

HUMBERTO BARBOSA DE FREITAS

SAÚDE E DOENÇA MENTAL NO MEIO RURAL

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Extensão Rural, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

VIÇOSA
MINAS GERAIS – BRASIL
2010

**Ficha catalográfica preparada pela Seção de Catalogação e
Classificação da Biblioteca Central da UFV**

T

F862s
2010

Freitas, Humberto Barbosa de, 1974-
Saúde e doença mental no meio rural / Humberto Barbosa
de Freitas. – Viçosa, MG, 2010.
xi, 156f. : il. (algumas col.) ; 29cm.

Inclui anexos.

Orientador: France Maria Gontijo Coelho.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Viçosa.

Referências bibliográficas: f. 144-149.

1. Saúde mental. 2. Identidade (Psicologia).
3. Representações sociais. I. Universidade Federal de
Viçosa. II. Título.

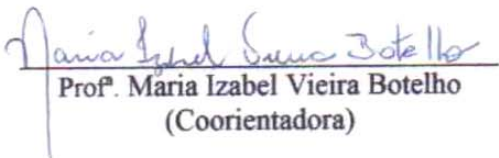
CDD 22. ed. 614

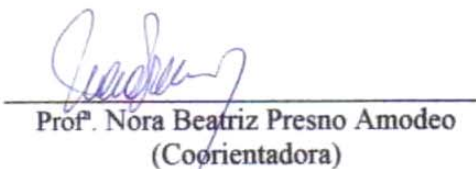
HUMBERTO BARBOSA DE FREITAS

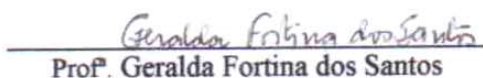
SAÚDE E DOENÇA MENTAL NO MEIO RURAL

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Extensão Rural, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

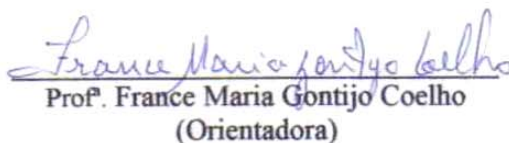
APROVADA: 11 de junho de 2010.


Prof.^a Maria Izabel Vieira Botelho
(Coorientadora)


Prof.^a Nora Beatriz Presno Amodeo
(Coorientadora)


Prof.^a Geralda Fortina dos Santos


Prof. Jubel Barreto


Prof.^a France Maria Gontijo Coelho
(Orientadora)

Dedico esta dissertação a
todos aqueles que, de
alguma forma, foram
prejudicados por minha
falta de tempo, maior
injustiça a que,
involuntariamente, uma
pesquisa acadêmica
conduz: meus pais, meus
amigos, os pacientes a
quem assisto.

A CRIATURA E SUA LOUCURA

A loucura é velha como a criatura...
Nasceram do mesmo ventre,
pintadas de verde,
na mesma hora da noite e do dia...
Banharam-se nas águas vermelhas
do mesmo rio
E se nutriram juntas
de fome e de frio
no seio materno.

A criatura, morena, queimada de sol,
a loucura, cinzenta, molhada de chuva.
Se uma delas se pronuncia,
a outra emudece...
se a primeira sorri,
a segunda entristece
e batem sozinhas os pés sobre o chão...
Quando a loucura desperta,
a criatura vira para o canto
e finge que adormece
sem dar satisfação...

Vão vivendo e convivendo assim,
meditando as overdoses
de gritos e silêncios,
persignando mil vozes
para ganhar o céu.

Laene Teixeira Mucci,
Versos Peregrinos
Ponte Nova, janeiro de 2010.

AGRADECIMENTOS

Várias ocasiões nos dão oportunidade de reconhecer o quanto devemos aos outros, e essa pesquisa me foi uma delas.

Agradeço inicialmente a France Maria Gontijo Coelho, por sua coragem em me aceitar como orientando e por sua competência em fazê-lo com maestria. Agradeço também às co-orientadoras, Maria Izabel Vieira Botelho e Nora Beatriz Presno Amodeo, pela boa vontade com que assumiram essa função. Algumas pessoas tornam o ensinar um exercício de generosidade.

Devo agradecer à banca examinadora, professora Geralda Fortina dos Santos (UFMG) e professor Jubel Barreto (UFJF) pela disponibilidade e acréscimo de sua participação para melhoria desta dissertação. Algumas pessoas fazem da crítica uma condecoração.

Aos demais professores do departamento, em especial a Ana Louise Fiúza, Sheila Maria Doula e José Benedito Pinho, e ainda a Neide Maria de Almeida Pinto, do Departamento de Economia Doméstica, agradeço pelas contribuições preciosas que me forneceram. Algumas pessoas fazem do saber um presente aos demais.

Aos funcionários do departamento de Economia Rural, cujos muitos nomes e contribuições ficarão aqui representados por Carminha e Anízia, que com gentileza irrestrita e inabalável bom-humor auxiliaram-me a cumprir todos os prazos e formalidades. Algumas pessoas fazem da ajuda um exercício de vida.

Aos meus colegas de mestrado que, com paciência e amizade, toleraram minhas limitações a colaboraram para que diminuíssem um pouco. Laene Mucci Daniel e Tiago Nogueira Gallinari tornaram-se amigos íntimos por me ouvir e aconselhar nos momentos mais difíceis. Algumas pessoas convertem a dureza do trajeto num prêmio para a memória.

Aos meus familiares e amigos, a quem devo tudo o que sou, pela paciência e generosidade de continuarem me dando tanto, mesmo nos momentos em que eu lhes dava tão pouco, e, em particular, a meus pais, Francisco Lopes de Freitas e Lêda Barbosa de Freitas, eterna razão de prosseguir. Algumas pessoas nos fazem ver que não somos *só uma pessoa*, e que somos uma pessoa *só* sem elas.

Não poderia deixar de mencionar minha gratidão às pessoas envolvidas nesta pesquisa, funcionários e usuários do NAPS-Ervália, pois, enquanto me doavam seu tempo, palavras e história, compunham não apenas o material que gerou este trabalho, mas meu

entendimento do ser humano. Em particular meu agradecimento a Luis Fernando de Souza Lima, a quem muito admiro e cujo interesse e disponibilidade foram cruciais.

Uma pesquisa dessa natureza é feita por muitos: jamais poderia alcançar aqui estender minha gratidão a todos que efetivamente colaboraram, de forma mais ou menos direta. Sendo impossível mencionar a todas as pessoas ou ocasiões que tornaram este trabalho concreto, gostaria de remeter meu agradecimento à vida, que me deu tanto. A todo o vivido, agradeço.

BIOGRAFIA

Humberto Barbosa de Freitas nasceu em Juiz de Fora, em 11 de setembro de 1974. Filho de Francisco Lopes de Freitas, médico, e Leda Barbosa de Freitas, jornalista e pedagoga.

Iniciou graduação em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) em 1994, graduando-se em 1999. Especializou-se em Psiquiatria pela mesma instituição entre os anos de 2000 e 2002. Nesse período fez formação em Psicanálise pela Sociedade Brasileira de Psicanálise, Dinâmica de Grupo e Psicodrama (SOBRAP) de Juiz de Fora.

Em 2002 muda-se para Viçosa. Trabalhou como psiquiatra do NAPS-Ervália (Núcleo de Atenção Psicossocial) de 2002 a 2005, e como professor substituto do departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) de 2007 a 2009.

Ingressou, em março de 2008, no Programa do Mestrado em Extensão Rural do Departamento de Economia Rural na Universidade Federal de Viçosa (UFV).

Atualmente trabalha como psiquiatra no SEMENTE – Serviço de Saúde Mental do AGROS-UFV.

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS E GRÁFICOS	viii
LISTA DE ABREVIATURAS	ix
RESUMO	x
ABSTRACT	xi
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO 1 - PROBLEMA E OBJETIVOS	5
1.1- Problematizando saúde /doença mental	5
1.2- Objetivos	9
CAPÍTULO 2 - REFERÊNCIAS CONCEITUAIS	10
2.1- Representações sociais: história e conceito	10
2.1.1- Os limites de um estudo sobre representações	11
2.1.2- A origem social das representações	14
2.1.3- As funções das representações sociais	20
2.1.4- Operacionalizando conceitos	27
2.2- Identidade e loucura	30
2.2.1- O psicológico e o social	30
2.2.2- Ruralidade e Saúde Coletiva	33
2.2.3- A composição da identidade rural	36
2.2.4- Identidade, identificação e tipo rural	38
CAPÍTULO 3 - PERCURSO METODOLÓGICO	42
3.1- Descrevendo e interpretando procedimentos	42
CAPÍTULO 4 - RESULTADOS	51
4.1- Ervália do café: primeiras impressões	51
4.2- Saúde e doença mental no Brasil: história e contexto	58
4.3- As imagens da loucura numa cidade do interior	68
4.4- O NAPS-Ervália: história e funcionamento	74
4.5- Caracterização do perfil dos usuários	79
4.5.1- Caracterização dos pacientes	80
4.5.2- Os diagnósticos	84
4.6- As representações de saúde e doença mental nos registros dos prontuários	90
CAPÍTULO 5 - O DIÁLOGO COM AS TEORIAS	106
5.1- Interpretando registros	106
5.2- Os valores de grupo e a identidade rural deteriorada	115
5.3- As instituições psiquiátricas e sua função social	124
CONSIDERAÇÕES FINAIS	137
PROPOSIÇÕES A PARTIR DA PESQUISA	142
REFERÊNCIAS	144
ANEXOS	150
Anexo A	150
Anexo B	153

LISTA DE GRÁFICOS E QUADROS

GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribuição dos pacientes por faixa etária e sexo.....	81
Gráfico 2. Escolaridade por sexo.....	83

QUADROS

Quadro 1. Conteúdo dos campos de prontuário pesquisados e finalidade para a pesquisa.....	79
Quadro 2. Frequência de citações diagnósticas (CID-10) por sexo.....	85
Quadro 3. Frequência dos diagnósticos de psicose (ou como comorbidade) por sexo.....	87
Quadro 4. Frequência diagnósticos de transtornos do humor (ou como comorbidades) por sexo.....	87
Quadro 5. Frequência diagnósticos de transtornos neuróticos (ou como comorbidades) por sexo.....	88
Quadro 6. Permanência no NAPS por profissional/ano.....	89

LISTA DE ABREVIATURAS

PIB – Produto Interno Bruto

CAPS – Centros de Atenção Psicossocial

CID – Classificação Internacional de Doenças

HU-UFJF – Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora

INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social

NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial

OMS – Organização Mundial de Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

SNAS – Secretaria Nacional da Assistência à Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UFJF – Universidade Federal de Juiz de Fora

UFV – Universidade Federal de Viçosa

UNESP – Universidade Estadual Paulista

RESUMO

FREITAS, Humberto Barbosa de, M. Sc., Universidade Federal de Viçosa, junho de 2010.
Saúde e doença mental no meio rural. Orientadora: France Maria Gontijo Coelho.
Coorientadores: Maria Izabel Vieira Botelho e Nora Beatriz Presno Amodeo.

O presente estudo aborda questões relativas à saúde e doença mental na pequena cidade de Ervália, localizada na Zona da Mata de Minas Gerais. A questão central que orientou esta pesquisa foi conhecer as representações sociais acerca da loucura, manifestas entre agentes de saúde, pacientes e familiares usuários do NAPS (Núcleo de Atenção Psico-Social) em funcionamento na localidade. O problema proposto envolve a relação entre as semelhanças e diferenças de representações dos pacientes e dos profissionais de saúde, enquanto carreadoras de expectativas e práticas tanto de estigmatização quanto de tratamento das doenças mentais. Utilizou-se como metodologia a análise de conteúdo e observação participante. Para tanto, foram analisados 660 prontuários, em que se buscou localizar palavras e locuções remetidas às representações sociais visadas. Paralelamente, pôde-se traçar uma caracterização dos usuários desse serviço, em sua maioria mulheres, moradoras da zona rural, com baixa escolaridade, e com diagnóstico de depressão ou ansiedade. Alcançando os objetivos propostos, verificou-se que as representações sociais sobre o tema loucura/saúde mental cambiam entre médicos e não-médicos, embora não completamente: aproximam-se na definição vaga de normalidade, divergem na compreensão da anormalidade e, parcialmente, quanto ao tratamento. De modo geral, as representações entre não-médicos indicam um entendimento não científico dos sintomas, valorização maior das condutas tidas como irracionais, despreocupação com uma nomenclatura ou classificação rígidas, com conseqüente maior tolerância em relação ao considerado louco – embora não deixe de ocorrer sua valorização negativa. Para os médicos, priorização dos sintomas, apego a uma classificação nosográfica das patologias e conseqüente “medicalização” dos conflitos sociais. Quanto ao tratamento, ambas as representações convergem quanto ao uso de fármacos, mas divergem quanto ao recurso ao benefício do INSS, almejado por não-médicos, repudiado por médicos. Finalmente, foi possível, a partir dos resultados e discussões, elaborar algumas sugestões para o aprimoramento do atendimento aos usuários na instituição estudada.

ABSTRACT

FREITAS, Humberto Barbosa de, M. Sc., Universidade Federal de Viçosa, June, 2010.
Health and Mental Disease in Countryside. Adviser: France Maria Gontijo Coelho. Co-advisers: Maria Izabel Vieira Botelho and Nora Beatriz Presno Amodeo.

The present research approaches subjects related to health and mental disorder in Ervália, located in Zona da Mata of the state of Minas Gerais, Brazil. The study investigates the relationship between similarities and differences in the representations of madness among health care workers and patients and their families, who use the service NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial) in the town. This kind of study is important because social representations create expectations and lead to practices of stigmatization and treatment of mental diseases. The following methodological procedures were accomplished: analysis of content of the patients' files; interview with local historian and participant observation of the routine of NAPS. Thus, 660 files were analyzed, (regarding the period between February 2002 to March 2010) in which words and expressions that indicate social representations were identified. A social characterization of the users of NAPS was delineated: the majority were female patients (57,42%), established in rural areas, having a low level of education, and with the diagnosis of depression or anxiety. It was also verified that the social representations about the theme mental health and illness change among doctors and non-doctors, although not completely: they approach in the vague definition of normality but diverge in the understanding of abnormality and, partially, in what concerns treatment. As expected, the representations among non-doctors, registered by physicians, indicate certain characteristics: a classification of the symptoms out of the patterns of scientific language; great valuing of behaviors considered irrational; a lack of attention to nomenclature or rigid classification and more tolerance with the one considered mentally ill, despite their negative valorization. On the other hand, doctors seem to be more interested in symptoms and attach to a more strict classification of diseases. As for treatment, the research results indicate that both doctors' and non-doctors' representations converge as for the expectation of prescription of medicines, but they diverge about the access to the resources or benefits of INSS (WELFARE DEPARTMENT), longed for by non-doctors and rejected by doctors. Some suggestions are presented to improve NAPS as, for instance, organization of the users' data and the consideration by the physicians that the benefits of INSS are a right and a fundamental need of the patients.

INTRODUÇÃO

Este estudo surgiu da experiência profissional de um psiquiatra que trabalhou em Ervália, entre os anos de 2002 a 2005. Na condição de agente de saúde em um pequeno município da Zona da Mata de Minas Gerais, muitas inquietações se colocaram, o que motivou a possibilidade de realização de uma pesquisa de natureza transdisciplinar junto ao mestrado de Extensão Rural, cujos resultados são aqui dissertados.

Após a residência em psiquiatria junto ao Hospital Universitário da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF), no início da vida profissional, o convite para atuar no Núcleo de Atenção Psíquico e Social (NAPS), a ser inaugurado, causou grande expectativa. O prefeito municipal da época – o falecido Dr. Júlio César Dadalti Barroso – e o então coordenador do projeto de Saúde Mental, o psicólogo Luis Fernando de Souza Lima, tinham como idéia, ou ideal, que os pacientes psiquiátricos de Ervália não mais precisassem se submeter ao traslado até Ubá para conseguir tratamento no Centro de Atenção Psico-Social (CAPS) daquele município. Não havia um desacordo em relação ao tipo de atendimento, considerado de muito boa qualidade, mas ao fato de que os pacientes, e eventuais acompanhantes, ficarem penalizados por um transporte cansativo. O veículo que a Prefeitura Municipal disponibilizava para transportá-los, por razões de necessidade, levava ainda outras pessoas que se submeteriam a diferentes tipos de tratamentos naquela cidade. O resultado disso era que, quase sempre, todos ficavam obrigados a permanecer o dia todo fora, aguardando a realização dos outros procedimentos. Além do mais, mesmo que o CAPS em Ubá oferecesse atividades integrativas e funcionasse durante os turnos da manhã e da tarde, as idas muito espargidas, na maioria dos casos mensalmente, fazia com que ficasse desfavorecida a regularidade da integração paciente-serviço, o que prejudicava a evolução do tratamento, que não se dava como esperado. Apesar de todas as vantagens e possibilidades daquele serviço prestado em outro município, para os pacientes era apenas um dia cansativo. Em razão disso, acabava ocorrendo ainda algum nível de absenteísmo, uma vez que o centro em que se dava o acompanhamento médico não era facilmente acessível sem o transporte fornecido pela prefeitura.

Quando feito o convite para a montagem de um NAPS, foi ressaltado que fatores climáticos, como épocas de chuvas, o envolvimento das famílias e pacientes com certas atividades, como o período da colheita do café, além de limitações postas por imprevistos, como o eventual adoecimento de um acompanhante, configuravam um quadro que favorecia o impedimento das idas e as marcações de encontro mensalmente efetuadas. Essas abstenções

implicavam em adiamentos, com a conseqüente quebra da seqüência ideal do tratamento. Adequar o serviço de saúde mental de Ervália era uma necessidade, não só em razão do contexto da política nacional de descentralização da saúde – relacionada à desospitalização e à criação de ambulatorios de saúde mental – mas em virtude das limitações postas pela dinâmica da assistência prestada aos doentes mentais em uma cidade com profundas marcas de uma vida rural. A questão que na época se colocava era como oferecer um tratamento mais humano e acessível aos pacientes, o que levou à definição dos principais objetivos da dupla que organizou o nascente NAPS de Ervália, o prefeito e o psicólogo.

Inicialmente, o maior entrave: a dificuldade de conseguir um profissional médico especializado que atuasse no interior. Sabe-se da predileção dos especialistas por grandes centros. Segundo Luis Fernando, o NAPS em Ervália já tinha condições de ter sido inaugurado e contava com o aval do prefeito da época havia anos, mas a carência do psiquiatra impedia o começo do funcionamento. Por laços familiares, o pesquisador deste trabalho foi atraído para a pequena cidade, terra natal de seu pai. Abraçando a oportunidade, deixou sua Juiz de Fora, onde nasceu e residia, para trabalhar em Ervália, completando sua atividade profissional na próxima Viçosa, uma cidade universitária.

A formação e especialização em um centro maior pode ter colaborado para que, inicialmente, fosse percebido com alguma estranheza um “jeito diferente” entre muitos dos pacientes. Eram em torno de 50, que vinham sendo remetidos do tratamento em Ubá. Quase todos moradores da zona rural, manifestavam seus sintomas com expressões verbais e corporais diferentes dos moradores de periferia de uma cidade grande, que lhes seriam os mais similares, como se pensou à época.

Por um período de quase um ano, conhecemo-nos uns aos outros. Foi um momento distintivo na formação médica e humana, cujo valor é incalculável: aprender com eles que suas palavras remetiam a outros valores, sensações, sofreres. Esse foi o caso, por exemplo, da noção de tempo. Foi possível compreender que o tempo no interior pode ser medido por outras variáveis que não a exatidão do relógio. Por exemplo, um dia passado na cidade dura o tempo entre a chegada do primeiro ônibus, que traz os moradores da roça, até a partida do último. O tempo do retorno para a próxima consulta dura não um mês ou dois, mas o período entre as chuvas que, na quaresma, separam o carnaval da semana santa. Para o paciente, essa dinâmica da vida dita a data da vinda à próxima consulta tanto quanto ou mais que a necessidade de mais remédios, ou do atendimento do médico, ou a necessidade de rever exames ou pegar nova prescrição. A admiração e a curiosidade pelo entendimento do mundo rural, já despertadas durante a faculdade no período de um curto, mas riquíssimo, internato

rural numa cidade interiorana, cresceram grandemente nesse período, que durou um pouco mais que três anos. Depois desses anos, mudanças no contexto político local e o afã de buscar uma pós-graduação, um mestrado, implicaram no desligamento do NAPS.

Aquele mundo rural, vivenciado na condição de agente social de mudanças, que é como se pode entender a ação profissional pública em saúde, deu sentido à busca de uma instituição com mais de quarenta anos de tradição em estudos sobre a ruralidade. No mestrado em Extensão Rural da UFV, buscou-se encontrar orientação adequada para o manejo e a compreensão dos temas pertinentes ao universo rural.

Contudo, construir uma pesquisa premeditadamente sobre bases teóricas de outras ciências, que não a biomédica, não foi tarefa fácil. Mais que um desafio, foi um sonho. Partia-se de uma formação deficitária nos saberes concernentes ao humano durante a graduação, nos anos noventa, pois à época não havia na grade curricular do curso nem antropologia médica, nem sociologia, nem qualquer outra disciplina próxima. Na medida em que a medicina encontra-se arrolada entre as ciências biológicas, sentia-se grande falta de uma fonte de conhecimento que contornasse o que se pode considerar um equívoco. Como se podem formar médicos para atender pessoas ou populações sem o conhecimento do que as constitui enquanto seres ou grupos sociais? Se as dificuldades enfrentadas não foram poucas, no sentido de contornar uma formação precária nesses conteúdos, considero-me cheio de êxito pelo que pude aprender ao longo do mestrado, e essa dissertação é apenas a parte mais concreta, visível, desse resultado.

Mas há ainda outra razão que subjaz a essa trajetória: a ideologia. A experiência como profissional naquela pequena cidade deixou evidente que era preciso tentar entender não só de psiquiatria para ajudar pessoas em sofrimento mental, era preciso compreender o *quê* e *como* essas pessoas percebiam o que compunha seu sofrimento; era patente que apenas assim se poderia reconhecê-las enquanto seres humanos, pessoas completas, enquanto sujeitos sociais e cidadãos.

Em seu livro *Clínica Peripatética*, Lancetti (2008) defende a idéia de que não é possível construir políticas de saúde inclusivas nem realizar atendimentos em saúde mental sem a parceria dos interessados, os pacientes. Mas, para tanto, é necessário conhecer seu modo de vida, seu local de morada, sua compreensão de saúde e de mundo, “é preciso negociar nossos conceitos e suposições e leituras a respeito de, por exemplo, um desequilíbrio psíquico com as leituras de nossos interlocutores. O que para nós pode ser paranóia, para nossos pacientes pode ser um trabalho, efeito de *ebó* ou obra de satanás” (LANCETTI, 2008, p.109). E completa avisando que “para isso é preciso conhecer as diversas culturas” (IDEM).

