



Psiquiatria e Antropologia: Notas sobre um debate inconcluso

Marina Cardoso
Departamento de Ciências Sociais
Universidade Federal de São Carlos

Resumo

Durante as últimas décadas, a relação entre antropologia e práticas e saberes de natureza médico-psiquiátricos tem sido redirecionada para a mútua compreensão dos problemas referentes ao campo das "doenças", como parte dos sistemas simbólicos que orientam culturalmente os modos e as formas das suas manifestações. Este texto explora alguns fatores de natureza sociológica que estariam subjacentes a este fenômeno. Procura também, a partir de um "relato de caso", abordar o modo como vêm sendo desenvolvidas as políticas de saúde mental dirigidas à comunidade que, a despeito dessas "novas" orientações, preserva uma prática clínica baseada em critérios bio-médicos de avaliação diagnóstica e tratamento, desconsiderando as experiências tanto subjetivas quanto sociais das manifestações mórbidas, que requeriam a re-elaboração narrativa e contextual para se expressarem; ou seja, o domínio das representações e práticas culturais que as determinam.

Palavras-chaves

antropologia médica; assistência psiquiátrica; políticas de saúde mental

Abstract

The relationship between anthropology and medical-psychiatric knowledge and practice has been reoriented during recent decades, based on a common trend towards the understanding of "illness' cases" as part of culturally ordered symbolic systems. This paper points out some sociological factors which could be related to this phenomenon. Based on a "case report", it also looks at the way in which mental health policies directed towards the community have been carried out, since, in spite of this "new" approach, the bio-medical bias in diagnosis formulation and treatment has been maintained, disregarding both the subjective and social experience of "illness' cases", broadly based on the narrative and contextual grounding of their cultural manifestation.

Keywords

medical anthropology; psychiatric care; mental health policies

Recentemente, em especial a partir das décadas de 70 e 80, o conhecimento antropológico aplicado ao próprio campo do saber, ensino e clínica médica passou a se constituir como área de pesquisa específica. O fenômeno, principalmente nos Estados Unidos e, em menor escala, no Reino Unido e na França, tem significado muito mais do que uma mera incursão da antropologia no campo da saúde, particularmente se se entende por isso a coleta de informações, que usualmente aparecem como curiosidades exóticas de concepções e práticas terapêuticas “nativas” ou “populares”, consideradas aqui de acordo com o senso comum, ou seja, como não baseadas nos parâmetros “científicos” e “positivos” da medicina ocidental. O seu significado tem sido, de fato, a incorporação da antropologia como parâmetro teórico-metodológico, não só das pesquisas realizadas no campo da saúde e por profissionais da própria área, mas também no interior mesmo da prática clínica; médicos e psiquiatras estão fazendo cursos de antropologia e antropólogos estão sendo incorporados aos centros médicos de pesquisa e convidados a exercer atividade clínica em grupos interdisciplinares de atendimento à saúde.

Trata-se de considerar aqui, menos um exame dos variados temas, preocupações e orientações dessa “nova” área de pesquisa², e mais as possíveis razões para esse quase “deslocamento” de uma parte do campo da pesquisa e da prática clínica da medicina e da psiquiatria contemporânea para a antropologia; ou seja, perguntar por que a antropologia passa a constituir uma referência para a área de saúde, no quê e como ela pode contribuir para redirecionar o campo da pesquisa e da prática clínica e, finalmente, sob que condições, de natureza eminentemente sociológica, esse re-direcionamento é ativamente buscado.

Sociedade e saúde, ou mesmo cultura (levando-se em consideração algumas distinções marcadas por certas "tradições" de tipos e modelos de pesquisa entre sociologia e antropologia), de fato não são temas novos, nem numa nem noutra disciplina, mas passaram a ter um maior volume de pesquisas (particularmente na sociologia), como resultado das políticas institucionais de saúde pública implementadas no período posterior à segunda grande guerra. Por um lado, essas pesquisas estavam vinculadas aos próprios interesses estatais em promover e avaliar as novas políticas de saúde então implementadas, e as próprias condições de saúde das populações-alvo dessas políticas, resultando primariamente em estudos de epidemiologia social e de correlações de indicadores sócio-econômicos com aqueles de saúde.

Por outro lado, "saúde", como *Leitmotif* das políticas estatais do pós-guerra, passou não somente a se tornar indicador das condições sociais de vida (e, portanto, do Estado de "bem-estar social" e do próprio exercício da cidadania plena que a requer como um "direito" a ser promovido e mantido pelo Estado) mas, como tal, um *locus* privilegiado para a análise das próprias relações entre Estado e sociedade pelo modelo de assistência médica que foi então implantado, baseado predominantemente na promoção de programas de extensão da cobertura desses serviços à população a ser realizada por intermédio da comunidade. Tais programas revelaram, entretanto, o "lugar político" que a promoção da saúde assumiu na atualidade, como meio de normatização e controle da vida social e como parte do processo de regulamentação pública das relações de trabalho pelo acesso diferencial da população a bens e serviços³.

O acesso diferencial de grupos e classes sociais aos serviços prestados foi objeto de análises que apontam seja para as contradições do modelo assistencial proposto, seja para um paralelo entre a organização dos serviços de saúde e a própria estrutura da sociedade capitalista (Donnangelo 1978). O próprio apelo público a esses bens e serviços passou a ter uma dimensão ambígua, dado que, expressão de "direitos" e da "conquista da cidadania", se tornou largamente dependente dos interesses políticos e modelos hegemônicos de cuidados assistenciais⁴. Cabe lembrar que essa correlação entre Estado e a organização e prestação de serviços médicos não é nova. Rosen (1980), Foucault (1981) e outros autores [Machado (1978), no Brasil], analisando historicamente a formação da medicina como prática terapêutica, mostraram exaustivamente o modo como essa formação se encontra intrinsecamente relacionada com a própria constituição do

Estado moderno, correlata, portanto, das profundas mudanças sociais que estavam se processando na Europa nos séculos precedentes. Trata-se, entretanto, de observar a sua feição contemporânea, e é este precisamente o tempo no qual a antropologia está sendo chamada a participar.

O requisito e a característica básica do modelo médico-assistencial contemporâneo (e aqui eu estou também já me referindo a assistência psiquiátrica porque esta passou a ser incorporada ao atendimento primário por meio da sua inclusão na clínica médica) é a sua expansão, tanto em relação ao provimento interno aos Estados nacionais da assistência básica, quanto a sua progressiva internacionalização, como modelo, inclusive⁵.

Paralelamente, observam-se correntes imigratórias em larga escala para os Estados Unidos e a Europa, e, em relação a Europa, particularmente das populações das ex-colônias cujos processos de independência foram consolidados nos anos 60 e 70. Processo homólogo ocorreu no interior dos Estados nacionais, como foi o caso do Brasil, palco para o aceleração do processo de urbanização verificado durante as últimas décadas por meio de uma maciça migração da sua população rural. Trata-se, tanto num nível (interno) quanto no outro (externo), de integrar essa clientela – que se orientaria por princípios terapêuticos distintos dos da medicina ocidental moderna – aos sistemas nacionais de saúde.

O problema não consiste especificamente na questão da “integração”, mas pode-se desdobrar em duas questões paralelas (uma de natureza empírica e outra de natureza epistemológica) que têm resultado no próprio redirecionamento da pesquisa e da prática clínica, tal como foi inicialmente observado.

O primeiro ponto a ser considerado é que, a despeito da expansão e da extensão dos serviços médicos (e mesmo da qualidade dos mesmos), as práticas terapêuticas “locais”, “nativas”, “populares” (seja qual for o nome que se queira dar) não desapareceram, mas passaram a se constituir como serviços terapêuticos paralelos àqueles prestados pela medicina, que passo a chamar aqui oficial, por ser aquela patrocinada pelo Estado. Tal fato, observado largamente no Brasil e analisado em termos de resistência política e cultural por parte dos grupos dominados que seriam os clientes potenciais da chamada medicina popular (Montero 1985; Loyola 1984; Queiroz 1991), é registrado simultaneamente nos Estados Unidos e na Europa entre as populações imigrantes que continuaram a recorrer às práticas “nativas”

para tratar terapêuticamente os seus males (Zola 1966; Fassin 1984; Throits and Angel 1987).

