Experiências Hospitalares. A Psicanálise Relacional no Hospital Público

Catarina Bray Pinheiro[1]

Resumo

Neste artigo procura pensar-se o hospital a partir da perspectiva psicanalítica relacional. Destaca-se a importância da mutualidade dos encontros e a pluralidade dos modelos na complexa interacção entre os diversos campos: clínico, social, cultural e económico. São consideradas as ansiedades que atravessam os sistemas de saúde e as organizações defensivas que se desenvolvem. É sublinhada a necessidade de conter e transformar a experiência o que solicita a criação de espaços e tempos de partilha intersubjectiva.

Palavras-Chave: Psicanálise Relacional; ansiedades e sistemas sociais defensivos; *setting* clínico alargado; intersubjectividade, interdisciplinaridade e transculturalidade.

Nas minhas reflexões sobre o hospital escrevo a partir do plural de experiências pois encontro o hospital a partir de múltiplos lugares: como psicóloga e psicoterapeuta, como paciente, como acompanhante de familiares, como pessoa social que sente e reflecte sobre o mundo que habita.

Tenho encontrado na Perspectiva Relacional suporte e estímulo para atravessar o turbilhão de vivências que ocorrem nestes encontros com o hospital. Partilho com Filipe Baptista-Bastos um seminário de formação na PsiRelacional a partir do trabalho do psicanalista americano Neil Altman (2010) que percebe como o psicoterapeuta não é um ecrã branco, tendo uma subjectividade individual que sofre o impacto da ordem social, racial e

[1] Psicóloga Clínica, Psicoterapeuta Psicanalítica
catarinabraypinheiro@sapo.pt

cultural onde está inserido.

Assim falo de *experiências* pois somos sempre paciente e psicoterapeuta, profissional e cidadão do mundo. A Psicanálise Relacional reconhece bem esta mutualidade dos encontros.

Segundo o dicionário etimológico a origem da palavra hospital vem do latim *hospes*, que significa "hóspedes" ou "hospedeiro". Em Roma, o *cubiculum hospitalem* era o nome dado para o que hoje em dia seria um quarto de hóspedes. Surgiu depois a preocupação de abrigar os necessitados e desamparados.

Com as necessidades de concentração de equipamento tecnológico, no entanto, o hospital deixou de ter esse carácter exclusivamente assistencial e passa a simbolizar a reunião de recursos disponíveis para o tratamento de doentes. Entretanto algo se perdeu desta dimensão de hospitalidade.

Durante a pandemia focamo-nos no SNS percebendo a importância que este sistema tem nas nossas vidas, pilar estrutural de um estado democrático com preocupações sociais. Passada essa fase regressamos a políticas que descuram esta rede de segurança fundamental. Vivemos antes uma crescente insegurança social, e a doença de um sistema mais fragmentado e inacessível.

Aumentaram as assimetrias entre o público e o privado, e as assimetrias dentro do serviço público com distribuições muito díspares dos investimentos, e pouco investimento na psicoterapia psicanalítica que exige tempo, atenção, relação. Simultaneamente, o sector público e o privado começam a ficar mais parecidos ao nível dos procedimentos e primazia do modelo económico. É gritante a perca deste garante de segurança básica que é a saúde. E a psicanálise relacional sabe quão importante é contarmos com a presença regular de cuidados confiáveis, para o desenvolvimento de cada pessoa e de cada comunidade.

Sabemos que não podemos prescindir do SNS. Há pouco tempo uma médica do sector público falava de como os médicos saem para o privado onde ganham mais, podem trabalhar menos horas e conciliar as suas vidas

profissionais com as pessoais. Aqueles que ficam têm algo de missionário, de antigo, de quase esquisito que os faz persistir. Valiosa disponibilidade relacional daqueles que insistem. Mas até quando? E depois?

As instituições tornaram-se máquinas cheias de procedimentos às quais chegamos por labirintos confusos. Predomina a omnipresença dos ecrãs, a técnica dos exames complementares, o imperativo dos registos. Passa-se mais tempo à frente do computador a preencher formulários, do que à cabeceira do paciente. Perde-se o corpo a corpo da observação clínica. Esta burocratização da profissão está alinhada com a informatização das práticas. Os programas informáticos de registos operam esta inversão artificial: somos nós a termos de nos adaptar à máquina que se intromete nos modos de estar na clínica, atropelando os encontros e colocando outros imperativos à frente.

