

CARACTERIZAÇÃO DAS RELAÇÕES ENTRE OS UNIVERSOS SOCIAIS DE UMA «INSTITUIÇÃO TOTAL» DA CIDADE DE LISBOA: O HOSPITAL JÚLIO DE MATOS °

Manuela Pereira da Cunha

O Hospital Júlio de Matos foi em Portugal, porventura, o primeiro estabelecimento de assistência psiquiátrica cujo plano de construção mais directamente decorreu de uma orientação médica¹, sendo tido, à data de abertura (1942), como exemplar, quer na modernidade terapêutica, quer de instalações. A perspectiva médica de então orientava a sua instalação numa zona periférica e isolada da vivência urbana (Flores, A., 1949). As terras adquiridas para esse fim asseguraram apenas inicialmente a liminaridade topográfica do Hospital, uma vez que o alastramento da cidade de Lisboa acabou por incorporá-lo no seu seio. Contudo, a partir da década de sessenta, enfrenta a inércia e o «atrito que marcam o evoluir das instituições de grande porte e pesada estrutura burocrática - embora pontuado por algumas iniciativas de inovação² - e que se expõem na degradação de parte das instalações e no peso quase inelutável de doentes de longo internamento, cuja baixa condição sócio-económica - a par de outros factores - dificulta a sua reinserção social³. Aí são abandonados, dando um cunho terminal, ou de «depósito», aos pavilhões de crónicos⁴.

° Este estudo insere-se no âmbito de um projecto de investigação em curso no Centro de Estudos Judiciários (C. E. J.) intitulado *Do Desvio à Instituição Total - Subcultura, Estigma, Trajectos*, dirigido por Carlos L. Medeiros e Mário Baptista Coelho.

¹ O primeiro projecto do Hospital é elaborado em 1912 conjuntamente pelo Professor Júlio de Matos, o arquitecto Leonel Gaia e o engenheiro Luís de Melo. Um ano antes, a Psiquiatria estabelecera-se no ensino universitário, consolidando o seu processo de afirmação enquanto disciplina médica, e seguindo de perto as inovações que se iam produzindo no campo europeu. Porém, o actual estabelecimento não é produto de uma perspectiva teórica única. A lentidão com que a evolução da construção foi decorrendo (perto de 30 anos) originou desfasamentos temporais constantes entre as subjacentes concepções psiquiátricas e as efectivações que a custo se iam fazendo.

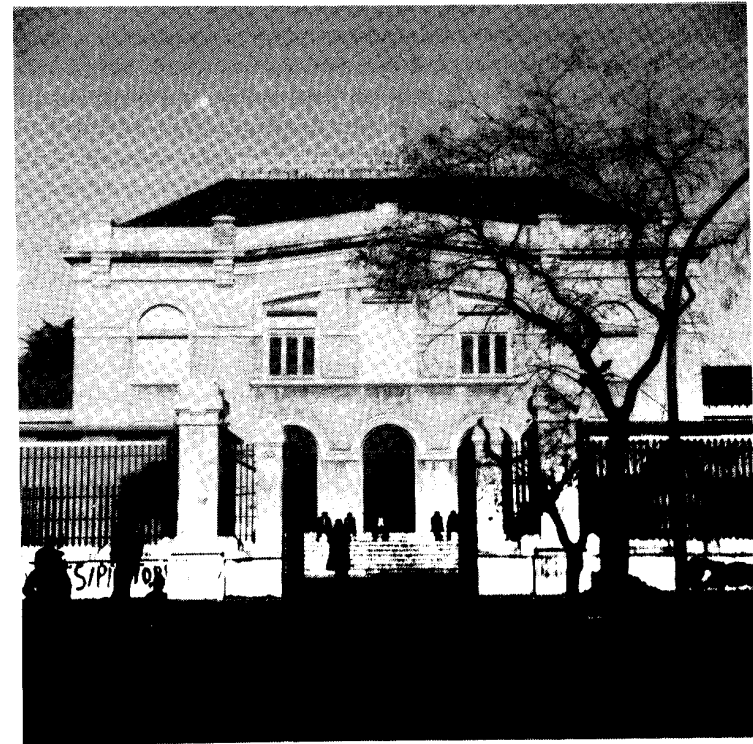
² Neste caso, refira-se como exemplo a experiência da comunidade terapêutica, nos anos sessenta, encabeçada por Carlos Caldeira.

³ Em 1985, 87 % dos internados pertenciam a baixos estratos sócio-profissionais: os homens são predominantemente trabalhadores rurais, operários, pescadores, ou reformados e desempregados, e as mulheres são, em alta frequência, domésticas. O nível de instrução é também baixo: 68 % dos indivíduos situam-se nas seguintes categorias: «analfabetos», «sabe ler e escrever» e «ensino básico». Quanto ao estado civil, 72,6 % da população internada é solteira e apenas 18,6 % é casada.

⁴ A título ilustrativo, alguns dados estatísticos sobre a população internada, recolhidos em 1985: 47 % apresenta um período de internamento superior a 20 anos e 75,6 % superior a 5 anos.

Não se pretende, porém, visualizar agora o estabelecimento na sua vertente terapêutica mas sociológica. Daí também que os internados não tenham sido discriminados nos vários recortes psiquiátricos das patologias. As abordagens sócio-antropológicas afirmam, em geral, a possibilidade teórica de separar o facto de se ser tratado como doente mental do facto de se apresentar traços reconhecidos clinicamente como psicopatológicos. Deste modo assentam numa outra inteligibilidade do facto patológico, referenciando a loucura sobretudo nos processos exteriores ao sujeito, ou seja, nas racionalizações colectivas que sobre ela se tecem e nos seus enquadramentos institucionais e sócio-culturais em geral. As várias teorias do desvio, de raiz sociológica, destacaram-se neste campo⁵.

Contudo, se o terreno disciplinar é o mesmo, pretende-se aqui apenas incidir sobre os mecanismos e as disposições sociais de uma instituição específica, tentando dar conta do universo relacional que nela se desenvolve⁶. Procura-se assim apreender os modelos de sociabilidade e os sentidos em que se estabelecem as solidariedades e as tensões que nele se contêm, sendo à partida expectável e plausível que uma microssociedade - própria, porque banhada num plasma de algum modo artificial - emergisse como sucedâneo do mundo exterior, dada a espessura de grande parte dos períodos de internamento dos indivíduos, que fazem desta instituição o cenário de uma segunda, por vezes última, vivência.



Entrada do Hospital Júlio de Matos

⁵ Sustentam, grosso modo, que a alienação mental é recoberta pela alienação social, já que o louco é um elemento desviante não em virtude do conteúdo do comportamento em si, mas enquanto atentatório e afastado relativamente às normas de uma sociedade particular. Assim, um sistema normativo (variável) conotaria negativamente os comportamentos que o violam, marcando-os como diferença indesejável. Não seriam, então, desviantes, até serem socialmente definidos como tal. Esta definição acarretaria um processo de estigmatização, em que a reprovação de determinado acto se deslocaria para o autor, provendo-o de um rótulo aderente, dificilmente extirpável e susceptível de alterar as autoconcepções do indivíduo, espelhado na sua condição de inaceitável.