A propósito do título, *Clínica Peripatética*, cabe um comentário: clínica vem de *klinos*, inclinado, deitado em leito, posição tradicional do paciente apassivado pela atuação médica. Já peripatético vem de *peritatéō*, como esclarece Lancetti (2008), termo que remete à filosofia aristotélica, propagada inicialmente em conversas pelos jardins de Apolo no Liceu, em Atenas, durante caminhadas. Nesse sentido, este estudo tem muito desse passeio peripatético pelas ciências, uma jornada da psiquiatria às ciências sociais, que vai e retorna diferente. Do clínico, torna-se estático em movimento, uma apreciação e reflexão sobre os sentidos atribuídos ou percebidos, por si mesmo, mas orientados e desafiados por teóricos e cientistas que, sabiamente, ensinam a ver para além do positivamente manifesto.

O nome de batismo do NAPS de Ervália é CAMINHOS. Nome significativo em toda essa dissertação. Foram longos os muitos caminhos: na vida dos pacientes, a ida até Ubá, o meu caminho de volta para a família, o caminhar conjunto de profissionais e pacientes que se conheciam, o meu caminho errante por outros campos de saber... tudo isso remete aquele nome. Por isso, este estudo compõe parte dessa trajetória, calcada também em muitas conversas com colegas, orientadores e doentes. A linguagem não é aqui um adereço, mas elemento constitutivo da problematização, da investigação, de sua discussão e, conseqüentemente, da compreensão. Por isso, essa dissertação não é apenas de um jogo de palavras, mas é pelas palavras que se torna possível elaborar a compreensão.

O que se segue, então, é uma caminhada de um psiquiatra maravilhado pela cultura rural em seu entendimento da loucura, no encontro com uma instituição de tratamento oficial. No limiar do abandono do uso da primeira pessoa, exigência do formato acadêmico de se escrever pesquisas, espero que a leitura dessas páginas desperte pelo menos um pouco da sensação que me proporcionou escrevê-las: uma viagem pelo mundo das representações sobre a loucura numa pequena cidade do interior da Zona da Mata, um respeito reverente por uma forma particular de compreender um pouco daquilo que nos faz, loucos ou sãos, tão humanos.

Esta dissertação está organizada da seguinte forma: no CAPÍTULO 1 estão dispostos a problematização e os objetivos da pesquisa; o CAPÍTULO 2 oferece um apanhado teórico sobre o conceito de representação, sua importância para a área da saúde e extensão rural, bem como sua ligação com a sociologia (formação de grupos) e identidade (psicológica, mas também social); o CAPÍTULO 3 apresenta as diretrizes metodológicas seguidas; o CAPÍTULO 4 mostra os resultados alcançados e o CAPÍTULO 5 dedica-se à sua discussão à luz da teoria. Encerra-se com as CONSIDERAÇÕES FINAIS a que foi possível chegar e com algumas PROPOSIÇÕES ao NAPS, forma de tornar este esforço de pesquisa também uma possibilidade de aplicação prática de extensão.

CAPÍTULO 1

PROBLEMA E OBJETIVOS

1.1- *Problematizando saúde /doença mental*

Uma forma de se conhecer uma via de acesso às culturas seria por meio das representações, cujos estudos continuam fornecendo importantes contribuições para a compreensão do humano, cerne da antropologia, mesmo passado o século que nos separa dos trabalhos inaugurais de Durkheim. O que propicia tal longevidade, que não deve surpreender, é o fato mesmo que sugere a necessidade de continuados estudos: o caráter dinâmico das representações, construção viva de um grupamento humano, fazendo dos estudos dessa natureza uma tarefa sempre necessária.

Os trabalhos sobre as concepções da saúde mental das populações rurais ainda são poucos, e sua ocorrência tende a limitar-se a certos temas como medicina popular e fitoterapia, atendo-se muitas vezes à terapêutica, ou ainda aos problemas psiquiátricos causados pelo uso de agrotóxicos. Destacam-se as pesquisas sobre a saúde mental de trabalhadores rurais conduzidas por grupos de estudo vinculados à Universidade Estadual Paulista (UNESP). Por outro lado, se há grande interesse no estudo das representações sobre corpo, adoecimento e cura de diversas populações e grupos, muito pouco foi produzido especificamente sobre o conjunto de representações de saúde/doença mental na ruralidade.

Uma primeira concepção, que talvez explique essa lacuna de estudos, vem da idéia, que se poderia chamar de *fisicista*, de que as doenças se manifestam igual e invariavelmente em todos os corpos. Contudo, sabe-se hoje que, em certa medida, isso é questionável. Na interpretação do adoecimento, como negar as *representações* em torno das doenças, do corpo, da saúde e dos veículos e meios de cura? Todos esses aspectos modificam-se largamente em diferentes populações e culturas. O corpo pode parecer igual, mas o universo de significados, as estruturas e dinâmicas de funcionamento geram explicações e atitudes muito distintas para com a saúde e a doença. Para compreender, e não só explicar os aspectos mórbidos ou a vitalidade, os variados contextos sócio-culturais necessitam ser considerados (BOLTANSKI, 2004).

Por sua vez, os aspectos culturais não são absolutos ou adquirem forma única. Por isso, as condições sócio-históricas, os valores constituídos e as condições sócio-ambientais e econômicas necessitam ser articulados para não limitarem a abordagem dos desafios que

implicam os esforços de compreensão do adoecimento mental. Em princípio, pode-se dizer que a abordagem aqui denominada fisicista absorve e rechaça do saber médico convencional a influência de outros modos de vida e valores, como seriam os que são próprios do mundo rural, na medida em que tem como referência hábitos e modos de vida urbanos, mesmo que esses se lhe apresentem no nível do impensado.

Nesse debate tem-se o próprio conceito de Saúde Mental proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que já sugere a impossibilidade de uma definição unânime, visto que embute contextos culturais muito variados. Será preciso, então, demarcar quais as especificidades do contexto cultural rural para se alcançar algum avanço conceitual. Acredita-se que, ao se mapear as representações de saúde/doença mental entre uma população cuja vida se faz no espaço mais rural, poder-se-á contribuir com uma teorização com implicações práticas, a partir do que é entendido como doença e do que é considerado como condição de saúde mental.

Por se tratar de um estudo acerca da doença mental é bom que se diga que, hoje, já se configura como um problema de saúde pública e de natureza epidemiológica relevante (ONOKO-CAMPOS & FURTADO, 2006). Além disso, trata-se de um tipo de condição mórbida em que os fatores culturais sobressaem aos biológicos (SINGER ET AL, 1978), mais que em outras patologias consideradas, academicamente, por seu caráter orgânico. A ligação do adoecimento com a família, com o trabalho ou com diversas crenças revelam uma oportunidade excepcional para captar nuances da constituição sócio-cultural em sua interação com os processos de saúde/doença. Para compreensão desses processos, a abordagem teórica excede a muitos campos disciplinares, desde a extensão rural bem como ciências sociais, antropologia, sociologia, história e, obviamente, saúde e, especificamente, medicina.

O estudo das representações sociais sobre os fenômenos psíquicos patológicos na ruralidade é uma lacuna que aguarda preenchimento, quer se pressuponha existirem especificidades ou similitudes entre as representações de saúde/doença mental no meio rural e urbano. Quanto à ruralidade, ela poderá ser analisada por seus caracteres isolados ou, ao contrário, vendo nela um *continuum* com o urbano. Já em relação à análise dos serviços de saúde, de certa forma carece-se de estudos que enfoquem o movimento dinâmico de interação entre saber popular e medicina oficial no que se refere ao adoecimento psíquico nesse contexto rural.

Essa proposta justifica-se dentro do escopo dos estudos em extensão rural pois que, nessa área, são pertinentes todos os estudos que revelam dinâmicas e identidades sócio-culturais relativas ao campo. Questões de saúde estão intimamente ligadas às possibilidades

de compreensão das sociedades agrárias e podem fundamentar processos de pesquisa ou intervenções com vistas à promoção do desenvolvimento local. As práticas da medicina e da área da saúde, em termos epistemológicos, sempre tiveram proximidade com as práticas da extensão rural, pois ambas se vêem envoltas em processos de mudança. Historicamente, as campanhas de controle de endemia, de saneamento rural ou de doenças tropicais, por exemplo, enfrentaram desafios similares aos da Extensão Rural e orientaram-se por concepções metodológicas difusionistas semelhantes, como evidenciaram outros trabalhos desenvolvidos no Programa de Mestrado em Extensão Rural, como os de Santos (1992) e Regino (2007).

Para se construir este trabalho sobre a doença mental em uma pequena cidade do interior de Minas Gerais foi preciso voltar o olhar para esse amálgama de fatores. Esse contexto fez com que se enfocasse não apenas a “doença”, mas as *representações* do adoecer e da cura nas condições de ruralidade, na convicção de que as formas primárias de interação social face-a-face e as relações sociais de produção e trabalho no campo constroem e operam nos grupos sociais e nos “doentes” distintas expectativas de tratamento, concepções sobre o que é estar doente e maneiras de agir com vistas ao processo de cura ou controle. Esses esclarecimentos poderão indicar estratégias de ação na promoção da saúde mental, não só no envolvimento do paciente, individualmente, mas no envolvimento das famílias ou grupos sociais próximos, enfim, ações no sentido da saúde coletiva.

A presente pesquisa almejou investigar, portanto, qual a relação, isto é, como se apresentam e reconstroem as representações sociais sobre saúde e doença mental entre agentes de saúde em contato com a população rural de Ervália, uma pequena cidade da Zona da Mata Mineira, usuária dos serviços prestados no NAPS. A questão de “como se apresentam” remete a saberes locais tradicionais, proposição ainda pouco estudada no que concerne ao aspecto da doença mental na ruralidade. Já “como se reconstroem” aponta, também, para o fato de que mudanças podem se processar após o contato dessas representações com o saber oficial, representado pelo Serviço de Saúde Mental que vem funcionando nesse município nos últimos oito (08) anos, e que pode ser considerado o *locus* principal do tratamento oficial.

Para tanto, foram problematizados fenômenos que envolvem **representações sociais** sobre saúde e doença mental nos seguintes termos: a que representações sociais lançam mão pacientes e suas famílias – e eventuais redes sociais de apoio – ao lidarem com a eclosão de uma doença mental em seu meio? Qual a relação entre essa forma de entendimento e a dos profissionais de saúde, como isso pode alterar relações sociais e de trabalho, como se constrói

ou é reformulada a estigmatização dos doentes mentais na família, grupo ou redes de apoio envolvidas com o tratamento no NAPS-Ervália? Quanto à idéia de si do sujeito doente e à idéia de “doente” por parte dos agentes de saúde e de sua família ou grupo social que lhe são próximos, seriam representações aproximadas ou totalmente divergentes?

Como já dito, a vinculação desta pesquisa à área de conhecimento da extensão rural vem do fato de se partir do saber sociológico sobre ruralidade, que transita pela metodologia da antropologia/sociologia rural, e se dirigir às práticas médicas. Acredita-se que a aproximação desses campos de saber possa contribuir na construção de algumas teorias coadjuvantes. Destacam-se, nessa seara, estudos sobre saúde e gênero (DARON, 2006), família e saúde (RABELO ET AL, 1999), redes sociais de apoio (ANDRADE & VAITSMAN, 2002), construção do saber popular sobre saúde (BOLTANSKI 2004), e o clássico estudo sobre representações da loucura de Jodelet (2005).

Assim, a concepção rural sobre o binômio saúde/doença se impõe como objeto de estudo por seu duplo caráter eminentemente *prático* e *teórico*. Sua relevância *teórica* justifica-se pelo fato de ser o processo de adoecimento rico em significados e farto em associações, o que o torna objeto de interesse também para as ciências sociais, como mostram alguns estudos já clássicos citados nesta dissertação, como Boltanski (2004) e Jodelet (2005), dentre outros.

Acredita-se, em adição, que esse estudo possa subsidiar a elaboração de políticas de saúde mental dirigidas à população rural de forma que venham a otimizar o contato entre profissionais de saúde e essa população por meio de programas específicos. Sua importância vem do fato de que boas condições de saúde têm óbvias implicações nas condições de sobrevivência e dignidade das famílias rurais. Qualquer proposta de desenvolvimento local não pode desconsiderar a importância das condições de saúde e da estrutura cultural para sua promoção efetiva. Identificar especificidades pode ser uma ação estratégica para não deixar a população rural à margem de ofertas de serviços públicos e melhorias no atendimento. Eis seu aspecto *prático*.

Conforme esclarece Cândido (2001), este tipo de estudo tem a pretensão de fornecer subsídios acadêmicos para que as reformas das condições de vida da população rural brasileira, quando necessárias e desejáveis, não se baseiem em enunciados meramente políticos ou investigações especificamente econômicas ou mesmo técnicas. Ao buscar revelar sua sociedade, permite construir um “saber competente” (OLIVEIRA, 1985, p.84) que oportuniza articular a cultura das populações rurais com as intervenções pertinentes, sejam elas experiências acadêmicas, administrativas, políticas ou terapêuticas, de forma que permitam ações inclusivas em suas particularidades.

1.2 - Objetivos

Objetivo geral:

Compreender as representações sobre saúde e doença mental circulantes na cidade de Ervália a partir dos registros nos prontuários dos pacientes usuários do NAPS.

Objetivos específicos:

- *Analisar motivações, sentimentos e formas de compreensão que os pacientes (e seus cuidadores) têm sobre o sofrimento mental e os processos de tratamento, a partir dos registros feitos pelos agentes de saúde;
- *Identificar concepções e expectativas que orientam as ações dos agentes de saúde;
- *Descrever funções e o modo de funcionamento do NAPS-Ervália;
- *Elaborar sugestões para debate com agentes de saúde, com vistas a otimizar o atendimento prestado pelos NAPS.

CAPÍTULO 2

REFERÊNCIAS CONCEITUAIS

2.1- *Representações sociais: história e conceito*

Um entendimento teórico sobre as representações sociais ficará facilitado ao se historicizar a noção e demarcar o contexto de seu surgimento e evolução, intenção desde tópico inicial.

Reportando-se ao reconhecimento do valor teórico do conceito de representação social, pois, Jodelet (2001) diz que essa noção ocupa uma posição central no campo das Ciências Humanas e Sociais. Em consonância com tal idéia, Sperber (2001) afirma que:

Todas as Ciências Humanas e Sociais: Psicologia, Psicologia Social, Sociologia, Antropologia, Economia, Linguística, Ciências das Religiões, Estudos Literários, etc. têm pouco ou muito a ver com representações culturais, mesmo que as conceituem de modos muito diferentes (SPERBER, 2001, p.92).

A expressão *representação social* é, portanto, objeto de estudo de disciplinas diversas, e seu domínio, desse modo, tem de ser igualmente vasto – classifica Jodelet (2001): científico, cultural, social e institucional, produção, ambiental, biológico e médico, psicológico, educacional, estudos dos papéis sociais e relações intergrupais. Não se trata, percebe-se, de campo restrito.

Pesavento (1995) posiciona o estudo das representações a partir do que chama de crise dos paradigmas de análise da realidade no século XX: o fim da crença em verdades absolutas e, citando o historiador Bronislaw Baczko, uma mudança da ciência em relação a um discurso unitário sobre o homem.

Moscovici (2001, p.45), no campo da Psicologia Social, nota que, após a eclosão do que considera o “fenômeno mais marcante da Ciência Social da França”, o estudo das representações entrou em declínio. Sua explicação para tal fato perpassa o itinerário do conceito nas ciências. Moscovici (2001) mostra como a Psicologia Social resgatou-o da Antropologia para aplicação às sociedades chamadas desenvolvidas, depois de permanecer por muito tempo limitado às sociedades ditas primitivas. O autor atribui importância particular às contribuições de Piaget (ao estudar a natureza psíquica das representações e sua relação com a antropologia de Levy-Bruhl e a sociologia de Durkheim) e às de Freud (que,

com seu estatuto do inconsciente erigido a partir do meio familiar, grupal, cultural, ajudou na compreensão da passagem das representações do coletivo ao individual). Para o autor, foi preciso que se percebesse tanto a atualidade do conceito quanto sua aplicabilidade também às coletividades modernas, e não apenas às sociedades tradicionais, para que voltasse a despertar interesse de estudo em outras ciências:

Representando-se uma coisa ou uma noção, não produzimos unicamente nossas próprias idéias ou imagens: criamos e transmitimos um produto progressivamente elaborado em inúmeros lugares, segundo regras variadas. Dentro desses limites, o fenômeno pode ser denominado representação social. Tem um caráter moderno pelo fato de que, em nossa sociedade, substitui mitos, lendas e formas mentais correntes nas sociedades tradicionais: sendo seu substituto e seu equivalente, herda, simultaneamente, certos traços e poderes (Moscovici, 2001, p.63).

Jodelet (2001) credita aos estudos de Durkheim e de Moscovici os primeiros e fundamentais textos sobre as representações, evidenciando como o conceito nasceu na Sociologia e posteriormente se desenvolveu também na Psicologia Social. Em concordância, Kaes (2001) ressalta a importância do estudo desenvolvido por Moscovici sobre as representações da psicanálise como demarcador do conceito e metodologia das representações sociais.

Já a História tradicional, nas correntes positivista ou marxista, permaneceria distante do estudo do imaginário popular até que, nos anos 60 a 70, a História Social encenasse um reposicionamento que permitiria com que, com a “Nova História Cultural”, nos anos 80, novos objetos de estudo passassem a merecer destaque: mitos, crenças e valores, mentalidades, representações coletivas manifestas nas artes e instituições (PESAVENTO, 1995). No campo em que apenas os eventos políticos tinham relevância, as representações sociais adquiriram estatuto digno de objeto de estudo ao longo dessas décadas.

2.1.1- Os limites de um estudo sobre representações

Há vezes em que os problemas enfrentados por uma ciência, muito mais que empecilhos à sua sedimentação, funcionam como estimuladores de seu desenvolvimento. Talvez seja o caso dos criativos estudos no campo das representações sociais.

Um primeiro obstáculo diz respeito à dificuldade de uma “conceituação formal sintética” (SÁ, 1996) relativa à complexidade da noção de representação social, gerando uma gama variada e específica de conceitos nas diversas ciências que se utilizam da mesma.

Também Sperber (2001, p.92) ressalta essa grande variedade de nomenclaturas usadas: “ao lado do termo representação, ele próprio tornado mais preciso, de modo diverso com o uso dos adjetivos coletiva, social, simbólica ou cultural, encontram-se, em empregos próximos, signo, significação, símbolo ou saber”. Por sua vez, Baczko (1985) relembra a polissemia inevitável do termo *imaginário* e a ambigüidade do termo *social*. Coexistem, nas diversas ciências, portanto, as expressões *representações sociais, coletivas ou culturais, mentalidades e visão de mundo, imaginário e imaginário social ou popular, simbólico*, e seus conceitos variam entre autores, enfoques e áreas.

Tratar de objetos de estudos semelhantes, afins ou próximos com nomenclaturas diferentes é, em todas as áreas, uma boa forma de gerar imprecisão e, pior, confusão. O que torna pertinente a pergunta de Chartier (1990, p.30): “mas, por detrás dessas diferentes palavras haverá semelhança entre as coisas? Ou, noutros termos, o objecto [sic] que elas designam de maneiras tão diversas será único e homogêneo?”.

À guisa de resposta, Baczko (1985) sugere que o estudo da imaginação social, por ter caráter necessariamente multidisciplinar, apresenta, conseqüentemente, abordagem metodológica diversa, de maneira que não vê surpresa, portanto, na ausência de uma teoria unitária do imaginário social: “as pesquisas partem em diferentes direções. É mais fácil verificar a complementaridade das questões que as orientam do que integrar num conjunto coerente as respostas hipotéticas avançadas” (BACZKO, 1985, p. 308).

Como já mencionado anteriormente, outro dos supostos problemas que os estudos sobre representações sociais enfrentam é decorrente justamente de sua prevalência em diversos campos:

A noção de representação não pertence, por uma ligação preestabelecida, a um campo disciplinar mais do que a outro. Muitas especialidades das ciências humanas utilizam-na dando-lhe definições freqüentemente diferentes, isto é, recortando núcleos de significado numa totalidade empírica extremamente vasta (LAPLANTINE, 2001, p.241).

Fica evidente, no que concerne à teoria das representações, não apenas a multidisciplinaridade, como também a conceituação diversificada dela decorrentes. Isso poderia fazer ampliar o uso do conceito, contudo, acaba por assumir sentido negativo: termos inconciliáveis em disciplinas diferentes.

Uma outra dificuldade seria a posição inferior que as representações sociais ocupariam para o quadro teórico de muitas ciências, pois, de acordo com a proposição de Pesavento (1995), haveria uma compreensão de que o imaginário como *saber* teria, enquanto imaginação e num sentido cartesiano, valor de erro da razão, ou no máximo estágio inferior de conhecimento, na medida em que se distancia dos rigores da lógica formal, que toma por falsa esse imaginário coletivo. Devido a essa hierarquização artificial dos saberes, dar-se-ia, então, uma separação entre saber racional e imaginário, e uma desvalorização do saber engendrado pelas representações sociais, gerando uma posição secundária de seus estudos em diversas ciências.

Assim, além das diversas denominações apresentarem um uso diversificado do conceito, há a característica do uso de enfoques metodológicos diferentes. Essa configuração terminológica e conceitual passa a equivocada impressão de imprecisão, ao invés da vantajosa possibilidade de criativas abordagens aos problemas de pesquisa em sua multiplicidade de focos. O fato das representações serem compreendidas como forma de conhecimento comum, saber popular ou mera visão de mundo, colabora para sua colocação em posição periférica ou inferior, em relação à pretensão de positividade e precisão explicativa do saber dito científico.

Esse entendimento revela, pelo menos, uma constatação: a de que as ciências são também visões de mundo de uma cultura numa dada época e, embora utilizem alguns pressupostos diferentes dos usados na construção das representações populares, ainda assim operam também com base em representações coletivas, que não são, portanto, condição paralela às ciências, mas constitutiva das mesmas.

A proposição de que as representações sociais são menos reais que o pensamento científico, único capaz de desvelar a verdade, desconsidera o fato de que este também apenas constrói uma leitura da realidade a partir de seus estatutos e critérios de verdade, que são também experiências *compartilhadas*. Ambas são formas de saber que, apesar de lançarem mão de recursos diferentes para seus objetivos, seguem uma operação comum: *representam* (re-apresentam) os objetos que captam – quer mediante mitos, religiões, tradições, senso comum ou modos de pensar, quer por hipóteses de evidências, descrições, postulados ou teorias.

