

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA, FISIOTERAPIA E DANÇA

Ana Claudia Battisti Reinke Kühn

**EXPERIMENTAÇÕES E APRENDIZAGEM EM UMA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA
DE UM HOSPITAL GERAL.**

Porto Alegre
2017

Ana Claudia Battisti Reinke Kühn

**EXPERIMENTAÇÕES E APRENDIZAGEM EM UMA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA
DE UM HOSPITAL GERAL.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
como requisito para conclusão do curso de
Bacharel em Educação Física pela
Universidade Federal do Rio Grande do Sul –
UFRGS

Orientador: Prof..Dr. Luiz Fernando Silva Bilibio

Porto Alegre
2017

Ana Claudia Battisti Reinke Kühn

**EXPERIMENTAÇÕES E APRENDIZAGEM EM UMA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA
DE UM HOSPITAL GERAL.**

Conceito Final :

Aprovado em _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

- UFRGS

Orientador : Prof. Dr. Luiz Fernando Silva Bilibio – ESEFID- UFRGS

AGRADECIMENTOS

Sou grata a todos os pacientes da internação por me permitirem os encontros e conversas que foram fundamentais para este trabalho e para as experiências transformadoras em minha vida profissional e pessoal.

Agradeço ao professor Luiz Fernando Bilibio por ter aceitado o desafio de realizar este trabalho comigo. Obrigada pela paciência, contribuição e orientação.

Muito obrigada Alex, por ser meu maior incentivador e meu maior exemplo profissional. Obrigada por ser meu parceiro de vida.



“Não se curem além da conta.

Gente curada demais é gente chata.

Todo mundo tem um pouco de loucura.”

Nise da Silveira

RESUMO

A atenção em saúde mental é oferecida no Sistema Único de Saúde (SUS) por ações municipalizadas (organizadas por nível de complexidade) e por um financiamento tripartite. A *Rede de Cuidados em Saúde Mental, Crack, Álcool e outras Drogas*, a partir da Política Nacional de Saúde Mental, prevê os Centros de Atenção Psicossocial (CAPs), Serviços Residenciais Terapêuticos, Unidades de Acolhimento, Centros de Convivência e Cultura e os leitos de atenção integral em Hospitais Gerais. O presente estudo caracteriza-se como um trabalho qualitativo exploratório e configurado como um relato de experiência de estágio em uma internação psiquiátrica de um Hospital Geral. O compartilhamento das notas feitas durante o período de estágio, organizadas em forma de diário de campo, serão utilizadas como ferramenta para as inquietações, questionamentos, sentimentos, problematizações que surgiram ao longo da caminhada. O objetivo é refletir e dialogar sobre essa experiência moral, sobre os estigmas e os significados dessa experiência na saúde mental.

Palavras – chave : saúde mental, experiência moral, estigma, SUS.

ABSTRACT

Mental health care is offered in the Unified Health System (SUS) by municipal actions (organized by level of complexity) and by tripartite funding. The Mental Health Care, Crack, Alcohol and other Drugs Network, based on the National Mental Health Policy, provides the Centers for Psychosocial Care (CAPs), Therapeutic Residential Services, Reception Units, Cultural and Living Centers and the beds Of integral attention in General Hospitals. The present study is characterized as a qualitative exploratory work and is configured as an experience report of a psychiatric hospitalization in a General Hospital. The sharing of notes made during the internship period, organized in the form of a field diary, will be used as a tool for the concerns, questions, feelings, and problematizations that have emerged along the way. The goal is to reflect and dialogue on this moral experience, on the stigmas and meanings of that experience in mental health.

Key words: mental health, moral experience, stigma, SUS.

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	9
2	PERSPECTIVAS DE EXPERIÊNCIA	11
3	AS EXPERIÊNCIAS VIVENCIADAS	14
3.1	Experiência Com Geralda	14
3.2	Experiência Com Lia	17
3.3	Experiência Com Paulo	18
4	COMENTÁRIOS FINAIS.....	20
5	REFERÊNCIAS	21

1 APRESENTAÇÃO

Este estudo ocorre pela minha experiência no estágio na internação psiquiátrica de um hospital geral. No período de tempo que estive lá me deparei com situações, questões, dilemas que me desafiaram na produção de cuidado dos pacientes que lá estavam.