O segundo ponto diz respeito mais especificamente às contradições geradas pela própria expansão dos serviços médicos. Desde a década de 70, observa-se que essa expansão se tem caracterizado, por um lado, pela extensão dos cuidados assistenciais, e por outro lado por uma tecnificação e crescimento de especialidades, que, entre outros aspectos, e a despeito das políticas descentralizadas e dirigidas para a formulação de programas comunitários de cuidados médicos, assenta sobre um aparato institucional e técnico que não somente dificulta o acesso aos serviços (particularmente para a clientela com menos recursos), mas recobre um dado de extrema importância: embora o controle dos índices de mortalidade e o aumento da expectativa de vida tenham sido alcançados em grandes regiões, devido prioritariamente ao controle de doenças infecto-contagiosas, houve um aumento significativo da morbidade representado principalmente pelas doenças degenerativas, cardiovasculares e mentais, cuja etiologia ou é desconhecida ou o tratamento é antes paliativo do que curativo (Singer 1978). Ou seja, a medicina ocidental moderna desenvolveu sobejamente técnicas e aparelhos para a identificação e o controle minuciosos de alterações orgânicas, para as quais, em sua maioria, desconhece ainda a etiologia e o procedimento curativo.

Fatores de “desconhecimento”, “imprecisão diagnóstica e terapêutica” são, em alguma medida, considerados, tanto pelos pesquisadores como pelos próprios usuários (par a par com a dificuldade de acesso aos serviços terapêuticos e o caráter autoritário e impessoal do qual se reveste usualmente a prática clínica), como elementos que favoreceriam a permanência das práticas terapêuticas tradicionais, principalmente aquelas que apresentam também um caráter (e muitas delas o têm) de natureza mágico-religiosa. Também a dificuldade para diagnosticar causas orgânicas explicativas dos sintomas que o paciente apresenta tem levado a um questionamento do próprio campo do conhecimento médico e do exercício da prática clínica, tal como esta se encontra hoje organizada.

Dados e informações provenientes da prática clínica (Birman 1980) revelam que em algo como 50 a 70% dos atendimentos clínicos realizados não há constatação de causalidade orgânica presumida para a explicação dos sintomas que os pacientes apresentam, o que leva os clínicos a diagnosticarem perturbações emocionais e/ou mentais como causas dos dis-

túrbios somáticos apresentados pelos pacientes, fenômeno estudado em um trabalho anterior (Cardoso 1999).

O trabalho mencionado partiu da constatação de um elevado número de casos psiquiátricos diagnosticados como tais na região do Vale do Jequitinhonha, noroeste do Estado de Minas Gerais, assim como de um alto consumo de medicamentos psicotrópicos por parte da população local. O fio condutor, até então, é que poderia haver uma correlação entre o aumento dos casos de "doença mental" e as profundas transformações que estavam ocorrendo na região, mais especificamente o processo de migração dos pequenos produtores agrícolas locais, que se estavam aglomerando nos centros urbanos regionais. Durante o trabalho de campo, outra situação, referente à reorganização dos serviços de saúde, estava também se configurando. Na época, a Secretaria do Estado de Minas Gerais estava patrocinando um programa de treinamento para os clínicos gerais locais atenderem casos psiquiátricos dentro do programa de extensão da cobertura da assistência psiquiátrica pela sua integração à clínica médica. O alto número de casos psiquiátricos diagnosticados era muito mais em função do modo como se processava o diagnóstico na prática clínica local do que propriamente atestava distúrbios de natureza psiquiátrica dentre essa população.

Os clínicos locais estavam atendendo uma população que até então não tinha tido qualquer acesso regular a assistência médica pública, e expressava-se por meio não só de uma linguagem muito própria, mas também de um sistema conceitual específico para se referirem a dor (física) e mesmo ao sofrimento advindo das constantes tribulações e privações que a mudança das condições de vida local estava ocasionando. Tratava-se da "doença dos nervos", que envolve um conjunto laborioso e complexo de causalidades físicas (orgânicas), sociais (diz respeito às relações conflituosas no interior da família e entre a vizinhança) e espirituais, apresentando "sintomas" ou "estados físico-emocionais" (da descoordenação motora ao descontrole emocional, podendo implicar a "perda da razão"), cuja origem, como modelo, remonta a medicina humoral.

Frente a uma expressão até idiomática de "sintomas" que eles não conheciam e que atribuíam à "ignorância" da população local, e a uma dificuldade para reconhecer algum substrato propriamente orgânico, que era o parâmetro do exercício clássico da clínica médica, na multiplicidade dos sintomas aparentemente desorganizados e desconexos que os pacientes apresentavam, os médicos locais passaram

a diagnosticar esses pacientes com base nas categorias nosológicas psiquiátricas, recentemente introduzidas no repertório clínico. De acordo com um dos médicos, só pelo “modo de falar”, o “jeito com que entra no consultório”, ele já sabia qual era a “doença” do paciente.

Dentro desse quadro, não se estava somente fazendo uma avaliação clínica sobre os pacientes, mas sobre a própria cultura local que informava o modo como esses pacientes percebiam e representavam a “doença” ou o mal que estavam sentindo. Tal fato também colocava um problema para a própria prática médica local, que não só não estava preparada para receber essa clientela (um dos médicos, recém-formado e recém-chegado ao município dizia explicitamente que fazia uso da medicação psicotrópica por “desespero”), como passou mesmo a incorporar à sua área de competência problemas que pertenciam a outra esfera de referência, notadamente a esfera social (fome, migração, desemprego, miséria, conflitos familiares e sociais), o que em nada autoriza a redução da “sintomatologia” apresentada por essa população às categorias psicopatológicas, que aludiam, inclusive, ao universo cultural dos pacientes.

Morbidade, como qualquer outra experiência humana, expressa-se de acordo com os princípios cognitivos da percepção, culturalmente dados. Seja como experiência de dor, anomalia, disfunção, seja como sofrimento físico, emocional ou ambos, é comum à condição humana mas, como tal, encontra-se também diferencialmente significada, ou seja, integrada a um *corpus* conceitual, interpretativo e terapêutico por meio do qual ela se expressa. Essa proposição, de natureza eminentemente antropológica, está sendo incorporada ao campo da pesquisa e do conhecimento médico-psiquiátrico – talvez justamente para suprir as lacunas e as contradições com as quais a prática clínica tem se defrontado. Cabe, entretanto, analisar os próprios fundamentos dessa proposição e como a sua incorporação a esse campo está hoje sendo realizada.

O registro de práticas medicinais nativas, com algumas raras exceções, tinha sido feito até então apresentando essas “medicinas” como “folclore” ou “folk knowledge”, demarcando as fronteiras com a medicina ocidental, “científica”, e traduzindo-as como parte do conjunto de crenças locais. O desenvolvimento corrente do estudo da cultura como sistema cognitivo levou a uma reformulação desse modo de abordagem das práticas terapêuticas, para analisar os conceitos de doença como parte dos sistemas simbólicos culturalmente ordena-

dos e dirigir a pesquisa para o domínio da organização cognitiva do conhecimento do senso comum sobre a sua experiência (Marsella & White 1982).

Sob esse aspecto, recupera-se e dá-se uma nova dimensão a alguns estudos clássicos, como os de Lévi-Strauss (1975a, 1975b), que já haviam salientado a natureza eminentemente simbólica dos processos terapêuticos, ou os estudos de Evans-Pritchard (1973) e Turner (1974), que haviam mostrado, respectivamente, como a doença se constitui como uma espécie de “empreendimento explanatório” no contexto da micro-política das relações sociais e se encontra articulada com as próprias premissas da ordem social.

Trata-se, assim, não somente de recuperar as concepções e práticas terapêuticas nativas nos seus próprios termos, como inseridas em uma lógica cultural, a qual também seria necessário resgatar, mas de mostrar o modo como elas estão diretamente correlacionadas com a estrutura das relações sociais as quais elas representam. Douglas (1975) já observava que o corpo humano provê uma poderosa metáfora para a estrutura social, sendo susceptível das mesmas operações simbólicas e classificatórias encontradas no domínio da vida social. Certas manifestações de caráter aparentemente psicossomático ou compreendidas como “desordens psiquiátricas” podem estar relacionadas, por exemplo, às oposições estruturais de gênero, idade e classe social (Duarte 1986; Lewis 1977; Littlewood & Lipsedge 1987). Sob esse aspecto, a “sócio-patologia” não se refere somente à interpretação das situações pessoais em função dos seus determinantes sociais (e sua expressão coletiva), mas contém os elementos por meio dos quais essas situações “operam” a partir dos pressupostos do funcionamento do sistema como um todo (i.e., estrutura das relações sociais).