Em defesa da pertinência das representações sociais como saber legítimo, Jodelet (2001, p.21) afirma que seriam um “saber que diz algo sobre a realidade” e que “trata-se de um conhecimento ‘outro’, diferente da ciência, mas que é adaptado à ação sobre o mundo e mesmo corroborado por ela” (JODELET, 2001, p.29).

Em consonância, Laplantine (2003, p.79) alega que: “imaginário não significa [...] ausência de razão, mas apenas a exclusão de raciocínios demonstráveis e prováveis, os quais constituem o fundamento da imaginação científica” e observa ainda que:

A ciência como a arte, aliás, não busca copiar a realidade e descrever o mundo tal como ele é, mas *elaborar sistemas simbólicos para apreciá-lo*. Ela não é uma atividade de reprodução do real, quer dizer a imitação de algo que seria anterior ou exterior ao próprio ato da descoberta, *mas da produção de experiências* que serão organizadas e reunidas, compostas e recompostas num texto (por exemplo, um artigo em uma revista científica) que ele mesmo organiza a partir de outros textos (LAPLANTINE, 2003, p.74; grifos meus).

Pesavento (1998, p. 54-5) esclarece que o valor das representações transcende a sua cientificidade: “em nível das representações sociais, as idéias e as imagens são passíveis de credibilidade, e não cabe avaliá-las segundo a sua veracidade. A representação construída mede a sua força pelo seu grau de aceitação, socialização e capacidade mobilizadora”. Afirmação que se aproxima de Darnton (1986), quando diz que:

Visões de mundo não podem ser descritas da mesma maneira que acontecimentos políticos, mas não são menos ‘reais’. A política não poderia ocorrer sem que existisse uma disposição mental prévia, implícita na noção que o senso comum tem do mundo real. O próprio senso comum é uma elaboração social da realidade, que varia de cultura para cultura. Longe de ser a invenção arbitrária de uma imaginação coletiva, *expressa a base comum de uma determinada ordem social* (DARNTON, 1986, p.39, grifos meus).

2.1.2- A origem social das representações

Mas como as representações sociais chegam a se tornar coletivas, no sentido de compartilhadas, coletivizadas?

As representações sociais terão sua gênese apresentada nas linhas seguintes como uma tentativa de entendimento de sua origem coletiva, captada através de cada sujeito que compõe um grupo. Não se deve entender esse esforço como uma proposição reificadora das representações sociais, nem como uma visão organicista das mesmas: assim como as manifestações psíquicas necessitam, para sua exteriorização, da participação concreta do corpo, as representações sociais também recorrerão a algumas de suas funções para sua manifestação.

E é pela fisiologia do corpo, nas propriedades perceptivas, que se começa: segundo Laplantine (2003, p.10), “imagens são construções baseadas nas informações obtidas pelas

experiências visuais anteriores. Nós produzimos imagens porque as informações envolvidas em nosso pensamento são sempre de natureza perceptiva”. O autor começa pela sensopercepção, pela captação orgânica do mundo que nos cerca, para iniciar a sequência de como se dá a construção das representações.

Laplantine (2003, p.10) prossegue: “imagens não são coisas concretas, mas são criadas como parte do ato de pensar. Assim, a imagem que temos de um objeto não é o próprio objeto, mas uma faceta do que nós sabemos sobre esse objeto externo”. O pensamento começa pela apropriação mental do mundo externo.

A captação do exterior pela sensopercepção é o primeiro passo para a constituição das imagens internas que formaram a base do processo de pensar, as idéias. Ainda segundo Laplantine (2003):

As idéias são representações mentais de coisas concretas ou abstratas. Essas representações nem sempre são símbolos, pois como as imagens podem ser apenas sinais ou signos de referência, as representações aparecem referidas aos dados concretos da realidade percebida (LAPLANTINE, 2003, p.12).

E o autor prossegue afirmando que:

A representação está ligada ao processo de abstração e a idéia é uma representação mental que se configura em imagens que temos de uma coisa concreta ou abstrata. Assim, a imagem se constitui como representação configurativa da idéia traduzida em conceitos sobre a coisa exterior dada (LAPLANTINE, 2003, p.77).

Laplantine (2003) relaciona as representações às idéias, conteúdo e produto do funcionamento psíquico, tomando como ponto de partida a percepção das coisas para fornecer material para a representação das mesmas. E ressalta que nem todas as representações são simbólicas, algumas são imagens (sinais, apenas traços constitutivos do objeto, ou signos, imagens diretivas). Para o autor “existem diferenciações e relações entre símbolo e o imaginário” (LAPLANTINE, 2003, p.21), pois “o imaginário é constituído e expresso através de símbolos”, e “consiste na utilização, formação e expressão de símbolos” (p.78) e “o imaginário, como mobilizador e evocador de imagens, utiliza o simbólico para exprimir-se e existir e, por sua vez, o simbólico pressupõe a capacidade imaginária” (p.23-4).

Propõe Laplantine (2003) que tanto as imagens quanto os símbolos são representações, mas, se as primeiras são uma imagem mental concreta ou em relação direta com o referente, os símbolos são convencionais, contextualizados, portanto, interpretáveis. Enquanto a imagem está mais identificada ao seu referente (mesmo sendo apenas sua

representação, e não reprodução concreta do objeto), o símbolo ultrapassa seu referente, daí ser ambíguo, sincrético, polissêmico e substituível, variando entre as culturas e somente a partir destas podendo ser interpretado (LAPLANTINE, 2003), proposição semelhante à de Geertz (1989).

Como entende Pesavento (1995, p.22), o símbolo seria a expressão de uma imagem (seu componente espacial) e um sentido: “através da imaginação simbólica diz-se ou se mostra uma coisa ou idéia através de outra”. Para Geertz (1989, p.150), os símbolos seriam os “veículos materiais do pensamento”.

Em consonância, os psicanalistas franceses Laplanche & Pontalis (1970, p.627) postulam que “empregamos o termo ‘simbólico’ para designar a relação que une o conteúdo manifesto de um comportamento, de um pensamento, de uma palavra ao seu sentido latente”.

Para Moscovici (2001, p.52), “um símbolo representa outra coisa diferente de si mesmo: é uma idéia compartilhada por homens, independente do próprio objeto” – o fato de independer do objeto, mas poder ser compartilhado, ressalta, aliás, como sua construção é convencionalizada, arbitrada, enfim, no social.

Também Jodelet (2001) propõe a representação como conteúdo, modo de funcionamento ou expressão mental: “representar ou se representar corresponde a *um ato de pensamento* pelo qual um sujeito se reporta a um objeto” (JODELET, 2001, p.22; grifos meus), ou: “*conteúdo concreto do pensamento*, a representação mental traz a marca do sujeito e de sua atividade” (p.23; grifos meus). E ainda: “a representação social tem com seu objeto uma relação de simbolização (substituindo-o) e de interpretação (conferindo-lhe significações). Estas significações resultam de uma atividade que faz da representação uma construção e expressão do sujeito” (JODELET, 2001, p.27). E Geertz (1989, p.59) acrescenta que “não apenas as idéias, mas as próprias emoções são, no homem, artefatos culturais”.

No mesmo sentido, Sperber (2001, p.91) sugere que “uma lembrança, uma hipótese ou intenção são exemplos de representações mentais”. Para esse autor, as representações que permanecem na esfera do indivíduo são apenas *mentais*, mas as representações mentais que, uma vez comunicadas, perduram no tempo e se tornam *coletivas* passam a ser representações *culturais*. Isso já prenuncia que representações podem se desenvolver pelo processo de enculturação próprio da educação, ou assimiladas pelo contato com outros conjuntos de representações, como na aculturação.

Então as representações mentais como conteúdo do pensamento individual, mencionadas até agora, podem ser socializadas em representações coletivas – no sentido de coletivizadas – e, se perdurarem numa cultura, tornar-se representações sociais.

Pode-se, desse modo, esboçar uma gradação: o ser humano percebe organicamente os objetos (imateriais ou materiais, imagens ou sons que os constituem), registra os traços mais ou menos completos dos mesmos, resgata esse registro ao longo do tempo pela memória e dele se utiliza como material do pensamento (desejos, lembranças, idéias, valores, às vezes no padrão de imagens, às vezes como sensações ou símbolos). Logo, o funcionamento psíquico opera através das representações, segundo Sperber (2001) algumas apenas mentais (individuais, se internas, públicas, se comunicadas), outras coletivas (compartilhadas na socialização).

Como conteúdo da mente ou sua unidade básica de funcionamento, a representação mental ou coletivizada pode ser agrupada, deslocada, condensada, recortada, fornecendo partes para novas unidades, ou transmitida, mediante a comunicação, a outros membros de um grupo.

São essas operações que sustentam os atos mentais de pensar, recordar, antecipar e imaginar, mesclados com os diversos afetos que podem se associar, a cada momento, a quaisquer desses processos: uma boa ou má idéia, uma lembrança triste ou cômica, uma hipótese aterradora ou otimista, um desejo insensato, um comportamento suspeito, etc. Não se sugere, obviamente, que tais operações ocorram na concretude.

Esse caráter dual da sua elaboração (entre o meio/externo e o mental/interno) leva Moscovici (2001, p.62) a reconhecer “que as representações são, ao mesmo tempo, construídas e adquiridas”. Percebe-se que a ocorrência do fenômeno se dá *dentro* do psiquismo, mas remete a algo *fora* dele: não só o objeto (mesmo que imaterial) representado, mas, concomitantemente, a influência do grupo, nas representações coletivas, simbólicas, convencionais.

Se essa relação dentro/fora, do interior para o exterior e vice-versa, não assegura a fonte meramente interna (*ocorrência* mental, que não coincide com *origem* mental) ou externa do fenômeno (entendido como construto apenas do meio), então resta concluir pela ligação entre sujeito e cultura na articulação das representações, numa transição contínua entre as duas esferas.

Sperber (2001) propõe que esse fenômeno se processa do modo seguinte:

Veja-se um grupo social: por exemplo, uma tribo, os habitantes de uma cidade ou os membros de uma associação. Pode-se considerar que um desses grupos sociais, tomado em seu ambiente, é habitado por uma população muito mais numerosa de representações, mentais e públicas. Cada membro do grupo tem, em seu cérebro, milhões de *representações mentais* – umas efêmeras, outras conservadas na memória por muito tempo –, constituindo o saber do indivíduo. Dentre as representações mentais, algumas – uma proporção muito pequena – são comunicadas, isto é, levam seu usuário a produzir uma *representação pública*, que, por sua vez, leva outro indivíduo a construir uma representação mental de conteúdo semelhante à representação inicial.

Dentre as representações comunicadas, algumas – uma porção muito pequena – são comunicadas repetidamente e podem até acabar sendo distribuídas por todo o grupo, isto é, ser objeto de uma versão mental em cada um de seus membros. As representações assim distribuídas amplamente num grupo social, e que o habitam de modo duradouro, são *representações culturais*. As representações culturais concebidas desta forma são um subconjunto de contornos fluidos do conjunto das representações mentais e públicas que habitam um grupo social (SPERBER, 2001, p.91-2; grifos meus).

Por isso, Sperber (2001, p.93) generaliza: “na prática, só se pode representar o conteúdo de uma representação por meio de outra de conteúdo similar”, e a esse processo chama de *interpretação* – “uma interpretação é a representação de uma representação por outra” (idem), e, “nesse sentido, uma representação pública (...) é uma interpretação” (idem). E acrescenta que “o processo da comunicação se decompõe em dois processos de interpretação: um do mental para o público; outro do público para o mental” (idem). O autor postula ainda que os modelos de transmissão das representações culturais encontram seus vetores de transmissão nas formas de comunicação:

Uma representação, por exemplo, pode ser cultural de diferentes maneiras: algumas são transmitidas sem pressa de uma geração a outra; é o que os antropólogos chamam de tradições, comparáveis às endemias; outras representações, bastante típicas das culturas modernas, difundem-se rapidamente em toda uma população, mas têm uma duração bastante curta – é o que se chama de moda e são comparáveis às epidemias (Sperber, 2001, p.101).

Sperber (2001) considera que dessa maneira se transmitem e são coletivizadas as representações em um grupo: horizontalmente, quando o receptor representa mentalmente uma representação mental do enunciador que foi comunicada (tornada pública), ou verticalmente, quando uma geração a recebe da anterior e a propaga à próxima.

A área de confluência do psicológico para o social perpassa, assim, a comunicação. Recordando a posição de Durkheim e Mauss de que o psicológico está subordinado ao social, Baczkó (1985) afirma que uma sociedade só se mantém se os sujeitos adotam uma *consciência coletiva* em que o social prevalece sobre o individual num sistema de crenças comuns e, para que tal ocorrência se sustente, é preciso que opere um sistema simbólico que

garanta a comunhão – a comunicação – entre os homens de símbolos exteriores aos seus estados mentais.

Jodelet (2001) ressalta o papel da comunicação na transmissão das representações:

sobressai a importância primordial da comunicação nos fenômenos representativos. Primeiro, ela é o vetor de transmissão da linguagem, portadora em si mesma de representações. Em seguida, ela incide sobre os aspectos estruturais e formais do pensamento social, à medida que engaja processos de interação social, influência, consenso ou dissenso e polêmica. Finalmente, ela contribui para forjar representações que, apoiadas numa energética social, são pertinentes para a vida prática e afetiva dos grupos. Energéticas e pertinências sociais que explicam, juntamente com o poder performático das palavras nos discursos, a força com a qual as representações instauram versões da realidade, comuns e partilhadas (JODELET, 2001, p. 32).

Constatação que leva a autora a juntar-se a Piaget na proposição que a Psicologia e a Sociologia são “duas disciplinas que tratam do mesmo objeto” (JODELET, 2001, p.40). E a Kaes (2001, p.78), quando relembra “a afirmação reiterada de Freud de que a psicologia do sujeito é, inicialmente, uma psicologia social”, pois “inscreve-se nessa perspectiva que considera a dupla função da representação social: uma psíquica (...) outra social”.

Percebe-se que a construção das representações se dá numa interface entre o sujeito e seu meio – constituído, além da natureza e objetos materiais ou imateriais a serem percebidos, também pelos outros membros do grupo e suas representações individuais e compartilhadas pela comunicação em suas diferentes formas. Ou seja, além de sua constituição física, há seu patrimônio simbólico, que constitui, numa cultura, sua visão de mundo – enquadre social do entendimento da realidade – e seu *ethos* – conjunto de valores estéticos e morais de um povo (GEERTZ, 1989).

Desse modo, o estudo das representações não pode prescindir de uma compreensão sobre o meio cultural em que se erigiram, assim como o estudo das culturas mergulhará em sua cadeia psíquica de representações. Dito de forma mais clara, toda psicologia deverá envolver o meio cultural, bem como toda ciência social abarcará o psicológico.

Por isso, a insistência na proposição da prevalência do psicológico sobre o sociológico, ou o inverso, pode distanciar-se do que talvez seja mais relevante: a articulação entre ambos. Originalmente, o desenvolvimento das duas esferas garantiu que, hoje, uma deva suas operações à outra. O que não quer dizer que não haja um ordenamento desse processo, partindo do coletivo para o psíquico, e, posteriormente, garantido pelo psíquico para dar sustentação à coletividade.

Mas todo esse processo bem engrenado não se esgota em seu próprio acontecimento, ele se presta a algo maior e mais profundo, mas a ele intimamente ligado. Segue-se mais uma etapa da presente sinopse: as funções práticas das representações sociais.

2.1.3 - *As funções das representações sociais*

Tentou-se mostrar, anteriormente, como as representações sociais sustentam os processos mentais de contato com o externo. Mas seria possível pensar num modo de funcionamento mental fora de uma cultura, um meio que fosse natural, mas não cultural? Geertz (1989, p.33; grifos meus) afirma que “não dirigido por *padrões culturais* – sistemas organizados de símbolos significantes – o comportamento do homem seria virtualmente ingovernável, um simples caos de atos sem sentido e de explosões emocionais, e sua experiência não teria praticamente qualquer forma”.

Isso sugere que as representações não se limitam apenas a permitir a comunicação de idéias após uma interiorização de imagens: o processo a que conduzem é bastante mais amplo e consideravelmente mais vasto que apenas a percepção do mundo e sua comunicação – ele se estende ao significado.

Resgatando a sociologia de tradição durkheimiana, Chartier (1990) sugere que os conteúdos e esquemas do pensamento são ocorrências individuais (se processam no sujeito), mas são inconscientemente interiorizados e condicionados pela sociedade que compartilha os valores expressos em tais representações, sem que seja necessário explicitá-los. Essa proposição se assemelha àquela formulada por Geertz (1989, p.179), quando afiança que “a experiência humana – a vivência real através dos acontecimentos – não é mera sensação: partindo da percepção mais imediata até o julgamento mais mediado, ela é uma sensação significativa – uma sensação interpretada, uma sensação apreendida”.

Percebe-se aqui que a condição natural do cérebro humano para captar informações diversas (dentre as quais se destacam imagens e sons) não garante a sua compreensão, que é determinada mediante aprendizado imposto pela cultura: o psiquismo não equivale meramente ao cerebral, e o psicológico é, assim, perpassado pelo cultural.

Classicamente entendida como a relação de uma imagem presente de um objeto ausente (CHARTIER, 1990), a representação não se trata de uma capacidade mental inata, mas uma manifestação cultural básica, *forma de expressão e ação que conjuga a aptidão*

psíquica de registrar com a cultural de significar (a percepção é orgânica, mas a compreensão é ditada culturalmente). O reconhecimento simbólico de um objeto não equivale apenas a sua percepção. O símbolo seria então a expressão de uma imagem (seu componente espacial) e um sentido (determinado culturalmente): “através da imaginação simbólica diz-se ou se mostra uma coisa ou idéia através de outra” (PESAVENTO, 1995, p.22). Essa seria a base da representação: representar é re-apresentar, dispensando a presença material da coisa, e simbolizar é lhe conferir um valor arbitrário, cultural.

Veja-se o seguinte trecho, mais uma vez de Jodelet (2001):

Sempre há necessidade de estarmos informados sobre o mundo à nossa volta. Além de nos ajustar a ele, precisamos saber como nos comportar, dominá-lo física e intelectualmente, identificar e resolver os problemas que se apresentam: é por isso que criamos representações. Frente a esse mundo de objetos, pessoas, acontecimentos ou idéias, não somos (apenas) automatismos, nem estamos isolados num vazio social: partilhamos esse mundo com os outros, que nos servem de apoio, às vezes de forma convergente, outras pelo conflito, para compreendê-lo, administrá-lo ou enfrentá-lo. Eis por que as representações são sociais e tão importantes na vida cotidiana. Elas nos guiam no modo de nomear e definir conjuntamente os diferentes aspectos da realidade diária, no modo de interpretar esses aspectos, tomar decisões e, eventualmente, posicionar-se frente a eles de forma defensiva (JODELET, 2001, p.17).

Para a autora, “estas definições partilhadas pelos membros de um mesmo grupo constroem uma visão consensual da realidade para esse grupo” (JODELET, 2001, p.21).

Ou ainda a afirmação de Laplantine (2003, p.77): “o conceito de representação engloba toda a tradução e interpretação mental de uma realidade exterior percebida”. Aqui se evidencia a função prática das representações: mediar o contato com o mundo envolvente, ou seja, garantir a **interpretação da realidade**. Os riscos de não desempenhá-la suficientemente são elevados: a não compreensão da realidade a partir de um dado esquema compartilhado, o que se aproximaria da experiência da loucura, e a não inserção no grupo, o que corresponderia à exclusão.

As representações sociais, portanto, apesar de circularem de forma coletivizada, têm uma aplicabilidade imediata para o sujeito, em sua individualidade: garantir sua pertença a uma cultura e a leitura da realidade a partir desse enfoque cultural.

Esse fenômeno está inserido no social e a ele remetido: para Jodelet (2001, p.21), “as representações sociais são fenômenos complexos sempre ativados e em ação na vida social”. Não se nega seu caráter individual, mas sempre em associação com a cultura, que determina os valores simbólicos coletivos às coisas e fatos percebidos.

Em semelhante posição, Baczko (1985) defende que os estudos sobre a imaginação social não se propõem fixar uma faculdade ou poder psicológico autônomo, mas um aspecto da vida social. O que equivale a dizer que, como a linguagem, o imaginário não é natural, mas apreendido socialmente, ainda que utilize mecanismos psicológicos de bases mais orgânicas (estímulos neuronais cerebrais, a mecânica muscular da fala, etc.). Ou ainda que, se os dispositivos cerebrais podem ser semelhantes em todos os humanos, a manifestação do seu uso está sujeita às culturas, que os estimulam, mas que, com sua diversidade, fazem-nos se apresentar diferentemente em cada sociedade.

“Logo, o real é, ao mesmo tempo, concretude e representação”, afirma Pesavento (1995, p.16), que completa postulando a constituição imaginária da sociedade que expressa simbolicamente suas idéias sobre o real: “o imaginário, enquanto sistema de idéias-imagens de representações coletivas, é ‘o outro lado’ do real” (p.19).

A propósito, Laplantine (2003) diferencia *realidade*, o que preexiste a ser interpretado, e *real*, interpretação que os homens atribuem à realidade, e que constituiria a finalidade cultural da representação. De acordo com o entendimento do autor, as representações *não correspondem à realidade*, mas lhe dão *significado*.

Nesse mesmo sentido, Chartier (1990, p. 19) oferece a definição de Ernest Cassirer, que propõe que a função simbólica, simbolização ou representação, é uma *função mediadora que informa as diferentes modalidades de apreensão do real*, quer opere por signos lingüísticos, por figuras mitológicas ou da religião, ou por conceitos do conhecimento científico, ou seja, categorias e processos que constroem “o mundo como representação”.

Constata-se, com estes autores, que a apreensão da realidade exterior – para Jodelet, (2001, p. 17) “realidades mentais” –, se é captada de modo semelhante em todos os seres humanos (pois as propriedades sensoperceptivas orgânicas constituem uma capacidade fisiológica da espécie), não será interpretada de modo único por todas as culturas em todos os seus momentos, bem como não terá sentido sem uma cultura que a sustente.

Então, dentre outros aspectos, o de tratar-se de **forma de compreensão da realidade** é o que torna o fenômeno de representar universal, o que não equivale a dizer que se representa universalmente de modo idêntico.

Não existe, entretanto, liberdade absoluta na composição do simbolismo de uma sociedade: como ela o constitui a partir do que preexiste, é preciso que tenha alguma verossimilhança com o mundo vivido para que seja aceita pela sociedade (JODELET, 2001).

É necessário que o real simbolizado esteja ligado à realidade, ainda que não seja sua cópia fiel e integral, o que não poderia mesmo constituir, já que é *representação* e não *reprodução* da mesma.

