

Sujeitos, histórias e doenças no campo da saúde mental: notas para uma antropologia do diagnóstico

Fernando José Cielo¹
fernando.cielo@gmail.com

O presente trabalho busca contribuir para o pensamento de uma “antropologia do diagnóstico”, apresentando, para tanto, algumas discussões originadas em pesquisa com sujeitos de uma Clínica-dia para tratamento de “transtornos mentais”. Busco pensar criticamente a ideia de diagnóstico, resgatando alguns possíveis eixos analíticos a partir desta experiência etnográfica: a relação entre diagnósticos, práticas biomédicas e instâncias reguladoras metadisciplinares; o diagnóstico como categoria vivida e agenciada pelos sujeitos e não somente como um nexos isolado de outras relações na experiência do tratamento psiquiátrico e; por fim, também, o diagnóstico como prática e performance atrelada aos movimentos e elaborações particulares à cada contexto.

O desafio da escrita deste ensaio é o de demonstrar, por um lado, as diferentes linhas que atravessam e emergem de uma categoria diagnóstica. Por outro, também é o de tentar pensar o que está para fora do diagnóstico no sentido psiquiátrico que lhe é atribuído, entendendo que a vida de uma categoria como a do “transtorno depressivo”, por exemplo, não é somente animada pela psiquiatria nem faz circular somente a biomedicina ou a psiquiatria propriamente. Ao contrário, as categorias médicas fazem circular imagens sobre pessoa, corpo, produzem agências variadas que acionam outras esferas: Estado, família, clínica, afetos, etc. Embora ocupem um lugar central nos manuais diagnósticos e no manuseio psiquiátrico, também existem “restos” (BONET, 2018) que extravasam aos grandes processos classificatórios e das grandes categorias, que podem ser olhadas nesse perseguir sujeitos e processos ao invés de partir das categorias inicialmente. Me interessa aqui pelo que pode haver, portanto, de inconcreto e inacabado nas categorias diagnósticas, pensando-as tanto como “princípios de transformação e continuidade” (ZEA, 2013) – de onde emergem não só processos classificatórios, mas também potentes relações de negação e transformação destas classificações – quanto “códigos discursivos” (CSORDAS, 2013) – reiterando a circulação destas categorias e classificações em diferentes planos e arranjos.

Por esta mesma razão, o desafio também é o de mostrar como diferentes enquadres e momentos estão arranjados na produção desta vida cotidiana do diagnóstico e das coisas

¹ Doutor em Antropologia Social. Professor Adjunto da Universidade Federal de Roraima (UFRR).

que ele produz. Assim, cabe reiterar que este é apenas um breve ensaio, com comentários a partir de um tema com o qual convivi intensamente em minha pesquisa de campo e o qual tem sido importante para mim desde o desenvolvimento de minha tese de doutorado (CIELLO, 2019). Neste sentido, o que se encontra aqui também é parte de uma reflexão ainda em processo, balizada pela intenção central de compreender diagnósticos psiquiátricos para além da fixidez dos manuais classificatórios. Parto do pressuposto de que, na vida cotidiana desta clínica-dia, podem ser observados diferentes planos onde “diagnósticos” podem funcionar como articuladores das experiências de tratamento, adoecimento, melhora, cura, classificação.

Diagnóstico e psiquiatria

Logo que chegam à clínica-dia todos os pacientes passam por um processo de triagem, que inclui, entre outros, passar por uma consulta com psiquiatra. Nesta consulta é onde se inicia propriamente o preenchimento de um prontuário, que tem como abertura uma ficha com a descrição de dados da pessoa que chega e dados para a instituição (nome, idade, endereço, data de entrada na instituição, pessoa que acompanhou, tipo de internação). A esta primeira ficha é incluída a anamnese psiquiátrica, que é construída naquela primeira consulta.

Descrever um plano em que os diagnósticos funcionam mais de acordo com princípios biomédicos e classificatórios não é inteiramente uma tarefa fácil. Principalmente por que a própria prática psiquiátrica não é sustentada somente em si mesma, mas pelas práticas dos profissionais de diferentes áreas e também por aquelas dos próprios pacientes. Assim, descrever o impacto de uma classificação psiquiátrica inclui, por exemplo, pensando no caso da clínica, lembrar de outras formas como o diagnóstico é agenciado e operado pelas pessoas que os possuem e pelas pessoas que os atribuem. A todo o tempo as práticas do tratamento dentro da clínica-dia, aí incluídas o diagnóstico realizado por psiquiatra, fogem à realidade imaginada pelos manuais psiquiátricos. Nisso consiste, me parece, uma parte importante da própria experiência do tratamento psiquiátrico ou da experiência do “transtorno mental” e, necessariamente, também um dos sentidos de se compreender a autonomia destes sujeitos.

