

Contribuições de saberes tradicionais à saúde mental



<https://doi.org/10.56238/sevened2023.007-049>

Georgina Carolina de Oliveira Faneco Maniakas

Pós-Doutora pelo Centre de Recherches Psychanalyse et Médecine - Université Paris VII.

Universidade Federal de São Carlos – UFSCar

RESUMO

Pesquisas da Organização Mundial de Saúde para avaliar a evolução clínica dos transtornos mentais – incluindo seu diagnóstico, tratamento e prognóstico, mostram, desde a década de 70, que contextos sociais diversos determinam resultados clínicos diversos. Diferentemente do modelo de classificação e tratamento do transtorno mental, vigente na cultura ocidental, tecnicista e hiper-industrializada, a abordagem do mesmo fenômeno entre povos de culturas tradicionais se dá de uma

forma que não segrega e nem isola o sujeito de seu grupo, ao mesmo tempo em que promove o acolhimento de seu sofrimento. Para ilustrar tais práticas, apresentamos a abordagem do sofrimento mental em três diferentes tradições: Ioruba da Nigéria, Umbanda e Espiritismo Kardecista. Concluímos que o cuidado recebido pelo sujeito com base no referencial cultural de cada uma das diferentes tradições permitiu a ressignificação de acontecimentos que haviam se tornado insuportáveis, e possibilitou o reordenamento de tendências psíquicas desagregadoras, corroborando a posição adotada pela Organização Mundial de Saúde, que considera o cuidado dispensado ao transtorno mental fundamental para o prognóstico da própria doença.

Palavras-chave: Saúde mental, Saberes tradicionais, Ioruba, Umbanda, Espiritismo.

1 INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais não possuem uma definição homogênea dentro da própria ciência. Há, inclusive, pensadores que, num extremo, duvidam de sua própria existência. A problemática é compreensível, uma vez que o transtorno mental possui características que o aproximam muito mais de um modelo explicativo sociocultural do que de modelos biológicos. Até mesmo entre pesquisadores que reconhecem a total legitimidade do transtorno mental, há divergências em relação ao seu diagnóstico, tratamento e prognóstico.

Embora a realidade do sofrimento psíquico seja um fato inegável e observável, o fenômeno em si possui uma longa história de diferentes significados, incluindo notáveis variações culturais em uma mesma época.

Após breve explanação sobre a recente concepção ocidental de loucura, cujos diagnósticos se multiplicaram nas últimas décadas, apresentaremos exemplos de enfrentamento do transtorno mental em três diferentes tradições culturais: os Iorubas da Nigéria, a Umbanda e o Espiritismo Kardecista no Brasil.

Ao considerarmos a eficácia do acolhimento dispensado ao sofrimento psíquico pelos saberes tradicionais em comparação aos tratamentos cada vez mais compartimentalizados e tecnicistas que, na



sociedade contemporânea despersonalizam o sujeito e servem a interesses econômicos e políticos dominantes, constatamos a importância do “efeito contexto” (SARACENO, 1999) na evolução do próprio transtorno.

1.1 A SISTEMATIZAÇÃO DA “LOUCURA”

A atribuição de um sentido médico à *loucura* somente se deu na medida em que este fenômeno foi apropriado por formas de conhecimento mais organizadas, a partir dos parâmetros que definem a psiquiatria e suas diferentes teorias. Na medida em que a medicina classificatória evoluiu, os transtornos mentais incluem-se nessa evolução e passam a fazer parte dos manuais diagnósticos e estatísticos.

Em meados do século XIX, a doença mental, na Europa, já possuía a definição que lhe era atribuída pelo saber médico. Diferentemente de outras doenças, cuja causa podia ser concretamente observada (exames *pós-mortem* de tecidos lesados, por exemplo), a falta de uma circunscrição concreta para a doença mental permitiu que as mais variadas práticas precedessem a reflexão sobre suas causas e origens. Ao serem institucionalizadas, essas práticas definiram a loucura como um “fato natural”, atribuindo a um conjunto selecionado de aspectos a objetividade exigida pelos rigores do pensamento científico.