A forma como se deve interpretar, simbolizar a realidade é aprendida pela educação no processo que Berger e Luckmann (1985) chamam de *socialização primária*, e cujos mecanismos, que seguem da família ao grupo social, podem ser melhor compreendidos a partir da leitura de seu livro *A construção social da realidade*, uma vez que esse detalhamento fugiria da finalidade do presente tópico.

Também Laplanche & Pontalis (1970, p.625) recordam *As estruturas elementares do parentesco*, de Lévi-Strauss, em que se propõe que “toda cultura pode ser considerada como um conjunto de sistemas simbólicos, na primeira fila dos quais se situam a linguagem, as regras matrimoniais, as relações econômicas, a arte, a ciência, a religião”. Daí que a instituição família venha a ter papel fundamental nesse sistema, como será visto no arcabouço teórico dessa pesquisa.

Tem-se, então, todo o arsenal simbólico de uma cultura, numa dada época, para que o sujeito compreenda o meio em que se encontra e nele se expresse, garantindo, desse modo, sua inserção e integração no grupo. Essa “linguagem” – e não se trata apenas do idioma, mas de toda expressão cultural que, em *A interpretação das culturas* de Geertz (1989) aprende-se a ler como um texto a ser decifrado – preexiste ao sujeito na sociedade, e é oferecida e apreendida por cada um ao longo de seu processo de formação, via de regra sem um ensinamento explícito.

A cultura estimula e oferece um repertório variável para as manifestações de nossos processos internos, mas esses dispositivos, se não são ilimitados numa sociedade, também não são os mesmos em todas as culturas – variam, aliás, como as línguas.

Ainda segundo Chartier (1990, p.17) “são estes esquemas intelectuais incorporados que criam as figuras graças às quais o presente pode adquirir sentido, o outro tornar-se inteligível e o espaço ser decifrado”.

Esse autor busca no conceito de *utensilagem mental* de Febvre argumento para essa proposição: seriam, em cada cultura e em cada época de uma mesma civilização o estado de língua (léxico e sintaxe) os utensílios e a linguagem científica disponíveis, e também o que chama de “suporte sensível do pensamento”, o sistema de percepções (CHARTIER, 1990, p.37).

Assim, “numa dada época, o cruzamento desses vários suportes (lingüísticos, conceptuais, afectivos) dirige as ‘maneiras de pensar e de sentir’ que delineiam configurações intelectuais específicas” (CHARTIER, 1990, p.37).

Chartier (1990), mencionando *A mentalidade primitiva*, de Lévy-Bruhl, relembra que as categorias de pensamento não são universais, pois dependem das técnicas e ciências que as sustentam e que não se encontram em progresso contínuo e linear. Seriam idéias e modos de sentir compartilhados de certas populações, forças agrupadoras, ou, nas suas palavras:

As idéias, apreendidas por meio da circulação das palavras que as designam, situadas nos seus enraizamentos sociais, pensadas na sua carga afectiva e emocional, tanto quanto seu conteúdo intelectual, tornam-se assim, tal como os mitos ou complexos de valores, uma dessas ‘forças coletivas pelas quais os homens vivem o seu tempo’ e, portanto, uma das componentes da ‘psique coletiva’ de uma civilização (CHARTIER, 1990, p.43).

Na mesma linha de raciocínio, Chartier (1990, p.38-9) acrescenta a definição de Panofsky de *hábito mental*: conjunto de esquemas inconscientes, de princípios interiorizados que dão sua unidade à maneira de pensar de uma época, ou seja, “forças criadoras de hábitos”.

Trata-se, portanto, do repertório cultural que num dado momento permite ao sujeito de um dado grupo compreender sua realidade e com ela interagir psiquicamente mediante *pensamentos* (que reproduzem internamente, através de imagens ou símbolos, o que é percebido, ou seja, *representam*), *afetos* (a sensação de que algo é positivo ou negativo, num encontro entre possibilidades culturais e preferências individuais, desencadeadas por vivências ou desejos) e *expressão* (em que se transmitem ao exterior, mediante palavras ou comunicação gestual, seus sentimentos ou pensamentos, que remontam às representações).

Devido a esse valor particular das palavras ou expressões como via para a compreensão de quais seriam as representações sociais de um dado grupo cultural sobre determinado tema, nessa pesquisa procurou-se identificar as expressões que médicos registravam sobre as queixas de pacientes e familiares, como se verá na metodologia.

Propondo uma articulação entre esse grupo de pensamentos compartilhados e o social, Chartier (1990, p.47) menciona ainda o conceito de *visão de mundo*, termo originado em Lukàcs e que seria definido como “conjunto de aspirações, de sentimentos e de idéias que

reúne os membros de um mesmo grupo (de uma classe social, na maioria das vezes) e os opõe aos outros grupos”.

Já se disse que “as representações são abordadas concomitantemente como produto e processo de uma atividade de apropriação da realidade exterior ao pensamento e de elaboração psicológica e social dessa realidade” (JODELET, 2001, p.22).

Assim, do mesmo modo como se pode perceber num estudo sobre um aspecto de uma cultura os componentes parciais de sua visão de mundo sobre determinados valores, podem-se notar esses mesmos valores em operação em outros objetos ou fenômenos sociais, de modo mais ou menos semelhante. É dessa forma que, reportando Mauss, Baczko (1985) propõe que:

Na maioria das representações coletivas, não se trata da representação única de uma coisa única, mas sim de uma representação escolhida mais ou menos arbitrariamente a fim de significar outras e de exercer um comando sobre as práticas. Frequentemente, os comportamentos sociais não se dirigem tanto às coisas em si, mas aos símbolos dessas coisas. As representações coletivas exprimem sempre, num grau qualquer, um estado do grupo social, traduzem a sua estrutura actual e a maneira como ele reage frente a tal ou tal acontecimento, a tal ou tal perigo externo ou violência interna. Existe uma relação íntima e fatal entre o comportamento e a representação coletiva (BACZKO, 1985, p.306).

Em adição, Jodelet (2001, p.34) afirma que “partilhar uma idéia ou uma linguagem é também afirmar um vínculo social e uma identidade”, e ainda que:

Reconhece-se que as representações sociais, enquanto sistemas de interpretação que regem nossa relação com o mundo e com os outros – orientam e organizam as condutas e comunicações sociais. Da mesma forma, elas intervêm em processos variados, tais como a difusão e a assimilação dos conhecimentos, o desenvolvimento individual e coletivo, a definição das identidades pessoais e sociais, expressão dos grupos e as transformações sociais (JODELET, 2001, p.22).

Há, portanto, outro aspecto prático no fato de que todas as sociedades produzem suas representações coletivas: ao estabelecer divisões e definir modelos de expressão e condutas para seus membros, elas se prestam a **atribuir-lhes uma identidade** (PESAVENTO, 1995).

Essa função leva Baczko (1985, p.309) a dizer que “o imaginário social é [...] uma das forças reguladoras da vida coletiva”. Tal operação social, sistemática e inconsciente funciona ao distribuir forças e nortear relações, de modo que, para Jodelet (2001, p.28), “a representação serve para agir sobre o mundo e o outro, o que desemboca em suas funções e

eficácia sociais”. As constituições dos grupos, inclusive das individualidades que os compõem e da demarcação da alteridade a que se relacionam, devem-se grandemente a essa função das representações.

Em decorrência, Pesavento (1998, p.56-7) afirma que “o imaginário popular revela não só uma tradicional estrutura de dominação, expressa mediante recursos imagéticos e discursivos, mas também algo mais fundo no processo de construção das identidades e alteridades”. As palavras e expressões utilizadas pelas pessoas de cada grupo, para abordarem uma parcela dos fenômenos dados ao seu entendimento mediante representação, serão parte de sua cultura e, portanto, visceralmente ligadas a esse próprio esquema de entendimento – o que também levou à eleição da análise de conteúdo como um aporte metodológico dessa pesquisa.

Uma cultura, em seu dinamismo, não é clara em todos os seus aspectos, mesmo para quem nela se encontra inserido, quanto mais para quem pretende estudá-la. Geertz (1989, p.7) entende a cultura como um texto a ser decifrado, e, desse modo, “fazer etnografia é como tentar ler (no sentido de ‘construir uma leitura de’) um manuscrito estranho, desbotado, cheio de elipses, incoerências, emendas suspeitas e comentários tendenciosos”.

Laplantine (2001, p.242) também menciona esse caráter inconsciente e oculto das representações: “de fato, é próprio a uma representação nunca pensar-se como tal e especialmente ocultar as distorções e deformações que indiscutivelmente carrega”.

De acordo com a proposição de Laplantine (2003, p.22), de que “encontramos no simbólico um sistema de valores subjacentes, históricos ou ideais referidos aos objetos ou instituições consideradas”, então se pode partir do estudo das representações sociais para compreender certos grupos ou culturas, já que elas operam como constituintes parciais das visões de mundo dessas coletividades.

Em resumo, tentou-se mostrar, através de uma revisão teórica de áreas afins das Ciências Humanas, que 1) as representações são processos mentais de apreensão do mundo mediadas pela cultura e a ela dirigidas, num processo contínuo de mútua reciprocidade, e que 2) a função de tais operações vai além de a) sustentar a forma do pensamento, mas, b) ao garantir uma leitura compartilhada da realidade, também permite c) um pertencimento à coletividade daqueles que manifestam essa mesma visão de mundo, e d) sua diferenciação de outros grupos, demarcando individualidade, identidade e alteridade.

A posição desses teóricos pode ser resumida da seguinte forma: o imaginário popular não é científico, como quase sempre a ciência não chega a ser popularizada, mas ambas são

representações do mundo, que operam por ferramentas externas diferentes, mas internamente (mentalmente) constituem representações da realidade. Ambas são formas de saber que se destinam a operar o mundo, mas encontram seu uso em grupos diferentes. Sobretudo, agregam significados diferentes no modo como a realidade se configura a partir de seus respectivos pressupostos.

Por isso, nessa pesquisa, tanto a compreensão popular da saúde e doença mental quanto o entendimento médico considerado para a elaboração do diagnóstico – e consecutivo tratamento – e avaliação da melhora foram tomados como representações de grupos distintos. O esforço aqui é manter sob vigilância a tendência da hierarquização ou qualquer valorização etnocêntrica da compreensão psiquiátrica como sendo a verdadeira ou a principal.

Percebe-se, então, que o estudo das representações sociais é uma das formas de compreender como se afirma uma cultura para seus integrantes e para outras coletividades, ou ainda de um grupo a respeito de um dado objeto, sua visão de mundo, imaginário e redes simbólicas, e pode ser uma forma valiosa de compreender sua identidade a partir da forma de apreensão da realidade por seus membros, bem como a alteridade a partir da forma como se posiciona em relação a outros grupos.

Por isso, as representações sociais sobre a saúde e a doença mental falam mais que apenas sobre esses tópicos, falam de alguns dos valores constitutivos da cultura rural e sua relação com o saber erudito.

O fato de as representações sociais terem sido tratadas, neste texto, a partir de autores de ciências diferentes com referenciais variados e ainda de forma muito resumida, não invalida a perspectiva de sua contribuição para a pretensa tarefa de concatenar como se elaboram, como operam e qual a função que desempenham. Na seqüência desse mapa conceitual, são feitas novas imersões teóricas no sentido de complementar a fundamentação desta pesquisa.

2. 1. 4 - Operacionalizando conceitos

Como esta pesquisa tenciona compreender fenômenos relacionados ao conceito fundamental nas ciências sociais, qual seja, *representações sociais*, o alicerce teórico que permitirá a sua sustentação deverá contemplá-lo. Dessa forma, serão utilizadas obras de autores que se debruçam diretamente sobre o tema, mas também outros que indiretamente o tangenciam ou acrescentam ferramentas teóricas auxiliares.

Primeiramente, o marco referencial é a definição de *representação social* como componente comum ao grupo para a interpretação de sua realidade, ou seja “(...) uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social” (JODELET, 2001, p. 22). Essa conceituação alia as vantagens de ser clara e de delimitar os fatores envolvidos na elaboração das representações, quais sejam: 1) ser um saber, uma forma de conhecimento, 2) ser construída e distribuída a partir do social, e 3) ter uma finalidade: permitir uma abordagem da realidade, uma interpretação da mesma por um dado grupo e a inserção nesse dos sujeitos que as compartilham.

Essa definição alinha-se ao conceito de cultura, necessário para o entendimento das peculiaridades da cultura rural, proposto por Geertz (1989, p.10) como “sistemas entrelaçados de signos interpretáveis”. Posto que “as formas da sociedade são a substância da cultura” (GEERTZ, 1989, p.20), faz-se necessário entender a cultura rural para dela depreender este “aspecto da vida social” (CANDIDO, 2001, p.25) que é a relação com a saúde e a doença, pois assim se procurou interpretar, no presente estudo, as práticas conduzidas no campo da saúde mental.

A razão da abordagem dessa constituição cultural, concomitante ao estudo das representações sociais de saúde e doença, justifica-se pelo fato das patologias que acometem os indivíduos enquanto unidade poderem ser sempre definidas em termos sociais: “a experiência da doença tem, certamente, uma nota de universalidade, mas ela também é modelada pelo contexto cultural e social no qual ela ocorre” (ADAM & HERZLICH, 2001, p.8). Articuladas como estão aos sustentáculos sociais de nossa existência – ambiente, relações familiares e de trabalho, etc – constituem-se em “estados sociais” (ADAM & HERZLICH, 2001, p.12), isto é, vivências cotidianas passíveis, desse modo, de serem condutoras de práticas e valores socialmente compartilhados. Portanto, enquanto representações sociais, os cuidados com a saúde e as teorias populares sobre as doenças integram-se na forma de compreensão e enfrentamento de fenômenos que envolvem a vida coletiva e, por isso, sua interpretação é compartilhada sócio-culturalmente (CAROSO ET AL, 2004).

Também Laplantine (2001) ressalta essa característica na definição que segue:

(...) proporemos a seguinte definição de representação: é o encontro de uma experiência individual e de modelos sociais num modo de apreensão particular do real: o da imagem-crença, que, contrariamente ao conceito e à teoria que é sua racionalização secundária, sempre tem uma tonalidade afetiva e uma carga irracional. Trata-se de um saber que os indivíduos de uma dada sociedade ou de um

grupo social elaboram acerca de um segmento de sua existência. É uma interpretação que se organiza em relação estreita com o social e que se torna, para aqueles que a ela aderem, a própria realidade. De fato, é próprio a uma representação nunca pensar-se como tal e especialmente ocultar as distorções e as deformações que indiscutivelmente carrega, *em particular a relação da doença e do social, da doença e do psicológico, do psicológico e do social* (LAPLANTINE, 2001, p. 242; grifos meus).

Tanto estar saudável quanto adoecer comportam, dessa forma, significações sociais, e a compreensão dessas remete à própria constituição do grupo social:

Estar doente, estar bem de saúde são noções que transbordam de significações (econômicas, políticas, morais, religiosas, existenciais), mas toda sociedade opta por uma certa idéia da normalidade que é necessariamente acompanhada por uma capacidade normativa e, para alguns, por uma normalização dos comportamentos (LAPLANTINE, 2004, p. 102).

O estudo das representações sociais também gera oportunidades de se compreender o contato dos saberes local e erudito. Cândido (2001, p.228) recorda “o que ocorreu e ocorre no domínio misto da terapêutica, onde se nota invasão progressiva do comportamento racional, sem contudo desaparecerem as suas bases mágico-religiosas”. Já Minayo (1998, p.32) realça “as resistências das populações locais em adotarem normas de conduta não condizentes com sua cosmologia”.

Em adição, o julgamento que o grupo faz do doente – inclusive para acionar possíveis tratamentos – interfere em seu lugar social, assim como os saberes – oficiais ou populares – que se apropriam dos cuidados aos doentes ou ao restabelecimento do equilíbrio da saúde local interferem na sociedade (ADAM & HERZLICH, 2001).

Os valores sociais do meio rural, seu *ethos*, bem como seu modo de compreender e conceituar aspectos da realidade, expressos em sua *visão de mundo* (GEERTZ, 1989) tiveram de ser considerados para o entendimento de suas posturas diante do adoecimento mental, como será proposto a seguir. Se a saúde e a doença são condições relativas de adaptação à normatividade do meio (CANGUILHEM, 2006), são os valores que definem a norma social – o “normal” – e seus desvios – a “loucura” – (VELHO, 1977) aqueles que demarcam onde começam e terminam a saúde e a doença, antes mesmo do diagnóstico médico oficial (GOFFMAN, 1978).

Assim que, num meio em que a economia é indissociável da unidade familiar (FERREIRA, 2006) e a saúde é sobrevalorizada como capacidade para o trabalho (SANTOS, 1992), são bem conhecidas as condições mórbidas associadas popularmente à atividade de labor (BOLTANSKI, 2004), o que implica em representações concernentes ao excesso,

desgaste ao sol ou frio, prazer ou desprazer relacionados ao trabalho. Chega-se, assim, no campo das representações sobre saúde e doença mental, no encontro entre o social e o psicológico.

2.2- Identidade e loucura

2.2.1- O psicológico e o social

A discussão sobre identidade pode assumir muitas perspectivas. Neste estudo, ela vem no sentido de subsidiar o entendimento de como a identidade do portador de doença mental pode sofrer alterações a partir da percepção, pelo grupo de que faz parte, daquilo que marca seu “adoecimento”.

A identidade é um atributo psíquico dirigido ao social. Velho (1977, p.27) chega a afirmar haver uma “descontinuidade arbitrária entre o ‘psicológico’ e o ‘social’”, e que “*toda psicologia é social*”.

O mesmo ponto de vista é defendido por Lévi-Strauss (2003), que propõe haver uma correlação frontal, de causa e efeito, entre o psiquismo e a cultura, uma vez que “a formulação psicológica não é senão uma tradução, no plano do psiquismo individual, de uma estrutura propriamente sociológica” (LÉVI-STRAUSS, 2003, p.16-7). Daí que sua constituição ou alteração perpassará a cultura, pois:

...as condutas individuais normais *já* são simbólicas por elas mesmas: elas são os elementos a partir dos quais um sistema simbólico, que só pode ser coletivo, se constrói. São apenas as condutas anormais que, por serem dessocializadas e de certo modo abandonadas a si mesmas, realizam, no plano individual, a ilusão de um simbolismo autônomo. Dito de outro modo, as condutas individuais anormais, num grupo social dado, atingem o simbolismo, mas num nível inferior e, se podemos dizer, numa ordem de grandeza diferente e realmente incomensurável àquela na qual se exprime o grupo. Portanto, é ao mesmo tempo natural e fatal que, simbólicas, de um lado, e traduzindo, de outro (por definição), um sistema diferente daquele do grupo, as condutas psicopatológicas individuais ofereçam a cada sociedade uma espécie de equivalente, duplamente diminuído (porque individual e porque patológico), de simbolismos diferentes do seu próprio, embora vagamente evocadores de formas normais e realizadas em escala coletiva (Lévi-Strauss, 2003, p.17, grifos do autor).

Vê-se que a conduta considerada anormal é definida pelo social quando vai contra uma espécie de simbolismo compartilhável, uma vez que os fenômenos patológicos mentais têm um simbolismo próprio que, diferentemente de outras condutas vistas como transgressoras, faz com que a interpretação popular dos mesmos seja quase sempre

apresentada como uma compreensão comum: loucura. Sendo esta considerada conduta negativa, socialmente inicia-se um processo diferente de relação com o louco, a estigmatização. Na medida em que se prolonga ou agrava, acaba por afastar o sujeito de seus contatos ou tornar difícil a relação. Se condutas sociais esperadas e assuntos apropriados passam a não serem mais sustentados, o resultado final é um crescente alijamento social.

Recorde-se, com Goffman (2008), que:

a situação especial do estigmatizado é que a sociedade lhe diz que ele é um membro do grupo mais amplo, o que significa que é um ser humano normal, mas também que ele é, até certo ponto, ‘diferente’, e que seria absurdo negar essa diferença (GOFFMAN, 2008, p.134).

O autor acredita que:

Assim, mesmo que se diga ao indivíduo estigmatizado que ele é um ser humano como outro qualquer, diz-se a ele que não seria sensato tentar encobrir ou abandonar ‘seu grupo’. Em resumo, diz-se-lhe que ele é igual a qualquer outra pessoa e que ele não o é [...]. Essa contradição e essa pilhéria constituem sua sorte e seu destino (GOFFMAN, 2008, p.135).

Goffman (2007, p.127) ainda se pergunta “até que ponto é limitada a concepção de si mesma que uma pessoa pode conservar quando o ambiente usual de apoios é subitamente retirado”, na medida em que “o eu pode ser visto como algo que se insere nas disposições que um sistema social estabelece para seus participantes”(GOFFMAN, 2008, p.142).

Desse modo, aquilo que o autor chama de “o *feedback* saudável do intercâmbio social cotidiano” (GOFFMAN, 2008, p.22) é que sustenta parte da sanidade, na medida em que, ficando enfraquecido nas relações entre doente e seu grupo, deixa-o possivelmente isolado, desconfiado, hostil, deprimido, ansioso e confuso (IDEM). Muito do que os não-médicos entendem como manifestação da loucura não é, portanto, mais que efeito da ausência ou esgarçamento das relações sociais, pois, possivelmente, a estigmatização nesses casos tem menos a ver com qual conduta anormal é percebida e mais com essa percepção de uma conduta que não se coaduna com os fios simbólicos que se interligam numa cultura.

Ocorre então que, na doença mental, o grupo – entendido aqui “no sentido amplo de pessoas situadas numa posição semelhante” (GOFFMAN, 2008, p.123) – passa a ver o doente mental numa condição diferente, inferior, pois não tem os atributos e não consegue se desempenhar dentro do que esta coletividade entende como normalidade. O que fica numa condição de fragilidade, a partir dessas relações, é então a identidade do portador de doença mental que, num círculo muitas vezes contínuo e sem começo claramente definido, age de

forma inadequada porque é tratado de modo diferente, modo esse que supostamente justificaria a forma como é diferentemente tratado. A manutenção dessa modalidade de relação entre grupo e paciente pode incidir sobre a identidade do sujeito, dificultando a retomada do convívio social mais vasto, uma vez que “a natureza de uma pessoa [...] é gerada pela natureza de suas filiações grupais” (GOFFMAN, 2008, p.124). Fica evidente que a relação entre identidade e coletividade é de extrema proximidade, sobretudo porque atravessada pelos valores culturais do grupo.

Entretanto, é importante salientar que, apesar de comumente se associar a cultura a processos inconscientes e a identidade a vinculações conscientes (CUCHE, 2002), o que não é um erro, defende-se aqui que ambas possuem aspectos conscientes e inconscientes: a interação entre ambas é que interessa.