Anteriormente (CIELLO, 2019), tentei discutir algumas diferenças entre os tipos de anamneses e os tipos de psiquiatras, principalmente dos profissionais que são tomados

como “rápidos e rasteiros” e aqueles que são mais atenciosos/as e que escutam os pacientes (p. 147). Os prontuários médicos abordam diferentes aspectos da vida das pessoas que são submetidas ao tratamento mas, em geral, compõem um gênero narrativo que tem como objetivo, de modo principal, definir uma classificação médica, oferecendo para tanto justificativas que são observadas no comportamento, na apresentação pessoal dos pacientes (roupas, discurso, etc) e no que é chamado de “Exame de Estado Mental” (EEM). Os aspectos observados pelos psiquiatras, conforme aparecem nos exemplos nesta sessão, funcionam como um preâmbulo (que no caso da clínica, varia muito entre cada profissional) para a posterior apresentação do código diagnóstico segundo o Código Internacional de Doenças (CID):

“Vem só. Relata que sofreu um acidente e viu a esposa, sogro, sogra e enteado morrerem queimados. Fazem 8 anos. Depois disso começou a beber e ficou desgostoso da vida. Vinha bebendo bastante, quase todos os dias – está em abstinência há 30 dias. ‘Eu sonho com eles pedindo ajuda – todos eles ficaram no meio das ferragens. Sou muito família’. Esteve internado no Hospital xxxxx por 30 dias (alta em xx/xx/xxxx) e foi encaminhado para continuidade do tratamento em Clínica-dia. EEM – colaborativo, orientado, humor depressivo, dependência de bebida alcoólica – em abstinência há 30 dias. F33-2 + F10.2
Conduta: admitido na Clínica-dia e mantido a medicação em uso. LÍTIO 300mg 1-0-1 VENLAFAXINA 150mg 1-0-0 QUETIAPINA 25mg 0-0-2 DIAZEPAN 10mg 0-0-1”. (Anamnese psiquiátrica do prontuário de Jonas. Diário de Campo.)

Para Kleinman (1991) as entrevistas médicas que conduzem à produção dos relatos médicos funcionam por meio de uma organização interna disposta a obter determinadas respostas. Isto é, a investigação é pensada de modo a obter respostas que preenchem os critérios diagnósticos das classificações psiquiátricas. No caso das anamneses, ainda que no caso da Clínica-dia existam diferentes formatos, fica evidente a existência de uma adequação narrativa com os critérios diagnósticos estabelecidos em manuais como o DSM e o CID. Em uma proposta analítica semelhante, Caponi (2009) também mostra que o diagnóstico de depressão, por exemplo, é validado e legitimado sempre *a posteriori*, por meio da resposta do indivíduo aos medicamentos antidepressivos e não, ao contrário, pelo estudo de hipóteses ou ideias diagnósticas. Isto ajuda a compreender não necessariamente a centralidade das categorias diagnósticas mas a posição crucial que ocupam os profissionais da psiquiatria, pela lugar cativo que ocupam na própria rede que produz o tratamento psiquiátrico. Seja no contexto da clínica-dia ou no contexto ambulatorial, o/a psiquiatra precisa sempre ser consultado/a para troca de receitas de medicamentos, para indicar tratamentos ou internações, produzir atestados e

laudos médicos. Evidentemente, tratam-se de argumentos diferentes, mas é importante notar como uma categoria diagnóstica encontra-se enredada numa rede maior de sentidos e, mais do que isso, resultante de uma metodologia que parece nunca levar em conta integralmente o que dizem as pessoas.