Dados e análises interpretativas das manifestações sintomáticas [e que não se reduzem somente ao campo das desordens mentais e psicossomáticas, mas também dor crônica (Good 1994)] colocados lado a lado com os dados provenientes da prática clínica, anteriormente citados, introduzem assim uma nova e importante perspectiva na percepção e tratamento das enfermidades. Por um lado, a própria noção de “patologia” como baseada em critérios “positivos” é colocada em questão e sugerido que ela deva ser “beneficemente abandonada” (Littlewood 1991); por outro lado, a análise do sistema médico ocidental tem mostrado a existência de modelos culturais implícitos no atendimento assistencial que é feito, e suas repercussões so-

bre a relação médico-paciente, a avaliação diagnóstica e epidemiológica, colocando em questão a sua própria "positividade" como forma de conhecimento e prática terapêutica. No caso da psiquiatria isso se torna mais problemático, dado que, histórica e institucionalmente, a sua prática tem estado relacionada a uma avaliação dos próprios fundamentos morais e coercivos contidos no seu projeto terapêutico⁶.

Portanto, a análise antropológica, se entendida no seu sentido restrito como análise dos modelos culturais subjacentes aos episódios de doença e dos processos terapêuticos, deve se alinhar tanto com a análise do contexto social nos quais eles ocorrem (de fato, o pressuposto é que esses episódios e processos se referem e são construídos de acordo com os próprios parâmetros constitutivos da estrutura das relações sociais) quanto com a análise dos aspectos organizacionais, institucionais e político-ideológicos dos programas de saúde pública. Ao se considerar o acesso diferencial à provisão dos serviços médicos, a natureza "pedagógica" na formação de *habitus corporais* que traduzem aspectos de classe e estão presentes na relação médico-paciente (Boltanski 1979), ou mesmo o significado político que "saúde" passa a ter na sociedade contemporânea, entende-se a importância da sua análise para a compreensão de alguns aspectos que lhe são constitutivos. A análise das narrativas sobre doença (Good 1994) pode, por exemplo, identificar situações de opressão política e social, revelando as lacunas presentes na ordem social (como é o caso da "doença dos nervos", anteriormente citado) e entre esta e a experiência vivida naquilo que concerne aos valores que orientam a visão de mundo e o modo como esta concretamente se realiza.

O "relato de um caso", ou das situações que ele evoca, e que foi usado na minha tese de doutorado (Cardoso 1994), a partir de uma pesquisa de campo feita em Vila Brasilândia, periferia de São Paulo, onde eu fazia o acompanhamento de um programa de implantação de um hospital-dia no Pronto Socorro local, parte do projeto de desinstitucionalização da assistência psiquiátrica do Estado, pode ilustrar melhor algumas dessas questões que têm sido até aqui tratadas no plano das suas referências teóricas, assim como ser tomado como "caso paradigmático" com referência ao tema que, de fato, é central ao argumento deste texto: antropologia e psiquiatria. O relato é sobre Sílvia.

As anotações estão como se segue.

"O problema de Sílvia"

Tumulto na entrada do Pronto Socorro na manhã do dia 5 de julho de 1992. Um homem segurava uma mulher que estava tentando se libertar. Eles foram imediatamente levados para a sala do psiquiatra. Sílvia foi deixada comigo na sala enquanto a enfermeira foi chamar o psiquiatra. Seu irmão ficou esperando no corredor. Ela olhou para mim, com medo, seus olhos estavam cheios de lágrimas, e ela me perguntou se eu sabia o que estava acontecendo com ela, se algum dia ela poderia resolver "isso". Ela escutava vozes que vinham de fora da sua cabeça, dos vizinhos, dizendo para ela ir embora dali. "As vozes falavam", ela ficava irritada, "nervosa" e então ela jogava pedras nas casas dos vizinhos. O psiquiatra chegou e Sílvia foi imediatamente encaminhada a uma outra sala para tomar uma injeção de Haloperidol.

Seu irmão esperava no corredor: Sílvia jogou pedras na casa dos vizinhos, brigou com a nora do Sr. Nascimento, e correu. Ele a seguiu e a trouxe de volta. Eles (seus pais e ele) decidiram trazê-la para o Pronto Socorro. Eles viviam ali perto.

Sílvia, na época, tinha 29 anos, havia nascido em São Paulo, e seus pais haviam vindo do interior do Estado. Ela morava com eles e com dois dos seus irmãos. Ela costumava trabalhar numa firma fazendo pacotes, dizia o irmão. Ela havia sido despedida quatro anos atrás quando a firma fechou. Quatro anos atrás, ela também havia sido internada pela primeira (e única) vez, porque a família não podia "agüentar ela jogando pedras nos telhados dos vizinhos". Ela foi internada então no hospital psiquiátrico Nossa Senhora de Fátima durante um mês, até ter tido alta. Sua família achava que essa internação não havia sido longa o suficiente. Eles queriam interná-la de novo. Ela teve uma vez um ataque, dizia ainda o irmão, ela caiu e começou a se contorcer, a bater as pernas e os braços, e a babar. "De lá pra cá", ele observava, "ela ficou num estado de confusão".

"O problema", continuava a dizer o irmão, "é que ela joga pedras na casa do nosso melhor vizinho, o vizinho mais chegado, e também briga com a nora do seu Nascimento. Talvez seja um problema espiritual. Na Bíblia sagrada está escrito que feitiçaria existe. Talvez alguém cruzou os pauzinho". Ele sabia que se alguém havia feito isso, não havia sido o Sr. Nascimento, porque o Sr. Nascimento era muito "chegado" na família. Ele suspeitava

de outros vizinhos, que, embora não pudessem ter nenhuma razão para fazerem isso, inveja, por exemplo, eram gente que a família “não se dava muito”. Eles eram crentes, da igreja Cristã do Brasil, apesar de que somente sua mãe era praticante. Os outros já haviam perdido a fé. Não a sua mãe, “ela é o pilar que sustenta a casa”, afirmava. Seu pai estava agora aposentado. Ele próprio trabalhava numa companhia de transporte, e seu irmão numa loja de construção. Na última enchente, uma das paredes de trás da casa do vizinho havia caído sobre a casa deles destruindo tudo. Eles mudaram para a casa da irmã casada, que ficava no mesmo terreno, e agora eles estavam reconstruindo a casa de novo. Mas estava sendo difícil. O “estado financeiro” deles não permitia que eles reconstruíssem a casa de uma vez só. Isso estava perturbado a família toda. Sílvia tornava a situação pior. Todos ficavam perturbados por causa dela. Eles não podiam entender porque ela precisava jogar pedras somente na casa do melhor vizinho! Mas isso também podia ser vagabundagem: “Como não era vagabundagem se na hora da refeição ela ia se servir?”, ele questionava.

Sílvia retornou à sala de espera, já medicada. Seu irmão disse então ao psiquiatra que eles (ele e sua família) ficavam pensando sobre o que podia ser “aquilo” (o comportamento de Sílvia). Ele ficava pensando se a razão da atitude dela não era devido a falta de sexo: ela nunca tinha tido um namorado, ela tinha 29 anos e “ainda não conhecia homem”. O psiquiatra respondeu que esta não era a causa da doença de Sílvia. A dificuldade de Sílvia em estabelecer relações advinha do fato dela já estar doente.

Sílvia foi convidada a participar das atividades do hospital-dia. Sua mãe passou a participar do grupo de família. Sílvia veio a uma ou duas vezes às sessões, e não mais retornou. Eu fui vê-la em sua casa. Ela estava deitada num sofá, coberta da cabeça aos pés por um cobertor. Seus pais também estavam lá. Sua mãe me dizia que Sílvia estava sempre assim, deitada no sofá, não fazendo nada, “ela só levantava para comer”. Ela não ligava para nada. Essa era a razão porque seus irmãos e seu pai não conseguiam agüentar o seu comportamento. Principalmente o pai. Ele não tinha paciência com ela. Ele achava que ela sabia perfeitamente bem o que ela estava fazendo. Ela estava simplesmente “fazendo bom uso disso”. Ele (o pai) não podia entender: ele sempre havia sido um homem trabalhador, ele já havia passado

por muitas dificuldades na vida, mas ele continuava indo em frente. Ele havia sido jogador de futebol na sua juventude. Mas, ele havia sofrido um acidente que machucara as suas pernas e ele não pode mais jogar. Ele havia vindo para São Paulo trinta e oito anos atrás para procurar um emprego melhor e prosperidade para sua família. Só ilusões! Ele só havia podido comprar aquele terreno no qual eles viviam agora. A casa havia caído um ano atrás durante a enchente e eles haviam perdido tudo. Eles nem tinham dinheiro para acabar de construir a casa de novo.