Lévi-Strauss (2003, p.17-8) afiança que “cada sociedade possui suas formas preferidas de distúrbios mentais, e que estes, tanto como as formas normais, são função de uma ordem coletiva que a própria exceção não deixa indiferente”. O autor adverte que “*a sanidade do espírito individual implica participação na vida social*, assim como a recusa a prestar-se a ela (mas ainda segundo modalidades que ela impõe) corresponde ao aparecimento dos distúrbios mentais” (LÉVI-STRAUSS, 2003, p.20, grifos meus).

Outros autores (BARROS, 2004; JODELET, 2005) ressaltam o quanto o processo de tratamento aceito por uma cultura, mais que erradicar os sintomas e curar o doente, garante-lhe uma mínima permanência numa rede social. Por isso, sendo uma das funções do tratamento tentar restituir parcialmente o estado anterior ao acometimento considerado patológico, no caso da saúde mental deve-se visar também à reinserção social.

Diante disso, assume importância o conceito de *estigma*, definido por Goffman (2008, p. 7) como “a situação do indivíduo que está inabilitado para a aceitação social plena”. Pode-se dizer que a estigmatização ocasionada pela doença mental em muitos casos desqualifica aspectos importantes e repercute na identidade do sujeito portador, uma vez que o valor atribuído, numa cultura, a cada sujeito dependerá de sua posição no quadro social, o que Figueiredo (1995, p.27) descreve como “identidades posicionais”. Por isso, o entendimento dessa atribuição de valor deverá conter uma descrição do modo como, no Brasil, se compõe a identidade rural, aqui tomada como um dos eixos constitutivos da coletividade estudada. Uma pequena revisão de alguns dos componentes sociais e psíquicos do que aqui se denomina identidade rural exigiu o auxílio de textos sobre ruralidade da lavra de autores consagrados de diversas áreas, tanto clássicos quanto contemporâneos, com os quais se iniciará essa discussão.

Mas, antes, fez-se necessária outra pequena revisão sobre saúde coletiva por sua relevância na compreensão desse universo cultural rural.

2.2.2- Ruralidade e Saúde Coletiva

Inicialmente, a demarcação da ruralidade, universo cultural desse estudo, pode ser buscada em Cândido (2001, p.26), que oferece a um só tempo definições para o rural e a “cultura rústica”: enquanto o primeiro exprime, sobretudo, localização, a segunda relaciona-se a “um tipo social e cultural, indicando o que é, no Brasil, o universo das culturas tradicionais do homem do campo”.

Entretanto, a ruralidade não é um sistema cultural fechado e estanque, como adverte o mesmo autor ao reforçar a constante incorporação e reinterpretação de traços que se alteram ao longo do que nomeia de “contínuo rural-urbano” (CÂNDIDO, 2001, p.26). Carvalho (2005) reforça este ponto de vista, ao explicar que:

A racionalidade camponesa tem sofrido mudanças nas interações que estabelece com as concepções de mundo, com a produção científica e tecnológica e com as práticas culturais hegemônicas das sociedades capitalistas. As mudanças provocadas por tais interações apresentam graus de intensidade distintos, sendo que as inovações geradas pelos setores dominantes são adaptadas e reelaboradas pelos próprios camponeses no sentido de se adequarem à sua racionalidade (CARVALHO, 2005, p.171).

O interesse, portanto, em se estudar os componentes culturais do genérico “meio rural” multiplica-se quando se compreende tratar-se de uma cultura que guarda caracteres próprios, mas que está em reelaboração constante em razão da presença contraditória de concepções de mundo vinculadas às desiguais condições sociais de interação.

Vários autores ressaltam que a ruralidade não se restringe ao agrícola (GRAZIANO DA SILVA, 2001) e não é estanque, uma vez que se trata de um construto social (FERREIRA, 1999) marcado pelo dinamismo (VEIGA 2006).

Além disso, Carneiro (1998) adverte que a identidade rural não é nem uniforme nem imutável, mas forjada numa constante tensão mediante a relação de forças entre campo-cidade. Isso permite pensar o processo de sedimentação cultural no momento mesmo em que se dá, ou seja, um “estudo das mudanças dinâmicas na sociedade que podem ser observadas no tempo presente”, como já alertava Boas (2006), ao postular que:

(...) cada grupo cultural tem sua história própria e única, parcialmente dependente do desenvolvimento interno peculiar ao grupo social e parcialmente de influências

exteriores às quais ele tenha estado submetido. Tanto ocorrem processos de gradual diferenciação quanto de nivelamento de diferenças entre os centros culturais vizinhos (BOAS, 2006, p. 47).

Em princípio, acredita-se que, entre moradores das zonas rurais, o entendimento tradicional de toda a dinâmica das doenças mentais ou seus sintomas deve divergir, em variado grau, das concepções oficiais da medicina, levando a posturas e expectativas diferentes quanto à cura e, eventualmente, à busca de tratamentos alternativos, concomitantemente ou não. E, muitas vezes, não apenas como forma terapêutica, mas como modelo explicativo para a causa, etiologia da doença.

Em decorrência, pode ocorrer o recurso preferencial ou, no mais das vezes, paralelo à medicina popular (BOLTANSKI, 2004; SANTOS, 1992), composta por diversos tipos de terapêuticas, como benzedores, curandeiros, especialistas em ervas e farmacêutico prático (CANDIDO, 2001; SANTOS, 1992), cujas atividades podem se enquadrar no que Mauss (2003, p.407) descreve como sendo a um só tempo “ato técnico, ato físico, ato mágico-religioso”. Interferem aqui os saberes tradicionais desses grupos, “sistemas esquematizados e organizados de pensamento e ação” (GEERTZ, 1997, p.112), e as respostas que encontram para suas questões de saúde: práticas rurais relacionadas ou não com religiosidade e próximas ou distantes da medicina oficial.

Mas, também, acredita-se que a interação entre saber popular e erudito: a coexistência, na ruralidade, da atuação das medicinas oficial e popular, como se dão seus contatos, seus conflitos, sua complementaridade (OLIVEIRA, 1985), a influência que exercem uma sobre a outra (BOLTANSKI, 2004; SANTOS, 1992), e ainda a visão dos profissionais de saúde oficial sobre as concepções de saúde/doenças das populações rurais.

É nesse ponto exato que o sofrimento psíquico transcende o sujeito e alcança sua cultura, encarnada nas suas relações sociais e redes de apoio. Por isso, ao repassar onde começam os problemas mentais, em seu estado anterior, a *saúde mental*, tem-se como referência a cultura, pois a própria Organização Mundial de Saúde (OMS) a define como um

Conceito que abarca, entre outros aspectos, o bem estar subjetivo, a percepção da própria eficácia, a autonomia, a competência, a dependência inter-geracional e a autorrealização das capacidades intelectuais e emocionais. À partir de uma perspectiva transcultural, é quase impossível chegar a uma definição exaustiva de saúde mental. Admite-se, entretanto, que o conceito de saúde mental é mais amplo que a ausência de transtornos mentais (OMS, Informações para a Imprensa).

Como se vê, o conceito de saúde mental oficializado é amplo, pois abarca uma série de fatores extra-psíquicos e, sobretudo, culturais. Ao se extrapolar a possibilidade da saúde

mental estar alocada apenas no psiquismo do sujeito doente, faz-se necessário remeter, também, ao conceito de Saúde Coletiva. Esse termo tem sua origem e difusão a partir de diversos movimentos de cunho político e acadêmico surgidos na década de 70, num contexto de crítica aos movimentos de reforma em saúde europeus e americanos. Articula saberes de áreas como a epidemiologia, o planejamento em saúde e as ciências sociais, num enfoque inter e transdisciplinar e, como prática, enfatiza a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida, contemplando as relações entre os sujeitos sociais.

Assim, tem-se que o termo Saúde Coletiva não coincide com o termo Saúde Pública na medida em que o segundo remete à medicalização do espaço social perpetrada desde fins do século XVIII pelos nascentes Estados europeus e levada a cabo na sociedade capitalista contemporânea (ILLICH, 1975), ao passo que a primeira postula uma forma crítica de aproximação multidisciplinar à saúde – cristalizada, até então, como projeto médico-naturalista – destacando dimensões simbólicas, éticas e políticas que relativizam o discurso biológico, sem, no entanto, ceder a perspectivas hierárquicas ou valorativas entre os diversos discursos teóricos que a compõem, de modo que a troca de significantes de *público* para *coletivo* não é mero exercício de retórica (BIRMAN, 2005).

As interações entre os campos da Saúde Coletiva e Saúde Mental, enquanto, respectivamente, políticas e práticas voltadas a um grupo social com características comuns, quais sejam, a “loucura” e estigmatização social, tem revelado a necessidade de mais pesquisas nessas áreas, como destacado por Onocko-Campos & Furtado (2006).

Devido a tais peculiaridades, numa aproximação do debate em torno da Saúde Mental e da Saúde Coletiva, faz-se necessária uma abordagem histórica e sócio-antropológica, além da médica. As relações do saber erudito e representações e práticas populares de saúde criam objetos e problemas de pesquisa instigadores, como sugerem os estudos sobre Saúde Coletiva. Tal conceito, é importante lembrar, não equivale restritamente ao atendimento médico: o binômio doente-médico privilegia, no mais das vezes, aspectos biológicos na etiologia da doença, ao passo que a saúde coletiva prioriza seus aspectos sociais (CAMPOS ET AL, 1987).

Vinculado a esse conceito, pode-se também destacar a importância das *redes sociais de apoio*: a solidariedade estabelecida entre moradores de comunidades, bairros ou mesmo cidades. Essas redes de apoio vão desde os cuidados com a saúde até o fortalecimento da cidadania, evidenciando a relevância das relações pessoais, pois “ainda que o conceito de rede seja utilizado para fazer referência a distintas realidades, apresenta, no entanto, como idéia

comum, a imagem de pontos conectados por fios, de modo a formar a imagem de uma teia” (ANDRADE & VAITSMAN, 2002, p.927).

A partir dessa concepção, acredita-se que a eclosão de problemas mentais interfira nas redes sociais bem como pode sofrer interferência das mesmas, uma vez que “ser doente não é apenas uma condição biológica ou psicologicamente dada, mas um produto constituído com base nas definições e reações dos outros” (SOUZA, 1999, p.121).

O estudo dessas redes, portanto, mais do que simplesmente a identificação dos tratamentos médicos acionados, poderia dar conta do entendimento dos significados e implicações dos processos de promoção da saúde, mas, sobretudo, da compreensão da importância da participação da comunidade na abordagem da saúde e da doença mental em seu meio.

2.2.3- A composição da identidade rural

Como mencionado anteriormente, falar do rural remete quase automaticamente, como nos casos dos pares de oposições homologas, ao urbano, uma vez que se trata de locais cuja definição espacial fica facilitada pela contraposição ao outro. Talvez por isso a contraposição geográfica se estenda tão facilmente a todas as outras características.

E essa contraposição, no caso da ruralidade, é muito facilmente definida, pois o rural não é rural em oposição ao silvícola, ou ao litorâneo: ele o é em relação ao espaço que ocupa em contraposição ao urbano. Assim, identidade de grupo, como se explicará melhor adiante, pode se destacar de outra mantida por um grupo oposto: é na articulação com a alteridade que se demarca a identidade rural, logo, deve-se observar a relação campo-cidade para uma primeira compreensão de como se opera sua construção.

Sabe-se que as cidades se desenvolveram em associação ao rural, tanto em sua dependência como em seu controle (FAVARETO, 2007). Por outro lado, Buarque de Holanda (2002, p.998, grifos do autor) adverte que “os centros urbanos brasileiros nunca deixaram de se ressentir fortemente da *ditadura* dos domínios rurais”, o que remete à interdependência dos dois locais.

Desnecessários são os exemplos para evidenciar o quanto os locais são plenos de valor simbólico para as coletividades a eles relacionadas, daí porque são possíveis demarcatórios de identidades (BOURDIEU, 1996). Ao longo do tempo, as representações sociais sobre as cidades, em contraposição ao campo, passaram a significar liberdade (FAVARETO, 2007, p.93), mesmo com a grande “persistência do rural no urbano” (idem,

p.101). Entretanto, a mudança no tipo das trocas entre esses dois meios – que não são apenas físicas, mas simbólicas, possibilitadas ou favorecidas pelo tipo e velocidade da informação – opera por si só uma alteração parcial nos modelos de construção da identidade. Se é notório que as localidades são componentes dos traços identitários, e em se sabendo que ocorreram transformações consistentes nas trocas entre as cidades e o campo, que guardam entre si relação essencialmente de contigüidade (GRAZIANO DA SILVA, 2001), como não pensar que a(s) identidade(s) rural(is) também não se transformaram? As imagens que chegam ao meio rural, assim como o movimento de entes (sobretudo os mais jovens e, no caso específico de Ervália, para Campinas, grande cidade da região norte do Estado de São Paulo), chancela aos grupos rurais outros padrões de conduta para identificação. Outras identificações, outros traços; outros traços, outras identidades.

Apesar de certa glamorização do campo e da vida na roça, em contraposição à existência nas grandes cidades, como local de qualidade e sossego, e das pessoas do interior como simples e honestas, coexiste, no imaginário popular, a impressão que associa o rural brasileiro ao velho mito do jeca, que remete à idéia de atraso e violência (GRAZIANO DA SILVA, 2001).

No entanto, a ruralidade, e as identidades a ela correlatas, não são um produto acabado e definido simplesmente por uma antinomia rural/urbano. Ao recapitular, com base em diversos autores, como se sedimentou a relação entre as cidades e o campo até os dias de hoje, Favareto (2007) menciona a ocorrência do que seria a emergência de uma “nova ruralidade”, concepção que se presta bem a mostrar como ruralidade não é um conceito estático, mas que remete a fenômenos sociais complexos e não lineares, dinamicamente condicionados às mudanças históricas, culturais e econômicas a que se relacionam (VEIGA, 2006). O rural não se define mais como espaço exclusivamente agrário, e o processo de “reestruturação a partir da incorporação de novos componentes econômicos, culturais e sociais” (CARNEIRO, 1998, p.4) confere à identidade rural um dinamismo que não a descaracteriza, mas que não corresponde ao paradigma que a associa ao tradicional, sinônimo de ignorante e refratário à mudança. Ainda assim, e possivelmente por conta de sua história pregressa, as representações sociais sobre o rural na América Latina associam-se a um viés negativo: “patriarcal, escravista, ou como lugar por excelência da dominação tradicional, da pobreza e da subordinação” (FAVARETO, 2007, p.102).

Defende-se, portanto, não só uma permanência do rural no urbano, mas uma contínua relação entre urbano e rural, o que não equivale a alardear uma homogeneização progressiva de ambas as identidades, mas apenas reafirmar o dinamismo originariamente dialógico com

que se operacionalizam os processos de identidade, tanto pessoais quanto grupais. Identidades construídas, mais que herdadas, pois que não são inatas, mas adquiridas. A(s) identidade(s) rural(is) não é(são) uma só e não é(são) estanque(s): compõe(m)-se de um conjunto de traços estáveis, mas cambiáveis.

Mas qual a marca dessa nova ruralidade? Figueiredo (1995) entende que, no Brasil, haveria uma persistência de traços arcaicos em tudo que se caracteriza como novo. Então, se o Brasil se caracteriza por ser uma “sociedade de história lenta”, como classifica Martins (1994, p.14), é provável que a nova ruralidade não se processe de forma tão homogênea como nos países de capitalismo avançado, e que coexista, ao longo de um tempo indefinido, com suas formas pretéritas (CARNEIRO, 1998): mesmo em se supondo que a nova ruralidade é o caminho unívoco do rural no País, nota-se que essa linearidade será lenta e curvilínea. Por isso o uso anterior do “s” entre parêntesis para fazer menção a essa coexistência de momentos e modos diferentes na identidade rural, que, não sendo única, só pode ser *plural*.

Como a ruralidade significa também diferentes modos de representação social (CARNEIRO, 1998), pode-se pensar, então, nos fatores constitutivos da identidade rural, ou ainda, quais os traços incorporados e manifestos como relacionados ao rural. Há um tipo rural que representa todas essas formas? Certamente que não.

Sabe-se que as tipologias são importantes não por expressar um espécime social real, mas como “medida aproximativa, a partir da qual pode-se avaliar o quão próximo ou distante determinada situação está do tipo ideal e, em seguida, interrogar as razões para tanto” (FAVARETO, 2007, p.89, nota de rodapé). Assim, **um tipo rural serve apenas de referencial para o estudo das identidades rurais**, concebendo-se a própria identidade rural como um amálgama de posições e disposições remetido a um contexto social em mutação, que por sua vez repercute no dinamismo constitutivo dessa identidade, compondo uma história tributária do passado, de seus fatos políticos, econômicos e sócio-psíquicos.

2.2.4 - Identidade, identificação e tipo rural

Ainda que a coexistência de propriedades contraditórias seja constante motivo de desconforto, é mister reconhecer a riqueza dessa peculiaridade no que concerne aos estudos de identidade: caso se tratasse de algo estanque e engessado, não ocorreriam muitas das mudanças percebidas e desejadas por estudiosos e movimentos sociais, contudo, se o conceito fosse totalmente instável, seria impossível apreendê-lo para fins de estudo ou definição de políticas. Assim, a identidade pressupõe os atributos da personalidade de cada sujeito em

particular, mas também, na mesma condição está o grupo de que faz parte, de modo que todo sujeito desse grupo apresentará muitos – não necessariamente todos – os seus traços de forma estável o bastante para remeter a seu tipo cultural específico. Normalmente, são geralmente esses traços os que recebem uma carga de exagero em piadas e outras situações sociais depreciativas de grupos (como o “mineirim” das anedotas), que podem ser apreendidos pelos neófitos ou dissimulados por dissidentes, não sem certo esforço, e com grande possibilidade de fracasso, em ambos os casos (como nas “imitações” da identidade ou nas tentativas de esconder origens).

A identidade é manifesta e apreendida por um conjunto de caracteres. Cada traço pode ter uma história, quiçá um valor, mas nenhum deles está em posição de ascendência sobre os demais: não é um ou outro que configura a identidade de grupo, mas seu conjunto. Exceção feita, talvez, a caracteres físicos muito evidentes, como, por exemplo, o grande nariz de Cyrano de Bergerac, mas, em tais casos, não se trata de identidade de grupo, mas daquilo que identifica particularmente um indivíduo, destacando-o mesmo do grupo. Tais atributos podem, assim, ser desde caracteres físicos e, mais comumente, biográficos, como o local ou classe de nascimento até a escolha vocacional, até valores e traços psíquicos compartilhados. Por isso, cada *identidade pessoal* (GOFFMAN, 2008) terá características comuns aos outros membros do grupo de que faz parte seu portador. Quando há esse equilíbrio entre identidade de grupo e identidade pessoal é que se delimitam peculiaridades numa coletividade. Dessa forma, um chapéu de palha na cabeça ou montar num animal não são senão atributos indumentários, cuja presença não garante – e cuja ausência não exclui – a identidade rural. Do mesmo modo como “piercings” no supercílio e tatuagens, já mais comumente vistos entre os jovens de zonas rurais que transitam pela cidade com pés descalços sobre suas motos, não lhes retiram sua identidade com o campo. Tais caracteres demarcam a borda da identidade pessoal sem descaracterizar a identidade de grupo, e, em alguns casos, talvez, podem até afetar a identidade social de seus portadores.

É preciso esclarecer que a *identidade pessoal* aproxima-se, em termos teóricos, da abordagem desenvolvida por Goffman (2008), mas a identidade de grupo não equivale à sua *identidade social*: enquanto esta remete à forma como os demais tomam a posição de um sujeito em sociedade (sua “identidade social”, que pode ficar afetada pelo uso de adereços diferentes), a identidade de grupo refere-se às características que um sujeito deve ostentar para ser tido e se apresentar como integrante de um grupo (e que pode não ser drasticamente comprometida pelo uso dos mesmos). A identidade de grupo não equivale à identidade pessoal, mas se coliga a ela, assim como a identidade social. Se a identidade de grupo permeia

o grupo – ou, drasticamente, um grupo oposto contra que esse se destaca, numa relação de alteridade – a identidade pessoal perpassa o sujeito. A identidade pessoal forma-se *na* identidade de grupo que, por sua vez, forma-se *das* identidades pessoais. Cada sujeito pode se aproximar, portanto, dos traços e condutas supostamente típicas de um grupo num dado momento e numa determinada situação, mas responder de forma menos típica se forças externas ou internas (desejos, crises, conflitos) assim direcionarem suas ações. O *tipo* expressaria, então, uma probabilidade, não um determinismo.

Se a identidade é composta por um conjunto de traços mais ou menos estáveis e carregados de valor cultural, uma mudança numérica e qualitativamente significativa das ações dos componentes de um grupo pode alterar a conduta típica prevista para o mesmo, na medida em que altera ou acrescenta outros traços e atributos identificadores (como, por exemplo, se uma grande maioria trocasse o uso do chapéu de palha pelo “piercing”). Assim, cada novo membro, ao se *identificar* com os traços manifestos pelo grupo, incorpora-os e os reproduz, guardando suas características, apesar da variância pessoal, mantendo dessa maneira sua coletividade (ROUDINESCO, 1998). Devido à propensão da identidade de se constituir por *identificação* (incorporação inconsciente e valorativa de caracteres ideais) e como a coletividade (identidade de grupo) se compõe de sujeitos (identidades pessoais), dá-se uma mudança que pode ter chances de se perpetuar até outra eventual alteração. Por outro lado, quando mudanças facultam a possibilidade de identificação com outros atributos, a identidade pessoal pode passar a se compor com modelos de outros tipos (como no caso dos jovens com “piercings”). Isso é que permite, numa situação mais extremada, uma mudança não *da identidade* de grupo, mas *de* grupo. E, antecipe-se, na cultura ocidental contemporânea, a família ainda é o local inicial desse processo, que se estende, posteriormente, para outros grupos (novamente, seguindo o exemplo proposto, do chapéu de palha do avô ao “piercing” do ator de telenovela).

É essa característica da identidade de grupo, de ser a um só tempo estável, mas mutável, pois permeável a relações e identificações novas, que permite não apenas sua *alteração*, num processo acomodativo, ao longo de transformações rápidas (quando todos os sujeitos que a ostentam passam, em alguma medida, pela mudança) ou lentas (quando serão percebidas de forma muito diferente pelas gerações, nas quais também repercutirão de forma desigual, marcadamente mais forte nos jovens (DURKHEIM, 1999). Isso oportuniza, também, sua *manipulação* por motivos ideológicos, políticos e econômicos, em momentos específicos da história dos grupos.

Pode-se tentar um arranjo textual como o seguinte: as identidades de grupo estão para os grupos assim como os tipos estão para os sujeitos. Seus traços constituem menos parâmetros (padrões, normas) que paradigmas (termos substituíveis numa estrutura).