Algumas vezes a demanda da clínica se origina em encontros ambulatoriais com médicos privados, que recomendam a busca de instituição para tratamento, outras tantas vezes, no entanto, o sujeito que passa pela triagem vem de outros serviços de saúde, internações integrais, outras clínicas e hospitalares. Um aspecto que aparece no cotidiano da clínica frequentemente, diz respeito à precisão dos diagnósticos. Há uma rede complexa de serviços na cidade onde a clínica que pesquisei é localizada e, volta e meia, se nota uma disputa velada sobre os ambientes que oferecem melhores serviços e, não raro, também sobre a precisão e qualidade dos diagnósticos feitos nestes lugares. Assim, o diagnóstico se revela desde os primeiros momentos da chegada na clínica uma realidade em disputa, seja por parte dos profissionais que preencherão o prontuário, seja por parte do sujeito em atendimento, que escolhe o espaço que produz o melhor diagnóstico, o profissional que faz o melhor atestado, o melhor laudo, etc.

Pensar o lugar da psiquiatria com relação aos diagnósticos no ambiente da clínica não pode prescindir de uma discussão sobre a própria medicalização do mundo (ROSE, 2013) e de medicalização da loucura (FOUCAULT, 1989; CUNHA, 1986; ENGEL, 1997), que podemos ver tanto na intervenção constante na vida privada e em aspectos da identidade pessoal, quanto numa tendência, expressa em algumas das anamneses que trago aqui, de especialização extrema em torno de sintomas, detalhes, histórias, momentos da vida, indicações e indícios comportamentais, biológicos e psicológicos.

“xx anos, solteiro, sem filhos, mãe acompanhou consulta, contam que pte teve crise há 1 ano, quebrou crise, quebrou objetos se mordendo, risos imotivados PCTE egresso do hospital, 2º internamento, crise após briga com namorada, DX prévio F25 Pcte em uso de Lítio 600 mg, Citalopran 20Mg, QTP 100 mg, HX familiar: desconhece Nega uso de SPA Nega alergia medicação Nega comorbidades Intolerância Haldol??? Eutímico, afeto aplanado, colaborativo, sem alt de sensopercepção CD> mantenho prescrição”. (Anamnese psiquiátrica do prontuário de Apolo. Diário de Campo.)

“Conta que tem esquizofrenia paranóide de longa data. Dorme bem a noite, apetite exagerado, passa o dia na cama, afeto embotado, delírios persecutórios. Nega alucinações, ideação suicida. Encaminhado pelo seu médico para internamento. CID.10: F20.0 Carbolitium CR 450 mg 1M Haldol 5mg 1N Akinaton 2mg 1N Rivotril 2mg 1N”. (Anamnese psiquiátrica do prontuário de Renato. Diário de Campo.)

Outro dado importante se refere ao dato de que a clínica-dia onde pesquisei é reconhecida localmente pela sua associação com a Federação Espírita do estado, a qual mantém a instituição para tratamento psiquiátrico onde está incluída a clínica-dia de transtornos mentais (TM). Assim, muitas vezes o benefício da clínica é descrito como sendo o de facilitar diagnósticos menos fechados na experiência biopsicológica, e que incluam as experiências espirituais dos pacientes entre os aspectos diagnósticos. Parte do argumento que defendo aqui emerge precisamente do fato de que coexistem diagnósticos “estritamente” psiquiátricos e muitas outras facetas dessas categorias, mediadas por sentidos conferidos por uma esfera espiritual/espírita.

Diagnóstico e agências

Ainda que não seja totalmente comum, não é raro encontrar sujeitos atendidos na clínica que refutam o diagnóstico oferecido em outros momentos de suas trajetórias e que seguem buscando uma classificação que entendam ser melhor adequadas a sua situação. Não é preciso dizer que este tipo de situação é encarado como problemática pelos profissionais que, nestas circunstâncias levantam diferentes argumentos como interpretações para estes comportamentos, principalmente relacionadas à personalidades manipuladoras. Perversamente, muitos destes rótulos acabam retroalimentando a própria prática diagnóstica e psiquiátrica. Se, como apontei anteriormente, a prática psiquiátrica parece funcionar definindo *a posteriori* categorias médicas, agora vemos que, também a experiência da doença mental (conforme entendida pela psiquiatria) parece – no esquema psiquiátrico – produzir um enredo que justifica a si mesmo. Assim, cotidianamente, diferentes categorias de doença, anunciados por índices como “manipulação”, “ganhos secundários”, “mentira”, circulariam ao lado daquelas anotados nos prontuários psiquiátricos.