⁶ O trabalho de campo decorreu em vários períodos de 1985 e de 1986, não incidindo na totalidade dos pavilhões. Refira-se também que a linha metodológica de exposição, por razões inerentes à variável configuração pavilhonar, não correspondeu à que seria desejável. Assim, a disparidade das características e dos arranjos dos múltiplos pavilhões era tal, que uma descrição etnográfica, precedente da análise, era inviável. Optou-se por fazê-la acompanhar de alguns exemplos ilustrativos. Finalmente, há que aludir aos dados respeitantes às várias categorias sociais em causa. Deste modo, são mais esparsos que os relativos a enfermeiros e internados, dados que concernem aos médicos, já que, tendo centrado a minha permanência no pavilhão, aquela classe é a que menos o habita e menos peso tem na sua configuração como unidade social.

Primeiro recorte do universo humano: o pessoal e os internados

Considerando, numa aproximação inicial, a instituição na sua globalidade e grosso modo, impõe-se como óbvia uma primeira clivagem, disposta hierarquicamente. O staff - integrando médicos, estagiários, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, pessoal administrativo e auxiliar - e os doentes em internamento. Tal oposição reedita no seio do estabelecimento a oposição exterior/interior, simultaneamente recoberta por duas outras: são/insano, ordem/desordem.

Entre esses dois grupos, a diferença começa por se objectivar em índices exteriores: a segregação de determinados espaços como refeitórios, gabinetes e

casas de banho, estando-lhe subjacente o princípio de que os destinados ao *staff* são privados, por consequência vedados aos doentes, mas não o inverso; o vestuário, contrastando as batas brancas dos médicos e enfermeiros e a farda do pessoal auxiliar com as peças envergadas pelos pacientes : uniforme hospitalar, pijama, roupas «civis» legadas pela caridade pública - nas situações mais frequentes - ou simplesmente roupa própria, como também sucede avulsamente. No registo sensitivo e fotográfico poder-se-iam multiplicar os contrastes, na aparência negligenciada de uns (o banho e a mudança de roupa obrigatórios dos doentes ocorrem uma vez por semana, e o barbeamento duas vezes) face à apresentação do pessoal, numa «compostura» que também nos gestos e nas atitudes o opõe, não raro, ao «excesso» da irrupção violenta ou à imobilidade apática e alheada dos pacientes.

À cumplicidade que à partida uniria dois estratos num projecto terapêutico sobrepõe-se a distância social, marcada pela assimetria. De facto, a autoridade do *staff* sobre os internados extravasa a esfera terapêutica, da qual o médico é o expoente, e qualquer membro do pessoal administrativo ou auxiliar está tacitamente habilitado a exercê-la. De modo geral, não se verifica uma penetração social dos dois grupos. Existe antes uma aproximação peculiar no que se refere à categoria dos enfermeiros (a tratar adiante) e pontos oficiais de contacto com os médicos - as consultas ⁷. Fora destes pontos verifica-se o esquivamento às abordagens encetadas pelos doentes que os interpelam para inquirir da evolução do seu estado ou para um cumprimento mais prolongado. Embora não tenha procedido a um registo sistemático e quantitativo dos comportamentos de resposta, ressalta fortemente a seguinte repartição : a mais frequente consistia num mero movimento de cabeça

- breve contacto visual; por vezes a ignorância completa; e raramente o parar, acompanhado do contacto verbal. A ocorrência dominante do último tipo de resposta denotaria atenção e individualização do interpelado relativamente àquele que interpela, a sua ausência de facto traduz evitamento e despersonalização. Na mesma linha da observação, verifica-se que os membros do *staff* desenvolvem as suas actividades sem serem afectados pela presença dos pacientes (mais do que desvalorizados, «invisíveis»), o mesmo não acontecendo com os co-participantes do seu grupo. Nestes contextos, os internados não são indivíduos socialmente significantes, e as bases de interacção social dos dois estratos são assim precárias.

⁷Ocasões festivas como festas periódicas, excursões, piqueniques e aniversários parecem constituir situações em que se verifica uma maior interacção dos grupos, onde a separação estatutária se atenua, proporcionando comportamentos de maior familiaridade. Contudo, trata-se mais de uma flexibilização do que propriamente uma ruptura, visto que a disposição tradicional dos papéis não está de todo arredada. Uma outra ocasião onde se esboça uma interpenetração de estatutos sucede quando membros do *staff* passam a ostentar sinais de perturbação mental. O seu internamento não acontece (tratam-se nas consultas externas), mas são enviados para serviços mais leves (as oficinas, por exemplo) quando não são reformados compulsivamente. Nesses serviços, consta entre os enfermeiros que por vezes «é uma confusão, não sabem fazer-se respeitar, descem ao nível dos doentes, discutem com eles, em vez de não fazer caso».

Mas para o estabelecimento de qualquer arranjo relacional tem que existir uma clarificação do estatuto de cada um dos termos em confronto do qual, em boa parte, é função. Ora, os estabelecimentos deste tipo são caracterizados por construírem um esquema interpretativo que passa pela «identificação automática» do internado (Goffman, 1968), isto é, pelo simples facto de aí ter dado entrada, o indivíduo não pode ser senão doente, pertencendo à categoria de pessoas para as quais a instituição foi criada. Apesar das divergências no interior da equipa, que se constatarão a um nível mais fino de análise, existe um consenso imediato relativamente à patologia do internado, quer dizer, o facto de estar afectado e necessitar de tratamento não é posto em causa. Neste momento, a identificação é indiferenciada. Um outro traço revela-se como corolário desta posição : o poder centrípeto e objectivizante da etiqueta patológica, que se desloca do comportamento bizarro intermitente do sujeito para o próprio sujeito, ao qual adere de modo permanente e ontológico (o «estar» dar lugar ao «ser»). Desta forma, toda a sua conduta constituirá num comportamento clínico. A explicação de qualquer episódio desarmónico (uma discussão mais agreste entre doentes, entre um doente e um membro do *staff*, ou o desinteresse relativo a determinada tarefa ou assunto) raramente é procurada primeiro neste ou naquele motivo desencadeador, para antes ser automaticamente inscrita e codificada na esfera do distúrbio mental, do qual esse episódio é uma manifestação («excitado», «nervoso», «descompensado», «apático»). A origem reside no indivíduo e não nos estímulos que o rodeiam. Assim, temos já um esboço de um indicador de como o Hospital não é um lugar microsocial sucedâneo da sociedade exterior. A comunicação entre os grupos está de algum modo inquinada quando a avaliação do que decorre das suas relações lhe subtrai o contexto.

Vimos já que os diversos papéis se vão definindo no seio de uma cultura médica, dada pela linguagem que aí vigora - «paciente/doença/médico/enfermeiro/saúde/ terapêutica/sintoma/etiologia», etc. Todos os acontecimentos que ocorrem nos vários serviços são relatados no quadro de referência médico. Mas quanto mais elevado é o estrato profissional no interior do *staff*, mais essa linguagem está presente e mais facilmente é manipulada na especialidade. Na base (pessoal auxiliar), verifica-se a redução numérica dos termos. Ora, os próprios internados (os crónicos, não tanto os agudos) validam e reforçam a identidade médica do pessoal, ao assumir o papel complementar de «doentes», que invocam quando se trata de justificar o seu prolongado internamento. Referem mesmo com frequência distúrbios orgânicos localizados, que, desta feita, se destinam a confirmar a «doença».

