a ser adotada, que ultrapassa as explicações oriundas das adversidades e evidências cotidianas.

Para Langdon (1996), a doença e sua identificação não constituem um momento único ou uma categoria fixa. Envolvem uma seqüência de eventos que visa entender o sofrimento, no sentido de organizar a experiência vivida e, se possível, aliviar suas repercussões. No primeiro momento, há o reconhecimento dos sinais que indicam que o todo não vai bem. Tais sinais não são universais, como pensado no modelo biomédico. Cada cultura possui seus próprios indícios da presença da doença, prognósticos e possíveis causas não restritas ao corpo.

Em seguida, uma vez que um estado de sofrimento é reconhecido como doença, o processo diagnóstico se institui para que as pessoas envolvidas possam decidir o que fazer. Essa decisão comumente acontece dentro do contexto familiar, com a negociação entre os membros para se chegar a um diagnóstico inicial que indique qual tratamento deve ser escolhido. No caso de um quadro tido como sério – como ocorre com a crise psicótica –, com sintomas não-usuais, podendo ser interpretada como resultante de um conflito nas relações sociais ou espirituais, a escolha do especialista será determinada pela leitura dos sinais da doença negociada pelos participantes. Por fim, uma vez feito o tratamento, as pesso-

as envolvidas avaliam sua eficácia. Caso a doença continue, cabe re-diagnosticar com base em novos sinais que se apresentem ou na reinterpretação dos usuais. Concluído o diagnóstico, um outro tratamento é selecionado, realizado e avaliado. As etapas se repetem até que se considere ter sido a doença curada ou estabilizada (Langdon, 1996).

Com toda esta mobilização que tende a ocorrer em volta do “doente mental”, é necessário compreender os recursos que ele desenvolve para não ser colocado no lugar de objeto do tratamento face ao conhecimento dos especialistas e de seus familiares. Uma mulher, que parecia ter entre 45 e 55 anos, havia sido internada num hospital psiquiátrico, dentre outros fatores, por ouvir vozes. Dizia ser médium. Depois de algum tempo, foi indagado se ainda ouvia as vozes, ao que confirmou. Questionou-se, então, se havia comentado esse fato com o psiquiatra responsável por seu caso. Ela negou. **Por que não?**, foi a pergunta óbvia. **Porque, se disser, ele não vai me deixar sair daqui.** Sua resposta leva à seguinte reflexão: a capacidade do paciente de identificar quando sua loucura prejudica seu direito de ir e vir não poderia ser um critério de saúde? Uma outra mulher, de mesma faixa etária, apresentava um quadro depressivo com sintomas psicóticos. Como era diarista, evitava trabalhar em apartamentos pelo receio de ter comportamentos de auto-extermínio, em razão de receber ordens para que pulasse do prédio.

Os recursos de enfrentamento dos sintomas que o paciente desenvolve merecem uma atenção especial no atendimento para a avaliação de sua capacidade de decisão acerca daquilo que julga melhor para si. Estratégias que possibilitem a redução de comportamentos de risco poderiam ser um outro critério de saúde, em oposição ao que caracteriza o quadro psicótico em ambos os exemplos: a alucinação auditiva. Não se trata de minimizar as possíveis implicações presentes em ambas as falas, mas de identificar o que há de saudável na decisão dessas pessoas que, segundo suas possibilidades, apresentam modos de subjetivação que colocam em questão os limites associados a um diagnóstico psiquiátrico. Isto aponta, conforme Goldberg (1996), a necessidade de se adotar como parâmetros da ação terapêutica os de cada pessoa assistida.