Apesar da ausência de correspondentes orgânicos “causais” observáveis, a ideia de naturalização da doença mental persistiu e deixou pouca margem para a superação das ideologias dominantes que impregnaram a cultura. A reflexão sobre a indefinição das fronteiras terapêuticas, confirmada por estudos transculturais em diferentes regiões do planeta (Índia, Ásia, Europa), só recentemente tem sido considerada relevante para a pesquisa dos transtornos mentais.

Ao passar a prática, a ideologia dominante define, em cada época e lugar, o tratamento da doença mental. Conhecidas são as pinturas do século XIX que retratam Phillipe Pinel (1745-1826) libertando os loucos das correntes. Se Pinel modificou o modo como os doentes mentais eram tratados nos mais importantes hospitais de Paris (Bicêtre 1793, Salpêtrière 1795), ele o fez introduzindo na prática médica os ideais da Revolução Francesa, e não uma descoberta fisiológica a respeito da loucura.

A formulação por Charcot (1825-1893) da ideia de “trauma” ou “traumatismo”, presente nos fenômenos histéricos como uma marca psíquica doentia, abriu caminho para Freud defender a origem psíquica dos quadros histéricos e, posteriormente, ampliá-la a outros transtornos mentais. Mas, apesar da psicanálise identificar causas não orgânicas na origem dos transtornos e ampliar consideravelmente a importância do contexto sociocultural e da dimensão subjetiva para a explicação do sofrimento psíquico, o tecnicismo no qual está imersa a sociedade contemporânea - que desconsidera o sentido das relações sociais e despersonaliza a existência - possibilitou a ascensão e dominação de práticas cuja objetividade se sobrepõe ao sujeito que sofre.



A própria história do desenvolvimento dos manuais diagnósticos e estatísticos demonstra essa tendência¹.

Antes do DSM-III, o objetivo da psiquiatria proposta pela APA (Associação Americana de Psiquiatria) era a de compreender o problema fundamental da origem do sintoma. O intuito era tratar o problema, e não o sintoma. Entretanto, nessa época, o governo norte-americano diminuiu os investimentos em pesquisas psiquiátricas, e os planos de saúde viam a psiquiatria como “um poço sem fundo, com métodos de avaliação e tratamento inadequados” (GRINKER, 2010, p.124).

A partir do DSM-III o enfoque passa a ser o próprio sintoma, sendo que sua presença, constância e intensidade se tornam critérios suficientes para o diagnóstico. Se, por um lado, a padronização de classificações diagnósticas oferece ao clínico um maior pragmatismo no tratamento, por outro atende às demandas das companhias seguradoras de saúde e da indústria farmacêutica. Coerente com os critérios de classificação praticados pela APA, o tratamento do transtorno passa a ser a eliminação ou o abrandamento de seus sintomas.

Longe de minimizar a importância ou a eficácia de tratamentos medicamentosos para amenizar o sofrimento psíquico, entretanto é preciso lembrar que o transtorno mental não evolui apartado de seu contexto.

2 O ENFRENTAMENTO DO TRANSTORNO MENTAL POR TRÊS DIFERENTES SABERES TRADICIONAIS

O colonialismo, responsável pela hegemonia da medicina ocidental em todo o mundo, qualificava os sistemas médicos de povos tradicionais como primitivos, irracionais, baseados em magia e superstição. As práticas tradicionais de cura foram marginalizadas ou estudadas como curiosidades, enquanto as práticas ocidentais alegavam estarem fundamentadas na ciência. Essa maquinaria colonial impôs hierarquias e normas explícitas aos sistemas de saúde e a seus respectivos tratamentos.

Entretanto, na medida em que estudos europeus foram realizados em diferentes regiões do mundo, essas hierarquias e normas começaram a ser questionadas. O *Estudo Piloto Internacional da Esquizofrenia* e o *Estudo da Colaboração sobre os Determinantes de Resultados de Doenças Mentais Severas* (WHO, 1973; WHO, 1979; JABLENSKY e col., 1992; LEFF e col., 1992), da Organização