A roupagem médica faz parte da imagem com que o estabelecimento se apresenta ao exterior. Mas existem outros traços que a caracterizam. A preocupação com a imagem que dele se exhibe é um atributo das camadas superiores do *staff*, (médicos e enfermeiros-chefes) no controlo dos seus relatos, na apresentação racionalizada de factos mais polémicos, a que parecem alheios os restantes

enfermeiros, pessoal auxiliar e doentes e. Por vezes os pontos de vista dos internados e do *staff* podem não confluir. O serviço de Ergoterapia é um exemplo. Se a segunda categoria imprime um cariz terapêutico à ocupação, condenando a ociosidade, não é do mesmo modo que os pacientes a percebem, tendendo antes para lhe atribuir um carácter explorador.

Um outro aspecto a integrar a configuração dada pelo confronto dos dois grupos, enquanto dois todos, é o que Goffman tinha já referido (a propósito destas e de outras instituições) como o posicionamento conflitual do pessoal entre preocupações humanitárias (os interesses do internado enquanto pessoa humana) e a eficácia no funcionamento do serviço (os interesses da instituição). O difícil compromisso decorre da frequente não coincidência desses dois vectores, que múltiplos casos exemplificam: as tentativas de suicídio dos internados restringem a sua privacidade e originam uma vigilância mais cerrada; as ausências mais prolongadas sem autorização ou as fugas redundam em proibições de saída para o exterior. A iminência de agressões com objectos acutilantes faz com que disponham apenas de colheres nas refeições; se os doentes crónicos dispõem de objectos pessoais nos quartos, a sua ausência naqueles que são ocupados pela população de agudos deve-se à maior mobilidade que aí ocorre (têm altas mais frequentemente), numa tentativa de adaptação automática das divisões às variações quotidianas dos ocupantes; se têm hábitos de rasgar o que envergam, não usam roupa própria, pela qual o pessoal não se responsabiliza.

Porém, a maior parte das vezes o binómio princípios humanitários/princípios práticos da instituição, não é regido uniformemente por todos os pavilhões, que adoptam de forma variável um compromisso que ora privilegia o primeiro termo em detrimento do segundo, ora o inverso. Assim, enquanto nuns, o vestuário dos doentes é enviado para a lavandaria central sem marcação, noutros é lavado localmente, sendo as peças usadas sempre pelos mesmos utentes (próprias ou do estabelecimento). Noutros ainda, só a roupa interior é marcada. Uns fecham os quartos dos doentes durante o dia a fim de os conservar limpos e arrumados, enquanto noutros se entende que os internados devem poder ir repousar sempre que quiserem, devendo para tal conservar-se abertas essas mesmas divisões. Refira-se também os esforços desenvolvidos por parte de algumas unidades pavilhonares no sentido de conseguir pensões sociais para os doentes, e o completo alheamento relativo a este assunto por parte de outras, cujos internados recorrem de modo mais frequente à mendicidade. Outras ainda preocupam-se em fazer com que essas

⁸ Em casos de desaparecimento de um internado, os estratos inferiores falam em «fuga», enquanto os superiores utilizam mais o termo «abandono», procurando dissipar eventuais conexões clausurais com o estabelecimento.

pensões sejam recebidas directamente por eles e não por intermédio das famílias, que quase sempre delas usufruam na íntegra ⁹.

Ora, é precisamente esta variabilidade que impõe que a partir daqui a análise deste universo relacional se transponha para um nível mais fino. A esse nível, o cariz da instituição e os tipos de relações que aí se desenvolvem revelam-se mais legíveis.

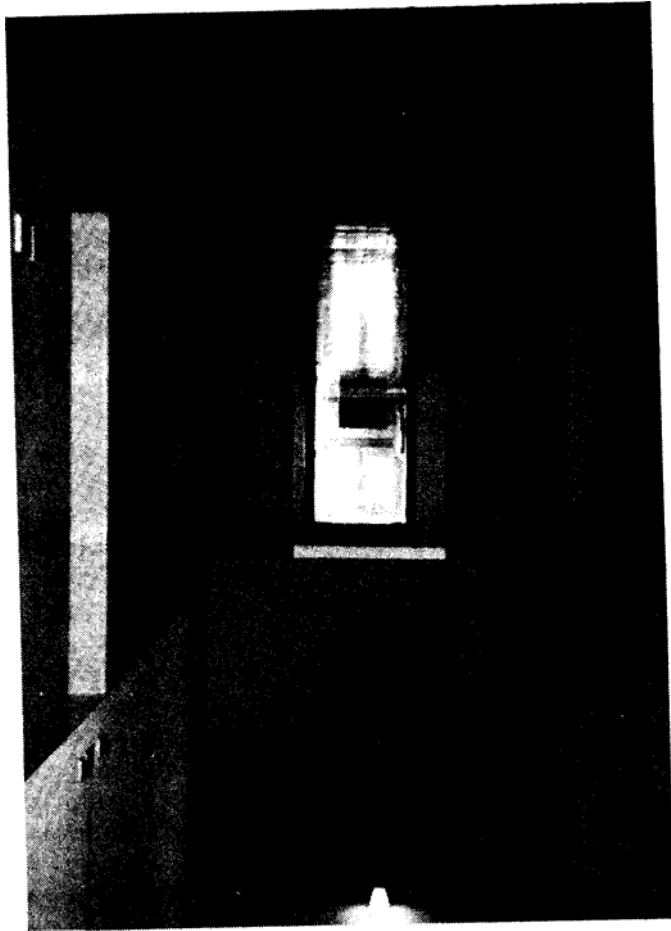
Um centralismo falhado

Este estabelecimento pode-se enquadrar no tipo de instituições classificadas por E. Goffman (1968) como «instituições totais» ¹⁰. Uma das características essenciais desses organismos estabeleceu a ponte para esta definição: a saber, a remoção das barreiras separadoras das várias esferas de vida, que estão na base da configuração fragmentária das sociedades complexas. De facto, nas nossas sociedades, ainda segundo Goffman, o indivíduo distribui-se por diversos grupos de pertença que lhe reclamam apenas uma parte da fidelidade, tempo e interesses. Dorme, distrai-se e trabalha em locais, sob autoridades e com co-participantes que não são coincidentes. Ora, tal não acontece nestas instituições, que acaparam por inteiro e concentram em si essa diversidade de esferas (no que se refere aos internados). Por outro lado, a separação nítida de duas grandes classes - o pessoal e os doentes (explanada anteriormente) e entre as quais a mobilidade é nula, estabelece mais uma ponte para que se reporte o Hospital a essa categoria de organizações. Contudo, à medida que esse universo se vai descobrindo a níveis mais finos, tais referências revelam-se insuficientes para dar conta da caracterização desta instituição na sua especificidade, devido a certos aspectos intrínsecos do universo em cena.

Nestas instituições procede-se, em vários planos, a um processo standardizador que dá o tom às respectivas imagens que os grupos em confronto formam entre si, ao modo como é tomada a cargo a totalidade das necessidades do grupo internado, e ao modo como aí se desenvolvem todas as actividades. O tipo de tratamento dos blocos de pessoas é conforme a um tipo

⁹ Anote-se que o sentido das opções não é homogéneo para cada pavilhão, podendo orientar-se de forma humanitária num determinado nível e de forma mais prática a outro. Desta forma, no que aqui foi exposto, os aspectos que em vários planos denotavam o acento numa vertente não eram exclusivos dos mesmos pavilhões.