No que se refere à ruralidade, sobressaem como traços mais evidentes o local de origem, a atividade laborativa e o tipo (apenas mais ou menos apresentado como o “caipira”). Traços como esses poderiam até estarem sujeitos a uma rápida identificação, se muito característicos, pois os indivíduos que os ostentam responderiam, supostamente, de modo previsível a situações sociais condicionadas (parâmetros). Entretanto, os mesmo sujeitos podem responder às mudanças do contexto social, como transformações, embates, impasses, de forma alternativa (paradigmática) à preconizada pelo tipo, que significaria, assim, apenas uma tendência de conduta, tanto mais forte quanto mais estáveis forem as situações, mas não de maneira determinística.

Não é, portanto, a residência numa localidade rural, o uso de determinados adereços ou adesão a certos costumes, nem o trabalho em atividade agrícola que definem ou tipificam a identidade rural, embora essa possa se apresentar *a partir* dessas características. Pode-se indagar quais valores direcionam essa identidade, mas o rural não se sustenta nem como agrário (FAVARETO, 2007) nem como local (CARNEIRO, 1998). O que circunscreve a identidade rural num contexto cultural (GEERTZ, 1989) seria o sentimento de pertença a um grupo e a adesão tácita ao seu *ethos* e visão de mundo.

CAPÍTULO 3

PERCURSO METODOLÓGICO

3.1- *Descrevendo e interpretando procedimentos*

Esta pesquisa – autorizada pelo Comitê de Ética da UFV, sob o registro Of. Ref.No. 124/2009, e pela Secretaria de Saúde do Município de Ervália (ANEXO A) – configura-se como um estudo de natureza exploratória e, para tanto, percorreu um caminho peculiar: como as trilhas recém-abertas que têm de seguir os ditames do relevo, sua metodologia teve que se ir adequando às configurações que se delinearam durante a coleta de dados. Essa conformação reforça a posição de Bruyne & Schoutheete (1991, p.36), que propõem um modelo topológico e não cronológico da pesquisa científica, descrita como “infinitamente variada no tempo e no espaço”.

Como passo inicial, recorreu-se ao auxílio de moradores da localidade que, mesmo não diretamente envolvidos com o NAPS, fossem conhecedores, por sua trajetória de vida e atuação no Município, de histórias peculiares relativas ao contexto da loucura. Por isso contou-se com uma historiadora e memorialista local, cujo depoimento oral colhido em diálogo informal colaborou para a caracterização da história da loucura em Ervália.

Entende-se que essa ferramenta configura-se como o que se denomina “rede de campo” (SILVA, 2006, p.32), isto é, todo o conjunto de relações sociais estabelecidas entre pesquisador e pessoas pesquisadas para execução do estudo. Reforça essa escolha metodológica a percepção de que:

O que torna as entrevistas subjetivas e também objetivas e os dados coletados um instrumento privilegiado para o pesquisador é a possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores e símbolos e, ao mesmo tempo, ter a magia de transmitir, por intermédio de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas (PEREIRA, 2004, p.82).

Por se situar, segundo Jodelet (2001), na interface do psicológico e do social, a noção de representação social engendra perspectivas diversificadas de estudos. As metodologias utilizadas em sua pesquisa serão, logicamente, muito variadas: experimentação em laboratório e campo; entrevistas, questionários e associação de palavras; observação participante; análise documental e de discurso (JODELET, 2001). Tratando-se de um sistema teórico complexo e disciplinarmente transversal (IDEM), não se deve eleger uma metodologia como melhor que

as demais, mas escolher aquela que parece mais se adequar ao objeto e campo do estudo, além das finalidades a que se propõe atingir. Pode-se afiançar, com alguma segurança, que a condução dos estudos sobre representações sociais, questão da qual se parte nesta pesquisa, reproduz, nas metodologias utilizadas, a abrangência dos campos em que elas se manifestam.

Aliás, Cândido (2001) também afirma que para os estudos sobre o meio rural podem concorrer diversos saberes, em particular o sociológico e o antropológico, cujo compromisso permite melhor entendimento de suas nuances. Ficaram, assim, dispostas como ferramentas dessa pesquisa aquelas consentâneas a essas disciplinas: a pesquisa de campo, a observação participante, coleta de depoimentos, uso de anotações – caderno de campo –, sempre temperadas pela experiência de textos que sobre elas forneçam esclarecimentos e críticas, como os de Cardoso (1986) e Da Matta (1978).

Na sequência metodológica desta pesquisa, visando alcançar o conjunto de representações sociais sobre saúde e doença mental, seu *pólo técnico* (BRUYNE & CHOUTHEETE, 1991) foi pensado considerando-se, inicialmente, a observação participante no NAPS-Ervália, seguida da feitura de entrevistas com familiares de usuários e grupos focais (ONOCKO-CAMPOS & FURTADO, 2006) com os profissionais. Esse planejamento inaugural esbarrou, porém, em alguns empecilhos ao longo do processo, quais sejam: por se tratar de poucos profissionais atuantes no NAPS, o grupo focal poderia impedir a livre exposição de impressões sobre esse serviço, uma vez que todos teriam acesso às opiniões dos colegas (fato não minorado com entrevistas isoladas, dado o número diminuto de servidores, apenas quatro), causando exposição e constrangimento – de modo que essa ferramenta foi deixada de lado. Algumas impressões negativas coletadas foram oferecidas em depoimentos livres por parte de mais de um profissional, sempre contando com o sigilo que, numa entrevista ou grupo focal, não poderia ser garantido. Mas, além desse fato, outro se impôs como motivador de mudanças do pólo técnico: a presença do pesquisador nas instalações do NAPS começou a despertar, em alguns pacientes, a expectativa de que haveria novamente um psiquiatra no serviço – sobretudo um que já fizera parte do quadro de atendimento, que vem sendo conduzido, como se esclarecerá adiante, por um clínico geral – razão pela qual foram tomadas duas medidas com finalidade ética de respeito aos sentimentos dos usuários: a coleta de dados de prontuários passou a ser feita, então, fora do horário que coincidissem com o de atendimento aos pacientes no NAPS, e as entrevistas com familiares foram suspensas. Se, por um lado, a condição de médico psiquiatra ajudou no acesso ao acervo documental e no diálogo com os funcionários, por outro, exigiu esses redirecionamentos.

Os eventuais prejuízos que esse reposicionamento metodológico possa ter imprimido à pesquisa não podem obscurecer um compromisso ético com as pessoas envolvidas no objeto de estudo (LANG, 1996), sobretudo numa instituição pública de prestação de atendimento à saúde mental. Assim, como a análise documental dos prontuários já configurava entre as estratégias de pesquisa, procurou-se, como próximo passo metodológico, avaliar a totalidade desses documentos, cujo conteúdo foi de tal forma profícuo para a consecução desse trabalho que se entende que as ações deixadas de lado foram compensadas pelos achados daí advindos.

Apesar desse redirecionamento metodológico, pôde-se efetuar, como passo seguinte, a observação atenta da dinâmica de funcionamento do NAPS, tomando contato com a realidade local, conhecendo parte de seu cotidiano e as ações ali conduzidas, ou seja, dentro do possível, numa aproximação com o que se pode chamar de “mergulhos na vida nativa” (MALINOWSKI, 1978, p.31). Através dessa observação, enquanto executada, alcançou-se descobrir os componentes subjacentes ao discurso social, ao extrair o que lhes é genérico, “as dimensões simbólicas da ação social” (GEERTZ, 1989, p.21), método imprescindível para a descrição analítica que permite a compreensão de uma cultura em sua diversidade (BOAS, 2006). Foi nessa ocasião em que se deram, na seqüência metodológica, os contatos com os pacientes, os familiares e os profissionais (psicólogos, atendente, médico psiquiatra, antes de sua saída, e clínico geral) nas dependências do NAPS, sobretudo sala de espera – no caso do atendente, dos familiares e pacientes – e consultórios, no caso dos dois psicólogos, do médico psiquiatra e clínico geral. Durante esse período foi resguardado, naturalmente, o sigilo das consultas psicológicas ou médicas, de que não se participou em nenhum momento, por motivos evidentes. Quando os desdobramentos éticos já mencionados foram notados, a observação participante foi deixada e seguiu-se apenas com a investigação dos prontuários, mas assegura-se que as observações realizadas foram suficientes para permitir, em articulação com os depoimentos e a interpretação dos registros das fichas dos pacientes, delimitar e compreender o problema de pesquisa como elaborado anteriormente. Cabe dizer que, apesar de tradicionalmente chamados “prontuários médicos”, esses documentos são, na verdade, “prontuários dos pacientes”, cujo preenchimento cabe aos agentes de saúde.

Deve-se também esclarecer que, apesar de haver uma correspondência entre “os processos que estão operando no psiquismo, que podem ser apreendidos a partir do procedimento clínico, e os materiais culturais recolhidos pelo etnólogo *in loco*” (LAPLANTINE, 1998, p.27), a finalidade dessa investigação apontou mais para o uso de procedimentos de pesquisa distintivos antes dos métodos sociológicos que biomédicos. Embora a formação médica não tenha sido descartada, foi usada como assessória, numa

perspectiva etnopsiquiátrica, para a abordagem do objeto, ou seja, analiticamente, num enfoque pluridisciplinar que permitisse interpretar as estruturas do imaginário do grupo e sua eficácia simbólica (LAPLANTINE, 1998). Daí que os dados apurados, como no caso de diagnósticos, não foram tratados por prismas psiquiátricos ou biológicos, mas buscou-se entendê-los por sua significação social (ALMEIDA FILHO, 2001) ou de grupo (BOURDIEU, 1996).

Cabe ainda lembrar que as etapas descritas nesse tópico não foram estanques: as diferentes fases da pesquisa estão complementarmente imbricadas, pois “na prática essas etapas são processos que se comunicam e se constituem de forma circular ou espiral” (SILVA, 2006, p.27). De acordo com o quadro que se delineava durante o levantamento de dados, foi necessário efetuar, paralelamente, uma revisão de literatura sobre a história da psiquiatria e a arte de curar no Brasil, haja vista a continuidade temática de tais tópicos com esse estudo, como forma de robustecimento de seu *pólo teórico* (BRUYNE & CHOUTHEETE, 1991). Dessa forma, as várias etapas da coleta do material para análise, a observação do serviço, a coleta de depoimentos e a leitura complementar de obras para suporte interpretativo deram-se concomitantemente, mais que de modo linear.

Os dados primários foram todos colhidos junto ao NAPS “Caminhos”, localizado em Ervália. Essa escolha justificou-se porque esse serviço é local de encontro privilegiado entre as representações, científicas e populares, sobre a saúde e doença mental e um dos pontos onde começa a reelaboração do saber oficial pelos moradores do campo, pois, conforme Geertz (1989, p.16) adverte, “o *locus* do estudo não é o objeto do estudo”, mas apenas seu lugar de realização. Dados secundários, como informações sobre o Município e o NAPS, logo a seguir apresentados, ou ainda outros cuja relevância tenham se mostrado em qualquer fase do processo, foram coletados durante a pesquisa de campo, análise do material ou no decorrer da elaboração do texto.

A pesquisa documental dos registros sobre os pacientes (prontuários) foi conduzida garantindo o sigilo dos nomes, omitidos de forma total e apresentados por números de três dígitos, correlatos à ordem de numeração das fichas de atendimento. Dessa análise, buscou-se identificar termos que remetessem à forma de manifestação da loucura ou a melhora (tanto por parte da psiquiatria/medicina erudita quanto o registro, pelo psiquiatra, das locuções ou expressões populares para denotar esses fatos). Aqui não se tratou de mera busca de palavras, mas da construção de conceitos.

Na via principal aqui seguida utilizou-se como eixo essencial, para tratamento dos achados da pesquisa dos prontuários dos pacientes, as orientações de Bardin (1976, p.44),

uma vez que “a análise de conteúdo procura conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça”, tratando-se de técnica que “visa o conhecimento de variáveis de ordem psicológica, sociológica, histórica, etc., por meio de um mecanismo de dedução com base em indicadores reconstruídos a partir de uma amostra de mensagens particulares” (IDEM).

O material usado como *unidade de registro*, os prontuários, foi apenas o suporte concreto para o texto a que se procurou analisar, e que constituiu um “sistema fechado e acabado em si mesmo” (BARDIN, 1977, p.73).

Como *unidade de contexto* contemplou-se a presença ou ausência de itens e sua co-ocorrência – distribuição e associação – perfazendo a análise qualitativa em que se considerou o contexto, isto é, condições de produção, autor e modo da feitura (IDEM).

Com o *critério de categorização* semântico utilizado, foi possível associar algumas palavras e expressões relacionadas às representações de saúde e doença mental, ou, melhor dizendo, os termos em que as representações sociais ganham corpo e podem ser pronunciadas, atingindo-se, dessa forma, como *variáveis inferidas*, os valores culturais do grupo – o saber popular, no caso dos usuários, e o dito científico, no caso dos profissionais (IDEM).

Como nos prontuários só havia anotações feitas por médicos, reconhece-se que esses profissionais de saúde seriam, então, os censores dos registros. Isso pode ser evidenciado quando se observa que mudanças no preenchimento dos formulários acompanhavam a mudança dos profissionais que os preenchiam – como será visto adiante, passaram pelo NAPS-Ervália 06 médicos, sendo 04 psiquiatras e 02 clínicos generalistas.

A análise do conteúdo textual dos prontuários, conforme orientava Bardin (1977), permitiu coletar informações que se tornaram *indicadores das representações* presentes no discurso médico oficial e, na forma de segunda e terceira mão, no dos próprios pacientes. As palavras, locuções ou depoimentos registrados no acervo dos prontuários remetiam ao *tema* saúde/doença mental. A ocorrência de expressões populares e eruditas sobre doença e saúde mental foi identificada na medida em que os profissionais registravam suas impressões dos problemas dos pacientes fazendo uso de determinados termos, tanto originários das falas dos pacientes e cuidadores, quanto da referência acadêmica por eles apropriada. As diferenças nas expressões permitem, por isso mesmo, uma tentativa de tradução de pensamentos (IDEM).

Para melhor compreensão das informações dos prontuários, como se pode ver em Geertz (1989), é interessante a proposta de escalonamento de proximidades com o que se poderia denominar de ‘nativos’. Assim, nos prontuários é possível perceber informações que remetem a interpretações de primeira, segunda e terceira mão quanto às expressões originais

dos usuários. A fala do usuário ‘nativo’ encontrava-se rodeada de outras fontes de expressão, quais sejam, dos acompanhantes, do profissional observador, e, até do próprio pesquisador no momento da análise. Nos registros reconhece-se a ótica do profissional, porém, em alguns casos, poder-se-ia considerá-la como remetendo à informação dos nativos (de primeira mão), pois muitos registros evidenciam a fala expressa pelo paciente ou familiar e que foram feitas sem qualquer pretensão de pesquisa, o que pode ser visto como certa originalidade. Ao se buscar a ótica do usuário, sabe-se que ela sempre foi tomada em segunda mão, pois passava pelo crivo do médico. Na decodificação, identificação e análise, sabe-se também que a ótica do pesquisador perpassou essas leituras dos registros, o que seria a terceira mão.

Não se sustenta a objeção de que os prontuários, por terem sido escritos por médicos, só permitiriam inferir algo sobre as representações dos médicos, pois uma finalidade pressuposta de tais anotações é, dentre outras, a de permitir refazer o trajeto da patologia desde sua ocorrência até o curso do tratamento, e, para tanto, as representações dos usuários têm necessariamente de ser contempladas. Contudo, se por um lado pondera-se que é mais aceitável questionar se os prontuários cumprem satisfatoriamente essa função, na medida em que o seu preenchimento deficitário em certo sentido poderia comprometer uma decodificação mais precisa, por outro, seria exagero recusar que os prontuários sejam fontes de análise relevantes e permitem identificar, inclusive, representações também dos leigos que circundam o ambientes do NAPS, ainda que de segunda ou terceira mãos.

Sabendo dessas marcas das fontes documentais e da natureza da análise do conteúdo, acredita-se e assume-se, entretanto, que pode ter havido alguma saliência, alguma preferência ou silêncio sobre aspectos contidos nas informações e não captadas pelo pesquisador, mesmo que fossem importantes a quem tivesse feito o registro.

Nesse delicado jogo de interpretações, para controlar a parcialidade inerente ao pesquisador, buscou-se focar a textualidade do prontuário, ou seja, o conteúdo e a forma de preenchimento, ou não, de seus campos, além do uso preferencial ou mais repetitivo de algumas palavras ou locuções. Como proposta por Bardin (1977, p.38) essa análise do conteúdo se fez por “um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objectivos [sic] de descrição do conteúdo das mensagens”. Assim, os dados foram compilados para fichas em que as informações dos campos ficavam dispostas de modo a facilitar sua apreciação em conjunto e sua sistematização, buscando atender aos objetivos desta pesquisa.

Cabe esclarecer que os prontuários foram manejados de forma ética e sigilosa, ficando a cargo do funcionário do NAPS, que os arquiva e disponibiliza para os atendimentos

médicos e psicológicos, sua separação, e que, após a captação dos dados, eram todos devolvidos ao mesmo, e em momento algum dessa pesquisa deixaram as dependências do NAPS ou foram lidos por outrem. Como sua organização naquela instituição se dá por ordem alfabética, sendo a numeração feita *a posteriori* – e, como se percebeu, com algumas falhas – e como não há sistema digitalizado para esse controle, os prontuários eram separados e pesquisados em grupos numéricos ordenados de 100 (cem) unidades, perfazendo o total compreendido entre o começo do funcionamento, em 2002, e o ano corrente, com ponto de corte nos registros numéricos feitos até fevereiro de 2010. Reconhece-se a colaboração e a boa-vontade do atendente do NAPS como auxiliar dessa tarefa, bem como de todos os demais, que em momento algum obstaculizaram este estudo.

Assim, foram analisados todos os prontuários registrados no NAPS-Ervália, abrangendo o período março de 2002 até fevereiro de 2010. Cabe ressaltar que a numeração apresentou alguns problemas: os números registrados iam apenas até 713, pois, em decorrência de erros no arquivamento de alguns prontuários, e sabendo-se que vários se encontravam com números repetidos, sobretudo aqueles abrangidos entre os números 500 a 600 – preenchidos, aproximadamente, entre os anos de 2006 a 2007, época em que o NAPS passou por mudanças de endereço e de profissionais. Por isso, a numeração efetiva ficava aquém da quantidade de fichas, um montante que deveria ser composto de 720 prontuários. Para melhor controle da pesquisa, no levantamento acrescentou-se aos repetidos, nos registros de pesquisa, uma letra do alfabeto, a começar por A, por exemplo, 523A e 523B.

Além disso, chamou atenção o fato de que 60 prontuários dos 720 não foram encontrados. De acordo com informação prestada pelo funcionário responsável por seu manejo, muitos foram retirados do NAPS por pacientes ou familiares que pretendiam uma transferência do tratamento para outros locais, em razão, sobretudo, da insatisfação com as trocas de psiquiatra e pela substituição desse especialista por clínicos gerais. Assim, concretamente, foi possível trabalhar com o total de **660** prontuários.

Segundo depoimento do psicólogo que fundou o serviço, o modelo de prontuário usado no NAPS-Ervália é o mesmo desde sua inauguração, e foi formulado a partir daquele utilizado pelo NAPS de Ubá. Uma cópia encontra-se no ANEXO B.

Assim, naquele formato, o prontuário dispõe de informações de duas naturezas: 1) as falas dos pacientes – transcritas, via de regra sucintamente, de modo mais ou menos integral pelos profissionais que registram as queixas e comentários ocorridos durante a consulta médica ou em quaisquer outras ocasiões em que usuários, seus familiares ou outros responsáveis vêm trazer informações sobre os problemas de saúde dos mesmos – e 2) as

impressões dos profissionais sobre os pacientes – isto é, sobre suas queixas, seus sintomas, o tratamento indicado e o resultado alcançado, ou ainda outras informações que consideram relevantes.

Sistematizou-se a análise de conteúdo dos prontuários a partir de seu modelo, separando-o em dois arquivos: um com os dados de identificação do pacientes (dados relativos ao perfil do usuário) e outro com dados de registro da evolução, decorrentes da “queixa principal”, momento em que o profissional toma nota das palavras dos usuários tais como foram proferidas, dos “dados atuais”, dos “dados da história”, do “diagnóstico”, e seguimento das consultas subseqüentes. Essa separação, que se deve reconhecer como um artifício de análise, apenas prestou-se a organizar o arquivamento dos dados para posterior interpretação, pois se sabe que, na prática, no momento mesmo em que o preenchimento dos prontuários realizava a grafia das representações, essas se precipitavam no papel, na forma da difícil caligrafia dos profissionais ou na peculiaridade das locuções dos pacientes, quer faladas por esses últimos, quer pensadas e escritas pelos primeiros.

Assim, a pesquisa dos campos das fichas dos pacientes (ANEXO B), preenchidas quando da chegada de cada novo usuário, permitiu que se vislumbassem caracteres do público que utiliza o NAPS – tais como idade, sexo, estado civil, local de moradia, número de filhos e escolaridade. Durante a pesquisa, notou-se grande interesse por acesso a essas informações por parte de alguns dos profissionais que atuam no NAPS-Ervália, haja vista não existir, nessa instituição, banco de dados informatizado, pois poderiam futuramente auxiliar a definição de programas e estratégias em momentos diversos do aprimoramento desse serviço.

Os registros do seguimento dos tratamentos, dispostos nas folhas de evolução clínica (ANEXO B), permitiram que se rastreassem expressões, locuções típicas, termos valorativos ou indicativos das representações da loucura, quer no meio rural, quer por parte da equipe atendente, pois, como alerta Bardin (1977, p.14) “por detrás do discurso aparente geralmente simbólico e polissêmico esconde-se um sentido que convém desvendar”. Cabe salientar que o envolvimento dos profissionais oficiais impôs-se pelo fato de que também o corpo científico representado por esses sujeitos ser detentor de subjetividades e representações (LAPLANTINE, 2004) que podem influenciar ou se chocar com as da população.

Além dessas observações sobre a organização do acervo pesquisado, muitos prontuários analisados tinham vários campos não corretamente preenchidos ou cujas informações estavam deslocadas dos espaços apropriados. Por isso, foi preciso organizar algumas informações no momento da tomada de notas, mas, na maioria das vezes, foi possível obter a informação desejada. Esta só não foi conseguida quando o profissional não registrava

nada em lugar algum. Algumas vezes, os registros dos profissionais sugeriam tratar-se de falas de terceiros (presumíveis responsáveis).