Canguilhem (2002) indicou que “a definição de doença exige, como ponto de partida, a noção de ser individual” (p. 148), o que implica a necessidade de se avaliar o paciente em relação à situação a que ele reage e aos instrumentos de ação que possui e que o meio lhe oferece. Um dado sintoma não é patológico em si; torna-se patológico numa relação. Para esse autor, “a característica da doença consiste numa redução da margem de tolerância às infidelidades do meio” (p. 160). A Medicina contribuiu para a definição de cura como a reconquista de um estado de estabilidade das normas fisiológicas. Porém, nenhuma cura é uma volta à inocência biológica. A cura consiste em criar novas normas de vida, às vezes superiores às antigas, no sentido de uma maior tolerância ao que antes fazia adoecer.

Embora seja notório que qualquer doença não se apresente de forma única na vida das pessoas atingidas, a noção de doença mental nos remete à noção de imutabilidade de seu curso. Quando se considera que, diante da ruptura que a crise psicótica instala na vida do sujeito, nada ou pouco pode ser feito, a expectativa dominante é a de cronificação do quadro. Como doença mental e movimento tendem a ser pensados enquanto conceitos excludentes, não se pondera acerca dos recursos que o sujeito desenvolve para o alcance de uma identidade não restrita à constelação sintomatológica apresentada. Colocar-se em movimento implica, portanto, que cada sujeito possa se (re)conhecer a partir de uma perspectiva um pouco menos limitante.

Segundo Coelho (1999), ainda não somos capazes de qualificar e instrumentalizar a sensibilidade do paciente e de sua família em captar o indício de uma crise. Esta atividade não se refere à criação de ferramentas objetivas de mensuração de oscilações comportamentais, sem observância às particularidades das experiências vividas pelos informantes diante do processo de adoecimento de um de seus membros. A sensibilidade implica uma habilidade que envolve as dimensões afetiva e relacional, e não primordialmente a cognitiva.

Para tanto, é preciso avaliar que, em cada cultura, a doença, a resposta a ela, as experiências individuais relacionadas e as instituições sociais de cuidado são todas sistematicamente inter-

conectadas. A totalidade dessas inter-relações é o próprio sistema de saúde, que inclui padrões de crença sobre as causas da doença, normas de controle em saúde associadas e a evolução do tratamento (Kleinman, 1977). Nesse sistema, a função social de cada instituição tende a ser definida a partir das relações que se desenvolvem entre as pessoas que nela procuram ajuda e os que nela a fornecem.

Função social das instituições de saúde mental

No debate sobre os avanços promovidos pela luta antimanicomial, cabe discutir a função do hospital psiquiátrico para o paciente, sua família, profissionais da saúde e a população em geral. Segundo Souza (1999), quando a família sente que o comportamento do paciente extrapola os limites socialmente estabelecidos, tende a passar do tratamento em clínicas ambulatoriais à internação em hospitais psiquiátricos. Tal opção deriva normalmente de uma avaliação, por parte dos familiares, de não se considerarem hábeis para garantir tanto o bem-estar do integrante, quanto a sua própria tranquilidade.

Se, no início, em geral, é doloroso deixar o filho, pai, mãe ou outro integrante da família num hospital, a repetição das internações contribui para a expressão de um sentimento de alívio. Livres das tarefas relacionadas ao cuidado e da preocupação cotidiana, os familiares percebem que podem ter algum descanso e retomar um curso de vida, sem as oscilações comportamentais e de humor atribuídas ao membro doente (Souza, 1999). O hospital exerce, assim, não só uma função de controle, como, em paralelo, proporciona certo alívio a uma outra instituição social, a família.

Por outro lado, mesmo que a permanência no hospital psiquiátrico tenha um caráter de alívio para os familiares, essa instituição continua sendo vista como uma casa que abriga loucos. Quando os parentes fazem um retrospecto do processo que motivou a internação, afirmam que o membro de sua família não era louco ou não tão louco quanto os demais moradores do hospital, até lá ter entrado. Durante a temporada de convívio com a loucura do ambiente, aprendeu então como é ser louco. Os benefícios da internação são freqüentemente incertos às famílias. Como apologia

ao hospital, alega-se que é um local onde se contêm e se forçam as pessoas a usarem os medicamentos no horário prescrito. Mas, paradoxalmente, é comum que os remédios ministrados na instituição sejam os mesmos que o paciente deveria estar usando em casa (Souza, 1999).