¹ A primeira classificação de causas de morte, conhecida como *Bertillon Classification of Causes of Death*, é sistematizada em 1893 pelo francês Jacques Bertillon (1851-1922), chefe do Serviços Estatísticos da Cidade de Paris. Revisada em 1885, a classificação de Bertillon seria adotada primeiramente na América do Norte por recomendação da Associação de Saúde Pública Americana (*American Public Health Association*). A classificação de Bertillon sofreria sua primeira revisão em 1900, em uma conferência internacional promovida pelo governo francês, da qual participaram vinte e seis países. A partir daí seguiram-se diversas revisões da publicação que, hoje, conhecemos como Classificação Internacional de Doenças, ou CID, atualmente CID-11 (*ICD: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*). Nos Estados Unidos, a Associação Psiquiátrica Americana separaria as doenças mentais da Classificação Internacional de Doenças e desenvolveria um Manual próprio, conhecido como DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). A primeira edição do DSM seria uma variante das descrições clínicas dos transtornos mentais da sexta edição da CID.



Mundial da Saúde, demonstram que a ubiquidade da esquizofrenia, por exemplo, não correspondem evoluções semelhantes, mas que contextos sociais diversos determinam resultados sociais e clínicos diversos. Tais variáveis, portanto, não devem jamais ser ignoradas na consideração do curso e do prognóstico de uma doença.

Estudos de epidemiologia clínica (STRAUSS e col., 1977) revelam que a evolução do transtorno mental é fortemente dependente do funcionamento social do indivíduo (seja antes ou durante a doença), evidenciando um melhor prognóstico para sujeitos que vivem em países em desenvolvimento, e confirmando estudos realizados no final da década de 70 que já apontavam que os melhores prognósticos da esquizofrenia se davam em países não industrializados (WAXLER, 1979).

Confirma-se, portanto, a variação da evolução da esquizofrenia em relação às condições ambientais, ou seja, o peso do “efeito contexto” como forte determinante neste processo (SARACENO, 1999, p. 30).

Segundo Saraceno (1999), entre os elementos que influenciam a evolução das psicoses participam o contexto familiar, a densidade e a homogeneidade da rede social do indivíduo (o número de pessoas que compartilham os mesmos valores sociais). Tais resultados permitem-nos afirmar que tanto a cronificação quanto o empobrecimento da vida do psicótico devem-se, não apenas ao quadro psicopatológico, mas às variáveis que podem ser modificadas e orientadas no processo de intervenção. Como observa o autor:

Como se vê, na maioria das vezes, são variáveis ligadas aos contextos microssociais (família e comunidade) e pressupõem estratégias de manejo ambiental que se encontram distantes das estratégias comuns propostas pelo modelo psiquiátrico biomédico. Essas evidências reforçaram, nestes últimos vinte anos, a hipótese de que uma intervenção sobre a psicose tem sentido, desde que conduzida sobre “todo o campo”, influenciando assim sobre a complexa constelação de variáveis que constituem os fatores de risco e os de proteção. (SARACENO, 1999, p.30)

Embora as doenças mentais possam indicar alterações na atividade cerebral, elas afligem indivíduos que vivem em contextos pessoais, sociais, políticos, econômicos e culturais, e o tratamento deve ser provido nesses contextos, pois intervenções terapêuticas resultam de uma interação entre a terapia e o ambiente no qual ela é realizada, significando a abrangência de um serviço e seu *modus operandi*.

Um estudo realizado em 1983 no continente africano, no campo da etnopsiquiatria, demonstra claramente que a rápida reinserção social do paciente com transtorno mental em uma determinada cultura está intrinsecamente relacionada ao tratamento a ele dispensado pela medicina tradicional africana. A pesquisa teve como objetivo verificar as variações na frequência e na sintomatologia das doenças mentais.

Na época do estudo – final da década de 70 – a etnia dominante entre a população da Nigéria eram os Ioruba, que somavam 15 milhões de habitantes e habitavam o sudoeste da Nigéria.



A sociedade Ioruba possuía grande homogeneidade cultural, linguística e política, mas havia vivido um processo de modernização e ocidentalização extremamente rápido. Ao modo de vida tradicional se somou o “mundo moderno”, cuja representação máxima era o hospital e a medicina ocidental. A cidade de Idaban, situada na região central, no Estado de Oyo, possuía 900 mil habitantes, e contava com 145 médicos, 4 hospitais, além de clínicas e consultórios particulares.