Vários autores estudaram formas através das quais as organizações criam *sistemas sociais defensivos contra a ansiedade* gerada pela *dor da tarefa*. Menzies Lyth (1960) numa abordagem psicanalítica sistémica ao funcionamento das organizações de saúde, percebe como as enfermarias desenvolvem tarefas rotineiras e impessoais para se protegerem das angústias ligadas ao adoecer. Como resultado, instala-se uma atmosfera de morte e falta de vitalidade. Os *sistemas sociais defensivos* geram um *conluio* onde os pacientes acumulam tudo o que é da ordem da doença, e os profissionais contêm tudo o que é da ordem da saúde.

Em saúde, as ansiedades de vida e de morte são inerentes à função de cuidar. Se estas ansiedades não são elaboradas pelos clínicos gera-se a patologia institucional (baixas, absentismo, rotação de técnicos). Em saúde mental, a tarefa de *conter a experiência psicótica* influencia a organização dando lugar a experiências de *falta de sentido* que são contagiosas, espalhando-se por todo o sistema. Cuidar dos cuidadores é tarefa fundamental, muitíssimo descurada pelo sistema. Em Psicoterapia Psicanalítica sabemos quão essencial é cuidarmos de nós e por isso valorizamos a nossa análise pessoal e espaços de supervisão clínica.

O SNS afastou-se de uma atitude mais humana para outra mais racional

de práticas baseadas na evidência, em tendências que negam a complexidade da doença e do cuidar. As pressões emocionais dobraram devido à reorganização do sistema enquanto réplica do mercado. Hinshelwood (2001; 2004), psicanalista e psiquiatra inglês que acompanhou o processo de desinstitucionalização dos grandes hospitais psiquiátricos em Inglaterra, observa como na psiquiatria há uma pressão para converter a observação subjectiva numa observação científica de factos. Esta *atitude científica* é um escudo que protege os profissionais da angústia psicótica. Menciona ainda como o sector público vive esta permuta do modelo clínico para o modelo de gestão, introduzindo uma nova ansiedade no sistema, a da sobrevivência da empresa. Os profissionais sofrem pressões constantes, o que conduz a um foco no "fazer" em detrimento da reflexão e capacidade de *estar* com o outro.

Uma vez que os sistemas estão cada vez mais complexos, a oportunidade de caos aumenta. Todos conseguimos identificar momentos em que os sistemas de cuidados parecem mais perturbados e perturbadores que o próprio paciente.

A função dos sistemas de cuidados é a de receber, conter e transformar os *pedaços caóticos* de um indivíduo. Bion (1961/2004) identificou dois estados mentais nos grupos: o "grupo de trabalho" quando os membros estão conectados com a tarefa do grupo, e os "pressupostos básicos" quando a função primeira do grupo está em defender-se contra a ansiedade. É a função continente que permite o aprender com a experiência e o estabelecimento de um grupo de trabalho. Um sentido de comunidade depende de um sistema de cuidados que ofereça confiança e continuidade.

Num contexto hospitalar diversas disciplinas ampliam o enredo dos encontros terapêuticos. Para que a psicoterapia não tome uma existência insular, uma reflexão interdisciplinar torna-se fundamental.

Muitas vezes encontro no *setting* hospitalar uma contenção oferecida pelo trabalho multidisciplinar que me permite estar com maior segurança em situações clínicas limite onde a loucura, a morte e a violência atingem o limiar da nossa capacidade. No consultório privado estamos mais sós. No hospital, a

constituição deste trabalho de grupo é uma construção demorada e frágil que exige um cuidar mútuo e permanente. Quando resulta, funciona como rede que nos permite adquirir maior tolerância para lidar com vulnerabilidades extremas. Porém, quando o grupo entra em caos e fragmentação, também pode aumentar a violência, atingir a saúde daqueles que aí trabalham e ser perturbador para aqueles que atende.

Armstrong (2005) introduz o conceito de "instituição na mente". A experiência emocional não é propriedade de apenas um indivíduo sozinho, contendo sempre um factor da experiência emocional da organização como um todo. Deparamos com um *setting clínico alargado* que compreende toda a instituição, na verdade trespassa as paredes do hospital, recebendo e interferindo nos elementos da sociedade e cultura na qual está inserido.