Durante 150 horas, realizei meu estágio em uma unidade de internação psiquiátrica de um Hospital Geral, com carga horária de quatro horas por dia, três dias na semana. O Hospital dispunha de um espaço para recreação onde eram desenvolvidas oficinas, reuniões, assembleias, clube do livro dentre outras atividades. Além, de uma academia, localizada na ala onde ficam os quartos.

Além de todas as atividades programadas e propostas, a interação com os pacientes, suas histórias de vida, os imprevistos, os medos foram grande parte da produção dessa pesquisa.

Ocorre que o saber psiquiátrico isolou o doente mental da família e da sociedade, colocando-o em instituição especializada, argumentando que o isolamento era necessário para sua proteção e a da própria sociedade.

A reforma psiquiátrica surgiu para questionar a instituição asilar e a prática médica e para humanizar a assistência, fazendo com que houvesse ênfase na reabilitação ativa em detrimento da custódia e da segregação. É no contexto atual da reforma psiquiátrica, da desinstitucionalização e dos serviços substitutivos que este estudo se volta para a instituição psiquiátrica, por concebermos que esse tratamento ainda impera na nossa sociedade, de acordo com o que afirmam Oliveira, Jorge e Silva (2000).

A atenção em saúde mental é oferecida no Sistema Único de Saúde (SUS) por ações municipalizadas (organizadas por nível de complexidade) e por um financiamento tripartite. A *Rede de Cuidados em Saúde Mental, Crack, Álcool e outras Drogas*, a partir da Política Nacional de Saúde Mental, prevê os Centros de Atenção Psicossocial (CAPs), Serviços Residenciais Terapêuticos, Unidades de Acolhimento, Centros de Convivência e Cultura e os leitos de atenção integral em Hospitais Gerais.

Deste modo, toma-se a noção de cuidado como uma ação integral, com significados e sentidos voltados para a compreensão de saúde como direito, a partir de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições, traduzidas em tratamento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo (Pinheiro e Guizardi, 2008).

Nessa perspectiva de ação integral, e nesse contexto de SUS e Reforma Psiquiátrica, a Educação Física ganha um espaço na saúde mental e é nesse âmbito que encontro espaço para realizar a minha pesquisa

As situações que ocorriam, tanto na minha interação com os pacientes quanto nos questionamentos e inquietações profissionais e pessoais, me levaram a produzir anotações que foram organizadas em formato de Diário de Campo. O compartilhamento das notas feitas durante o período de estágio será utilizado como ferramenta para as inquietações, questionamentos, sentimentos, problematizações que me atravessaram ao longo da caminhada.

Logo, o presente estudo caracteriza-se como um trabalho qualitativo exploratório e configurado como um relato de experiência de estágio em uma internação psiquiátrica de um Hospital Geral. O objetivo do compartilhamento é refletir e dialogar sobre a experiência, sobre os estigmas e os significados dessa experiência na saúde mental.

2 PERSPECTIVAS DE EXPERIÊNCIA

Este tempo de estágio no hospital foi tomado de experiências marcantes e as conversas, práticas, o cuidar me exigiram pensar sobre o conceito e a noção de experiência. A definição de experiência encontrada no dicionário traz que experiência é o ato de experimentar, um ensaio, tentativa, conhecimento adquirido por prática, estudos, observação. Define o homem de experiência como: homem conhecedor das coisas da vida. Assim como diz parte da música intitulada “Conselho” (por Adilson Bispo e Zé Roberto): “...em cada experiência se aprende uma lição...” em nossa vida vamos acumulando diversas experiências em nossa vida que nos trazem aprendizados significativos, ou não.