Nos bairros tradicionais, a população se dividia entre a medicina ocidental e as práticas tradicionais. A medicina ocidental era considerada mais eficiente em casos de doenças infecciosas, cirurgias graves e partos. Já a medicina tradicional, antes aplicada à totalidade das doenças, continuou sendo a mais procurada em casos de impotência, esterilidade, doenças atribuídas à feitiçaria, à magia, e, principalmente, em casos de doenças mentais.

Na classificação de doenças da cultura Ioruba se misturam elementos psíquicos e orgânicos, não existindo uma delimitação rigorosa entre doenças orgânicas e mentais. E, diferentemente da compreensão ocidental da doença e dos mecanismos psíquicos implicados no funcionamento mórbido, para a medicina tradicional Ioruba o “mal” não vem de dentro do indivíduo, mas “de fora”. A pessoa acometida por um transtorno mental está sendo vítima de uma agressão externa (como qualquer outra doença causada por vírus, bactérias ou acidentes). Entre os causadores de doenças estão as divindades secundárias negligenciadas ou esquecidas pelo doente em questão (*Osirá*), as maldições e Soponna, o deus da varíola e da loucura.

Para delinear o tratamento, o médico tradicional Ioruba leva em consideração os aspectos psicossociais envolvidos no processo do adoecimento. Não trata somente o indivíduo, mas analisa os conflitos inerentes ao grupo de parentesco, e trata as relações deterioradas entre seus membros. Não isola o paciente, não o priva da intersubjetividade. Sem o apoio do grupo, o médico Ioruba pode, inclusive, desistir do tratamento. Isso porque, enquanto o objetivo manifesto da terapêutica é curar o doente, o objetivo latente é permitir a expressão e estruturação de desejos censurados da comunidade, promovendo a circulação do *não-dito*.

Como as produções alucinatórias e/ou delirantes do sujeito encontram continuidade no imaginário grupal, suas mensagens são compreendidas e acolhidas pelo grupo. O resultado é que 90% dos doentes recuperam-se rapidamente, e reintegram-se ao cotidiano da vida comunitária.

Mais do que técnicas e conhecimento médico específico, o acolhimento recebido pelo paciente no processo e a integração grupal mostram-se imprescindíveis para um prognóstico favorável.

No Brasil², práticas semelhantes podem ser identificadas entre grupos que cultivam saberes tradicionais por meio de suas práticas religiosas.

² O Brasil somente reformulou seu modelo de atenção à saúde mental a partir de 6 de abril de 2001, quando o presidente Fernando Henrique Cardoso sancionou a lei 10.216 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.



Em aprofundada pesquisa sobre doença mental, Magnani (2002) descreve o processo de diagnóstico e tratamento em uma das mais tradicionais religiões afro-brasileiras: a Umbanda.

Segundo o autor, a classificação de doenças na Umbanda considera: doenças cármicas (decorrentes de faltas não expiadas), sintomas de mediunidade (que incluem visões, fraqueza, desmaios, dores de cabeça, e até convulsões), perturbações causadas por outras pessoas (influências negativas por causa de inveja, feitiço, encantamentos) e, finalmente, as doenças causadas por *Encostos* (ou *Quiumbas* = espíritos sem luz), que se expressam por perturbações mentais, dores de cabeça, desmaios, compulsão ao suicídio, convulsões e distúrbios físicos. O transtorno mental, portanto, é causado por *Encostos*.

A crise por *Encosto* se dá de forma repentina: sem nenhum motivo aparente, a pessoa tem visões, ideias compulsivas de suicídio, surtos temporários de loucura – brigas com familiares, acesso de fúria com quebra de objetos em casa – ou é também acometida por algum mal-estar físico.

O tratamento pressupõe a retirada do(s) *Encosto(s)*. Tal processo inclui identificá-lo(s), nomeá-lo(s) e realizar uma série de ritos, conforme o grau de domínio do *Encosto* sobre a pessoa. Se a possessão não é total, alguns *passes* e a sucessão de gestos rituais serão suficientes. O paciente apresenta-se descalço e desprovido de objetos de metal, no espaço destinado à prática da Umbanda: o terreiro. Rodeado por *médiuns* incorporados por suas entidades (caboclos ou outros), ele recebe passes da cabeça aos pés, baforadas de tabaco, e é levado a girar ao redor si mesmo. Se o espírito resiste, faz-se um *descarrego* ou *desobsessão* (que é a transferência do *Encosto* do corpo do afetado para o corpo do *médium*). São ainda empregados banhos de ervas, descargas de pólvora, defumações e outros recursos auxiliares. Se, no processo de identificação, descobre-se alguma relação entre o *Encosto* e a pessoa afetada, é preciso descobrir os motivos pelos quais o *Encosto* se apossou dela para desprendê-lo da pessoa (MAGNANI, 2002).