Sílvia, neste momento, descobriu a cabeça e disse que ela odiava ser pobre. Seu pai havia trabalhado tanto para nada! Eles não tinham nada! Ela queria um pouco de conforto. Não valia a pena trabalhar!

Isabel, a mãe de Sílvia, me contou, enquanto caminhávamos no terreno em que estava sendo reconstruída a casa, que um de seus filhos havia tido também um "problema nervoso". Isso havia sido dez anos atrás. Ele havia sido mesmo internado no hospital. Ele havia perdido na loteria por apenas um ponto. Ele só chorava, não dormia mais, não comia mais, só chorava e culpava o jogador que havia feito o gol que havia dado a vitória ao outro time. Ele havia ficado mal mas agora estava bem. Ele estava trabalhando. Algumas pessoas diziam que "isso" era de família, dizia Isabel. Dois irmãos e uma sobrinha do marido tinham tido "esse problema" também. Mas, Isabel achava realmente que Sílvia havia sofrido um desapontamento amoroso; ela achava que Sílvia tinha tido um namorado e a relação não havia dado certo. Sílvia havia "guardado isso com ela, e isso havia afetado a mente dela". Para Isabel, entretanto, o que contava agora, era que Sílvia, depois de ter tomado a medicação, estava melhor: ela havia engordado, o "nervoso" geralmente emagrecia, e ela não estava mais tão agressiva. Como ela não estava também mexendo com ninguém, eles podiam agora tolera-la.

Como Sílvia havia parado de ir às atividades desenvolvidas no hospital-dia, e se recusava mesmo a comparecer ao Pronto Socorro para tomar a injeção mensal de Haloperidol, o psiquiatra decidiu ir pessoalmente a casa dela, e aplicar-lhe a injeção lá. Dois resultados seguiram-se a essa visita: o pai de Sílvia, compreendendo que o doutor não havia ido até a sua casa se o "problema de Sílvia" não fosse grave, veio pela primeira vez, em quase três meses de atividades, participar do grupo de família. Sílvia, ela própria, tornou-se um membro ativo do grupo de pacientes.

Tais anotações oferecem várias possibilidades de leitura, mas, como eu já havia observado, o meu objetivo aqui será fazer uma exposição sobre o tema original deste texto, antropologia e psiquiatria, para apresentar algumas possibilidades analíticas e verificar o seu potencial de exploração, a partir do próprio contexto narrativo que este caso oferece.

Contexto e narrativa na análise antropológica sobre o fenômeno mórbido

O que é central no plano da argumentação aqui, é que o padrão narrativo (tal como reconstruído a partir da fala dos informantes) aparece geralmente como operando uma referência dupla entre biografia e contexto, ao mesmo tempo que articula, ou tenta articular, a experiência da doença aos múltiplos e hierárquicos planos de exegese (biográfico, social, espiritual) que estão à disposição dentro do universo cultural do sujeito que narra a sua experiência.

Para Good (1994), a narrativa, concebida ela própria como estruturada segundo os padrões culturais "nativos", tem uma função na própria "modelagem" da doença. De acordo com o seu ponto de vista, a narrativa, ao "recontar" a experiência da doença, reúne acontecimentos passados em uma ordem significativa; ou seja, numa relação seqüencial por meio da qual as experiências e acontecimentos são significativamente ordenados em uma "estória", tanto em função da perspectiva presente e da biografia pessoal, quanto projetada prospectivamente, em direção a realização das aspirações e reorganização das estratégias vitais. Good (1994) sustenta ainda que, como os "rituais" e outros "dramas sociais", a narrativa se refere às contradições estruturais presentes na ordem social e à indeterminação presente nos períodos de crise.

Sob esse aspecto, mais do que "ordenar a experiência" vivida dos sujeitos (particularmente nos seus períodos de crise ou disruptura que a doença, ela própria, pode vir a significar) a narrativa, ao reestabelecer as relações entre doença e a biografia contextualizada dos sujeitos que dela se valem, revela as lacunas presentes na ordem social e entre esta e a experiência vivida naquilo que concerne aos valores que orientam a percepção de mundo. É esse particularmente o ponto que eu gostaria de explorar, a partir dos casos de psicose, dado, inclusive, que uma das suas características é o fato desta categoria aparecer, do ponto de vista psiquiátrico, como *anideíca*; ou seja, não obedecer uma seqüência de idéias tal como isso geralmente implica na compreensão do discurso do outro.

Tem-se, portanto, um problema e uma distinção a serem feitos: como apreender o discurso do paciente diagnosticado como psicótico pela prática psiquiátrica, se a sua característica é não se apresentar, em princípio, estruturado por uma seqüência de idéias por meio da qual o discurso se organiza e ordena a experiência? Podemos, é claro, apreender o discurso sobre a psicose ou sobre os psicóticos tal como este se apresenta tanto no plano dos saberes especializados quanto no plano do senso comum, e, neste último caso, estaríamos apreendendo o modo como a própria psicose é, por um lado, representada, e, por outro, experimentada pelos sujeitos que a sofrem. Gostaria de me deter neste ponto primeiramente.

O que convencionamos chamar em termos médico-psiquiátricos de "psicose" não aparece no discurso popular como uma categoria distinta. Mas, ainda que sujeita ao mesmo quadro de referências de determinação causal da "doença dos nervos" (que é a categoria, por excelência, a qual são referidos problemas de natureza físico-moral), um certo "estranhamento" em relação a um conjunto de comportamentos que ultrapassa essa configuração desloca a sua interpretação desse quadro explicativo, e essa "falta", localizada no aspecto eminentemente moral que o "nervoso" comporta, faz surgir a possibilidade de "fingimento".

O comportamento das pessoas assim afetadas, diferentemente da legitimidade da "doença dos nervos", que aparece como constitutiva da própria noção de pessoa (Duarte 1986), é, geralmente, interpretado como "vagabundagem", "preguiça"; ou seja, essas pessoas estariam "fingindo" para escapar das responsabilidades e atribuições em relação a família, principalmente aquelas derivadas da órbita do trabalho (e, dessa forma, o comportamento dessas pessoas aparece também como uma "afronta" aos pais). Como observava um dos pacientes: "eles nos chamam de louco por causa da preguiça"; a mãe de uma outra paciente dizia que a filha sofria de "preguicite aguda", assim como o irmão de Sílvia questionava perplexo, como "aquilo" não podia ser "vagabundagem" se nas horas das refeições a irmã, que permanecia a maior parte do tempo deitada e com a cabeça coberta, levantava-se para comer.

Para os próprios pacientes psicóticos essa "falta" também está presente: uma ausência de explicação possível para aquilo que os acomete. O discurso não se completa, e aqui eu não estou me referindo ao discurso do sujeito durante o surto psicótico, quando a fragmentação do discurso aparece ela própria como uma das características

básicas da manifestação da desordem pela irrupção de imagens e alucinações auditivas que, aparentemente, quebra a sua coerência verbal, mas do discurso, enquanto tentativa de ordenar e tornar acessível ao outro uma experiência que ela própria aparece para esses pacientes como dissociada (pelo menos para aqueles que, sem estarem cronicizados, essa exigência ainda se mantém).

O discurso sobre a experiência psicótica não se fecha em uma possibilidade de explicação que faça sentido para os próprios sujeitos que o estão formulando, mas são aventadas simultaneamente causas variáveis para explicar o que está acontecendo com eles, sem que essas possíveis razões se articulem entre si ou possam conter a possibilidade de integrar essa experiência em um todo reflexivo. Por exemplo, um mesmo paciente atribuiu o seu “problema nervoso” a simultaneamente: um trauma de infância no qual ele foi ameaçado de estupro; por ter uma vez batido com a cabeça fortemente no chão; ou ainda porque ele costumava trabalhar como lixeiro e o mal cheiro “estragou” a cabeça dele; a falta de comunicação dentro de casa, principalmente a rudeza do seu pai; mas poderia ser, eventualmente, um problema espiritual, mas quem sabe ainda, por meio de uma tomografia computadorizada, os médicos não poderiam ver o que havia de errado com a cabeça dele?