Essas experiências de vida acumuladas nos moldam e formam quem nós somos, nossas opiniões, conceitos e preconceitos. Logo, pensando em um âmbito sociológico, podemos pensar em uma *experiência moral*. Arthur Kleinman, psiquiatra americano e professor de antropologia médica e psiquiatria transcultural da Universidade de Harvard, é conhecido por seu trabalho sobre doenças mentais na China contribuiu para a compreensão antropológica e médica de síndromes ligadas à cultura. Segundo (Kleinman, 1997, 1999, 2006), a experiência moral refere-se ao registro da vida cotidiana e compromisso prático que define o que mais importa para os homens e mulheres comuns. A experiência que fala sobre o que as pessoas têm a ganhar ou perder, como status, dinheiro, chances de vida, saúde, sorte, um emprego ou relacionamentos.

Uma questão que é fundamentalmente ligada a experiência moral é o estigma. O estigma é visto como incorporado nas relações interpretativas de atores sociais, envolvendo significados, estados afetivos, papéis e tipos ideais (Yang, 2007). O estigma ameaça questões fundamentalmente importantes para os doentes mentais. Uma formulação mais abrangente pode ser alcançada através da compreensão de como o estigma ameaça a experiência moral de indivíduos e grupos, que as respostas surgem de sentimentos de perigo, incerteza e preservação; forças muitas vezes direcionadas aos e configuradoras dos encontros com pacientes de saúde mental.

Se por um lado, a noção de experiência moral colabora para pensar sobre comportamentos e estigmas presentes relações sociais, por outro lado, ela deixa de lado a definição e a *experiência* em si, a angústia da dúvida, o frio na barriga, o sem sentido

vivenciado no corpo, o acontecer da experimentação; aspectos que foram muito importantes na minha passagem pela internação psiquiátrica em um hospital geral.

Nesta direção, as ideias de Jorge Larrosa Bondía trazem alguns subsídios importantes para esta reflexão. Bondía é professor de filosofia da educação na Universidade de Barcelona. Em seu texto “Notas sobre o saber da experiência” (2002), apresenta uma importante reflexão sobre a qualidade de experiência e do saber que ela proporciona na vida dos sujeitos que a experimentam.

Bondía (2002) traz, primeiramente, uma separação entre informação e o *saber da experiência* que parece ser importante para este trabalho. É necessário separar o saber de experiência do saber informações. Muitas vezes, por estarmos cercados de informações, além da facilidade de obtê-las, acreditamos que vivemos uma experiência. Porém, ela não se dá através de leituras de periódicos e sim por meio da próprias vivência, da experimentação.

O sujeito da informação sabe muitas coisas, passa seu tempo buscando informação, o que mais o preocupa é não ter bastante informação; cada vez sabe mais, cada vez está melhor informado, porém, com essa obsessão pela informação e pelo saber (mas saber não no sentido de “sabedoria”, mas no sentido de “estar informado”), o que consegue é que nada lhe aconteça. (BONDÍA, 2002, p. 19)

Ou seja, por maior número ou veículos de informação, a experiência só é experiência quando vivenciada. Voltaire já questionava se haveria “alguém tão esperto que aprenda pela experiência dos outros? O saber experienciado faz parte do indivíduo que vivencia. Por isso, também o saber da experiência não pode beneficiar-se de qualquer alforria, quer dizer, ninguém pode aprender da experiência de outro, a menos que essa experiência seja revivida de alguma forma e tornada própria (Bondía, 2002). Em Heidegger (1987) encontramos a seguinte fala:

[...] fazer uma experiência com algo significa que algo nos acontece, nos alcança; que se apodera de nós, que nos tomba e nos transforma. Quando falamos em “fazer” uma experiência, isso não significa precisamente que nós a façamos acontecer, “fazer” significa aqui: sofrer, padecer, tomar o que nos alcança receptivamente, aceitar, à medida que nos submetemos a algo. Fazer uma experiência quer dizer, portanto, deixar-nos abordar em nós próprios pelo que nos interpela, entrando e submetendo-nos a isso.