Os contextos onde trabalhamos interferem na nossa capacidade relacional para recebermos o outro. Há sempre um dentro-fora, como a nossa pele, temos uma porosidade psíquica que permeia estas trocas. Trabalhei vários anos num gabinete de um Centro de saúde que era da cardiologia, o espaço estava ocupado pelo eletrocardiógrafo, o aparelho para medir a tensão arterial, uma protuberante secretária metálica, pequenas cadeiras incómodas. Tudo convidava à expressão do corpo, exigindo mais de nós para sermos hóspedes das emoções por articular. Muito diferente do espaço onde trabalho actualmente, com conforto e privacidade, facilitador do correr de uma comunicação da intimidade. Se tivermos tempo e um espaço acolhedor estaremos, clínicos e pacientes, com mais condições de nos entregarmos. As arquitecturas hospitalares precisam de cuidar desta hospedagem.

Estamos frágeis e chegamos a um lugar que emite uma série de brutalidades: a luz, o ruído, o movimento, a confusão de procedimentos. Há pouco tempo fui a uma consulta num destes hospitais privados, edifício enorme, de arquitectura mais cuidada e ainda assim nada acolhedor, feito à imagem de um grande centro comercial. O comércio da saúde. Andei perdida no edifício, nos procedimentos administrativos agora directamente com a máquina,

sem intermediação humana, e acabei por me atrasar uns minutos. O médico, apressado para poder cumprir a sua lista, ficou impaciente, administrou o protocolo e falhou no diagnóstico. Perdido o contacto clínico directo, ficamos agora com esta máquina composta por *call centers*, corredores de procedimentos desubjectivantes.

Entrar pela primeira vez num edifício é extremamente informativo, um primeiro impacto que importa não perdermos na rotina dos dias. Pela mesma razão, Bion dizia que devíamos entrar para cada sessão com medo, pois não sabemos o que vamos encontrar. Escrever estes pensamentos é voltar a entrar nestes lugares e encontrar-lhes novos corredores.

Em 1975 Ivan Illich já observava esta apropriação dos modos de vida do homem pela medicina, numa prática médica que incrementa a doença reforçando uma sociedade mórbida. A dor, a doença e a morte tornam-se num problema técnico, em vez de ser tido como algo pessoal ou cultural. As instituições de saúde tornam-se nos donos da gestão da dor, o que tem como matriz a ideia de que o bem-estar exige a eliminação da dor, a correcção de todas as anomalias, o desaparecimento das doenças e a luta contra a morte.

A medicalização dos grandes rituais também faz parte de um sintoma grave da iatrogénese social, onde a fascinação pelos avanços médicos, as técnicas da medicina terminal e a morte controlada pelo médico, são sintomas visíveis. Os pacientes aprendem a conceber a sua própria dor como um facto clínico objectivo, que pode ser submetido a um tratamento padronizado e lançam-se à procura de tratamentos que provocam insensibilidade, inconsciência e apatia.

Illich denomina ainda um novo modelo de iatrogénese: o culto do corpo, alimentado pela comunicação social, pelas academias de cultura física e pela indústria da dieta. Os psicoterapeutas são substituídos pelos "personal trainers".

O sucesso da psicofarmacologia reflete igualmente uma demanda do indivíduo. Há, na nossa cultura, uma vontade de que o sofrimento psíquico deixe de ser um drama subjetivo e passe a ser vivido como um problema

médico (Lefèvre, 1987). O medicamento poupa o trabalho duro, político e pessoal necessário para que se obtenha saúde. A sociedade moderna consome a ideologia da "saúde imediata".

O ar está rarefeito. Neste tempo de um presentismo absoluto, esperam-se respostas rápidas para problemas tidos como actuais, como se apenas existisse *o imediato*. Instagramatização da clínica.

Médica de família numa das mais problemáticas zonas de Londres, Iona Heath, no seu livro *Questões de vida e de Morte* (2008/2023), mostra como os notáveis progressos da medicina permitiram que os médicos se afastassem deste tradicional papel de "íntimo com a morte". "A soberba da medicina baseada na evidência alimenta as sempre crescentes expectativas públicas de atingir uma perfeita saúde e consistente longevidade. (…) Como se a morte pudesse alguma vez ser prevenida, em vez de adiada" (p. 19). A morte é encarada como um fracasso dos médicos o que conduz a uma prática defensiva. "Os médicos são instigados por sentimentos de culpa e de mal-estar para lutarem cada vez mais pelo prolongar da vida de seus pacientes. (…) Um dos mais desafortunados encontros da medicina moderna é entre o frágil e indefeso homem idoso, que se acerca do final da vida, e o ágil jovem estagiário no início da carreira" (p. 22).