Claro que essas múltiplas interpretações ou levantamento de possibilidades explicativas, que sugeririam também o seu possível “outcome”, não se restringem somente a experiência que esta sendo chamado aqui psicótica, mas constituem a qualidade “subjuntiva” própria à experiência da doença e a sua construção narrativa (Good 1994), podendo, inclusive, serem compreendidas dentro dos complexos sistemas de interpenetrações causais colocados à disposição dos sujeitos pelos planos possíveis de exegeses próprios a essa construção, tal como é o caso da “doença dos nervos”.

O que parece significativo no discurso do paciente psicótico é que ele se interrompe pela impossibilidade de comunicar a “diferença” daquilo que outras pessoas pensam, fazem e vêem e o que “eles” pensam, fazem, e vêem, e é sobre essa diferença que a fala se interrompe (“não posso falar sobre isso”, dizia uma paciente), para fazer emergir a questão que aí subjaz: o que esta acontecendo comigo, se um dia “isso” pode ser resolvido, como Sílvia perguntava (e ficava sem resposta). Para esses pacientes, o “consolo” subsistia no interior de uma verdade a ser revelada, e que era incomunicável, ou no esquecimento que alguns outros desejavam.

Psiquiatria, antropologia e políticas públicas de saúde mental

Tem sido comumente aceito pela bibliografia (e eu já havia me referido a isto antes) que a série de reformas institucionais no setor médico-psiquiátrico foi decorrente das políticas estatais do período pós-guerra. Tanto a previdência social quanto os cuidados médicos tornaram-se elementos de uma ampla política referente ao que passou a ser chamado o “Estado de bem-estar social”. Essa bibliografia também salienta que as crises fiscais que se sucederam no plano do Estado levaram a uma mudança progressiva do modelo assistencial proposto, resultando em uma estratégia política que, tentando manter o equilíbrio entre os crescentes gastos com a assistência médica e previdenciária e o aumento da demanda populacional por esses serviços, foi a de simultaneamente reduzir a provisão direta de serviços (incentivando o setor privado e cortando gastos com instituições de caro custeio como os hospitais psiquiátricos) e promover programas integrados de cuidados médicos comunitários.

Também a literatura mais específica sobre o processo de “desinstitucionalização” da assistência psiquiátrica pública observa que este seguiu o desenvolvimento das políticas de bem estar social, resultando na sua progressiva integração aos serviços assistenciais comunitários (Busfield 1986; Scull 1984; Warner 1985). Outros fatores, que também são apontados como relevantes nesse processo, seriam as mudanças nos cuidados terapêuticos pela descoberta dos princípios ativos dos psicofármacos, os programas de reabilitação e as experiências terapêuticas comunitárias do pós-guerra, além da integração das teorias psicológicas na prática psiquiátrica.

Sob esse aspecto, a asserção comumente aceita segundo a qual o Estado “reapropriou” o discurso revolucionário da anti-psiquiatria, perde a variabilidade das relações entre os processos políticos e as políticas sociais. Por um lado, o próprio Basaglia (1985) já observava que as reformas nos asilos psiquiátricos não haviam tocado nas suas estruturas funcionais. Procuraram muito mais melhorar o atendimento prestado buscando a sua maior operacionalidade e eficácia do que propriamente promoveram uma mudança radical no interior dessas instituições. Por outro lado, tal como Sedgwick (1982) aponta, o movimento da anti-psiquiatria parece ter se mostrado inadequado tanto para lidar com a experiência subjetiva da doença mental quanto com as questões político-sociais referentes à sua assistência.

Cabe, entretanto, salientar que foram essas reações contra os aspectos de controle e estigmatização presentes no cuidado institucional

e na demanda pela extensão aos “doentes mentais” dos direitos civis e dos benefícios sociais, que seriam supostamente compartilhados por toda a comunidade, que foram usadas para promover as ainda recentes ações que visam a progressiva retirada de pacientes dos hospitais psiquiátricos e a implantação de um serviço de atendimento ambulatorial, por meio das quais se espera promover a própria mudança das representações e comportamentos sociais relativos a doença mental e aos pacientes psiquiátricos. O modo, entretanto, como essas mudanças foram operacionalizadas revela algumas das contradições do modelo assistencial proposto assim como as suas limitações.

O trabalho de Vasconcelos (1992) sobre o sistema de atendimento ambulatorial no Brasil aponta que a sua prioridade formal tem sido subestimada. O modelo dominante de assistência prestado tem selecionado a clientela de acordo com o seu background sócio-cultural e econômico, e ex-pacientes das instituições psiquiátricas que necessitam tratamento continuado não estão recebendo os cuidados devidos. Seus dados confirmam pesquisas anteriores que têm salientado que o modelo psicológico que domina o serviço assistencial prestado não é adequado para tratar a clientela proveniente das classes trabalhadores (a quem, de fato, esse serviço deveria ser direcionado), a qual se orienta por outros modelos classificatórios e terapêuticos sobre o sofrimento psíquico (Duarte 1985).

Tal como havia sido observado anteriormente (Cardoso 1999), o resultado da integração da prática psiquiátrica à clínica médica tem sido o tratamento extensivo de morbidades consideradas de acordo com a classificação nosológica médica como psicossomáticas e o consumo em larga escala de medicamentos psicotrópicos. Sob esse aspecto, alguns autores [Birman (1980), por exemplo] consideram que a integração do atendimento psiquiátrico ao sistemas comunitários de saúde alargou consideravelmente o campo do controle social exercido pelos serviços médicos, os quais passaram, virtualmente, a englobar as relações interpessoais como parte da intervenção realizada. Dessa forma, a dimensão política que “saúde” e “saúde mental” passaram a ter como parte do apelo público a bens e serviços sociais torna-se ambígua, uma vez que largamente dependente dos interesses políticos e modelos hegemônicos de cuidados médico-assistenciais. Pode-se mesmo acompanhar esse processo no Brasil, levando-se em consideração o próprio modelo de assistência comunitária à saúde que foi aqui introduzido. Tomarei como referência dois trabalhos anteriores que trataram do tema (Cardoso 1996, 1999).

O modelo comunitário de assistência médica começou a ser implantado no Brasil em 1974, de acordo com os princípios definidos pela VI Conferência Nacional de Saúde e pela Lei 6.229 de 1975 que criou o Sistema Nacional de Saúde. De acordo com esses princípios, a ênfase do sistema de atenção à saúde deveria recair sobre o aspecto preventivo, a ser realizado por meio da extensão dos cuidados primários para as periferias urbanas e zonas rurais. Foi também proposto um modelo de assistência médica baseado numa estrutura regional e hierárquica que deveria ser capaz de integrar a "rede médico-sanitária" com a já existente "rede médico-hospitalar". Os cuidados médicos deveriam também, de acordo com esse modelo, serem iniciados nos postos e unidades municipais e distritais de saúde, e a clientela referida para serviços hospitalares especializados de acordo com a gravidade da avaliação clínica realizada.

Data desta época o lançamento dos primeiros programas de alcance nacional para prover assistência médica extensiva, tais como o PIASS (Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento) em 1976 e o PREV-SAÚDE (Programa Nacional de Ações Básicas de Saúde). O primeiro plano nacional de saúde mental, PISAM (Programa Integrado de Saúde Mental) foi formulado também durante esse período, em 1977, pela então criada DINSAM (Divisão Nacional de Saúde Mental), de acordo com as diretrizes gerais da Portaria Ministerial 32/BSB de 22 de janeiro de 1974. De acordo com essas diretrizes, o principal objetivo do programa seria o de criar um serviço de atendimento ambulatorial por meio da progressiva inclusão da assistência psiquiátrica à rede básica de serviços de saúde então proposta.

Tais reformas no sistema médico oficial afetaram também o antigo instituto de previdência social (INAMPS, hoje INSS), que lançou em 1982 um programa chamado CONASP (Conselho Consultivo e Administrativo de Saúde Previdenciária) para prover atendimento médico-psiquiátrico em conjunto com a rede pública. O programa procurava reafirmar a mesma diretriz já anunciada para o sistema de saúde pública, qual seja, a de assegurar a provisão de cuidados médicos por meio de um sistema unificado, regionalizado e hierarquizado de saúde. Sob esse aspecto, a legislação constitucional que criou o SUS (Sistema Único de Saúde) e estabeleceu suas diretrizes básicas⁷ representa o resultado de todos estes programas anteriores que têm sido objeto das políticas públicas na área desde a década de 70.