Ao analisar as características do processo de tratamento na Umbanda, Magnani se reporta à relação de contiguidade com a vida cotidiana (a casa, o armazém, o bar, as ruas do bairro) que o espaço do terreiro evoca, diferentemente do espaço impessoal e burocratizado do hospital, muito mais próximo de espaços que são sedes de poder (delegacia, prefeitura, etc).

No terreiro, o espaço evoca o familiar, o conhecido. Há roupas penduradas no varal e jardim. Mas observando-se com mais atenção, notam-se as marcas do *sagrado*: arruda, guiné, espada de São Jorge; uma ou outra vela acesa, e junto ao portão a casinha de Exu, o guardião, senhor dos caminhos e encruzilhadas.

Assim como na cultura Ioruba, também na Umbanda as mensagens do doente tem continuidade no imaginário grupal, e, portanto, as produções psíquicas são compreendidas e acolhidas. Sua estratégia não consiste em eliminar a loucura, mas em abrir espaço para que esta possa expressar-se.



O tratamento não tem por objetivo suprimir o conflito, mas torná-lo inteligível, dotando-o do significado cujo fundamento é encontrado no sistema religioso.

Em pesquisa acadêmica realizada por Bovo e Silva, Loenert Neto e Maniakas (2006) pode-se também observar como o acolhimento e o tratamento dispensados pelo Espiritismo Kardecista a uma pessoa com sintomas alucinatorios influenciaram o desenvolvimento e evolução do próprio transtorno psíquico.

A Sra. X., na época da pesquisa *médium* em um Centro Espírita de tradição Kardecista de uma cidade de médio porte do interior do Estado de São Paulo, possuía um histórico progresso de alucinações. As visões perturbadoras tiveram início após a Sra. X. ter sobrevivido a um grave acidente de carro, no qual perdeu toda a sua família. Após anos submetendo-se a tratamentos psiquiátricos convencionais, e sem apresentar melhora significativa, submeteu-se a um tratamento em um Centro Espírita. Tal tratamento incluía passes, palestras e outras atividades, realizadas sempre com o apoio do grupo. A partir desse tratamento, as visões passaram a ficar circunscritas às ditas *sessões espíritas*. Desde a época em que o tratamento se deu a Sra. X. não mais sofreu alucinações.

Embora não possamos afirmar se os diagnósticos psiquiátricos recebidos pela Sra. X. estariam ou não equivocados, podemos afirmar que os tratamentos convencionais recebidos durante anos não foram efetivos para fazê-la lidar com o sofrimento desencadeado por uma situação extrema. Já o tratamento recebido no Centro Espírita, ensinou-lhe a conviver com o sofrimento por meio de seu acolhimento em um grupo de praticantes que não a viam como alguém anormal. A conclusão dos autores foi a de que a religião - no caso, o Espiritismo - ofereceu um princípio integrador para os acontecimentos traumáticos vividos pela Sra. X., que, antes do acolhimento recebido se apresentavam insuportáveis e desconectados de qualquer sentido. Na medida em que a religião ofereceu pontos de referência e apoio em relação à imprevisibilidade da vida cotidiana, o sofrimento experimentado pela Sra. X. tornou-se inteligível, dotado de significado, o que permitiu um reordenamento das tendências psíquicas desagregadoras.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A convicção de que tratamentos advindos de saberes tradicionais são ineficazes parece estar baseada em uma forma de racionalidade que demonstra alianças e compromissos com sistemas de conhecimento e/ou com instituições que oferecem práticas de cura específicas. Na sociedade contemporânea, os significados culturais dominantes das práticas médicas são moldados por agendas sociais, econômicas e políticas mais amplas. A saúde mental não escapa à essa determinação.