A manutenção do hospital psiquiátrico, por sua função de contenção ou controle social, se torna um contra-senso diante da necessidade apontada pela Reforma Psiquiátrica de uma clínica ampliada. Programas de saúde substitutivos à modalidade asilar, como os Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial (CAPS e NAPS, respectivamente), hospitais-dia, emergências psiquiátricas em hospitais gerais, lares abrigados, oficinas protegidas etc., são serviços que merecem receber maiores investimentos na rede pública, tendo em vista os comprovados benefícios que vêm trazendo a seus usuários e familiares (Costa, 2004). Esses programas se apresentam como uma possibilidade de reinscrição da pessoa em sua história de vida a partir do momento em que ela pode se perceber num espaço onde laços sociais são gradativamente construídos a partir de uma base condizente com suas demandas específicas de acolhimento e apoio.

Conforme Costa (2004), é preciso ter clareza de que o paciente é um cidadão, em especial nos casos em que sua internação for involuntária. O tratamento psiquiátrico deve contribuir para seu crescimento pessoal e superação das dificuldades interpessoais e atuais, dentre outros pressupostos, em vez de simplesmente cerceá-lo. O respeito aos direitos fundamentais da cidadania, o estabelecimento rigoroso de critérios para a duração do tratamento involuntário e a disposição atenta para promover a adesão do paciente, tendo em foco a promoção de sua autonomia, são diretrizes que devem nortear o trabalho em saúde mental.

Em 1961, Goffman (2003), no livro “Manicômios, prisões e conventos”, classificou o hospital psiquiátrico como um tipo de instituição total cuja finalidade consiste em tratar de pessoas consideradas incapazes de cuidar de si próprias e com a possibilidade de constituir uma ameaça à sua comunidade, mesmo que não de maneira intencional. A instituição total é definida como um local de residência onde um grande número de indivíduos com situação

semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, leva uma vida fechada e formalmente administrada. O fechamento se caracteriza pela barreira às relações com o mundo externo, o que pressupõe proibições à saída incluídas no esquema físico da instituição – como portas trancadas, muros altos e horários de visita.

Uma vez internadas, as pessoas que se tornam pacientes de hospitais psiquiátricos passam a enfrentar circunstâncias muito semelhantes, o que contribui para que emitam, por sua vez, respostas semelhantes – o que caracteriza a assimilação da institucionalização. Isso facilita o controle segundo as normas estabelecidas pela equipe dirigente. Reforçam-se ou punem-se os comportamentos através da concessão ou supressão de privilégios, conforme o grau de desejabilidade apresentada. Com o decorrer de uma carreira de internações, as expropriações que tendem a ocorrer na vida dos pacientes, como a perda de direitos enquanto cidadão e o abandono familiar, dificultam suas possibilidades de se manter fora da instituição (Goffman, 2003; Souza, 1999). No caso de portadores de transtornos mentais que cometem crimes, além da perda de direitos, a pessoa está condenada à “prisão perpétua” no hospital, fato que atesta um outro grave problema da interação psicose-sociedade (Costa, 2004).

Em geral, ao ingressar no hospital psiquiátrico, o sujeito não tem conhecimento acerca das decisões quanto ao seu destino. A transmissão de informações sobre seu diagnóstico, plano de tratamento e período aproximado de internação tende a ser restringida como uma forma de controle por parte da equipe. Com a perda de autonomia, pode ocorrer que, quando o sujeito retorne ao mundo externo, mostre-se temporariamente ou, por vezes, permanentemente incapaz de enfrentar tarefas da vida diária. Embora algumas atividades possam ser restabelecidas, outras podem ser percebidas como irrecuperáveis – criação dos filhos, ascensão profissional (Goffman, 2003).