Podemos ser assim transformados por tais experiências, de um dia para o outro ou no transcurso do tempo. (p. 143)

Algo nessa ordem que ocorreu comigo no estágio. De certa maneira, fui *tombada* e transformada. Por isso, entendo ser válido e enriquecedor compartilhar e pensar sobre algumas destas experiências. Se lá ‘tombei’, agora preciso produzir alguns sentidos, desenvolver algum saber sobre a queda. Trata-se também da aposta de que, talvez, com a experiência feita e algum saber produzido, possa auxiliar colegas a pensar em algumas dimensões presentes nos encontros de cuidado em saúde mental.

3 AS EXPERIÊNCIAS VIVENCIADAS

*“Aqui é onde ficam os loucos mais loucos.
O manicômio dos manicômios”.*

A frase acima foi marcante e foi proferida bem no início da minha jornada na internação. O primeiro sentimento que consigo descrever ao entrar pela primeira vez pela porta da ala psiquiátrica foi *medo*. Quando a primeira porta se fecha a impressão é que estou em uma prisão – e de certa forma, não deixa de ser. Tive medo do desconhecido, medo de ser agredida e medo das próprias doenças mentais. Grande parte das respostas que pude obter, de certa forma, me fizeram entender o medo, encontrei nas explicações e definições sobre o estigma da doença mental.

Na sua obra seminal *“Stigma– Notes on the Management of Spoiled Identity”*, Erving Goffman (1963), o autor define sinteticamente o estigma como “um atributo profundamente oneroso (...) cujo portador (...) é reduzido, nas nossas mentes, de uma pessoa completa e normal para uma pessoa maculada, diminuída.” Demonstra ainda, de uma forma clara, a magnitude que este fenômeno pode assumir: “Por definição... nós (referindo-se aos “normais”) acreditamos que a pessoa com um estigma não é bem humana. Construimos uma teoria do estigma, uma ideologia para explicá-la sua inferioridade e que justifique o perigo que representa.

Logo o medo deu lugar às inquietações e dei espaço em mim para surgir o sujeito da experiência que se define não por sua atividade, mas por sua passividade, por sua receptividade, por sua disponibilidade, por sua abertura. Um sujeito que apresenta uma passividade anterior à oposição entre ativo e passivo, de uma passividade feita de paixão, de padecimento, de paciência, de atenção, como uma receptividade primeira, como uma disponibilidade fundamental, como uma abertura essencial (Bondía, 2002).

3.1 Experiência Com Geralda ¹

*Eu fui estuprada ...
Tenho três filhos, mas não sei onde estão”*

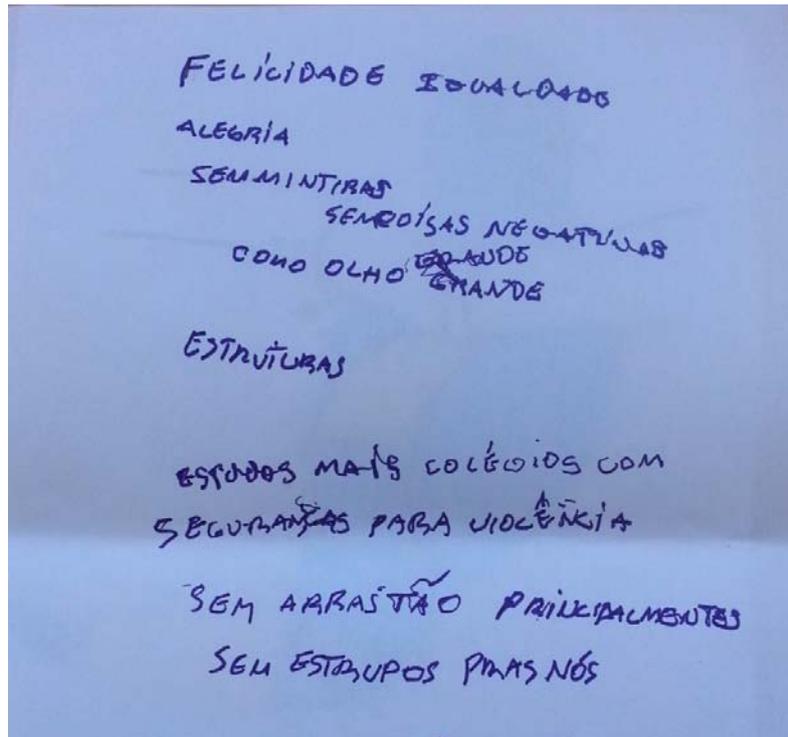
¹ Todos os nomes utilizados neste trabalho são fictícios