Associadas as *representações* sobre saúde/doença mental aos *fatos sociais*, na acepção de Durkheim (1966, p.3, 12) “maneiras de agir, de pensar e de sentir exteriores ao indivíduo”, delimitou-se o método *qualitativo* como abordagem de eleição, sobretudo por se dedicarem os estudos qualitativos também ao *processo* e não apenas aos *resultados* (SANTOS, 1992). Além disso, dada a natureza sócio-histórica do objeto – os fatos da vida comum, como os cuidados com a saúde – muito do que se pretende apreender com estudos de cunho cultural escapa ao tratamento estatístico (MALINOWSKI, 1978). Cândido (2001, p.23) afirma que “o senso do qualitativo é condição de eficiência nas disciplinas sociais”, o que é inegável, mas não se excluiu o tratamento de alguns dados estatisticamente, aplicados aqui de forma apenas a permitir melhor cotejamento sobre o perfil dos usuários. No caso específico das representações sobre saúde e doença mental, seguiu-se apenas a avaliação qualitativa, pois, segundo Bardin (1977):

Na análise quantitativa, o que serve de informação é a *freqüência* com que surgem certas características de conteúdo. Na análise qualitativa é a *presença* ou a *ausência* de uma dada característica de conteúdo ou de um conjunto de características num determinado fragmento de mensagem que é tomado em consideração (BARDIN, 1977, p.21, grifos da autora).

Por fim, todo o desenrolar da pesquisa procurou mesclar a atividade de campo e a elaboração teórica do objeto, “dupla atividade de trabalho construtivo e observação”, (MALINOWSKI, 1978, p.25). O registro escrito de todo o material coletado na pesquisa foi conduzido continuamente até o tratamento no texto, que almejou um “contorno verbal do pensamento nativo” (MALINOWSKI, 1978, p.33). Ou, conforme aponta Cândido (2001, p.13), visou “descrever um processo e uma realidade humana”. E isto devido ao fato de que, como acreditava Mauss (2003, p.311), “nas sociedades apreendemos mais que idéias ou regras, apreendemos homens, grupos e seus comportamentos”.

Fazer uma pesquisa científica não é meramente seguir um roteiro predefinido para se alcançar um lugar: o mapa que guia a busca assemelha-se antes aos mapas do tesouro dos piratas, com suas lacunas, substituições, anagramas e símbolos que ao ordeiro mapa dos geógrafos, e por isso há tanto beleza quanto valor na tarefa de desvendá-lo. Espera-se que essa tarefa possa ajudar na compreensão e aprimoramento dos serviços de saúde mental – pois só assim seu valor poderá ser dividido.

CAPÍTULO 4

RESULTADOS

4.1- *Ervália do café: primeiras impressões*

O viajante que se dirige a Viçosa subindo pela Serra de São Geraldo passará, logo após Coimbra, por um trevo rodoviário sem maiores atrativos e que, desviando-o à direita, conduzirá a Ervália. Tampouco a paisagem da estrada que o leva até lá, outrora recoberta pela monocultura do café, e agora dividida entre áreas de pastagem e plantio de café, milho e tomate, deverá diferir das cercanias. E, sem o casario colonial que caracterizava as cidades da região, sem ter preservado os exuberantes sobrados em estilo eclético que, com seus bordados em estuque, proliferaram entre o fim do século XIX e começo do XX, talvez sequer chame a atenção desse visitante, ao circular pela cidade, a presença de uma casa simples. Nada tem de especiais, a uma primeira mirada, seu portão lateral pintado de cinza, a janela solitária colocada sobre a fachada de cerâmica amarronzada, a varanda alta e recuada sobre a qual uma grande placa amarela traz as letras vermelhas e azuis formando N.A.P.S. Saberá ele o que essa sigla e seus desdobramentos significarão?

O viajante desavisado, como o leitor dessas páginas, não tem a obrigação de saber que NAPS significa Núcleo de Atenção Psicossocial, e que Ervália foi uma das primeiras cidades de pequeno porte da região a ter um ambulatório de psiquiatria. Mas isso ainda não esclarece qual a importância desse fato. Será preciso, para conduzir o leitor dessa pesquisa por uma viagem pelas representações de saúde e doença mental no meio rural, tomando como *locus* o NAPS-Ervália, lançar alguma luz sobre sua história.

Origens e características

A experiência de falar de uma localidade guarda mais semelhança com a metamorfose que proporcionam algumas viagens que com o relato de guias turísticos: as informações podem ser sempre as mesmas, mas cada um as percebe pelo prisma muito particular das vivências que, *a posteriori*, tiver no local. A descrição a seguir é, portanto, uma versão possível dentro dos limites dessa pesquisa.

Localizada no sudeste mineiro, tendo ao norte os municípios de Araponga e Canaã, ao sul São Sebastião da Vargem Alegre e Guiricema, a leste Muriaé, Miradouro e Rosário da

Limeira, e a oeste Coimbra, São Geraldo e São Miguel do Anta, Ervália dista apenas 32 km de Viçosa e 264 km de Belo Horizonte. Com toda a graciosidade de seus 357,9 km quadrados, Ervália não é conhecida por suas atrações turísticas, mesmo sendo parte da afamada Serra da Mantiqueira, cuja denominação da porção local é Serra da Ventania.

Os principais viajantes das terras ervalenses não são turistas, mas rios e ribeirões, tributários das bacias dos rios Paraíba do Sul e Doce. Nascido em seu território, na Serra da Ventania, o rio Casca é acompanhado em seu deslocamento diário por diversos afluentes, como os córregos e ribeirões cujos nomes muitas vezes remetem às localidades rurais cuja paisagem compõem: Jetiboca (ou Jatiboca), dos Macacos, Grão-Mogol, dos Machados, do Baixinho, do Sapateiro, Santa Cruz, São Matias e Serra do Gramma, além do rio dos Bagres, dos córregos da Fazenda Velha, dos Godinhos, dos Quirinos. Um dentre seus afluentes tem importância particular: o Turvão, que, com suas águas escuras, corta a cidade que viu crescer em suas margens. Ervália, como muitas cidades mineiras, nasceu gerada pela sinuosidade e se desenvolveu no vale de um rio que, a cada dia, se vai sempre, sem nunca deixá-la.

Mas foi no século XVII que a região, habitada por silvícolas, recebeu outro visitante, o bandeirante Antonio Rodrigues Arzão que, em torno de 1693, esteve na região em busca de ouro, sendo seguido por outros colonizadores que se estabeleceram na região do Casca, que deveria sua origem a uma lendária casa de casca, localizada na Serra dos Arrepiados. O primeiro povoado foi batizado de Capela Nova, devido à construção de uma capelinha em 1820, e seus habitantes eram oriundos principalmente de Piranga, Ouro Preto e da região de Ponte Nova.

Em 1839 o povoado foi promovido a distrito e rebatizado de São Sebastião dos Aflitos, para, em 1840, ganhar status à paróquia, vinculada a São Miguel das Almas e dos Índios Arrepiados, atualmente Araponga.

Mas o progresso, como as águas do Turvão, seguiu adiante e, em 1853, São Sebastião dos Aflitos foi elevada à categoria de freguesia, desvinculando-se de São Januário de Ubá e filiando-se a Santa Rita do Turvo, atual Viçosa, que, como tantas outras cidades, perdeu de seu nome a padroeira, temendo, talvez, que com isso lhe tivesse perdido as bênçãos.

Nova mudança de nome, em 1886, agora para São Sebastião do Herval, em homenagem a Manuel Luis Osório, personagem histórico nascido em 1808 no Rio Grande do Sul, conhecido posteriormente como Marquês do Herval, herói da Guerra do Paraguai que depois seguiu pela política, elegendo-se senador em 1877 e falecido no Rio de Janeiro em 1879. Não são claras as razões dessa homenagem, uma vez que o homenageado sequer era da região.

A emancipação de Viçosa vem em 1938, quando o distrito chega a ser cidade, agora chamada Herval, nomenclatura já corrente desde 1923. O nome Ervália só é assumido por decreto de 1943, sem o “h”, para diferenciá-la de outras que ainda rendiam homenagem ao Marquês.

Hoje Ervália tem população estimada em 18.855 habitantes (IBGE, 2010) e é formada por cinco povoados – Ventania, Santa Teresinha, Careço, Dom Viçoso e Godinhos – além de várias localidades – como Casca, São João, Córrego Frio, Turvão, Campestre, Jetiboca, Matinha, Tabuleiro, Grão Mogol, Pau Mulato, Capelinha, Turvãozinho, Córrego dos Lima, Vargem Alegre, Usina, Córrego dos Ferreira, Córrego dos Sapateiros, Charneca, Poço Redondo e Fazenda Velha (REZENDE, 2006).

Seu clima tropical-úmido, com temperatura média de 17° C e inverno seco lhe confere o ar serrano responsável por madrugadas frias, até durante o verão. A vista confirma facilmente a afirmação técnica dos geógrafos que dizem predominar as declividades fortes: seu relevo montanhoso – segundo Rezende (2006), 10% plano, 40% ondulado e 50% montanhoso – encontra o ponto mais alto, o Morro do Pai Inácio, a 1.671m, e o mais baixo, a várzea do Casca, a 660m, mas a altitude média fica em torno de 700m (BOSCHI, 1995). Os solos aluviais de coloração escura, ácidos, mas muito férteis, com predomínio nas várzeas, sofrem com a erosão devida à remoção da cobertura vegetal, o uso das encostas para pastagens e com o pisoteio de animais, além dos cafezais. Aliás, a ocupação humana, com suas pastagens e áreas de plantação destituíram o que outrora foi o império quase absoluto da floresta tropical atlântica, cujo reinado deixou poucos vestígios, hoje encontrados, sobretudo, em topos e vertentes (IDEM).

Não havia ouro, mas houve o café. Desde sua fundação no século XIX, o café foi e ainda é importante fonte de renda e chega a ser um demarcador da circulação de capital na localidade, definindo períodos de investimentos e mesmo a data do pagamento de contas nos mercados. Apesar de também haver lavouras de milho e feijão, além de, em menor escala, arroz e cana de açúcar, aprecia-se que o eixo basal da economia da cidade gira em torno das 7.000 toneladas anuais de café (REZENDE, 2006): 4.779 toneladas em 2006 e 9.666 em 2008 (IBGE, 2010). Há outras atividades de menor importância, como criação de bovinos, suínos, caprinos e ovinos, extração de madeira, marcadamente eucalipto, e de minério, restrita à brita e cascalho, bauxita e caulim (BOSCHI, 1995; REZENDE, 2006). A agricultura familiar predomina, como nos demais municípios da Zona da Mata Mineira.

O Município comporta pequenas empresas: fábricas de blocos, serrarias, serralherias, panificadoras, torrefação de café e confecções têxteis (IDEM). O comércio local tem as

características comuns às cidades de mesmo porte: diversificado, mas não completo, oferece oportunidades de emprego e melhores salários para quem reside na cidade. Há açougues, muitos, farmácias, diversas, lojinhas das mais variadas, e os famosos mercados, em que se vende de tudo um pouco. O setor de serviços não se distingue do habitual para as cidades pequenas, com as restrições típicas fomentando a dependência de centros próximos, no caso as cidades de Ubá, Muriaé, Viçosa e Juiz de Fora. Na cidade há duas agências bancárias, Banco do Brasil e Credimur. Pelos dados do IBGE (2010), o PIB (Produto Interno Bruto) *per capita* municipal é de 5.693 reais.

Ervália é uma cidade de características marcadamente rurais, o que pode ser demonstrado pelo grande contingente da população residente no campo. Já se fez, anteriormente, uma breve discussão sobre o que quer dizer, nesse contexto, ruralidade, mas, agora, dados estatísticos devem ajudar a compor minimamente um quadro demográfico. Em 1995, 67% da população habitava a zona rural para 33% na área urbana (BOSCHI, 1995), mas, segundo Rezende (2006), esse número era de 60% em 1996 e decresceu para 56% em 2004. Quanto à distribuição fundiária, entretanto, os autores convergem ao mencionar que a densidade rural, caracterizada por propriedades de pequeno porte, a grande maioria minifúndios, e o número crescente de proprietários herdeiros levam a uma situação em que a subsistência fica comprometida pela diminuta extensão da terra, ampliando situações em que o proprietário se converte em meeiro ou empregado de outra propriedade maior, quando não leva à emigração para a cidade (BOSCHI, 1995; REZENDE, 2006).

Boschi (1995) também chama a atenção para um fato notável, embora não exclusivo de Ervália: a presença marcante do café como pilar econômico interfere em outras áreas da vida, como a educação, pois ocorreria um conflito entre os períodos letivos e de plantio e colheita, gerando considerável índice de evasão nas escolas rurais, cujos estudantes já seriam penalizados pelas grandes distâncias a percorrer de casa até elas e pela pouca especificidade do conteúdo escolar à realidade rural, dificultando o entrosamento entre os alunos e sua formação.

De acordo com Rezende (2006), Ervália tem 18 escolas municipais – das quais 14 estão situadas na zona rural – e 10 escolas estaduais – sendo 07 delas rurais – e, se a alfabetização é elevada (81,3% da população), a escolaridade é baixa, com média de 3,6 anos de estudo apenas, o que corrobora a análise de Boschi (1995) acima reportada. São computadas pelo IBGE (2010), que traz dados condizentes, 2.704 pessoas com mais de 10 anos sem instrução ou com menos de um ano de estudo, sendo que a grande concentração se dá entre 04 e 07 anos de estudo (5.916 pessoas) e 01 a 03 anos (3.056).

Como tendência nacional, a maioria da população é jovem, com menos de 40 anos, e a pirâmide etária afila consideravelmente acima dos 50 (IBGE, 2010). O trabalho rural é muito comum, havendo 1.247 estabelecimentos agropecuários próprios, dos quais 1.128 pertencem a homens e apenas 119 a mulheres, quando a distribuição da população por sexo é quase pareada, com pequena prevalência de homens (IDEM). De acordo com dados do IBGE (2010) relativos ao ano de 2006, o número de pessoas ocupadas com atividades em estabelecimentos agropecuários seria de 3.705 homens e 1.732 mulheres, mas o salário médio mensal, de 408,11 reais, seria distribuído entre 448,06 para homens e 337,82 para mulheres.

Surgem algumas características humanas que é preciso apreciar. Não se falará de conceitos como raças, nem de cor da pele, nem de tipo físico. Não é possível dizer que alguém é morador da zona rural por seus trajes ou seus modos, mas há um jeito peculiar que remete à ruralidade.

Como o uso do chapéu que protege do sol inclemente durante o dia e do sereno frio para quem volta para casa de madrugada, o modo de se acocorar para conversar em locais em que as cadeiras são poucas (como no NAPS), as mãos calejadas da colheita do café, mostradas muitas vezes como prova cabal do esforço do trabalho, a pele ressecada e vermelha pela exposição direta e contínua às variações climáticas, todos são sinais de uma rotina e um significado que pode ser traduzido, desavisada e pejorativamente, como “descuido de si”. Contudo, esse jeito de ser tem uma razão plena de sentido num dado tipo de existência. O *tipo* rural faz menção a um tipo de vida.

Não é infreqüente que pelas ruas da cidade se veja um casal de meia idade andando, o homem à frente, a mulher um pouco atrás. Pouco conversam, até pela disposição em que caminham. Ele vestido de modo muito próximo ao descrito poeticamente por Cândido (2001), quando falava do caipira: chapéu, calça larga, camisa com as fraldas soltas, descalço, com guarda-chuva pendurado na escápula, feito espingarda. Ela usa vestido de peça única, estampado, nada de chapéu, tem os cabelos partidos no meio da cabeça, descendo por ambos os lados e atrás, sobre os ombros e costas, às vezes presos em rabo ou coque. Quase sempre é à mulher que cabe levar os filhos, se pequenos ou “de colo”, ficando para o homem fardos mais pesados, como as compras de mercado. Nessa imagem pode haver menos de estereótipo que de *habitus*, na acepção dada ao termo por Bourdieu (2005). É que, como demonstram os dados do IBGE (2010), a renda é pouca e as roupas, muitas vezes, mandadas fazer. O valor da mulher e suas atribuições são bem definidos, assim como seu lugar em relação ao homem, como sugerem as poucas proprietárias em relação aos muitos proprietários. O entrosamento entre ambos fixado pela influência dos costumes, havendo assuntos próprios e locais

adequados para tratá-los. Saber seu lugar, inclusive na família, é um valor muito presente. Tais modos são aqui destacados, pois ajudam a compreender o contexto da eclosão de um problema psíquico, mais do que habitualmente se pode pensar antes de uma reflexão cuidadosa. Mas essa não chega a ser uma imagem rígida: não mostra uma *verdade*, mais indica uma *tendência*. Claro está que novos hábitos interferem em velhos *habitus*, e que possibilidades econômicas emergentes, a chegada do comércio, a presença da televisão, outras formas de diversão, maiores contatos com outras realidades, mudanças nas lidas e costumes, a luta por direitos iguais entre homens e mulheres, tudo isso compõe um quadro dinâmico, nada estanque. Essas interveniências, porém, são processuais, e por isso fluem e refluem: as mudanças são lentas, e as incorporações parecem se dar mais por camadas sobrepostas que pela remoção do velho e adesão ao novo, sem mesclas, como sugerido por Martins (2000).

Outro traço que sobressai é o humor da população, que oscila entre o grosseiro e o discreto, paradoxo aparente que já se explica. Grosseiro pela franqueza com que constrói críticas, discreto por aparecer aqui e ali, insidiosamente, nas conversas, sem se evidenciar. Por isso parece, aos de fora, mais rudeza que humor. Um exemplo é o comentário de que Ervália é a cidade do “jateve”: já teve cinema, já teve praça central arborizada, com coreto e chafariz, etc. O que marcaria esse passado de glória? Qual o sentido dessas perdas? Essa forma de humor parece uma defesa psíquica frente a sensação de decadência.

Afirma Boschi (1995) que uma das características de muitos pequenos municípios é a descontinuidade de ações políticas implementadas, decorrente da falta de planejamento que favorece com que interesses individuais prevaleçam sobre os coletivos. Não se pode afirmar com a mesma segurança que foi essa a causa única que extinguiu cinema e chafariz, mas há que se dar crédito ao fato de que a falta de políticas estruturadas e continuadas pode impedir ou fazer retroceder melhorias. É também notável o interesse manifesto na comunidade ervalense por “questões político-partidárias, ocasionando empecilhos, dificultando ações que visem beneficiar a comunidade, por parte do poder municipal e dos órgãos de serviços” (BOSCHI, 1995, p.33).

Isso, de certo modo, se reflete na saúde do município. Ervália “já teve” um hospital de 66 leitos que dava suporte ao posto de saúde da zona urbana e aos seis postos de saúde rurais (BOSCHI, 1995), mas medidas administrativas desfizeram o convênio que unia, através de repasse de verbas, a Prefeitura e o hospital. Hoje, de acordo com fonte do IBGE (2010), há 10 estabelecimentos de saúde no município, 08 ligados ao SUS: três postos de saúde na área urbana – sendo um central – e cinco nas zonas rurais, e oito equipes de PSFs (Programa de Saúde da Família), funcionando duas delas em localidades rurais. O município dispõe-se

ainda de serviços odontológicos e bioquímicos bancados pela Prefeitura. Inevitavelmente, ainda se recorre a outras cidades para procedimentos de saúde de maior complexidade. A água é clorada e fluoretada, há um sistema de captação pluvial, ainda que precário, e a rede de esgoto serve a mais de 94% da população urbana, embora ainda sem tratamento (BOSCHI, 1995). Há um asilo para idosos administrado pela Sociedade São Vicente de Paula. A saúde mental, como já mencionado, conta com um ambulatório especializado desde 2002, atendendo a um número flutuante de pacientes (os registros de prontuário indicam mais de 700, embora essa pesquisa tenha evidenciado que o tratamento não está ativo para a maioria, pois o abandono é considerável, e que muitos só passaram por uma única avaliação).

Não se pode deixar de mencionar outro de seus traços impressionantes: as festas, sobretudo as religiosas. Sem lhes negar importância, o Carnaval ou as exposições agroindustriais não se destacam das oferecidas pelas cidades da região, mas sua Semana Santa é, possivelmente, o maior acontecimento de lazer do município, com características muito peculiares. A cidade fica lotada, e o afluxo dos moradores da zona rural é intenso, o cortejo nas procissões parece interminável. Assistir a uma missa na igreja matriz impressiona pelo fato de, mesmo sendo muito grande, ficar toda ocupada, com muitos fiéis atentos – ou nem tanto – do lado de fora. Mas não só pela fé o evento tem sua importância: marco social anual, faz muito mais que atualizar a espiritualidade do povo, pois promove encontros de famílias, inícios de namoros, fixação de fatos no calendário mental das pessoas (como, por exemplo, antes da Semana Santa do ano retrasado adoeceu um membro da família), oportunidade de doativos para quermesses da Paróquia, lazer para os que vem da roça passar a semana na cidade – muito comum, por sinal, o hábito de famílias da zona rural, se têm recursos para tanto, manterem uma casa na cidade para facilitar o estudos dos filhos e para uso nessas ocasiões festivas. De resto, são os campeonatos de futebol, oficiais ou improvisados, que oferecem algum divertimento democrático tanto na cidade como nas localidades rurais, já que o velho cinema só existe na memória do povo.

Tentou-se acima fornecer um mínimo de informações que contextualizem social e historicamente o município, de modo a que se permita uma adequada compreensão dos achados dessa pesquisa. Não é possível, sequer desejável, esgotar uma descrição de uma cidade, só é possível fornecer o que se considera mais importante a falar dela. Ficariam de fora o frio de suas noites, o cartesianismo de sua linear rua principal, a imponência da Igreja Matriz, a serenidade da larga Rua São José, a ausência de sombras e de árvores pelas calçadas, a feiúra de muitas casas inacabadas, a beleza de seu entorno, a tristeza de seus cães

abandonados, a cordialidade de seu povo, sua lendária violência, seu apreço por uma combinação culinária de “galo com macarrão”, prato comemorativo para ocasiões diversas.

Algumas vezes se é obrigado a remeter a obras originais aqueles que buscam por informação adicional sobre um tema: que essa descrição não seja mesmo completa, e que não substitua a visita dos interessados a Ervália, para que tirem lá suas próprias impressões. História e narrativas são sempre versões possíveis para ajudar a compreensão de certa ordem nas vivências e convivências humanas.

4.2- Saúde e doença mental no Brasil: história e contexto.

Para melhor compreensão dos significados dos dados encontrados (tanto nos prontuários quanto nos relatos), tornou-se necessário esboçar uma abordagem histórica da saúde mental no Brasil. Tal resumo constitui tarefa hercúlea, pois esbarra não apenas na dificuldade, inerente a qualquer empreendimento semelhante, de separar o essencial de um conjunto em que tudo parece importante, sem o risco de desfigurá-lo.

Há ainda outro risco, este um pouco mais sério, que envolve a definição de alguns objetos de estudo histórico: o termo saúde mental é relativamente recente. Tomar ações que envolviam a loucura em períodos como o colonial ou do Brasil Império pode implicar descaracterizar seu efetivo sentido socialmente instituído e vê-lo apenas como parte de uma seqüência obviamente planejada que, de fato, não lhe era concernente. Mas foi forçoso correr algum risco nesse trajeto, e que esse pequeno preâmbulo sirva de alerta.