¹⁰ «[...] Uns lieu de résidence et de travail où un grand nombre d'individus placés dans la même situation, coupés du monde extérieur pour une période relativement longue, mènent ensemble une vie recluse dont les modalités sont explicitement et minutieusement réglées.» O hospital psiquiátrico pertenceria ao segundo dos cinco grupos de instituições desse tipo de organismos [...] dont la fonction est de prendre en charge les personnes jugées à la fois incapables de s'occuper d'elles mêmes et dangereuses pour la communauté, même si cette nocivité est involontaire». Goffman, E., 1968, *Asiles*, Minuit, Paris, pp. 45-46.



Pavilhão: um interior

de organização burocrática. Tais organizações caracterizam-se estruturalmente por um elo hierárquico piramidal, no topo do qual repousam elementos como a tomada de decisões, atribuição de tarefas e de onde emana a informação, sendo que um grupo restrito coordena os actos de um grande número de pessoas. E, como já foi referido, pela observância de regras, regulamentos e de uma «política oficial» definida, que delimitam e dirigem as actividades no seu interior. As relações entre os seus membros são formais e impessoais quer devido à absorção dos indivíduos pelas suas etiquetas

funcionais («doente», «médico», «enfermeiro»), quer devido ao longo canal vertical de comunicação que separa os membros da base dos do topo da pirâmide, que detêm o único sistema de autoridade.

Esta é a configuração das «instituições totais», nos moldes de caracterização de E. Goffman. Em boa parte terá resultado da confrontação de duas classes tidas respectivamente como homogéneas e uniformes. Ora, nesta instituição surge uma outra configuração, resultante do cruzamento de dois factores: a diferenciação hierárquica no interior do *staff* e a desconcentração do estabelecimento em unidades pavilhonares. É necessário então considerar, num plano vertical, a distribuição da autoridade formal e do poder efectivo, e, num plano transversal, o funcionamento interpavilhonar.

O arquipélago de unidades sociais ¹¹

Considerando que em termos administrativos vigora formalmente a autoridade centralizada, vemos que esta começa na realidade por se fragilizar já ao nível do sector¹². Mas é sobretudo ao nível do funcionamento pavilhonar que o estilhaçamento do centralismo adquire relevância. É aqui que a instituição, por princípio concentracionária, perde a sua consistência e se desmembra num arquipélago de pequenas instituições, agora não só meras unidades espaciais mas também sociais. No plano do funcionamento, para além das diversas linhas de orientação, das diferentes estruturas físicas e arquitectónicas e dos desfasamentos nas condições materiais e humanas¹³, foram tomados como indicadores: as reuniões de sector, (cada um inclui um grupo de pavilhões), o respeito das normas centrais, os contactos interpavilhonares e a uniformidade na realização de tarefas comuns.

Quanto ao respeito das normas, é patente o desconhecimento de um corpo permanente de regulamentos gerais relativos ao funcionamento quotidiano. Mesmo as normas que são conhecidas são objecto de grande flexibilização, variando com os pavilhões (por exemplo, os dias, horários e espaços destinados às visitas dos internados). O modo como se levam a cabo tarefas comuns também não é

¹¹ A instituição reparte-se administrativamente em quatro sectores, por sua vez segmentados fisicamente em várias unidades pavilhonares.

¹² Não acontecem praticamente reuniões intersectoriais, onde seria susceptível reafirmar a acção consentânea dos quatro sectores existentes.

¹³ Certos pavilhões encontram-se já degradados, enquanto outros se assemelham a clínicas privadas, uns dispõem de bar, outros de sala de convívio, existindo também aqueles que não contemplam tais espaços sociais. Por outro lado, o efectivo de doentes também varia (compreende-se entre os 20 e os 60 doentes), o mesmo acontecendo no staff, com os efectivos e leque de especialidades de cada equipa extremamente variável.

homogéneo - na ocupação dos pacientes nas tarefas do pavilhão, diverge-se no critério da sua distribuição (numas unidades vigora um sistema rotativo, noutras opta-se pela fixação definitiva de tarefas), na higiene¹⁴ no vestuário (usando prioritariamente os internados roupa pessoal ou uniforme hospitalar, dependendo da unidade em que se encontram). Os contactos interpavilhonares, quer no respeitante ao universo do pessoal quer ao dos pacientes, são raros. Relativamente ao primeiro, é frequente que se desconheça a composição da equipa de outros pavilhões e o que lá se desenrola. Mesmo quando diferentes unidades se sobrepõem em rés-do-chão e primeiro andar, verifica-se a mesma impermeabilidade, quando não incompatibilidade¹⁵. Ora, tal ambiência não é propícia à unificação do funcionamento dos pavilhões pela troca de concepções e divulgação de iniciativas, uma vez ausentes ou ignorados os esparsos regulamentos comuns¹⁶. Um outro aspecto relevante prende-se com a realização de reuniões de sector. Também a este nível não se verificam assembleias periódicas de toda a equipa, apenas pontualmente. Por outro lado, o que nelas tem lugar prende-se mais com questões de ordem profissional (horários de trabalho, chefias, reivindicações, etc.) e não relativas ao funcionamento da equipa, terapêuticas ou coordenação de sector. O que acaba por acontecer é uma autonomia e uma variabilidade na gestão dos vários pavilhões, levada a cabo pelo grupo de enfermeiros.

Falou-se agora em autonomia, e há que clarificar de que espécie, e como essa autonomia se forma. Cremos que se trata não de uma descentralização de raiz, o que implicaria uma atribuição formal do poder de decisão às várias unidades, mas antes de um processo de desconcentração, uma vez que nesse aspecto são supostas desenvolver tarefas subordinadas a uma autoridade central.-Contudo, na realidade o centralismo acaba por ser negado pelas suas próprias vias de trans-

missão, cujo «ruído» é constituído pela dispersão física dos diversos pavilhões. É então uma autonomia que grassa pela negativa. Mas com ele entrosa-se a autoridade e neste aspecto há então que considerar a hierarquia.

A hierarquia e a dispersão de autoridade

No interior do *staff* diferencia-se uma série de categorias (a que já fizemos alusão) relacionadas hierarquicamente entre si. Estas relações são marcadas por signos de polidez e deferência que da base se acentuam no sentido ascendente, e mesmo nas classes adjacentes estão ausentes quaisquer comportamentos de familiaridade. Nesta hierarquia salientam-se dois estratos, não só pelo maior peso numérico, como também pela disputa da influência na construção dos destinos dos pacientes e das unidades pavilhonares : os médicos e os enfermeiros, cujo posicionamento relativamente aos pacientes (respectivamente a autoridade e a proximidade) melhor os habilita a exercê-la. Entre eles subjaz uma certa tensão que, porém, nunca deflagrou em confronto aberto. Se vários elementos da classe médica pensam que, por vezes, aqueles seus subordinados são «demasiado independentes», é sobretudo da classe de enfermagem que partem as manifestações de antagonismo, referindo discordância de orientação, o absentismo ou o alheamento profissional da classe ascendente em relação aos doentes, e fazendo realçar por contraste o acompanhamento quotidiano que os enfermeiros votam aos últimos.