Justificando tais mudanças no modelo de atenção à saúde pública, tais programas visavam simultaneamente o controle dos custos,

a racionalização dos serviços prestados e a extensão dos cuidados médicos por meio da rede básica de saúde à toda população que tinha até então permanecido aparte de qualquer assistência médica sistemática. Em relação à assistência psiquiátrica, os programas recomendavam ainda que esta deveria ser prestada principalmente por meio dos serviços ambulatoriais, prevendo-se a inclusão gradual de enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais, criação de serviços alternativos como hospitais-dia e casas protegidas, e a introdução de equipes multiprofissionais no atendimento prestado. Além desses aspectos, a identificação de problemas graves tanto no gerenciamento das instituições asilares públicas e privadas quanto nos cuidados prestados (internações desnecessárias, altas taxas de readmissões, manipulações de diagnósticos para postergar altas, etc.) deram maior apelo aos projetos de reformas propostos que contaram ainda com a mobilização de organizações políticas e profissionais que vinham já algum tempo denunciando as precárias e degradantes condições da vida institucional asilar às quais os pacientes psiquiátricos estavam submetidos.

Durante esse período, reformas progressivas foram feitas em algumas instituições asilares públicas, como, por exemplo, decréscimo do número de pacientes internados por meio de alta ou transferência, implementação de melhores condições de vida e tratamento no interior dessas instituições, criação de unidades ambulatoriais, e mudanças gerais nos modelos de provisão de serviços por meio da ênfase em medidas preventivas com a incorporação da assistência psiquiátrica à rede básica de saúde e a reintegração do doente mental na família e na comunidade (Delgado 1987; Resende 1987; Vasconcelos 1992).

O trabalho de Stoltenborg (1995), que trata de verificar o modo como essas reformas, definidas e priorizadas pelas políticas estatais⁸, vêm efetivamente sendo implementadas, a partir de um estudo de caso em uma instituição pública do Estado de São Paulo, na cidade de Casa Branca, demonstra que essas reformas, apesar do seu caráter aparentemente progressista e humanista, obedecem de fato a uma lógica muito mais administrativa do que propriamente terapêutica. O trabalho também observa que, apesar dessas reformas estarem imbuídas de uma proposta de reintegração dos pacientes na família e na comunidade (requerendo, por outro lado, que família e comunidade participem e se integrem ao atendimento proposto), as dificuldades para tal residem não somente na formação de uma estrutura adequa-

da de serviços mas também toca numa outra questão que tem até então merecido pouca atenção dos formuladores dessas propostas: o âmbito das práticas e representações sociais sobre a doença mental.

De fato, quando essa questão é referida, tais práticas e representações aparecem como “mistificações” (supondo, portanto, um “programa educacional” para mudar “as representações coletivas e comportamentos populares sobre a doença mental”, os quais, supostamente, teriam levado à legitimação das instituições asilares como modelo publicamente reconhecido de tratamento⁹) e/ou “empecilhos” ao pleno desenvolvimento dos novos modelos terapêuticos¹⁰(os quais supõem, por sua vez, não somente o apoio público ao novo modelo assistencial descentralizado da instituição asilar como também a integração do doente mental à própria comunidade). Trata-se, em suma, de promover uma mudança na própria visão que a sociedade tem sobre a “doença mental” como forma de operacionalizar o novo modelo proposto.

O que é interessante, e o que eu gostaria particularmente de salientar, é que, em primeiro lugar, o que aparece como “representações coletivas e comportamentos” sobre a “doença mental” (para utilizar o mesmo referencial do documento citado) diz respeito tanto a uma “visão” da sociedade sobre a “doença mental” quanto a uma prática social legitimada pelo próprio poder público desde o século XIX, quando o movimento de reforma, então em curso na Europa, cria os primeiros asilos para o confinamento dos chamados “alienados mentais”. A literatura sobre o tema é extensa e bastante conhecida, particularmente o trabalho de Foucault (1978), mas cabe mencionar que, no seu conjunto, ela aponta para o modo como a formação da estrutura asilar estava relacionada com o próprio projeto moral, disciplinar e político da sociedade ocidental moderna.

Outros autores (Skultans 1979; Showalter 1985; Grob 1990), que focaram seus trabalhos sobre os aspectos ideológicos e regulatórios das concepções sociais sobre a insanidade durante o mesmo período (em contraposição, a princípio, aos autores mencionados anteriormente que desenvolveram suas análises dentro de um campo teórico relativo aos mecanismos de poder e coerção das instituições psiquiátricas tais como elas aparecem na sociedade ocidental moderna), observam que a construção do conhecimento médico sobre a loucura aparece no jogo da reprodução, sob a forma aparentemente “científica” e “profissional”, de axiomas culturais cujos padrões só podem ser apreendidos por meio da sua mútua referência ao “senso comum” (como conjunto de repre-

sentações publicamente compartilhadas) a as tradições intelectuais e políticas a partir das quais o seu aporte ideológico se forma.

Se, por um lado, a formação da psiquiatria como campo institucional e profissional se encontra vinculada ao ideário político-ideológico da nascente sociedade moderna que se consolida no século XIX, por outro, ao ser criada como campo "autônomo" de conhecimentos e saberes especializados, esta passa a "responder" pública e legitimamente pelas concepções e práticas sociais sobre a "doença mental" que se formaram no bojo desse processo. Essa é uma questão controversa, largamente dependente do aporte teórico dos autores que trataram do tema e a qual pode mesmo ser trazida para o contexto contemporâneo com o recente desenvolvimento de pesquisas etnográficas sobre as representações ocidentais sobre a doença mental, tanto no plano das concepções populares sobre a "loucura" quanto no plano das formulações médicas sobre as enfermidades mentais.

Desenvolvendo pesquisas sobretudo na Europa e nos Estados Unidos, certos autores observam, por exemplo, que há uma convergência entre o discurso médico e o discurso popular sobre a doença mental, sugerindo que a avaliação clínica teria como base o senso comum (Marsella e Write, 1982). Essa convergência derivaria da referência comum às noções ocidentais de comportamento social e doença. Sob esse ponto de vista, Gaines (1982) sugere que a prática psiquiátrica está relacionada com os modelos implícitos de "pessoa" e "loucura" que fazem parte da tradição cultural ocidental. Littlewood (1989; 1990) também sugere que grande parte do conhecimento psicanalítico e psiquiátrico seria, de fato, uma "profissionalização" das concepções populares sobre os distúrbios de natureza psíquica, em contraposição a autores como Downey (1967), que considera que a classificação popular de causas e sintomas da doença mental refletiria os aspectos morais, mentais e interpessoais relacionados aos três tipos básicos de modelos explicativos (moralista, neuro-biomédico, e psicanalítico) que foram desenvolvidos no âmbito da cultura ocidental e se tornaram parte da cultura geral.

Tanto uma perspectiva quanto a outra, entretanto, não levam em consideração os processos por meio dos quais certas concepções se tornam dominantes e o papel do conhecimento profissional nas relações de poder ao legitimarem determinados "arranjos sociais" e reproduzirem essas concepções como "conhecimento científico", ao incorporarem premissas supostamente fundadas nas ciências biomédicas, como Young (1980), por exemplo, mostrou em

relação a noção de "stress", tal como esta é usada pela classe média norte-americana.

Trata-se, assim, não de avaliar se as concepções populares vigentes sobre a "doença mental" são a base do conhecimento profissional que se formou na sociedade ocidental moderna, ou, inversamente, o resultado do processo de difusão desse conhecimento, mas torna-se necessário investigar o modo como essas concepções são social e culturalmente construídas, "negociadas" e legitimadas. Sob esse aspecto, pesquisas comparativas sobre a etiologia e o tratamento das doenças mentais têm demonstrado que antes de serem "enfermidades" clinicamente definidas as "doenças mentais" são construções sociais. Do mesmo modo, os diagnósticos psiquiátricos tanto aparecem eles próprios como construções sociais, relacionados aos paradigmas da ciência médica ocidental, como baseados na avaliação clínica, na qual se defrontam as perspectivas dos pacientes com aquelas dos profissionais encarregados dos tratamentos terapêuticos (Kleinman 1988).