Geralda é uma jovem, 20 poucos anos, diagnosticada com uma esquizofrenia paranoide e chega a internação trazida pela mãe após episódios de agressividades e alucinações.

Logo no primeiro dia de internação, os residentes realizaram uma atividade na recreação e Geralda pode apresentar-se para todos os pacientes e profissionais. Em um primeiro contato com ela a fala já estava arrastada devido aos medicamentos. Logo depois da roda de apresentação, é feita uma atividade em duplas: cada dupla deve conversar sobre seu maior sonho de vida. Quando chega meu momento de conversar com Geralda, falo que meu maior sonho de vida é ser mãe. O semblante dela se transforma e ela me fala - pela primeira vez de muitas que se repetiriam – que tem três filhos, mas que não sabem onde estão. Então as conversas terminam e em um momento de fechamento de atividade , Geralda pede a palavra e relata o que já tinha me falado anteriormente. A condutora da atividade a interrompe com uma promessa de “ depois conversamos sobre isso”.

O tempo de internação foi passando e minha inquietação com a história de vida de Geralda aumentando. Não sinto dos demais integrantes da equipe uma escuta qualificada e isso me incomoda. Incomoda perceber que meus colegas não conseguem ver Geralda para além da sua condição de paciente da psiquiatria.

Dias depois, Geralda escreveu uma carta e leu para mim. Nela estava escrita o que é necessário – segundo ela – para ser feliz .



“Felicidade, Igualdade, Alegria,
 Sem mentiras
 Sem coisas negativas
 Como olho grande
 Estruturas
 Estudos mais colégios com
 Seguranças para violência
 Sem arrastão e principalmente sem estupros”

Neste dia não aguento e vou falar com minha superior sobre o caso de Geralda; sobre o possível desaparecimento dos filhos. Já havia falado com outros funcionários, mas não havia nenhum retorno. Então, falei com residente responsável, expliquei o que ela havia relatado, mostrei a carta e ...nada. O que ouço é que tudo é apenas a fala, e que “pode não ter acontecido nada disso”. Por outro lado; pode ter acontecido. Por isso, meu pensamento em relação às palavras vai ao encontro do que fala Bondía (2002). Para o autor, nomeamos o que somos, fazemos, pensamos, percebemos através das palavras. Todas as palavras da carta de Geralda não são simplesmente palavras.

A experiência com Geralda fez pensar sobre o automatismo, a generalização, o tempo corrido que nos faz ter respostas prontas e ouvido preguiçoso. Penso que para a experiência de cuidado em saúde mental, tive de parar, repensar, escutar, ir devagar,

sentir, suspender juízos, vontades, automatismo, abrir olhos e ouvidos, calar muito e ter paciência. É incapaz de experiência aquele a quem nada lhe passa, a quem nada lhe acontece, a quem nada lhe sucede, a quem nada o toca, nada lhe chega, nada o afeta, a quem nada o ameaça, a quem nada ocorre (Bondía, 2002). Do ponto de vista da minha experiência, o importante foi não me opor, impor, mas sim me tornar o sujeito que, assim como se traduz experiência em francês, “*ce que nous arrive*”, é um ponto de chegada, um lugar a que chegam as coisas, como um lugar que recebe o que chega e que, ao receber, lhe dá lugar. .

3.2 Experiência Com Lia

“ Se for menina não vou ter ou vou dar”

A maternidade sempre foi tida por mim como algo sagrado. E a minha fé me leva a crer que filhos são presentes dados por Deus e que a chegada de um filho é motivo de alegria.