A internação psiquiátrica no contexto atual permanece uma questão permeada pelas mais diversas polêmicas. Sabe-se que a trajetória de muitos pacientes é sair de um hospital para outro ou retornar para o mesmo, quando ele próprio ou sua família – o que

tende a ser mais freqüente – consideram a hospitalização uma medida necessária (Tenório, 2001). Como em muitas cidades brasileiras, parece haver ainda uma carente rede de assistência básica às demandas da população na área de saúde mental, a peregrinação pelos hospitais psiquiátricos tende a ser freqüente. Cabe à ética profissional diferenciar uma emergência psiquiátrica de outros estados da clínica, a fim de que a internação não se configure como a alternativa aparentemente mais simples e fácil de ação terapêutica, quando é entendida como a mera restrição do trânsito do paciente para o restabelecimento de um controle de seu comportamento, situação em que tal estratégia pode se configurar como punição.

Logo, mais de quarenta anos depois da publicação do livro de Goffman citado, é preciso analisar quais relações de poder se mantêm entre profissionais de saúde, pacientes e familiares nas instituições substitutivas ao modelo hospitalocêntrico, para que essas não se tornem um outro espaço de reclusão e exclusão, tal como o hospital psiquiátrico. A ampliação dos dispositivos de atendimento, etapa fundamental na substituição do modelo hospitalocêntrico, requer o desenvolvimento de estratégias de avaliação dos serviços para que a mudança dos locais de atendimento se reflita na possibilidade de circulação mais favorável do paciente na sociedade, de modo a evitar que venha a se tornar um indigente cultural e social.

Para Goldberg (1996), malgrado o aperfeiçoamento do aparato de atendimento, o paciente portador de um transtorno psicótico ainda aparece como peça arreada ao processamento das relações no interior da rede. Um dos sintomas desses gestos de resistência ou tensão institucional é sua redução a uma figura médica, tanto porque tal transtorno é tido como uma causa médica por excelência – um feixe de disfunções orgânicas enraizadas incuravelmente no cérebro –, quanto porque as demais especialidades se julgam desautorizadas a abordá-lo. Esse pensamento contribui, exemplificou Goldberg, para que ambulatórios recém-inaugurados persistam no privilégio hierárquico do médico no atendimento a tais pacientes, chegando a alegar que não possuem espaço físico para ações conjuntas de atenção às crises. Podem alegar ainda que, diante da imprevisibilidade do comportamento desses pacientes,

eles requerem a contenção dos espaços fechados do hospital.

Pensamentos tradicionais e “novos” sobre o tratamento referentes a casos de psicose se confrontam diariamente numa tentativa de construção de um diálogo em que a realidade das condições de vida dos usuários de serviços públicos de saúde mental e de seus familiares, os ideais terapêuticos, a criatividade e a crença no potencial do paciente para indicar sua própria direção de cura possam ser parceiros. A permanente disposição da equipe de pensar sua prática e de buscar soluções deve levar em consideração que novos procedimentos revelam antigos problemas, até então escondidos, ou criam outros, o que exige, ao mesmo tempo, uma postura criativa e realista por parte de seus membros (Tenório, 2001). Isso requer da equipe a aposta de que há como entrar em contato com o sujeito diagnosticado como psicótico, a partir do pressuposto da impossibilidade da não comunicação, mesmo diante de uma relação em que os discursos parecem não ter reciprocidade.

Evidências da eficácia do tratamento, segundo os rigores científicos, não imperam no campo da saúde mental. As evidências que podem ser observadas são de uma outra ordem; ordem em que valores, expectativas e esperanças fundamentam pequenas/grandes transformações gradativas em direção a alguma melhoria, num processo que dificilmente ocorre de forma tranqüila e previsível. Quando contribui para o desenvolvimento das potencialidades dos pacientes, o profissional também está se permitindo descobrir novas potencialidades em si próprio, quando percebe que sua prática lhe indica uma necessidade de constante crítica ética e epistemológica a posturas rígidas e inflexíveis diante do que sua clínica lhe coloca.