Tendendo a conceber "cultura" como sistema cognitivo, a reorientação pós-moderna no campo disciplinar da antropologia deu uma nova direção também em relação a essa temática, levando tanto ao exame dos conceitos de doença como parte dos sistemas simbólicos culturalmente ordenados quanto ao modo como a experiência da doença aparece articulada a esses mesmos sistemas (Good 1994; Littlewood 1990; Marsella and White 1982). Sob esse prisma, essa "reorientação" no campo da antropologia significou um avanço sensível nas pesquisas realizadas na área de antropologia médica, que tendiam até então estarem centradas no estudo dos sistemas classificatórios locais como fonte de dados comparativos usados para observar a distribuição cultural e padrões de manifestação de determinados tipos de manifestações patológicas ("culture bound syndromes"), sendo que os sistemas explicativos e terapêuticos nativos eram somente percebidos como partes dos "sistemas locais de crenças" e as terminologias nativas usadas para promoverem a comparação com o sistema ocidental moderno de diagnóstico.

Cabe, entretanto, observar que a asserção segundo a qual "doença" é um fenômeno grandemente experimentado no domínio da organização cognitiva da cultura (e também, sob outro aspecto, na estrutura social por onde ela se manifesta) não significa, tal como na perspectiva da prática médica contemporânea (e dos discursos construídos em torno desta prática), que "sociedade" ou "cultura"

possam ser então identificadas como fontes de empecilhos para a plena realização dos ideais comunitários de saúde, atribuindo, por exemplo, as dificuldades para a remodelação do sistema de atendimento psiquiátrico às “representações coletivas e comportamentos populares sobre a doença mental”. Eles o são, mas da perspectiva dos programas de saúde pública que almejam modifica-los para adequa-los às suas novas propostas.

De fato, a identificação de problemas sociais na base das políticas públicas de saúde pode, por um lado, levar a uma avaliação das diferenças culturais (sócio-econômicas ou étnicas) como “causas” desses problemas, validando, por esse meio, projetos “educacionais” ou intervenções “terapêuticas” que são então elaborados e tidos como finalidade política legítima [geralmente levando ao que Farmer (1992) designa como políticas de “culpar a vítima”]. Por outro lado, as associações entre fatores sociais, grupos populacionais e prognósticos de doenças são altamente dependentes dos significados culturais atribuídos a esses aspectos, por meio dos quais as “doenças”, assim identificadas, podem ser efetivamente entendidas como em função de uma determinada ordem social, tanto quanto os sistemas terapêuticos desenvolvidos para o seu controle.

Sob esse prisma, a dialética entre contexto social e políticas públicas pode elucidar como são manejados os episódios de doença tal como eles são circunscritos tanto pelo significado cultural que lhes é atribuído quanto pelos recursos terapêuticos que são então colocados à disposição para o seu controle. DiGiacomo observa que a percepção da relação entre saúde, economia política e doença, tanto como experiência pessoal quanto como construto cultural, necessita combinar *“the reflexive awareness of its contextual grounding in both popular and biomedical discourse of illness, with which it exchanges meanings and from which it borrows dominating power”* (DiGiacomo 1992: 109).

Tais observações não pretendem desconsiderar o apelo progressista e reformista das novas políticas de saúde mental, mas somente apontar que a sua “eficácia” como proposta “terapêutica” (que até então tem se mostrado ilusória), como projeto político ou ainda como elemento de transformação da percepção social sobre a doença mental ou sobre os seus condicionantes, não pode prescindir de uma avaliação dos seus próprios fundamentos. Da mesma forma, a maneira como se pretende integrar a clientela aos serviços assistenciais propostos não pode desconsiderar o modo como a experiência do distúrbio é construída tanto socialmente quanto por aqueles que a experimentam.

Sheper-Hughes (1987), baseada em dados de uma pesquisa sobre o impacto da desinstitucionalização em pacientes egressos de um hospital em Boston, observa que mesmo os pacientes gravemente comprometidos são sensíveis aos significados culturais e valores sociais atribuídos aos episódios psicóticos, sugerindo que o reconhecimento dos sintomas denotativos de doença mental podem ser em função da tolerância da família para certos tipos de comportamento.

O relato que apresentei anteriormente indica que, para a classe trabalhadora, habitante das periferias urbanas brasileiras, além de uma avaliação negativa dos pacientes psiquiátricos como membros não trabalhadores da família (aventando-se mesmo hipóteses de simulação), os pacientes psiquiátricos são vistos como constantes fontes de problemas, perturbando o ritmo das atividades quotidianas e tencionando ainda mais as já instáveis relações familiares. Sob esse aspecto, o comportamento da pessoa que se torna "doente" passa a ter um aspecto significativo no drama "familiar" que o surto psicótico representa, ao catalisar conflitos e localizar o sujeito na rede das suas relações familiares e de vizinhança.

Os julgamentos morais que são então construídos, principalmente pelo fato desses pacientes não "trabalharem", são também considerados valores negativos para esses próprios pacientes. Similarmente aos resultados da pesquisa realizada por Estroff (1982), que acompanhou pacientes norte-americanos que também faziam parte de um grupo de tratamento psiquiátrico comunitário, o fato dos pacientes integrados ao programa do hospital-dia que serviu como base da pesquisa em Brasilândia receberem benefícios previdenciários, como pensões ou auxílios-doença, reforça a percepção da diferença, ao atestarem publicamente a incapacidade desses pacientes para o trabalho. O mesmo acontece com o uso contínuo da medicação psicotrópica que, além de reverter em efeitos colaterais percebidos como desagradáveis, tal como a ameaça da impregnação, atesta também para esses pacientes a sua condição permanente de "doentes".

Paradoxalmente, os aspectos que deveriam ser considerados benéficos do ponto de vista dos programas desenvolvidos para atender esses pacientes (proteção previdenciária e possibilidade de controle dos episódios psicóticos pelo uso da medicação psicotrópica) revertem em elementos que se tornam estigmatizantes por parte da própria percepção que esses mesmos pacientes constroem sobre a sua própria condição. Talvez porque, essencialmente, deslocar os aspectos morais contidos na percepção social sobre os comportamentos

manifestos desses pacientes e os seus significados na dinâmica das relações familiares, para uma esfera de cuidados profissionais que os trata como sintomas pontuais a serem medicamente controlados dentro de um quadro sindrômico, para supostamente permitir a permanência e/ou reintegração desses pacientes na sociedade mais ampla, não seja suficiente para dar conta da experiência tanto subjetiva quanto social do sofrimento psíquico que requereria justamente a reelaboração narrativa e contextual para se expressar; ou seja, o domínio das representações e práticas coletivas que a regulam.

Obs.: Quando retornei, no final de 1994, a reencontrar o grupo de profissionais de saúde mental que havia sido encarregado da proposta de criação do hospital-dia junto ao Pronto Socorro da Freguesia do Ó, o hospital já havia sido fechado em consequência das novas políticas de saúde implementadas pelo governo de Paulo Maluf, o grupo se dispersado e Sílvia reinternada, junto com um de seus irmãos que também havia entrado em surto psicótico. O irmão que a levava, naquele 05 de julho de 1992, ao Pronto Socorro.

Referências Bibliográficas

- BASAGLIA, F. 1985. *A instituição negada*. Rio de Janeiro: Graal.
- BIRMAN, J. 1980. *Enfermidade e loucura: sobre a medicina das inter-relações*. Rio de Janeiro: Campus.
- BOLTANSKI, L. 1979. *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro: Graal.
- BUSFIELD, J. 1986. *Managing madness: changing ideas and practices*. Londres: Hutchinson.
- CANESQUI, A. M. 1994. "Notas sobre a produção acadêmica de antropologia e saúde na década de 80". In: P. C. ALVES e M. C. S. MINAYO (eds.), *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz..
- CARDOSO, M. 1994. *The volunteers from the North: social construction of mental disorders among internal migrants in Brazil*. Ph.D. Dissertation, London University.
- CARDOSO, M. 1996. "Reforma do modelo assistencial psiquiátrico: política e contexto". *Teoria e Pesquisa*, 16-17: 59-69.
- CARDOSO, M. 1999. *Médicos e clientela: sobre a assistência psiquiátrica à comunidade*. São Carlos: FAPESP/ EdUFSCar.
- DELGADO, P. G. C. 1987. "Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil". In: N. R. Costa e S. A. Tundis (org.), *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes.
- DiGIACOMO, S. M. 1992. "Metaphor as illness: postmodern dilemmas in the representation of body, mind and disorder". *Medical Anthropology* 14(1): 109-137.
- DONNANGELO, M. C. F. 1978. *Medicina e sociedade*. São Paulo: Pioneira.
- DOUGLAS, M. 1975 *Purity and danger: an analysis of the concepts of pollution and taboo*. Londres: Ark Paperbacks.
- DOWNEY, K. J. 1967. "Public images of mental illness: a factor analytic study of causes and symptoms". In: *Social Science and Medicine* 1:45- 65.