Lia foi um desafio pra mim. Um desafio pessoal. Ela chegou a internação depressiva após uma tentativa de suicídio. A primeira coisa que me chama atenção em Lia é seu estado de gestante. Pensando no que Yang (2007) traz ao falar de estigma; Lia não ocuparia o papel e tipo ideal para ser mãe. Wanderley (2002) destaca que este caráter de naturalização da exclusão é reforçado e reproduzido por meio de representações, crenças e estigmas, os quais também são naturalizados. O autor define estigma como cicatriz, aquilo que marca, denotando claramente o processo de qualificação e de desqualificação do indivíduo na lógica da exclusão.

Para mim, Lia tinha essa marca de exclusão: sua doença a impedia ou desqualificava a ser mãe. O convívio com Lia na internação ,trouxo várias reflexões, abaixo destaco uma delas retirada do meu diário de campo:

Cheguei a pensar que ela não tinha condições de ser mãe e que foi uma irresponsabilidade dela em gerar uma vida nesse momento. Olha eu usando a meritocracia que tanto odeio...Tudo bem! Não sou eu quem decide isso! Não sou eu quem deve decidir quem deve ter ou não filhos. Tomara que Lia se recupere logo.

Por maior que fosse a dificuldade para mim de tentar entender Lia, meu lugar como cuidadora e a minha reflexão vai ao encontro da ideia de Bondía (2002) sobre o sujeito de experiência; em qualquer caso, seja como território de passagem, seja como lugar de chegada ou como espaço do acontecer, o sujeito da experiência se define não por sua atividade, mas por sua passividade, por sua receptividade, por sua disponibilidade, por sua abertura. Trata-se, porém, de uma passividade anterior à oposição entre ativo e passivo, de uma passividade feita de paixão, de padecimento, de paciência, de atenção, como uma receptividade primeira, como uma disponibilidade fundamental, como uma abertura essência. Essa abertura foi fundamental poder exercer meu trabalho de cuidadora com Lia, para que a experiência de disponibilidade se sobressaísse no conflito gerado com a experiência moral .

3.3 Experiência Com Paulo

...Meu nome é Paulo...

Quando cheguei ao hospital, na manhã em que Paulo foi internado, havia um recado grifando que o prontuário de novos pacientes fosse lido. Então comecei a ler todos os pacientes até que me deparei com o de Paulo. A entrada na internação foi por depressão. Porém, ao ler toda história de vida, pude observar casos subsequentes de zoofilia e abuso de menores de idade. Longe da família ele coloca que “precisava sair de casa pois não estava conseguindo controlar seus sentimentos de fazer sexo com sua neta de 2 anos”. Sua família não sabe o motivo real da internação. Aquela manhã foi muito pesada e confesso que torci para que Paulo não aparecesse na recreação. O clima ficou muito pesado a manhã inteira.

Para mim, Paulo é um criminoso. E eu converso com minha chefia e apresento todos os meus argumentos para que ele seja denunciado ou, no mínimo, avaliado pela psiquiatria forense. Durante meu tempo de convivência com Paulo, minha única interação verbal com ele foi perguntar seu nome e me apresentar. As demais interações foram de alcance de material, jogos ou passagem pelo corredor.

Esta curta, porém intensa, experiência com Paulo, me fez sentir como o sujeito da experiência descrito por Heidegger (1987); aquele que é alcançado derrubado, tombado. Um sujeito que não “permanece sempre em pé, ereto, erguido e seguro de si mesmo; não

um sujeito que alcança aquilo que se propõe ou que se apodera daquilo que quer; não um sujeito definido por seus sucessos ou por seus poderes, mas um sujeito que perde seus poderes precisamente porque aquilo de que faz experiência dele se apodera”.

Cada sujeito tem seu ponto de limite. Paulo me fez chegar nesse limite e não consegui exercer plenamente meu papel lá, na verdade, praticamente não consegui ter qualquer contato com ele. A experiência de vida dele se apoderou de mim e eu não pude enxergar nada além daquilo que li naquele prontuário.