Contudo, não é só pela imagem negativa que estas relações se pautam, passando também pela interferência das competências. Das atribuições capitais dos quadros médicos - sendo-lhes exclusivas - constam a prescrição da medicação e as decisões relativas a altas, licenças de saída, internamentos e transferências de pavilhão. Ora, embora não sejam disputadas abertamente pelos enfermeiros, estes acabam de facto por participar nalgumas delas, ou até a modificar o seu curso.

De facto, a hierarquia formal é respeitada, evitando o grupo de enfermeiros colocar-se ao nível dos médicos e atentar contra a disposição de estatutos vigente. Porém, é esse grupo - verdadeira «eminência parda» - que acaba por se apropriar dos respectivos pavilhões, resolvendo e encontrando soluções próprias para os problemas quotidianos que aí surgem, desde a manutenção e avivamento das instalações (decoração, aquisição de materiais, etc.) até à lida com os doentes - que inclui a escolha e o emprego de punições, a resolução dos conflitos entre eles, etc. Vêem os médicos como *outsiders* irremediavelmente alheios à realidade da «casa» e dos pacientes¹⁷. Também neste aspecto o Hospital se configura

¹⁴ Num pavilhão, por exemplo, os doentes são divididos pelos sete dias da semana, tomando o banho semanal obrigatório e mudando a roupa pessoal e de cama por cada dia (embora possam fazê-lo sempre que o solicitarem). Noutra, para tal distribuem-se os 60 doentes pelos 4 primeiros dias, o que redundava num efectivo mais massivo (15), do qual os enfermeiros têm de se encarregar em simultâneo. Noutras ainda, os pacientes (40) deverão tomar banho todos os dias. Se os pavilhões masculinos são visitados duas vezes pelo barbeiro, nos femininos tanto acontece aqui a visita do cabeleireiro como são ali as próprias enfermeiras a cortar o cabelo às internadas.

¹⁵ Num edifício, a unidade de cima tentou promover reuniões com a de baixo, tendo estas esmorecido ao cabo de algum tempo por divergências várias. Num outro, uma acesa rivalidade marca as relações do pessoal das duas unidades, tensas no dia-a-dia e jocoso-satíricas em dias de festa.

¹⁶ Por exemplo, quando um enfermeiro-chefe comentava comigo a sua discordância relativamente à orientação dada por uma homóloga da unidade de cima, indaguei se não costumavam trocar impressões sobre esses assuntos, ao que me respondeu: «Depende muito do chefe e da sua maneira de entender as coisas, a forma como cada pavilhão funciona. É claro que não falamos sobre isso, senão era tido como uma interferência no de cada um e na maneira de o conduzir [...]».

¹⁷ Tal situação constata-se sobretudo nos pavilhões de crónicos, não tanto nos de agudos.



Pavilhão: decorações festivas

num arquipélago, um conjunto de ilhas geridas autonomamente sob efectivo poder da classe de enfermagem.

Ora, no entrosamento destes dois planos - a distribuição da autoridade e a disposição administrativa - verifica-se uma descoincidência entre o princípio centralizador que os rege e a efectivação funcional que lhe deveria dar curso. De tal *décalage* resulta uma instituição híbrida, que, se em certas esferas partilha características com as «instituições totais», noutras se assiste a uma

de tais tonalidades, sobretudo no que diz respeito ao aspecto organizacional: a feição burocratizante e concentracionária apenas emoldura um quadro onde emerge uma série de organismos sociais relativamente autónomos : os pavilhões.

Núcleos de sociabilidade e os sentidos da solidariedade

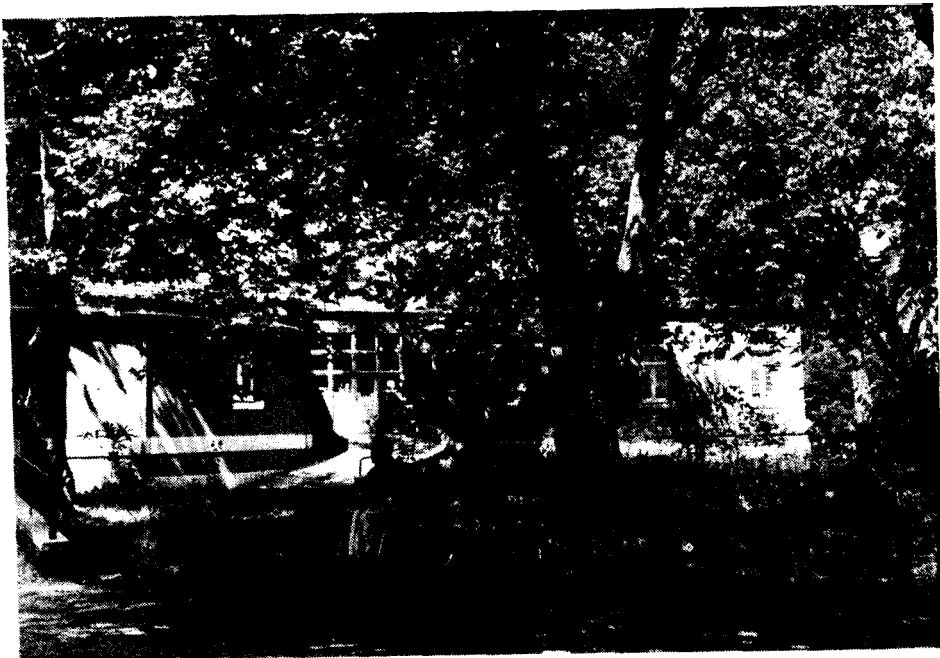
O pavilhão é, com efeito, a verdadeira unidade social. A confirmá-lo, validando a hipótese da sobreposição da dispersão social à dispersão logística, veremos que as solidariedades se exercem menos numa classe, atravessando o plano interpavilhonar (por exemplo, entre enfermeiros de diferentes pavilhões) do que no mesmo pavilhão (entre várias categorias) enquanto conjunto social demarcado do exterior. Tal conclusão adveio de uma análise mais fina do universo relacional em causa, destrinchando as categorias no seio do *staff* e incluindo o grupo dos internados.

Começando pela interacção médico/doente, constatamos que ela toma globalmente a feição da relação característica que se estabelece entre o universo do pessoal e o universo dos pacientes nas instituições totais, nos moldes em que Goffman a aponta. O relacionamento na classe médica é mais frequente e mais estreito do que aquele que ela entretém com a classe dos pacientes. Para além de os contactos serem muito espaçados (sobretudo no que se refere aos doentes crónicos)¹⁸, são marcados por um distanciamento próprio, sublinhado pela absoluta assimetria. O terapeuta é o agente activo, sabedor e impessoal que ordena - focalizando o puro objecto que é o elemento patológico -, o paciente é o agente passivo, ignorante e receptor cujo papel é acolher na totalidade aquilo que lhe é imposto. O médico é o detentor da informação sobre o doente, com quem a não partilha, permanecendo este alheado acerca do que lhe diz respeito. Em contrapartida, na relação terapêutica, o poder do médico é reforçado pela confiança ilimitada no seu saber, a que o paciente se entrega como objecto a decifrar, e é este saber incontestado que fornece um verdadeiro *prêt-à-porter* de etiquetas patológicas (o diagnóstico) apropriadas pelos indivíduos como peças identitárias.