Os profissionais têm de se haver com seus próprios sentimentos face ao contato diário com o sofrimento, a angústia, o inesperado e os atendimentos imperfeitos. Por vezes, isso tende a provocar um movimento de rechaço. Nesse momento, é necessário refletir acerca das condições pessoais para a realização de seus encargos; reflexão que parece ser pouco freqüente na rotina das instituições, o que tende a ser justificado pela quantidade de prontuários que precisam ser preenchidos. Embora a remoção

do sintoma ou, pelo menos, a minimização de seus efeitos seja, em geral, a principal meta de todos os envolvidos, a realização do tratamento pode ser pior do que a doença em si (Kleinman, 1977), quando, para se alcançar essa meta, não se observa aquilo que o sujeito tem de particular.

Como o lugar ocupado pela loucura na sociedade varia de acordo com a importância que cada época e contexto lhe conferem, cabe igualmente analisar como suas diversas expressões são modificadas pelo desenvolvimento das medicações, dando origem, provavelmente, a novos fenômenos com os quais pacientes, familiares e a sociedade em geral têm de lidar. Trata-se de um aspecto que pode interferir no processo de definição das características e conceitos relacionados à loucura.

A medicalização, considerada e empregada muitas vezes como a solução mais rápida, reduz o delírio, a alucinação ou qualquer outro indicativo de quadro psicótico a um simples desequilíbrio biológico, como se os eventos da vida do indivíduo não tivessem influência em seu adoecimento. A objetivação do sintoma como algo que ele tem, que o acomete e sobre o qual tem pouco a fazer, senão seguir as prescrições médicas, minimiza o valor de seu saber pessoal sobre a origem e as conseqüências do que sente (Figueiredo, 2002).

A procura por elementos químicos em nossa cultura que exterminem o sofrimento, muitas vezes pressupõe o próprio fim da subjetividade. Saúde como ausência de doença torna-se, assim, uma pretensão simplista que, ao buscar a generalização do efeito medicamentoso, tende a colocar o que é da ordem do particular, do que constitui o sujeito como desejante, numa posição de menor valia. Com uma alteração na química do Sistema Nervoso Central, se espera modificar os comportamentos que causam mal-estar social (Figueiredo, 2002). Importante pretensão, desde que não se minimize o trabalho de reflexão do sujeito acerca de sua história de vida e das relações com as quais está envolvido.

O código de crenças e valores sociais acerca da loucura tem estreita relação com a noção de indivíduo existente em cada contexto sociocultural. A construção dessa noção permeia não apenas nossa forma de interação, como nossas atitudes sobre a saúde e

a doença mental. Cada pessoa, criança, adolescente, adulto ou idoso, sofre influências referentes aos significados culturais relacionados a seus comportamentos de manutenção ou transgressão dos padrões dos códigos de convivência em sociedade. Porém, com a necessidade de modificação desses códigos instalada pela crise psicótica, os direitos das pessoas são questionados e, por vezes, suprimidos.

Faz-se necessário conscientizar o entorno no qual a rede substitutiva de atenção psiquiátrica é localizada para que possa haver alguma compreensão acerca de diferentes modos de existência e de como podem ser assimilados pela cultura. É preciso ainda observar com cuidado os encaminhamentos de pacientes por profissionais ou mesmo por familiares para o atendimento em saúde mental. Esse encaminhamento requer que se identifique não apenas qual vem ser a demanda para o tratamento, mas de quem é esta demanda.

Mais do que um serviço a que pacientes e familiares se dirigem para receber o medicamento, as instituições de saúde precisam ser vistas como um local de referência dentro de uma rede de assistência comunitária. Qualquer que seja o bairro, a cidade ou a região, há de existir um lugar próprio onde a dor, a angústia, o sofrimento possam ter uma escuta e, se necessário, tratamento. Esse local traz a vocação de um espaço-suporte, que delimita a área de atuação de uma equipe, um serviço, um programa, cumprindo a missão de materializar uma acolhida, um vínculo, com endereço e CEP, podendo ser encontrado a qualquer momento, assim como irradiando ações a partir do número de raízes que cada um de seus integrantes desenvolva (Pitta, 2001).