Enquanto a proposta médica ocidental de tratamento clássico da loucura é marcada pelo tecnicismo, pelo isolamento do indivíduo do convívio dos “sãos”, o tratamento oferecido pelas práticas de saberes tradicionais é integrador, fornecendo uma linguagem para o sujeito exprimir sua loucura.



Mas, como a ação ritual e a narrativa podem tratar o transtorno psíquico? Provavelmente, ao permitir um fechamento simbólico, esses tratamentos promovem uma sensação de completude formal e uma coerência entre os elementos fragmentados e caóticos da experiência da doença. Transformam, com isso, o significado da experiência ao conferir a ela qualidades metafóricas e/ou misturar espaços representacionais. Constroem o sentido de solidariedade com o outro através de sofrimento compartilhado, compreensível e socialmente valorizado.

Estes espaços representacionais, preservados e investidos pelos saberes tradicionais, parecem acessar níveis de significação que envolvem qualidades emocionais, sensoriais e gestuais. A eficácia da cura pela palavra, valorizada por Freud desde os primórdios da psicanálise, pode ser atribuída a vários níveis de efeito. Entre eles, destacamos a criação de novas possibilidades de arranjos simbólicos representacionais e o estabelecimento de relações de apoio e conforto por meio do acolhimento àquele que sofre.

A premissa de que o sofrimento do transtorno mental possui um significado que ultrapassa o indivíduo permite que este seja compreendido e enfrentado não só por um sujeito isolado, mas por toda a comunidade.



REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- BOVO E SILVA, M; LOENERT NETO, V; MANIAKAS, G. F. *A importância do contexto sociocultural na investigação de fenômenos psíquicos em psicopatologia: um estudo de caso*. In: XIV Congresso de Iniciação Científica. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos, 2006.
- BRASIL. Lei 10.216 de 6 de abril de 2001. Brasília, DF: Presidência da República. In: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2001/lei-10216-6-abril-2001-364458-publicacaooriginal-1-pl.html>
- FREUD, S. *Estudos sobre a histeria*. In: Obras Completas de Sigmund Freud, vol. 2. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1992.
- GRINKER, R.R. *Autismo – Um mundo obscuro e conturbado*. São Paulo: Larousse do Brasil, 2010.
- JABLENSKY, A.; SARTORIUS, N.; ERNBERG, G.; ANDKER, M.; KORTEN, A.; COOPER, J. E.; DAY, E.; BERTELSEN, A. *Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. A WHO Ten Country Study*. In: Psychological Medicine, 22, suppl. 20, 1992.
- KAWA, Shadia; GIORDANO, James. *A brief historicity of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: issues and implications for the future of psychiatric canon and practice*. 2012. In: <https://peh-med.biomedcentral.com/articles/10.1186/1747-5341-7-2>
- LEFF, J.; SARTORIUS, N.; JABLENSKY, A.; KORTEN, A.; ERNBERG, G. *The International Pilot Study of Schizophrenia: Five Year Follow Up Findings*. In: Psychological Medicine, 22 (1), 1992, pp. 131-145.
- LÉPINE, Claude. *A doença mental entre os Iorubas da Nigéria*. In: *D’Incao: Doença mental e sociedade*. Rio de Janeiro: Graal, 1992
- MAGNANI, J.G.C. *Doença mental e cura na umbanda*. Revista Teoria e Pesquisa – Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal de São Carlos, v.40/41, pp. 5-23, 2002.
- MANIAKAS, Georgina F. *Relatório de Estágio Pós-Doutoral*, pp. 47-56. (Visita técnica ao Karl Jaspers Centre for Advanced Transcultural Studies, Universidade de Heidelberg). São Carlos: UFSCar, Departamento de Psicologia, 2016. Relatório técnico não publicado.
- SARACENO, Benedetto. *Libertando Identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Te Corá Editora/Instituto Franco Basaglia. Belo Horizonte/Rio de Janeiro: 1999.
- WAXLER, N. E. “*Is the outcome for schizophrenia better in non industrial society?*” Journal of Nervous and Mental Diseases, 167, 1979, pp. 144-158.
- WHO (World Health Organization). *Report of the International Pilot Study of Schizophrenia*. Geneva: WHO, 1973.
- WHO (World Health Organization). *Schizophrenia. An International Follow Up Study*. Chicester: Wiley, 1979.