Porém, nem todo o *staff* é constituído por médicos, nem estes são tidos (por doentes, pessoal de enfermagem e pessoal auxiliar) como membros de facto da unidade pavilhonar. Consideremos, pois, outros estratos.

No respeitante aos enfermeiros, não se pode falar de relacionamento estreito no seio da classe - distribuída pelos vários pavilhões -, demarcando-se assim das outras. Os contactos entre os membros dos diversos edifícios são frágeis, em parte devido ao sistema de rotatividade interna dos turnos, que

¹⁸ Alguns referem que a sua última consulta aconteceu há 3 ou 4 anos e a maior parte deles não se recorda já da última vez que ela teve lugar.



Pavilhão

faz com que a sucessão dos elementos em serviço não coincida nas múltiplas unidades. Deste modo, é difícil que relações sólidas se vão estabelecendo entre os seus componentes, que vão sempre variando. Mesmo os antigos colegas de pavilhão passam anos sem se visitarem nos novos pavilhões pelos quais depois foram distribuídos. Por outro lado, existe uma certa incompatibilidade entre os enfermeiros «Novos» e os da «Velha Guarda», como respectivamente se apelidam, diferendo que se manifesta sobretudo nas críticas entretecidas referentes à gestão dos respectivos pavilhões, aludindo estes a «modernismos sem consistência» dos «Novos», aqueles acusando os da «Velha Guarda» de atitudes retrógradas e repressivas no tratamento dos doentes.

Se se atesta assim que no plano interpavilhonar as relações entre os membros de uma mesma categoria são precárias, o mesmo não acontece no interior de cada um dos edifícios, onde emerge um forte sentido de pertença¹⁹.

¹⁹ O modo como os enfermeiros falam do próprio pavilhão (e como utilizam o possessivo) atesta-o: «O nosso pavilhão é o que conseguiu criar melhores condições para os doentes»; «No parque, as nossas

Mas é em boa parte o facto de permanecerem largos anos no mesmo pavilhão que está na base deste investimento afectivo dos enfermeiros relativamente à sua unidade. Por outro lado, é também este factor que propicia uma outra aproximação ao grupo dos internados, que nunca ultrapassa os 60 por edifício, raramente atingindo este efectivo²⁰. Esta aproximação cria uma relação pessoalizada que descolora o cariz massificante de que se reveste em outras instituições totais de tipo diferente. Pode-se dizer que assume foros de uma solidariedade vertical entre duas classes, embora se constitua de modo algo distorcido, como se verá adiante.

Passamos entretanto a abordar o outro sistema de relações internas, relativo ao universo dos internados, visualizado à luz do binómio solidariedade/conflicto. Tal referência será utilizada apenas na análise da configuração relacional que se apresenta no seio do pavilhão, uma vez que os pacientes não desenvolvem contactos interpavilhonares com elementos da mesma categoria.

Muitas vezes provenientes de diferentes meios, classes e estratos etários, com níveis de instrução diversos, a margem de afinidade é estreita no conjunto dos internados, que se vê compulsivamente aglomerado numa mesma unidade, partilhando um quotidiano onde se inscrevem todas as esferas vivenciais. Deste modo, os laços que globalmente se estabelecem são parcos e superficiais. Existem companheiros circunstanciais nos jogos de cartas, idas ao futebol e ao café²¹, mas trata-se mais de uma presença conjunta do que propriamente de uma interacção, dado que, por exemplo, as situações de conversa estão geralmente ausentes²².

Episodicamente acontecem relações mais estáveis de pares ou trios de «camaradas», colegas de quarto ou formações iniciadas por enfermeiros, que encarregam um internado mais «lúcido» de tomar a seu cargo um outro menos capaz de se gerir a si próprio, devendo acompanhá-lo nos passeios ou na realização de determinadas tarefas. Não se trata tanto de fraternizações mas de relações de cariz adoptivo, e portanto assimétrico²³. Acontece ainda existir uma «mascote» (assim é designado pelos colegas da unidade) por pavilhão, com quem

doentes conhecem-se logo: são as que andam mais bem vestidas e arranjadas»; «Nas festas de S. Pedro, esta unidade ganhou o prémio da melhor decoração e arranjo de roupas e arcos»; «Este pavilhão é dos mais acolhedores e bem equipados».

²⁰ Acontecem mesmo muitos casos onde reestruturaturas funcionais dos serviços, que ocasionam transferências massivas de pacientes para outros pavilhões, façam com que estas sejam acompanhadas da transferência da equipa correspondente.

²¹ Os enfermeiros intervêm frequentemente nesta formação de grupos de circunstância perguntando a «X», se não quer ir também, ou sugerindo que levem ou vão buscar «Y»

²² Um doente referia-se a estas ocasiões do seguinte modo: «Não somos aquilo a que se chama amigos, vamos por ir acompanhados, outras vezes porque há um que tem dinheiro, cravamos-lhe um café e uns cigarritos».

²³ Esta característica perpassa na terminologia (chegando mesmo o tutor a ser designado por =pai.) e nas atitudes: «É um bom tipo, o B, anda cá, B., diz o teu nome completo à senhora [...] Quem é o teu paizinho?»; «Anda dar uma voltinha, vá»; «Senta-se e fica quieto, que eu já venho». Estas formas de tratamento são em boa parte decalcadas da relação que os enfermeiros estabelecem com os internados.

é designado pelos colegas da unidade) por pavilhão, com quem mantêm uma relação de brincadeira.

Contudo, é outra vertente que mais pesa, onde se inscreve a tensão, o conflito e o medo entre os indivíduos. Ocorrem queixas e denúncias aos enfermeiros, e entretecem-se conjecturas persecutórias que geram a desconfiança, desembocam na violência²⁴ ou simplesmente na separação dos quartos e lugares no refeitório²⁵.

Um outro traço caracterizador deste sistema de relações é a atitude de demarcação ostentada por muitos dos internados em relação aos seus homólogos, que assenta na oposição louco/não louco. Os meandros da individualidade desses Outros são nivelados pela representação comum do louco como incapaz, alienado, ameaçador, inquietante, aquele que não-sabe-o-que-faz. Essa demarcação pode apresentar-se com as cores da sobrançeria e desprezo ou da pena, ambas traduzindo uma auto-imagem de superioridade.

Mas, resolvendo o binómio solidariedade/conflito, é a extrema diferença, impermeabilidade e incomunicabilidade que se impõe como traço dominante a reger o universo relacional dos internados. Exceptuando as insulares camaradagens de pares e trios, todos os doentes com quem contactei foram uniformes e peremptórios em afirmar que não tinham quaisquer amigos no conjunto dos indivíduos sob internamento. É um universo de silêncio que se mostra nos corredores povoados de seres estatuais a perder o olhar no vazio; nas escadas, onde se aglomeram sentados a guardar palavras; nas salas onde se quedam, longas horas, à mesma mesa, sem entrecruzar um som; nos pátios onde pervagam atravessando esse silêncio com o arrastar obsessivo dos pés. São átomos que se entrechocam sem se afectarem.