Sempre fiquei muito intrigado, neste sentido, pela forma como os pacientes da clínica-dia podiam ser facilmente identificados por categorias que remetiam à categorias diagnósticas: “*Maria, aquela bem depressiva*”, “*A que vive fazendo crise*”, “*Alvo, aquele esquizo*”, “*Ela é muito manipuladora! Tem que tomar cuidado!*”. Expressões como estas, modos de interpelação que apareciam na vida cotidiana, indicam que as categorias de “crise”, “depressão”, “esquizofrenia”, nesses exemplos, operam não só

como referenciais de uma classificação psicopatológica, mas também como aspectos que informam sobre o sujeito, traduzem algum tipo de posição, identidade, subjetividade. Nos aproximando de Goffman (2008, p. 52), podemos pensar que a equipe de profissionais trabalha com a circulação de algum tipo de “informação social”, que é reflexiva e que recupera algum tipo de aspecto coletivamente identificável no paciente.

As categorias diagnósticas utilizadas no cotidiano, neste sentido, não somente informam sobre um código de doença presente em algum manual, mas também servem como uma maneira de produzir e fazer circular uma identidade do doente ou, mais propriamente, fazem emergir o “paciente”. As categorias utilizadas, a rigor, nem sempre coincidem com alguma classificação presente nos prontuários médicos preenchidos dentro da unidade, o que também sugere que embora crucial para o funcionamento de um tratamento psiquiátrico, as categorias utilizadas nem sempre estão atreladas a um processo específico por profissional psiquiátrico. “*Aquela depressiva*” ou “*o paciente esquizo*” podem resultar de diferentes impressões produzidas no imediato das relações entre profissionais, pacientes e familiares, fazendo circular várias categorias paralelas, ao mesmo tempo em que também faz as próprias categorias psiquiátrica circularem.

Em partes este processo parece resultar da própria globalização de um modelo particular de psiquiatria a partir dos anos 1980, como sugerem Russo e Venâncio (2006), que retomou um projeto de psiquiatria biológica e marcou o surgimento de manuais atóricos; mas também, mais contemporaneamente, das próprias remodelações e transformações da biomedicina no século XXI, que apontaram para uma cada vez maior molecularização da vida, conforme Nikolas Rose (2009). Meu argumento dentro destas tendências, ao lado daquilo que Bonet (2018) propõe como um interesse pelas linhas de fuga e pelo que está fora dos grandes processos, é o de tentar captar justamente nestes processos como se pode pensar as categorias diagnósticas e que “coisas” (INGOLD, 2012) elas fazem.

* * *

Ouvi algumas vezes na clínica-dia que “a personalidade é o pior sintoma”, pois tratar-se-ia de uma das coisas que seriam difíceis de ser efetivamente tratada. Como um traço dos “transtornos de personalidade”, lidar com aspectos como o desejo por obter ganhos secundários dos “transtornos de personalidade” (como sujeitos/substantivos) seria muito difícil, pois tais pessoas tenderiam a enredar toda a equipe. Algumas vezes a presença de uma pessoa com transtorno de personalidade poderia, segundo os terapeutas,

prejudicar todo andamento do trabalho de equipe, razão pela qual as reuniões de profissionais teriam sempre uma ênfase na construção de uma coesão interna. Como um traço da personalidade de cada sujeito, isto é, não como sintomas, as manipulações ainda poderiam sofrer

Por estes motivos, justificativas, comportamentos, saídas, eram sempre muito frontalmente combatidas pela equipe, que inclusive realizava reuniões semanais com pacientes “mais problemáticos”, em forma de consultoria, para lembrar dos combinados da clínica e para apontar comportamentos que eram tidos como não aceitáveis. Os modos de agenciar suas doenças, no entanto, eram também igualmente proporcionais ao medo da equipe de ser manipulada.

As tentativas de saída do espaço físico da Clínica pelos pacientes durante o dia ou a evitação das atividades, dormir no sofá, (...) são possivelmente algumas das primeiras práticas que parecem estar envolvidas nas condições de existência do discurso da manipulação. Muitas estratégias e comportamentos eram utilizadas pelos pacientes neste sentido: dizer que sairiam da Clínica somente para fumar e não retornar; mencionar a realização de exames, doenças, dores de cabeça; alegarem problemas na família; aproveitarem momentos de abertura do portão quando da realização de determinadas atividades para saírem sem ser notados; assinarem a lista de entrada pela manhã e se ausentarem logo em seguida, enquanto os portões estão abertos, entre outras. (CIELLO, 2019, p. 214).