- DUARTE, L. F. D. e ROPA, D. 1985. "Considerações teóricas sobre a questão do atendimento psicológico as classes trabalhadoras". In: S. Figueira, (org.) *Cultura da psicanálise*. São Paulo: Brasiliense.
- DUARTE, L. F. D. 1986. *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor/CNPq.
- ESTROFF, S. E. 1982. "Long term psychiatry clients in an American community: some socio-cultural factors in chronic mental illness". In: N. J. Chrisman e T. Marezki (org.), *Clinically applied anthropology*. Dordrecht: Reidel.
- EVANS-PRITCHARD, E. E. 1973 *Witchcraft, oracles and magic among the Azande*. Oxford: Oxford University Press.
- FARMER, P. 1992. *AIDS and accusation: Haiti and the geography of blame*. Berkeley e Los Angeles: University of California Press.
- FASSIN, D. 1984. "Anthropologie et folie". *Cahier Internationaux de Sociologie* LXXVII: 237-272.
- FOUCAULT, M. 1978. *História da loucura na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva.
- FOUCAULT, M. 1981. "O nascimento da medicina social". In: *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal.
- GAINES, A. D. 1982. "Cultural definitions, behavior and the person in American psychiatry". In: A. J. Marsella e G. M. White (org), *Cultural conceptions of mental health and therapy*. Dordrecht: Reidal.
- GOOD, B. J. 1994. *Medicine, rationality, and experience: an anthropological perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- GROB, G. N. 1990. "Marxian analysis and mental illness". In: *History of psychiatry* I: 223-232.
- KLEINMAN, A. 1988. *Rethinking psychiatry: from cultural category to personal experience*. New York: Free Press.
- LÉVI-STRAUSS, C. 1974. "Introdução à obra de Marcel Mauss". In: Mauss, M. *Sociologia e antropologia*. São Paulo: EdUSP/EPU.
- LÉVI-STRAUSS, C. 1975a. "A eficácia simbólica". In: *Antropologia estrutural*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- LÉVI-STRAUSS, C. 1975b. "O feiticeiro e sua magia". In: *Antropologia estrutural*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- LEWIS, I. 1977. *Êxtase religioso*. São Paulo: Perspectiva.
- LITTLEWOOD, R. e LIPSEGE, M. 1987. "The butterfly and the serpent: culture psychopathology and biomedicine". *Culture, Medicine and Psychiatry*, 11: 289-335.
- LITTLEWOOD, R. 1989. "Science, shamanism, and hermeneutics". *Anthropology Today*, 5 (1) : 5-11.
- LITTLEWOOD, R. 1990. "From categories to contexts: a decade of the 'new cross cultural psychiatry'". *British Journal of Psychiatry*, 156: 308-327.
- LITTLEWOOD, R. 1991. "Against pathology: the new psychiatry and its critics". *British Journal of Psychiatry*, 159: 696-702.
- LOUGON, M. 1993. "Desinstitucionalização da assistência psiquiátrica: uma perspectiva crítica". *Physis*, 3 (2): 137-164.
- LOYOLA, M. A. 1984. *Médicos e curandeiros: conflito social e saúde*. São Paulo: DIFEL.
- MACHADO, R. et al. 1978. *Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal.
- MALLOY, J. 1976. "Política de bem-estar no Brasil: histórico, conceitos e problemas". *R. Administração Pública*, 10 (2): 5-29.
- MARSELLA, A. J. e WHITE, G. M. (org.). 1982. *Cultural conceptions of mental health and therapy*. Dordrech: Reidal.

- MONTERO, P. 1985. *Da doença a desordem: as práticas mágico-terapêuticas na umbanda*. Rio de Janeiro: Graal.
- MORGAN, L. 1993. *Community participation in health: the politics of primary care in Costa Rica*. Cambridge: Cambridge University Press.
- QUEIROZ, M. de S. 1991. *Representações sobre saúde e doença: agentes de cura e pacientes no contexto do SUDS*. Campinas: UNICAMP.
- RESENDE, H. 1987. "Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica". In: N. R. Costa e S. A. Tundis (org.), *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes.
- ROSEN, G. 1980. *Da polícia médica à medicina social*. Rio de Janeiro: Graal.
- SCHEPER-HUGHES, N. 1987 "Mental in Southie: individual, family and community responses to psychosis in South Boston". *Culture, Medicine and Psychiatry* 11: 53-78.
- SCULL, A. T. 1979. *Museum of madness: the social organization of insanity in the nineteenth century*. Londres: Allen Lane.
- SEDGWICK, P. 1982. *Psychopolitics*. Londres: Pluto Press.
- SHOWALTER, E. 1985. *The female malady: women, madness and English culture 1830-1980*. Londres: Virago.
- SINGER, P. et al 1978. *Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária.
- SKULTANS, V. 1979. *English madness: ideas on insanity, 1580-1890*. Londres: Routledge & Kegan Paul.
- STOLTENBORG, A. 1995. *Desinstitucionalização: o que muda para o doente mental*. Monografia de graduação. Universidade de São Carlos.
- SWARTZ, L. 1992. "Professional ethnopsychiatry in South Africa: the question of relativism". In: A D. Gaines (org) *Ethnopsychiatry: the cultural construction of professional and folk psychiatries*. Albany: State University of New York Press.
- THROITS, P. e ANGEL, R. 1987. "The impact of culture on the cognitive structure of illness". In: *Culture, Medicine and Psychiatry* 11: 465-484.
- TURNER, V. 1974. *O Processo Ritual*. Petrópolis, Vozes.
- VASCONCELOS, E. M. 1992. *The new alienists of the poor: developing community mental health services in Brazil- 1978/1989*. Ph.D Dissertation, London University.
- YOUNG, A. 1980. "The discourse on stress and the reproduction of conventional knowledge". *Social Science and Medicine* 14B: 133-146.
- WARNER, R. 1985. *Recovery from schizophrenia: psychiatry and political economy*. Londres: Routledge & Kegan Paul.
- ZOLA, I. K. 1966. "Culture and symptoms: an analysis of patients' presenting complaints". *American Sociological Review* 3: 615-630.

Notas

¹ Palestra feita junto ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina em maio de 2000, sob o título *Perspectivas atuais da investigação antropológica aplicada à psiquiatria*, cuja versão preliminar, mais especificamente o item 3 deste texto, foi originalmente publicada na Revista *Teoria e Pesquisa*, Vol. 16-17, do Departamento de Ciências Sociais da Universidade Federal de São Carlos, em 1996.

² Canesqui (1994) apresentou um trabalho sobre essa produção no Brasil durante a década de 80, no qual faz também algumas referências à produção norte-americana, inglesa e francesa.

³ Para uma análise desse processo no Brasil ver Malloy (1976).

⁴ Morgan (1993) mostra, por exemplo, por meio de uma análise sobre o atendimento primário na Costa Rica, tido como modelo pela OMS, como as questões relativas à saúde pública, colocadas no fórum político da participação comunitária, foram, de fato, muito mais usadas como “slogans” para subsidiar disputas político-partidárias do que propriamente representaram uma melhoria efetiva dos serviços de saúde locais.

⁵ Sob esse aspecto, ver o trabalho de Morgan (1993) sobre o modelo de atendimento primário implementado na Costa Rica.

⁶ Cardoso (1999), sobre migrantes rurais e o discurso sobre a “doença dos nervos” no Brasil; Swartz (1992), sobre discriminação racial na África do Sul; e Gaines (1982) sobre essa mesma questão com base em dados provenientes dos Estados Unidos da América.

⁷ Governo Federal. *Constituição da república federativa do Brasil*, Secção II, Art. 198, Brasília, 1988.

⁸ Dentre eles, particularmente o *Plano de atenção a saúde mental no Estado de São Paulo- Quadriênio 1991-94*, Governo do Estado de São Paulo/Secretaria de Estado da Saúde, São Paulo, 1991.

⁹ Sob esse aspecto, ver, por exemplo, o documento *Avaliação dos 3 anos da política de saúde mental democrática e popular do município de São Paulo e o Plano de metas para 1992*, Prefeitura do Município de São Paulo/ Secretaria Municipal da Saúde/ Assessoria de Saúde Mental, São Paulo, apostila, 1992.

¹⁰ No texto de Stoltenborg, por exemplo, a não cooperação da família aparece como um dos fatores principais que explicariam a não recuperação dos pacientes, de acordo com as novas diretrizes do modelo terapêutico proposto.