Como já vimos, os internados invalidam-se mutuamente. Constituem um agregado não estruturado de indivíduos que não chega a tomar a feição sociológica de um grupo, nem no sentido positivo de uma partilha de objectivos, tarefas, regras de conduta e de um conhecimento mútuo personalizado, nem pela negativa, no sentido de estabelecerem uma acção concertada ou solidariedade recíproca por oposição à classe de enfermagem, que sobre eles exerce autoridade. Este colectivo anónimo constitui assim uma microssociedade *sui generis*, desfigurada em relação à sociedade global, que tem como referencial longínquo.

No entanto, se o universo relacional dos internados é fluido, outra coisa se passa nas relações estabelecidas com os enfermeiros. Aqui a proximidade social



Pavilhão administrativo

que os marca é inversamente proporcional à distância que separa os pacientes entre si. É significativo, por exemplo, o modo de ocupação do espaço : as salas de estar e as salas de convívio dos internados despovoam-se quando a televisão se desliga, tendo como contraponto o constante corrupio de gente que se verifica nos gabinetes de enfermeiros e a procura de que são objecto os lugares de maior permanência dos membros do pessoal auxiliar (cozinhas, salas de tratamento de roupa, etc.). Assim, os espaços destinados ao *staff* são os verdadeiros epicentros da confluência dos internados. Por outro lado, giram constantemente na órbita dos enfermeiros, que interpelam de modo muito mais frequente que os membros da sua classe; surgem também ocasiões em que os internados assumem a defesa de membros da classe de enfermeiros em iminência de agressão por parte de outros doentes, entrando por conseguinte em conflito com os elementos do próprio estrato; fugas dos doentes são acolhidas com indiferença ou merecem comentários breves e lacónicos como

²⁴Algumas declarações de internados atestam o clima de fricção: «Não quero nada com esta gente, nem imagina. São malucos, estão deteriorados. Se soubesse de que espécie eles são [...]»; «[...] tenho a chave do meu quarto e fecho-me por dentro à noite»; «Não tenho aqui amigos. Falo-lhes mas não lhes dou muita confiança, senão batem-me e roubam-me o tabaco».

²⁵Nestes casos as agressões podem mesmo levar-se a cabo com objectos contundentes ou armas brancas, adquiridas no exterior.

«Fulano fugiu». Em contrapartida, ausências mais prolongadas de pessoal auxiliar ou uma acumulação de folgas de enfermeiros são objecto de insistentes perguntas, como «o que é que aconteceu com A», «quando é que vem B».

Mas os laços desenvolvidos com a classe de enfermagem apresentam-se ainda em arranjos de base familiar e dependência quase simbiótica. De facto, toda a vida dos doentes está a cargo dos enfermeiros. Na gestão dos dinheiros, das roupas e das saídas - marcando horas de entrada, facilitando-as ou restringindo-as como punição ou como prevenção dos atropelamentos; na supervisão da higiene - assistindo-os nos banhos, verificando se as roupas são convenientemente mudadas; nas refeições - incentivando-os a alimentarem-se pela persuasão ou ameaça, corrigindo as posturas à mesa; na intervenção e regulação das relações entre os doentes - julgando as queixas, arbitrando os diferendos e protegendo-os das grandes e pequenas ofensas mútuas (agressões físicas ou ditos susceptíveis de provocar desagrado), tentando desenvolver parcerias. Em todas as ocorrências quotidianas o pessoal de enfermagem é omnipresente. Tal presença é menos representada (pelos dois estratos) como onnipotência e mais como protectora e educadora, assente numa instância familiar, paternal²⁶.

Este assumir do papel complementar por parte da classe de enfermagem parece ter a ver com os longos anos de convívio desenvolvido com os internados, como também com a diminuição da violência dos últimos (quer entre eles, quer dirigida ao pessoal) proporcionada pela introdução de medicamentos poderosos. Sucedâneos do colete-de-forças, operam uma amenização e docilização dos doentes que libertam os enfermeiros da desconfiança e de atitudes mais reactivas, tornando-os mais disponíveis para uma aproximação paternal daqueles que agora visualizam menos como ameaçadores do que desprotegidos.

A estruturação familiar destas relações atravessa todos os mandos, atitudes, concessões de privilégios e punições. Mesmo na marcação de distâncias ela está presente. Em todos os campos a gestão parental da estadia dos internados sobrepõe-se ao investimento terapêutico. A principal punição constitui na privação de saídas para o exterior e aplica-se às seguintes situações : recusa de alimentos (=Se não comes não vais para a rua); recusa do banho ou da realização de qualquer tarefa solicitada e fugas. Segundo a gravidade da falta, a extensão das punições pode variar, desde o passeio próximo até uma semana de reclusão.

²⁶ Os doentes alegam-no: «A minha família são os enfermeiros»; «Desde que a minha mãe morreu, a V. [enfermeira] que me trata de tudo»; «Sinto-me protegido, tratam-me das coisas todas». E os enfermeiros também: «Temos que proteger os doentes, eles querem sentir-se protegidos»; «Eles estão sós. Nós é que os alimentamos, vestimos, damos dinheiro e cigarros, a bem dizer somos a família deles»; «As doentes não têm amigos nem muitas relações entre elas. Pegam-se muito a nós e nós a elas, porque são uma espécie de crianças»; em vários pavilhões os enfermeiros tratam os internados por «filho» ou «filha»; «Corno a família não vem vê-los, temos que ser os seus substitutos».

Outros tipos de reforço negativo são a privação da realização de determinadas actividades do agrado dos internados (como, por exemplo, os ensaios do grupo de teatro) ou as punições físicas directas. Todas elas são usadas como ameaça dissuasória ou consumam-se em castigo depois de constatada a falta. Quando os doentes não são desresponsabilizados, via patologia, em casos de dano de material ou falta de respeito aos enfermeiros, são também punidos dessa forma, sobretudo no respeitante a propostas sexuais, objecto de agravada severidade.

Na marcação das distâncias e das posições de poder está presente o mesmo tom : um pedido mais suavemente enunciado, se não imediatamente cumprido, transforma-se rispidamente numa ordem. Paralela atitude verifica-se na gestão dos pequenos privilégios, relativos às solicitações de cigarros e dinheiro para bolos, cafés, etc.: «já fumaste hoje, não podes fumar mais»; «Isso são maneiras de pedir?»; «O que é que fizeste ao dinheiro?»; «Já sabes que não deves comer açúcar». Esta disposição aponta também para uma certa infantilização: «Anda cá P., não faças asneiras»; «Pára quieto, não faças barulho»; «Tira o cigarro da boca e fala como deve ser»; falam ainda a terceiros de vários episódios relativos ao internado na sua presença. Por outro lado, neste tipo de tratamento predominam as interpelações com o uso de diminutivos, não só nas alcunhas e nos nomes próprios como também perpassando todo o discurso corrente.

A reprodução dos laços familiares manifesta-se de acréscimo no tipo de tratamento, de pendor assimétrico. A fórmula geralmente aplicada pelos doentes aos enfermeiros constitui em você + «enfermeiro» + nome; A recíproca em tu + nome (o «você» é apenas usado no discurso de admoestação). Contudo, os internados de nível de instrução e situação económica mais elevados recebem um tratamento mais deferente - Você + senhor/dona + nome -, embora tais casos sejam pouco frequentes.