Tomo a liberdade de apresentar um trecho, abaixo, de minha tese de doutorado, onde apresentei rapidamente sobre a história de Nilton e sua relação com o problema da personalidade manipuladora.

Nilton teve um internamento principal na Clínica-dia em razão de depressão muito forte e, conforme ouvi, havia aprendido “o que a equipe considerava perigoso” e, em decorrência disto, já estava tendo um tratamento muito longo e que representava grandes desafios para a equipe no sentido da construção de sua alta. Sempre que a possibilidade de alta era ventilada, Nilton ameaçava se suicidar, o mesmo ocorrendo quando havia o risco de seu auxílio doença ser cortado. Sua história pessoal era sempre utilizada pela equipe como um dos motivos que explicavam o “ganho secundário” e o desenvolvimento de um possível transtorno de personalidade, segundo a psiquiatra, ainda que não necessariamente este fosse seu diagnóstico. Em dado momento de sua vida, Nilton, decidira fazer um empréstimo para adquirir uma casa junto a sua esposa. Após a compra e construção da casa o casamento é rompido e, pouco depois, Nilton começa a ser atendido em função de tentativas de suicídio e desenvolvimento de uma depressão crônica. Ao romper com o casamento a casa teria ficado no nome e sobre os cuidados da ex-esposa, mas a dívida, no entanto, teria ficado no nome do paciente, que não achava justo pagar por uma dívida sobretudo para que ela morasse com “outros homens”. A equipe então interpretava, a partir da lógica do diagnóstico de transtorno de personalidade e da “dificuldade em lidar com os problemas”, que a Clínica possibilitava para ele um ganho secundário, que era o de não retornar ao trabalho e não pagar sua dívida. Somado a isto, também a equipe ficava numa situação difícil pois sua

alta precisaria ser “bem amarrada”, pois toda vez que se falava em parar o tratamento, ele ameaçava se suicidar, o que por sua vez redundava em uma responsabilidade da instituição para com o paciente.

Outra pessoa que estava sempre no radar dos profissionais e em cuja trajetória se percebe a torção dos diagnósticos e da ideia de doença é Laura, uma paciente jovem que era considerada pouco humilde, extravagante e, na perspectiva de outras pessoas da equipe – para além de seu próprio terapeuta – enganava a todos para poder permanecer na cidade onde estava. Laura não participava das atividades e a todo instante, sempre que podia, faltava às atividades oferecidas no tratamento.

Em primeiro lugar, não se trata de negar necessariamente a existência de algo como o adoecimento psíquico, os desejos pessoais dos sujeitos, os modos de agenciar o adoecimento e as categorias de doença. Ao contrário, parece que o modo mais efetivo de dialogar com os sujeitos seria justamente o de compreender estas atitudes e práticas como fundamentalmente humanas (JENKINS, 2015). Em segundo lugar, para além disso, os percursos de tratamento de Laura e de Nilton foram determinados pelas percepções de que alguns de seus comportamentos desviavam da narrativa de sofrimento imaginada no tratamento psiquiátrico. Em suas trajetórias, a imagem de depressão, suicídio, crise, entre múltiplas outras imagens/categorias, eram acionadas na construção do “quadro” de cada um. A definição do processo de tratamento, nesse sentido, não era prevista pelos manuais objetivamente e, a rigor, a todo instante, história como a destes dois sujeitos extravasavam as capacidades explicativas dos manuais.

Palavras finais

Minha experiência junto aos sujeitos da clínica-dia parece sugerir que mais do que categorias bem delimitadas, diagnósticos são constantemente torcidos, pensados, questionados na vida cotidiana de instituições de saúde e em processos terapêuticos. As diferentes categorias diagnósticas que circulam no ambiente institucional atendem à diferentes relações que são estabelecidas pelas pessoas (profissionais de saúde, pacientes, familiares, etc) e também fazem emergir diferentes processos. Na Clínica-dia a circulação de diferentes categorias diagnósticas, não necessariamente associadas com explicações biomédicas, aponta ainda para os modos como as categorias têm uma vida para além das instâncias que regulam a constituição de categorias psicopatológicas.