As políticas de saúde mental não são propostas que se restringem às esferas de elaboração nos planos municipal, estadual ou federal. Ter leis de amparo não significa saber valer que ocorram na prática. Estes parâmetros contribuem para que as instituições adquiram subsídios à execução de medidas de proteção cabíveis. Por outro lado, não se pode esquecer ainda que para a execução de tais leis, há de se avaliar não só as adversidades socioeconômicas de cada região brasileira, como as singularidades de cada caso. A intersetorialidade é um processo que demanda tempo, não

acontece por decreto. Não é porque são definidas as leis que as transformações se dão, mas sim, mais provavelmente, porque há a abertura de um grupo de pessoas – em geral, as que estão mais diretamente envolvidas – para uma ação pautada no inusitado e na revisão das certezas. Nessa perspectiva, o processo de garantia de existência de uma escuta que valorize a opinião do sujeito sobre fatores que associam à constituição da crise psicótica seu bem-estar e sobre decisões relacionadas ao tratamento que lhe é destinado representa um desafio que não se extingue com a derrubada dos muros dos hospitais psiquiátricos, a diminuição de seus leitos ou o desenvolvimento de novos serviços de atendimento.

Considerações Finais

Quando se coloca em questão o contexto sociocultural no qual o paciente está inserido, não há como fazer generalizações. A fragmentação dos sintomas, o que compromete a relevância da cautela clínica, pode ter como conseqüência a oposição entre o normal e o patológico, originária do discurso psiquiátrico tradicional. Saúde e doença se constituem a partir de suas inter-relações. Contudo, a falta de conscientização do entorno social – para que se construa uma compreensão acerca de diferentes modos de existência e de como podem ser assimilados pela cultura – é um aspecto que contribui para a manutenção daquelas enquanto pólos dicotômicos.

As privações socioeconômicas, que atingem a maior parte da população brasileira, dificultam o acesso a serviços de intervenção precoce de base interdisciplinar. Por vezes, é a partir da percepção do agravamento dos sintomas, quando o sofrimento psíquico passa a ser identificado como doença, que esses adquirem um poder que precisa ser remediado. Quanto mais graves sejam, mais se exigem medidas drásticas de contraposição e de restituição do equilíbrio abalado, através do emprego de medicações com dosagens e efeitos igualmente fortes (Oliveira, 1998). É provável ocorrer ainda que, quando o remédio não produz o resultado desejado no tempo esperado, os familiares questionem sua eficácia e optem pela internação.

Sabe-se que o movimento da Reforma Psiquiátrica tem con-

tribuído para que a população em geral esteja se tornando mais consciente da necessidade de modalidades de apoio às pessoas com transtornos mentais do tipo psicótico não circunscritas à internação. Entretanto, muitas vezes, essa permanece como o recurso básico na situação de crise. Embora o hospital tenha uma função social, é preciso maiores investimentos nos serviços substitutivos, para que o paciente não inicie uma carreira de internações, o que tende a prejudicar a manutenção de laços com o seu entorno. Cabe observar ainda que a prescrição de medicamentos continua a ser uma das principais alternativas – não raramente a única – para o não agravamento do quadro. Este é um outro fator relevante a ser focado, sobretudo ao se considerar que os pacientes podem passar meses sem uma modificação na prescrição da medicação, por não conseguirem marcar o retorno da consulta.