Iona diz ainda que "As práticas dos serviços de saúde são cada vez mais ditadas por protocolos empíricos, cuja natureza contribui para que os pacientes sejam encarados como unidades padronizadas de doença. Tais protocolos não têm meio de acomodar a história singular de cada indivíduo" (p.20).

Quando Deus é substituído por uma ciência obcecada pela quantificação, deixa de ser possível avaliar qualidades subjectivas, como "o amor, a esperança, a confiança, a alegria, a solidão, o perdão e o luto – elementos cruciais na altura da morte, quando buscamos significados" (p.61). Mas Iona sabe os pressupostos da clínica que assenta na relação, e percebe que se o médico conseguir focar-se nos pormenores das vivências do doente, liberta-se da obsessão pela cura. Por isso, esta médica recorre à poesia onde se inspira para aceder a si e

ao Outro, estimulando a leitura a estudantes de medicina como ferramenta fundamental para aprender a clínica.

E estes encontros poéticos fazem toda a diferença na vida das pessoas. Uma paciente há anos em psicoterapia, tem-me falado como, ao longo da vida, encontrou em vários médicos figuras de suporte e de identificação, às quais recorreu para tratar do corpo e para apoio em momentos de crise existencial e familiar. Médicos que vão aparecendo na sua narrativa a par de outras pessoas significativas, amigos e familiares. Têm nome próprio e as trocas emocionais que teve com eles ficaram guardadas dentro de si, em contraponto com o desamparo vivido em criança. Estes clínicos foram pais hospedeiros, o que também facilitou a sua abertura a um processo de entrega relacional que é uma Psicoterapia Psicanalítica.

Ana Hatherly (2006) foi cantora soprano até adoecer com tuberculose. Quando teve alta do sanatório, sabendo que não voltaria a cantar, a sua médica ofereceu-lhe uma caneta e disse: "escreva". Que bela prescrição. Numa das suas Tisanas (463), Hatherly escreve: "O poeta é um pintor do mundo invisível. Eu sou o mar que em fumo ferve. Habito as ruínas de mim mesma, frágil como um cabelo".

Recordo o meu estágio académico, primeira experiência clínica que tive no SNS, num serviço de pediatria ligado a uma consulta de fibrose quística, doença que atinge gravemente os pulmões e compromete a vida de crianças e adolescentes. Inesperadamente aparece uma mulher adulta, cantora de ópera, cuja doença manifesta-se tardiamente e apresenta bom prognóstico, percebendo-se que aí, pelo contrário, foi o canto que provavelmente lhe permitiu expandir os pulmões e a vida.

Vem ainda à minha memória um documentário que vi sobre Thomas Mann, estava eu a estagiar nesse serviço de pneumologia e a frequentar na faculdade o tema avançado de psicossomática, em que o escritor relatava como estivera com a mulher, que adoeceu com tuberculose, uma longa temporada num sanatório. Foi aí que nasceu o conhecido romance *A Montanha Mágica*.

Thomas Mann (1924/2020) escreveu para não adoecer. E escreve:

"Oh, amor, tu sabes... o corpo, o amor, a morte, os três são idênticos. Porque o corpo é doença e volúpia, ele é que causa a morte, sim, são ambos carnais, o amor e a morte, e aí reside o seu terror e o seu enorme sortilégio! Mas a morte, compreendes é por um lado coisa mal-afamada, impudica, que faz corar de vergonha, e por outro lado é um poder muito solene e majestoso (...) porque ela é a história e a nobreza e a piedade e o eterno e o sagrado que nos faz tirar o chapéu e caminhar em bicos de pés..." (Thomas Mann, A Montanha Mágica)

Vivemos múltiplos paradoxos: cada vez mais tecnologia e cada vez menos acessos a cuidados consistentes, cada vez mais terapêuticas e menos relação, mais procedimentos e menos observação, mais recursos técnicos e profissionais menos motivados que emigram para os privados ou para o estrangeiro.

Eficácia, rapidez, padronização, científico, prevenção, promoção, são as palavras de ordem. Depois temos as palavras desmentido como equidade, solidariedade, consulta a tempo e horas, humanização, comunidade. São palavras que denunciam aquilo que falta. Palavras que se banalizam como uma forma de tentar magicamente compensar o trauma da perda da sociedade, da perda de um colectivo, de uma pertença.