Não trato aqui os diagnósticos psiquiátricos como “construções sociais”, no sentido de que eles são resultados de sistemas sociais auto-contidos que estabelecem normas de normalidade e anormalidade. Pelo menos não somente isto. Indicar que uma categoria de doença é construída pode indicar muitas questões. Por vezes a própria ideia de construção social é tomada como uma forma de contraposição a um outro lado, tomado como “não construído”. Hacking (1999) sugere que dizer que algo é construído socialmente não necessariamente explica o que de fato social acontece. Para o autor (idem), em geral os intelectuais construtivistas estão preocupados com os temas do controle e do poder envolvidos na construção social das coisas. Apontar o aspecto sociogênico dos fenômenos é visto aí como uma forma de expor o funcionamento de categorias de conhecimento nas relações de poder.

Esta interpretação, no entanto, que na maioria das vezes vem acompanhada com a rubrica do relativismo social, na maioria das vezes não passa, segundo Latour (2003) de “realismo social”, pois o que tais pesquisadores fazem é, de fato, afirmar o óbvio: afinal, tudo é feito deste material que convencionalmente se chama social. O que isto significa, no entanto, acaba não sendo explorado. Como categorias diversas, como aquelas de doenças psiquiátricas, estão relacionadas com outras coisas que também são *do social*? Como a biologia, a psiquiatria, a espiritualidade? O que me pareceu importante, portanto, pincelar neste texto, foram algumas relações onde categorias diagnósticas aparecem articuladas à processos cotidianos de uma clínica-dia. Entendo que estas relações fazem emergir propriamente os sujeitos e agentes que constituem o tratamento psiquiátrico e suas muitas expressões dentro do ambiente institucional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BONET, O. De restos e sofrimentos: sobre fazer etnografias em serviços de saúde. In: NEVES, Ednalva M.; LONGHI, Marcia R.; FRANCH, Monia. **Antropologia da Saúde: ensaios em políticas da vida e cidadania**. Brasília: ABA Publicações, 2018.

CAPONI, Sandra. Un análisis epistemológico del diagnóstico de depresión. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.13, n.29, p.327-38, abr./jun. 2009.

CIELLO, Fernando J. A vida do diagnóstico. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, PPGAS/UFSC. **Tese de doutorado**. 2019.

CSORDAS, T. Inferring immediacy in adolescent accounts of depression. **Journal of Consciousness Studies**. N. 7-8, 2013, pp. 239-253.

CUNHA, Maria C. P. **O espelho do mundo: Juquery, a história de um asilo.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

ENGEL, Magali. Psiquiatria e feminilidade. In: DEL PRIORE, Mary (org.). **História das mulheres no Brasil.** São Paulo: Contexto, 1997, p.322-361.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica.** 2.ed. São Paulo: Perspectiva, 1989.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada.** Rio de Janeiro: LTC, 2008.

_____. **Manicômios, prisões e conventos.** São Paulo: Perspectiva, 2010.

HACKING, Ian. **The social construction of what?** Harvard University Press: United States of America, 1999.

INGOLD, Tim. Trazendo as coisas de volta à vida: emaranhados criativos num mundo de materiais. **Horiz. Antropol.**, Porto Alegre, v. 18, n. 37, p. 25-44, Junho de 2012.

JENKINS, Janis. **Extraordinary conditions: culture and experience in mental illness.** University of California Press, 2015.

KLEINMAN, Arthur. **Rethinking psychiatry: from cultural category to personal experience.** New York: The Free Press, 1991.

LATOUR, Bruno. The promises of constructivism. In: Don Ihde (editor), **Chasing Technology: Matrix of Materiality**, Indiana Series for the Philosophy of Science, Indiana University Press, pp. 27-46, 2003.

ROSE, Nikolas. **A políticas da própria vida: biomedicina, poder e subjetividade no século XXI.** São Paulo: Paulus, 2013.

RUSSO, Jane; VENANCIO, Ana Teresa A. Classificando as pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM III. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 460-483, Set. 2006.

ZEA, Evelyn S. As dúvidas de Saussure: notas sobre a potência das disjunções na vida das línguas. In: **Antropologia em Primeira Mão.** Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: UFSC/PPGAS, v. 140, 2011