Face à complexidade e à relevância do tema abordado, indica-se, para futuras pesquisas, a relevância da discussão sobre a crise psicótica a partir de fatores como gênero, etnia, classe socioeconômica, religião, migração, dentre outros. Torna-se cada vez mais necessária a investigação dos sintomas aliada à reflexão sobre possíveis implicações de tais categorias sociais no processo de avaliação diagnóstica e nas modalidades de atendimento oferecidas por se considerar que à discriminação comum ao portador de transtorno mental somam-se as relações de dominação-submissão histórica e culturalmente construídas entre as pessoas.

Referências

- Associação Americana de Psiquiatria (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (4a ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Canguilhem, G. (2002). *O normal e o patológico* (5a ed.). Rio de Janeiro. Forense Universitária.
- Coelho, V. L. D. (1999). Prevenção de crises e hospitalizações em transtornos psicóticos: A contribuição de pacientes e familiares. In M. G. T Paz & A. Tamayo (Orgs.), *Escola, saúde e trabalho: Estudos psicológicos* (pp. 121-133). Brasília, DF: Ed. da Universidade de Brasília.

- Costa, I. (2004). A doença mental no contexto dos direitos humanos e da violência. In G. Maluschke, J. Maluschke-Bucher & K. Hermanns (Orgs.), *Direitos humanos e violência: Desafios da ciência e da prática* (pp. 77-102). Fortaleza: Konrad Adenauer.
- Figueiredo, A. C. (2002). *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: A clínica psicanalítica no ambulatório público*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Foucault, M. (1972). *História da loucura na Idade Clássica* (6a ed.). São Paulo: Perspectiva.
- Foucault, M. (1975). *Doença mental e psicologia*. Rio de Janeiro: Edições Tempo Brasileiro.
- Geertz, C. (1989). *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos.
- Goffman, E. (2003). *Manicômios, prisões e conventos* (7a ed.). São Paulo: Perspectiva.
- Goldberg, J. (1996). *Clínica da psicose: Um projeto na rede pública* (2a ed.). Rio de Janeiro: Te Corá.
- Kleinman, A. (1977). *Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. Berkeley, CA: University of California.
- Langdon, E.J. (1996). *A doença como experiência: A construção da doença e seu desafio para a prática médica*. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Antropologia, UFSC (Série Antropologia em Primeira Mão, 12).
- Lines, E. (2005). *An introduction to early psychosis intervention: Some relevant findings and emerging practices*. Recuperado em: 15 julho 2005, da [http://: www.cmha.ca/english/intervent/about.htm](http://www.cmha.ca/english/intervent/about.htm).
- McGorry, P., & Edwards, J. (2002). *Intervenção precoce nas psicoses*. São Paulo: Janssen-Cilag.
- Oliveira, F. J. (1998). Concepções de doença: O que os serviços de saúde têm a ver com isto? In L. F. Duarte & O. F. Leal (Orgs.), *Doença, sofrimento, perturbação: Perspectivas etnográficas* (pp. 81-94). Rio de Janeiro: Fiocruz.

- Organização Mundial de Saúde (2001). *Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde Mental: Nova concepção, nova esperança*. Brasília, DF: Autor.
- Pitta, A. (2001). Tecendo uma rede de cuidados em saúde mental. In A. T Venâncio & M. T Cavalcanti (Orgs.), *Saúde mental: Campos, saberes e discursos* (pp. 277- 282). Rio de Janeiro: IPUB/CUCA.
- Rabelo, M. C., Alves, P. C., & Souza, I. M. (1999). Signos, significados e práticas relativos à doença mental. In M. C. Rabelo, P. C. Alves & I. M. Souza. (Orgs.), *Experiência de doença e narrativa* (pp. 43-74). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Souza, I. M. (1999). O asilo revisitado: Perfis do hospital psiquiátrico em narrativas sobre doença mental. In M. C. Rabelo, P. C. Alves & I. M. Souza (Orgs.), *Experiência de doença e narrativa* (pp. 139-168). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Tenório, F. (2001). *A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.

Recebido em 4 de dezembro de 2006

Aceito em 30 de janeiro de 2007

Revisado em 19 de fevereiro de 2007