4 COMENTÁRIOS FINAIS

As experiências vivenciadas durante o meu estágio na internação psiquiátrica ocorreram de uma maneira única e pessoal. Entretanto, as reflexões também são endereçadas aos profissionais ou estudantes de educação física – bem como quaisquer outros profissionais da área da saúde – que têm ou que terão alguma experiência com a saúde mental.

Digo isso por muito se falar e escrever sobre currículo da educação física e as falhas na formação e conteúdos referentes a atuação na área da saúde, mas pouco se fala de como a experiência em um hospital geral pode ir além daqueles recursos que buscamos em livros ou periódicos. Mesmo sabendo que compartilhando as minhas informações e experiências não torna o sujeito da informação automaticamente um sujeito da experiência, me parece válido compartilhar a caminhada para que, talvez, a minha experiência possa ser tomada como própria por quem lê este trabalho agora.

Algo a ser ressaltado após o pensar e escrever a experiência com Geralda, Lia e Paulo foi o fato de ter selecionado três histórias que são fortes e falam muito do universo feminino. Geralda foi estuprada e seus filhos foram afastados dela, Lia vive uma situação de questionar e até mesmo rejeitar a maternidade – além da rejeição de uma possibilidade de gestação de um bebê do sexo feminino, Paulo vive o papel de abusador de meninas.

Talvez a minha experiência moral, meus significados e papéis afetivos me levaram inconscientemente a selecionar os três casos antes mesmo de pensar os motivos das experiências me proporcionarem transformações e quedas no período de estágio. Todos os encontros que temos em nossa vida, inclusive os encontros de cuidado são invadidos pelo que somos, pensamos, acreditamos, tememos, temos fé e crença. A experiência moral querendo se impor, estabelecendo a necessidade humanizada de abertura para a efetiva – segundo Bondía (2002) – experiência do encontro.

Escrevo hoje como um sujeito de experiência sabendo que minha experiência não é repetível, que sempre haverá algo novo e sempre haverá primeiras vezes e como traz Bondía (2002) não se pode antecipar o resultado, a experiência não é o caminho até um objetivo previsto, até uma meta que se conhece de antemão, mas é uma abertura para o desconhecido, para o que não se pode antecipar nem “pré-ver” nem “pré-dizer”.

5 REFERÊNCIAS

BONDÍA, J.L. Notas sobre experiência e o saber de experiência. **Revista Brasileira de Educação**. São Paulo, n.19, p. 20 – 28, jan/fev/mar/abr, 2002.

GOFFMAN, E. Stigma: Notes on the management of spoiled identity. **Simon and Schuster**, 2009.

HEIDEGGER, M. La esencia del habla. **De camino al habla**. Barcelona, p. 141-194, 1987.

KLEINMAN, A. Experience and its moral modes: Culture, human conditions, and disorder. **G. B. Peterson (Ed.), The Tanner lectures on human values**, Salt Lake City, v. 20, p. 357–420, 1999

KLEINMAN, A. Writing at the margin: Discourse between anthropology and medicine. **Berkeley: University of California Press**, 1997.

KLEINMAN, A. What really matters: Living a moral life amidst uncertainty and danger. **Oxford University Press**, Oxford, 2006.

OLIVEIRA, F.; JORGE, M. & SILVA, W. (2000). A prática cotidiana nos CAPS. **Saúde mental: da prática psiquiátrica asilar ao terceiro milênio**, São Paulo, p. 145-160, 2000.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Quando dádiva se transforma em saúde: algumas questões sobre a integralidade e o cuidado nas relações entre sociedade e Estado. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro, p. 39-58, 2008.

YANG, LH et al . Culture and stigma: Adding moral experience to stigma theory. **Social Science and Medicine**, v. 64, p.1524 - 1535, 2007.

WANDERLEY, M. Refletindo sobre a noção de exclusão. **As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social**.. Petrópolis: Vozes, p.16 - 26, 2002.