Esta diferenciação, que traduz maior proximidade ou distância entre as duas categorias, recobre também uma outra, que revela diferentes conteúdos relacionais, e que obedece aos seguintes critérios :

- a) grau de «lucidez» e comunicabilidade;
- b) proveniência social e instrução;
- c) colaboração e prestação de favores.

- Os internados mais comunicativos, verbalmente coerentes e que prestam serviços (principalmente pequenos recados) são aqueles com quem os enfermeiros intensificam relações e se aproximam afectivamente. São os menos infantilizados, não incluindo diminutivos no tratamento. São encarregues de tomar sob a sua alçada serviços (bar, por exemplo) e pessoas (os internados que tutelam). Detêm ainda alguns privilégios, como é o caso de um quarto individual.

- Os que «colaboram» mas se apresentam em estado de maior regressão e menor comunicabilidade são objecto de proximidade afectiva e infantilização, mas as relações diminuem em frequência e intensidade em comparação com o grupo anterior.

- Finalmente, o fraco efectivo de elementos de proveniência social e nível de instrução mais elevados, e em estado de lucidez quase permanente. Para além de serem tratados com alguma deferência, como já se disse, detêm certos privilégios, como quartos individuais e a dispensa de trabalhos de limpeza, não se ocupando de modo geral. A relação que os enfermeiros desenvolvem com este reduzido grupo é marcada pela distância, quer em termos de frequência de contactos, quer em termos de aproximação afectiva. Estes internados, embora acatem as suas ordens, não se observam geralmente na órbita dos enfermeiros e constroem destes a imagem complementar, a que corresponde uma atitude sobranceira e um certo constrangimento em se submeter à sua ascendência²⁷.

Contudo, estes casos são episódicos, sendo que o tipo de relacionamento claramente dominante é o referido para os dois primeiros grupos.

Assim, podemos já aventar algumas conclusões acerca do sistema de relações do universo humano da instituição. Embora muitas das características apontadas por Goffman (que dicotomiza, *grosso modo* a categoria dos internados e a do *staff*) configurem a relação médico/doente no estabelecimento em causa, revelam-se diluídas no que concerne a outros estratos e insuficientes para de algum modo dar conta do conteúdo relacional dessa trama. Devido à desconcentração da instituição em múltiplas unidades sociais, a estrutura burocrática que a reveste falha enquanto princípio activo de funcionamento. As esferas de sociabilidade e o desenvolvimento de relações interpessoais são possíveis devido à diluição do cariz massificante, acrescido ao facto de a maior parte das decisões respeitantes aos elementos na base da pirâmide hierárquica (os internados) não irradiarem do topo (médicos), mas do estrato intermédio (enfermeiros). O poder não é filtrado, exerce-se directamente.

Sendo assim tão possíveis as sociabilidades reais como as formais, vimos que a solidariedade se exerce menos no plano horizontal (cimentando relações no interior da mesma categoria, de modo interpavilhonar) e mais no plano vertical (entre categorias, no interior do pavilhão). Trata-se, porém, de uma solidariedade

peculiar, reproduzindo uma estrutura familiar a vários níveis, marcada nas representações que esse universo constrói de si mesmo: os «Pais», os «Tutores» e os «Filhos».

Mais uma vez absorvem-se traços desgarrados da sociedade exterior que, uma vez internamente generalizados, nos devolvem a sua imagem deformada.

Agradecemos a colaboração e o apoio prestado pela direcção, pessoal e internados do H.J.M., sem os quais este trabalho não teria sido viável.

²⁷ Testemunho expoente é o de um internado que, considerando o pessoal de enfermagem «espiritual e culturalmente limitado», se confessa um pouco humilhado pelo tratamento recebido: «Gostam muito de mandar, só porque têm um estatuto e o dos doentes é inferior. Mas estão aqui para tratar, não para mandar. Tratam os doentes como se fossem crianças ou bichos de estimação. Está bem que pensem ser esta a melhor maneira, mas não é assim que eles precisam de ser tratados.»

BIBLIOGRAFIA

- CASTEL, Robert, «A Instituição Psiquiátrica em Questão», in *Sociedade e Doença Mental*, Ed. Campus, Rio de Janeiro, 1978.
- CEPEDA, Arminda, «A Evolução Histórica do H. J. M. 1942-82», in *Boletim da Biblioteca do H. J. M.*, Lisboa, 4/82.
- DELACAMPAGNE, Christian, *Antipsychiatrie où les votes du Sacré*, Grasset, Paris, 1974.
- DEVEREUX, Georges, *Essais d'Ethnopsychiatrie Générale*, Gallimard, 1970.
- ESTERSON, A., *La Dialectique de la Folie*, Payot, Paris, 1972.
- FERNANDES, Baranhona, e PICHOT, P., *Um Século de Psiquiatria em Portugal*, Roche, Lisboa, 1984.
- FIGUEIRA, Sérvulo A., «Notas Introdutórias ao Estudo das Terapêuticas: Lévi-Strauss e Peter Berger», in *Sociedade e Doença Mental*, Ed. Campus, Rio de Janeiro, 1978.
- FLORES, António, «O H. J. M.: Plano Primitivo e Estado Actual depois da Remodelação», in *Anais Portugueses de Psiquiatria*, vol. I, n.º 1, Lisboa, Outubro, 1949.
- FOUCAULT, Michel, *Histoire de ta Folie*, Plon, Paris, 1961.
- FOUDRAINE, Jean, *La Folie qu'on Enferme*, Flammarion, Paris, 1975.
- GIRARD, René, *Des choses cachées depuis la Fondation du Monde*, Grasset, Paris, 1978.
- GOFFMAN, Erving, *Asiles*, Minuit, Paris, 1968.
- *Characteristics of Total Institution*, in DINITZ *et al.*, *Déviance*, 2nd ed., London, Oxford University Press, 1975.
- «Sintomas Mentais e Ordem Pública», in *Sociedade e Doença Mental*, Ed. Campos, Rio de Janeiro, 1978.
- INGLEBY, David, «Sociedade e Doença Mental», In *Revista Crítica de Ciências Sociais*, n.º 9, junho, 1982.
- LÉVI-STRAUSS, Claude, *Anthropologie Structurale*, Plon, Paris, 1974.
- LUDWIG, A., e FARRELY, F., *The Weapons of insanity*, in DINITZ *et al.* *Déviance*, 2nd ed., London, Oxford University Press, 1975.
- POUILLON, J., «Malade et Médecin : le même et/ou l'autre (remarques ethnologiques)», in *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 1, 1979.
- ROSENHAM, D. L., *On Being Sane In Insane Places*, in DINITZ *et al.*, *Déviance*, 2nd ed., London, Oxford University Press, 1975.
- SCHEFF, Thomas J., *The Role of the Mentally Ill and the Dynamics of Mental Disorder: a Research Framework*, in DINITZ *et al.*, *Déviance*, 2nd ed., London, Oxford University Press, 1975.
- Doença Mental: o ponto de vista da Teoria da Rotulação., in *Sociedade e Doença Mental*, Ed. Campus, Rio de Janeiro, 1978.
- SZASZ, Thomas, *Idéologie et Folie*, Presses Universitaires de France, Vendôme, 1976.
- WATZLAWICK, P., *Une Logique de ta Communication*, Seuil, Paris, 1972.