O hospital não é uma ilha, e integra mudanças que acontecem a nível global. Localmente procuramos, enquanto profissionais de saúde, atender à dimensão relacional, de hospitalidade. Mas sofremos todos da doença do sistema, e do mal-estar de cada civilização. Vivemos num mundo em dissipação, de excesso, de desperdício, de consumo, de fragmentação.

O historiador Timothy Snyder ficou gravemente doente nos EUA em Dezembro de 2019 e, em luta pela sobrevivência, sofreu ainda a doença de um sistema deficitário, desigual e desumano. Na enfermaria escreveu *A nossa doença. Lições sobre liberdade. A partir de um diário hospitalar* (2020). É sobre a nossa doença pública que resulta num sistema de medicina comercial, dominado pelos seguros privados, um "jogo viciado" de um mercado desregulado

que serve o capital e não os indivíduos.

Diz Snyder que estando demasiado atarefados para se inclinarem sobre os doentes, "os médicos e os enfermeiros não eram capazes de passar mais do que alguns segundos comigo, e raramente faziam contacto visual. Requisitavam as análises, esqueciam-se dos resultados, enganavam-se a introduzir os dados e desapareciam. A distracção permanente dos médicos e enfermeiros é um sintoma da nossa doença. Todos os pacientes têm uma história, mas ninguém está a acompanhar essa história" (p. 34). Distracção que quase o matou.

Para Snyder "escrever faz parte do tratamento, porque o meu mal-estar só tem sentido na medida em que me ajude a entender a nossa doença generalizada" (p. 37). Também para mim estar agora aqui a partilhar estas reflexões é crucial para entender experiências que de outro modo ficam como sensações confusas, elementos beta como diria Bion.

No seu diário, Snyder escreveu ainda como "No hospital, é triste dizê-lo, o corpo é um acessório útil. Auxiliares gentis, enfermeiros competentes e médicos íntegros, tentam humanizar o acessório, mas estão limitados pelo sistema" (p. 113). E continua, "Os especialistas do lucro ocupam o espaço físico e mental que outrora era controlado pelos especialistas da medicina. À medida que os programas de computador determinam quantos pacientes podem ser encaixados num dia de forma lucrativa, os médicos transformam-se em joguetes. De seguida, as próprias máquinas invadem triunfantemente as enfermarias. Entre os enfermeiros e os pacientes existem, hoje, computadores sobre rodas que deslizam com os primeiros para todo o lado: os seus imperiosos capatazes-robô. Quando avistamos um enfermeiro, ele ou ela terá, provavelmente, os olhos fixados no ecrã, e não em nós. Isto tem consequências terríveis para o nosso tratamento, já que passamos a ser vistos como uma lista de tarefas a executar, e não como uma pessoa". (…) "O registo clínico electrónico não facilita de modo algum a pesquisa, ao contrário do que o seu nome deixaria antever; é electrónico no sentido em que um terminal de pagamento com cartões de crédito ou uma caixa multibanco são electrónicos"

(p. 116-117). Infelizmente este não é um mal dos EUA, é de um mundo ocidental que se entregou ao capitalismo.

Vania Baldi, sociólogo, reflecte sobre tudo isto em *Otimizados e Desencontrados, Ética e Crítica na Era da Inconsciência Artificial* (2024). As plataformas digitais são desenhadas numa perspectiva autocentrada e temos de nos adaptar. As experiências tornam-se chatas e achatadas, já não sabemos falar delas. A "arquitectura computacional leva a uma "esclerose epistémica" (Cabitza, *et al*, 2021), isto é, à perda do hábito em explorar o ignoto, chocar com o imprevisto, aguentar a ambivalência, apreciar a incerteza, habitar a perplexidade e aproveitar da dúvida para reavaliar as próprias convicções. (…) A cobiça do controle da realidade, exemplificada na tentativa de prevê-la, antecipá-la e encurralá-la através de sistemas computacionais, não empobrece apenas a nossa ideia do mundo, reflectida na ideia da sua pluridiversidade, mas esgota também o potencial crítico e criativo da nossa relação com ele" (p. 60-61).

Tal como Bion se refere à capacidade negativa como uma atitude de escuta insaturada que sustenta o mistério e permite a emergência do novo, Baldi escreve que "o que salva e previne a desgraça não é o conhecimento, mas a dúvida. O pequeno momento de dúvida salva da teoria e da obediência, torna-nos menos monstros e liberta-nos da teoria que mata, dessa infernal história que assassina" (p. 78)

Em *A Charca*, surpreendente obra de estreia de Manuel Bívar (2021), surge a pergunta: "Que seria destas cabeças com décadas de luz azul nos olhos da televisão e marrecas de computador? Que seria tudo isto senão um gigantesco suicídio colectivo, desejo de não existência, de não ligação, de não pertença? Não havia como não pensar num mal do século com javalis e víboras à mistura" (p. 29).

Mesmo assim a clínica pode acontecer quando encontramos dentro desta máquina alguém que nos recebe com sensibilidade. Lembro uma paciente, tensa e endurecida com as férias de verão em que ficou mais só, mas reconfortada com a vinda de Setembro, da psicoterapia e das relações essenciais, me

contar como o irmão - cuja doença crónica se agravou - foi a uma consulta com o seu médico que lhe anuncia satisfeito que as análises estão óptimas, e o paciente responde "as análises estão, mas eu não, perdi o apetite, vomito o que como, estou sem forças". Aí, este médico do SNS, cansado na tarde em que ia entrar de férias, baixou-se para encontrar o rosto do seu paciente e, captando a dor e desistência deste, assegurou que não sairia dali antes de perceberem o que se estava a passar. Disse-o neste movimento corporal de acolhimento, dando hospitalidade à dor do outro. Esta é a clínica relacional que podemos encontrar nos hospitais.

Estar com o hospital público é acompanhar Snyder quando escreve, a terminar o diário da *Nossa Doença*, que "A saúde é a nossa vulnerabilidade comum, e também a nossa oportunidade colectiva para sermos mais livres juntos. (…) Para sermos livres, precisamos de ter saúde, e, para termos saúde, precisamos uns dos outros" (p. 132)

Como diz Godard (2014), em Adeus à linguagem, *nunca estamos suficientemente tristes para que o mundo seja melhor*. A necessária tristeza de que Mélanie Klein falava, a que permite a abertura e tolerância à dor e à vida, na sua potência e vulnerabilidade. Balançamos em PSD (posição esquizopranóide e posição depressiva) como o funâmbulo, num equilíbrio instável, sempre humano.

Bibliografia

Altman, N. (2010). *The Analyst in The Inner City. Race, Class, and Culture through a Psychoanalytic Lens*. New York: Routledge, 2nd ed.

Armstrong, D. (2005/2019). *Organization in the Mind. Psychoanalysis, Group Relations and Organizational Consultancy*. New York: Routledge.

Baldi, V. (2024). *Otimizados e Desencontrados. Ética e Crítica na Era da Inconsciência Artificial*. Ribeirão: Humos.

Bion, W. (2004). *Experience in Groups and Other Papers.*New York: Taylor &

Francis Group. (Obra original publicada em 1961)

Bívar, M. (2021). *A Charca*. Lisboa: Língua Morta.

Godard, J.-L. (Realizador). (2014). *Adeus à linguagem* [Filme]. Wild Bunch; Canal+; Centre National du Cinéma et de l'Image Animée.

Lefèvre, F. (1987). A Oferta De Saúde Imediata Através Do Medicamento: Proposta De Um Campo De Pesquisa. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 21(1):64-67. Retirado de https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89101987000100010&script=sci_abstract&tlng=pt

Hatherly, A. (2006). *463 Tisanas*. Lisboa: Quimera.

Hinshelwood, R., (2001). *Thinking about Institution. Milieux and Madness*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Hinshelwood, R. (2004). *Suffering Insanity. Psychoanalytic Essays on Psychosis*. London: Routledge.

Heath, I. (2008). *Questões de vida e de Morte*. Matosinhos: Kalandraka. (Obra original publicada em 2023)

Illich, I. (1975). *A Expropriação da Saúde: Nemesis da Medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Lyth, M. (1988). *Containing anxiety in institutions. Selected essays, Vol. 1*. Londres: Free Assotiation Books.

Mann, T. (2020). *A Montanha Mágica*. Lisboa: Relógio D´Água. (Obra original publicada em 1924)

Snyder,T. (2020). *A nossa doença. Lições sobre liberdade. A partir de um diário hospitalar*. Lisboa: Edições 70.