O caminho aqui trilhado demarcou aspectos sócio-históricos mais que teórico-conceituais: por se tratar de um estudo que almeja alcançar representações de saúde e doença mental no meio rural, a abordagem do pensamento de filósofos, médicos e autoridades não pode ser o foco principal, e contemplar-se-ão, em igual medida, as narrativas não especializadas. É também possível que a ausência de políticas consistentes e planejamentos seqüenciados, como bem alerta Resende (2001), reflita-se em uma descrição dessa história de maneira que pareça mais circular que retilínea, quando, na verdade, seu curso é espiral. Entretanto, apenas a consideração pelo que foi a história da lida com a loucura no Brasil permite também entender seu contexto atual.

Ainda é preciso advertir, comungando com a opinião de Resende (2001, p.18) que, “guardadas as peculiaridades locais e a defasagem no tempo”, o louco como problema social e os dispositivos instituídos para a questão aproximam o Brasil do século XIX à Europa do século XVI, de modo que uma exigência exata quanto ao que se produziu de saber sobre o

tema no Velho Mundo pode requerer aplicação mais aproximativa que exata quando se tratar de falar de Europa e América Latina.

Empiricamente, pode-se dizer que não foram poucos os registros históricos do sofrimento dos africanos que, na condição de escravos, sofriam de banzo, conduta traduzida no período colonial como “saudades da terra natal”. Outra constante nos registros históricos, historiográficos ou literários, são as condutas suicidas entre populações indígenas aculturadas ou que perdiam o controle do espaço de uso em razão da chegada dos colonizadores.

Da mesma forma são memoráveis os relatos de europeus que se viam desequilibrados diante dos desafios tropicais implícitos na sobrevivência na colônia. Entre evidências e representações literárias, a *terra brasilis* afigurou-se, desde o descobrimento, como espaço de exploração, onde a nova sociedade herdava, do mundo ibérico conservador, as marcas e as condições de possibilidade de um espaço social das aparências (MARTINS, 2000).

Herdeiros da cultura européia, os colonizadores e primeiros habitantes do País se referiam à loucura para refletir sobre o que se passava com aqueles que, em idéias ou condutas, manifestassem desvios entendidos como aberrantes. Expressões eruditas, como insanidade, desatino ou alienação, ficariam restritas em seu uso a determinados grupos profissionais, sobretudo médicos e juristas, e apenas em períodos posteriores. A obra de Foucault, *A História da Loucura na Época Clássica*, que norteia muitos dos achados do presente estudo, utiliza a palavra *loucura* para se referir a esses desvios. Acontece que aqui, como na matriz, a cultura se pautou em parâmetros semelhantes para classificar de loucos alguns tipos de desviantes. Mas também a compreensão indígena e, posteriormente, a dos africanos escravizados e trazidos para a Colônia contribuíram para a configuração de um amálgama cultural no entendimento social da saúde e do adoecimento.

Diante da necessidade de contextualizar culturalmente a compreensão das doenças, da saúde e do tratamento, mas sem negar historicidade aos fatos, é preciso executar o que Laplantine (2004, p.39) define como condição de atuação em antropologia médica: realizar um “estudo das relações recíprocas entre os modelos etiológicos e terapêuticos que devem ser analisados em sua variedade”. Isto porque seria de interesse da antropologia precisamente essa gama de variações, percebidas, naturalmente, não por uma escala valorativa, mas através de sua observação por certo número de invariantes.

Dessa forma, para melhor entendimento das representações de saúde e doença no espaço pesquisado, cabe retomar aqui as matrizes do amálgama cultural que as compôs. Serão apresentadas, de forma sucinta, algumas informações histórico-culturais de como lidavam

com o adoecimento e o processo de cura as três principais culturas que compõem nossas tradições, a saber, indígena, europeia e africana e, como exemplos, resumos de estudos a elas correlacionados.

Se, antes da chegada dos colonizadores europeus estavam aqui os indígenas que, dentro dos parâmetros de sua cultura, detinham um saber sobre o corpo e sobre a saúde, seria justo começar, em ordem cronológica, falando dos aspectos dessa medicina. Tarefa que encontra pelo menos duas grandes dificuldades: 1) em decorrência da própria cultura indígena, não há registros feitos pelos próprios nativos, tendo ficado aos cuidados dos colonizadores essa descrição; 2) os estudos sobre a medicina indígena não são muitos, pelo menos os construídos nos moldes que aqui interessariam: mais que os tipos de rituais ou os a eficácia dos recursos farmacológicos disponíveis na flora, a forma como se dava a percepção social da doença e, sobretudo, do doente.

Santos Filho (1966), em seu *Pequena história da medicina brasileira*, traz algumas informações sobre a medicina pré-cabralina, apesar do forte teor etnocêntrico de seu estilo. Afirma o autor (SANTOS FILHO, 1966) que a medicina indígena era “mágica” e “empírica”, que as doenças causavam repulsa, fazendo-se evitar os enfermos, que eram, por sua vez, fatalistas, sugestionáveis e apáticos quanto ao tratamento, aguardando na rede, em silêncio, a visita do pajé. Também comenta que, com as mesclas ocasionadas pela colonização, a medicina indígena, fundida com a africana e a europeia acabou sobrevivendo, de forma periférica e adulterada, entre curandeiros, feiticeiros e pais-de-santo. Embora sua descrição fique comprometida pelo evidente viés etnocêntrico, aponta para uma evidência incontestável: não sendo científica dentro dos moldes europeus – se é que, à mesma época, a medicina praticada na Europa poderia merecer o adjetivo de científica – seria mesmo mágica, de acordo com a cosmologia dos povos ameríndios.

A esse respeito, Laplantine (2004) esclarece que a compreensão da medicina indígena sobre o processo de adoecimento e as doenças em si é *relacional*, ou seja, envolve não apenas o indivíduo e seu organismo, mas sua relação com seu ambiente, e até suas crenças, tomam parte como fatores causais ou vetores para os males conhecidos.

Pode-se cotejar essa proposição com os achados do recente estudo de Ferreira & Gutfriend (2007) sobre o alcoolismo numa aldeia indígena guarani, em que os autores verificaram que as representações do problema, para os membros da tribo, envolveriam o contato com o branco, a quebra das tradições e a interferência de espíritos, não sendo, de modo algum, um problema individual de quem consome o álcool.

Com base nessa compreensão social da doença, não é difícil se entender por que os processos curativos, nas culturas indígenas ameríndias, envolviam rituais coletivos mais que um saber diretivo, uma vez que, sendo o problema não particular, mas difuso, a figura do curador funcionaria apenas como intermediária entre as suplicas dos participantes e as forças sobrenaturais. Não se pretende negar, entretanto, com essa afirmação, a importância do conhecimento de diversos processos terapêuticos e fitoterápicos dentro dessas culturas.

Discorrer sobre da medicina da outra matriz componente, a cultura européia, seus modos de compreensão do adoecer e do tratamento, também guarda dificuldades, mas desta feita pela grande quantidade de registros históricos e de diferentes vertentes possíveis para interpretação. De modo geral, e para os fins desse trabalho, de acordo com as referências utilizadas, sobretudo Foucault (2006), é possível se falar de cuidados com a saúde de maneira mais unitária a partir do Renascimento, período em que começa o processo da colonização portuguesa no Brasil colonial. Deve-se também reconhecer que a medicina erudita não era então menos mágica que a popular, como afirma Freyre (2002), havendo nas atuações dos médicos, até o fim do século XIX, uma sobreposição de práticas científicas e religiosas, conforme esclarece Figueiredo (2002).

Nesse período, os médicos eram poucos – no Brasil, o registro do primeiro “físico” data de 1543 (SANTOS FILHO, 1966) – e o tratamento de doenças cabia, sobretudo, a mulheres, chamadas *comadres* (FREYRE, 2002), e as terapêuticas eram uma mescla de conhecimentos práticos sobre o efeito de chás e ervas, além de orações e benzeduras, coerentes com o catolicismo popular (OLIVEIRA, 1985). Como atestam Foucault (1979, 2006), Starr (1991) e Singer *et al* (1978), sabe-se que, também nesse período, tanto na Europa quando no Brasil, os cuidados à saúde não eram exclusividade dos médicos, mas dispensados ainda por familiares ou religiosos – aqui, sobretudo, os jesuítas.

O fortalecimento dos Estados Nacionais europeus e todas as mudanças político-econômicas decorrentes desse e de outros fatos históricos geraram modificações que culminaram na oficialização, pelo Estado, dos médicos como os cuidadores preferenciais da saúde e, conseqüentemente, da perseguição a outras práticas de medicina. As obras de autores nacionais como Oliveira (1985), Scliar (1987) e Camargo JR. (2003), ou de estudiosos estrangeiros, como Foucault (2006), Starr (1991) e Szasz (1978), podem, desde diferentes concepções, apresentar um apanhado pormenorizado dessa transformação a partir de parâmetros sócio-histórico, histórico-político ou epistemológico, e filosófico-cultural, sócio-econômico e sócio-psicológico, respectivamente.

Quer no contexto europeu, norte-americano ou colonial brasileiro, essa seqüência do cuidado privado ao público se mantém, mesmo com todas as respectivas especificidades sócio-históricas. Recapitular a passagem dos cuidados com a saúde de um âmbito familiar ao profissional (STARR, 1991) representaria mais uma bifurcação. Para evitar esse desvio, sugerem-se as obras acima citadas, que proporcionam informações suficientes, cada uma com seu estilo próprio, de como dispositivos políticos associados a – ou a serviço de – forças econômicas processaram ao longo do tempo tais mudanças.

A passagem que se segue, da lavra de Singer *et al* (1978), merece, porém, destaque por sua objetividade ao sintetizar qual a força motriz da apropriação da saúde pelo Estado, de quem a medicina oficial figura como representante: “ao produzir saúde, portanto, o que os SS [serviços de saúde] fazem é produzir condições materiais e psicológicas indispensáveis ao desenrolar da vida política, social e econômica em determinados moldes” (SINGER ET AL, 1978, p.37). Desnecessário dizer que os moldes a que se refere são os da produção capitalista.

É fato, porém, que a oficialização da medicina erudita nunca excluiu a busca por práticas alternativas de cuidados à saúde, e houve mesmo um período em que, até fins do século XIX, o brasileiro tratava a medicina oficial com suspeição, fossem por um desconhecimento das figuras dos médicos, fosse por uma descrença na ciência (FIGUEIREDO, 2002).

A lida ocidental contemporânea com a saúde e o corpo assumiu, ao longo desse longo e complexo processo histórico e cultural, as características que hoje a definem. Nas palavras de Laplantine (2004, p.28), nossa sociedade “considera a doença uma aberração que deve ser destruída”. Se o corpo é um veículo a serviço da produção, as doenças que o acometem têm materialidade, são localizáveis e é possível isolá-las: o exemplo mais pertinente a esse modelo é o da infecção bacteriana, com agente reconhecido ocupando um espaço e passível de erradicação (IDEM).

É evidente que nem todos os processos patológicos podem se adequar satisfatoriamente a esse modelo, chamado pelo autor de *ontológico* porque, em oposição ao *relacional*, tem forte caráter biológico. Claro está que esse não é o único modelo manifesto em nossa sociedade. Tampouco se sugere que não variará, ou que não se conjuga com outros, ou que foi sempre o mais comum desde o período colonial. O que se propõe, em consonância com Laplantine (2004) é a maior tendência atual de que seja o mais prevalente. Os resultados apresentados nesta dissertação sugerem que esse modelo está longe de ser o único, uma vez que as representações da doença podem apresentar modelos sobredeterminados (IDEM), mas é de fato tão demarcado que chega, em alguns momentos, a encobrir os demais.

Além disso, nessa forma de compreensão da doença, ao doente cabe um papel passivo, enquanto o médico figura como detentor do saber sobre a doença e a cura, surgindo, propriamente, o papel do paciente (CAMARGO JR., 2003). Eis aqui outro entendimento com que corroboram os achados deste estudo.

Seguindo a ordem cronológica de chegada como componente cultural na formação da cultura brasileira, segue-se um breve relato sobre a compreensão africana da doença e do tratamento. Aqui, novamente, os estudos escasseiam, mas seu pequeno número é compensado por sua grande qualidade. Servem de referência o clássico da antropologia dos anos 30, *Bruxaria, Oráculos e Magia entre os Azande*, de Evans-Pritchard (2005), e o contemporâneo estudo de Barros (2004) sobre a loucura entre o povo africano dogon.

Em ambos se percebe como as doenças quase sempre se relacionam a processos externos ao corpo, quebras de tabus ou, mais freqüentemente, a feitiços ou bruxaria conduzidos por desafetos e adversários, ainda que, para tanto, recorram não só a poções e venenos, mas a forças sobrenaturais. A doença teria inegável caráter negativo e o doente procuraria o terapeuta no sentido de erradicar o mal ou corrigir o desequilíbrio.

Segundo Laplantine (2004), haveria uma superposição de modelos, mas a predominância de pelo menos dois: o *aditivo/subtrativo* e o já mencionado *relacional*, na medida em que o mal pode ser posto – pelo feitiço – tanto quanto retirado – pela terapêutica – mas se refere a fatores integrados, e não a uma propensão do corpo ao adoecimento.

Os achados desta pesquisa indicam haver noções superpostas de todos esses modelos de compreensão na doença mental e seu tratamento, indicativos dessa formação cultural polissêmica, e que mostram a clara influência dessas três matrizes culturais. O sobrenatural, o corpo como sede do sofrer, mas ligação do sofrimento com as relações ou com o meio, o tratamento pela intervenção quase mágica do profissional, mas também a necessidade de um ajustamento às expectativas sociais do meio. Todos esses fatores indicam o agregado cultural que antecede as representações, mas também que sua ocorrência tem uma história.

Os séculos XVII e XVIII assistiram, durante o período colonial, nas Minas Gerais, primeiro ao período da extração aurífera e, depois, ao surgimento dos pequenos vilarejos na Zona da Mata que, forneciam alimentos e animais para suporte da produção e escoamento do ouro para o Rio de Janeiro. O povoamento que originaria a cidade de Ervália inicia-se nesse mesmo período, num cadinho cultural de que participaram, primeiramente, portugueses, índios e negros, e depois, já no final do século XIX, espanhóis e italianos.

Enquanto isso, na Europa praticava-se o que Foucault (2004) tão bem descreve: a chamada grande internação, em que todos os desviantes sociais, fossem loucos ou não, eram

objeto de intervenção policial, mais que médica, e o alijamento do convívio social era instituído como medida. Não será possível reproduzir com o mesmo estilo e detalhamento sua descrição, e talvez sequer seja preciso. O leitor interessado poderá recorrer a sua obra, insuperável até então. Aqui bastará fazer lembrar que o Brasil colonial desconhecia essa instituição, sobretudo pela própria carência de dispositivos que a sustentassem: o primeiro manicômio do País foi criado apenas em 1852 (RESENDE, 2001).

De acordo com Resende (2001), a loucura no Brasil colonial era mais “silenciosa” que aquela descrita na Europa do mesmo período, tanto porque as famílias mais abastadas podiam recorrer ao expediente de construir quartos apropriados onde os loucos ficavam trancafiados (prática ainda não totalmente erradicada até hoje, diga-se, mesmo que o quarto, em muitos casos, se resume a uma corrente), quanto porque a vastidão do território diluía a presença do louco.

Conforme Singer *et al* (1978), os doentes mentais no Brasil Colônia eram tratados de acordo com suas condições financeiras, sendo os mais ricos mantidos em casa ou enviados à Europa, e os pobres deixados pelas ruas ou trancafiados em cadeias, se agitados.

Curiosamente, esse fato coaduna com o relato de Dona Helenita Gomes de Castro, historiadora e professora ervalense que, em entrevista particular para esse estudo, menciona que na antiga cadeia municipal, que foi demolida para a construção da nova, morava apenas uma louca, em que pese ser tal ocorrência datada já no século XX.

Merecem confiança os relatos que afirmam que, como regra geral, os cuidados dispensados aos loucos no Brasil colonial e durante o Império variavam dos maus tratos ao descaso. Informa Singer *et al* (1978) que, já em 1830, a Comissão de Salubridade da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro protestava publicamente contra a desumanidade do tratamento dado aos insanos.

De acordo com esse Singer *et al*, o primeiro hospício brasileiro teve sua criação autorizada apenas quando da sagração do segundo imperador, em 1841, mas foi inaugurado em 1852, chamando-se então Hospício Pedro Segundo, anexado à Santa Casa de Misericórdia, essa por sua vez fundada em 1582. Resende (2001, p.37) relata que essa instituição tinha capacidade para 350 pacientes e destinava-se a todo o Império – o que entende como “um contra-senso dadas as dimensões do território e as dificuldade de comunicação” – e que, começando com 144 internos, em pouco mais de um ano atingiu a lotação total. A crescente demanda obrigava à construção de outros locais para a guarda dos loucos. De acordo com levantamento de Singer *et al* (1978), seguiram-se as criações de instituições semelhantes em São Paulo (em 1852), Recife (em 1861), Olinda (em 1864), na

Bahia (em 1874), Porto Alegre (1884), em Alagoas (em 1891), Belém do Pará (em 1892), em Manaus (em 1894), no Ceará (em 1886), Paraná (1890) e em Barbacena (em 1903). Como o vilarejo de Ervália crescia no fim do século XIX, e com a maior proximidade geográfica, é razoável pensar na possibilidade de que alguns de seus antigos loucos possam ter sido internados nessa última cidade, cujo hospital-colônia recebia doentes de todo o Estado de Minas Gerais (DELGADO, 2001), fato também reforçado pelo depoimento de Dona Helenita Gomes de Castro.

Tratando do interesse que os doentes mentais despertavam nas autoridades, Resende (2001) chega a resumir em uma palavra o que seria, em seu entendimento, a marca nacional na assistência aos loucos: exclusão, conduzida mais pelo que classifica como *tendências* que por *políticas* consistentemente planejadas.

Segundo Singer *et al* (1978), as primeiras medidas oficiais relativas à saúde mental parecem estar incluídas na Reforma dos Serviços Sanitários do Império, conduzidas em 1885, por ocasião da investidura do Barão de Mamoré como Ministro de Estado dos Negócios do Império. Após a Proclamação da República, ainda durante a chamada República Velha, o Hospício Pedro II foi desanexado da Santa Casa e rebatizado de Hospital Nacional dos Alienados, sendo que em 1904 surge um novo regulamento da Assistência a Alienados que, eliminando camisas de força e prisões, transformam o lunático em doente comum (IDEM).

No governo de Rodrigues Alves, em 1903, a Saúde Pública é entregue a Oswaldo Cruz, enquanto a direção da Assistência a Alienados e a gestão do Hospício Nacional são entregues ao psiquiatra Juliano Moreira (RESENDE, 2001), fato que merece destaque histórico por associar a saúde pública ao alienismo. Com a criação do Ministério da Educação e Saúde, em 1930, foi possível reformular a assistência aos psicopatas, já que a saúde passa a ter legislação própria a partir de 1937 (SINGER ET AL, 1978).

A partir da década de 30, o cuidado aos doentes mentais, quando praticado, resumia-se ao internamento em asilos, e, mesmo após a criação do Serviço Nacional de Doenças Mentais, em 1941, os manicômios operavam todos em regime de superlotação, como demonstram os relatos críticos realizados nos anos 50 (sobretudo a partir das experiências conduzidas pela psiquiatra Nise da Silveira), sendo que os ambulatórios oficiais em que se dispensava tratamento psiquiátrico clínico figuravam, em 1961, em apenas 17 em todo o território nacional (RESENDE, 2001).

Sobre este período, é relevante o depoimento de Nise da Silveira (s/d), em seu livro *Terapia Ocupacional: teoria e prática*, sobre o pouco interesse das autoridades, políticas e administrativas, por uma forma de atendimento mais humanizado do doente mental: oficinas

terapêuticas como as que propunha poderiam significar uma forma de tratamento mais ativa, em contraposição à mera internação dos loucos em manicômios, mas nunca chegaram a serem sistematizadas nos grandes hospitais psiquiátricos, mesmo depois de decreto presidencial de 1961, que instituía a terapia ocupacional nessas instituições.

Nos anos 60 e 70, enquanto o número de internos em hospícios públicos mantinha-se estável, viu-se um afluxo de internações em hospitais psiquiátricos privados: segundo Resende (2001), foram internadas em clínicas privadas, em 1965, 35.000 pessoas e, em 1970, 90.000, constituindo-se tais internações o que chama de “empresa hospitalar”. O mesmo autor credita à avidez dessa indústria hospitalar o fato de as internações nesse período serem prolongadas – com tempo médio superior a mais de três meses – e também a mudança no perfil nosográfico dos pacientes psiquiátricos internados, com um aumento do número de neuróticos e alcoolistas, e interpreta que isso pode evidenciar que os desviantes encontravam na internação psiquiátrica uma resposta social de exclusão.

Curiosamente, é durante o Regime Militar que surgem as primeiras propostas para uma reformulação da saúde mental no Brasil, motivadas, sobretudo, por críticas a esse esquema, considerado dispendioso e cronificador, de internações em clínicas particulares conveniadas, o que passou a ser conhecido como “indústria da loucura” (RESENDE, 2001, p.62).

Resende (2001) acredita que o aquecimento da economia, a partir de 68, e a necessidade de absorção de mão de obra não deixaram de interferir nas propostas que passavam a mencionar que os doentes deveriam, preferencialmente, ser mantidos em suas comunidades e respeitados seus vínculos com o trabalho, mas o fato é que as internações passaram a ter duração inspecionada e o número de encaminhamentos foi reduzido de impressionantes 36% para 12% em cinco anos (IDEM).

Foram tomadas algumas iniciativas que acenavam para uma mudança de hábitos: os Estados de Pernambuco e Minas Gerais foram pioneiros na criação de centrais para disciplinar as internações, sobretudo resistindo à pressão dos chamados casos sociais, em Santa Catarina e Rio Grande do Sul surgiram iniciativas de impedir o afluxo de pacientes do interior para a capital, mantendo-os em suas localidades, enquanto em São Paulo ficaram proibidas as internações no abarrotado hospício do Juqueri (RESENDE, 2001).

Foi apenas em 1972 que o Ministério da Saúde aderiu ao discurso crítico. Através de documento assinado em Santiago do Chile, conjuntamente, pelos ministros da saúde dos vários países latino-americanos, foram lançadas as diretrizes norteadoras da assistência psiquiátrica no Brasil, recomendando a diversificação da oferta de serviços, sua

regionalização, propondo alternativas à hospitalização, condenando os grandes manicômios e sugerindo campanhas para a reintegração dos pacientes crônicos. O mesmo autor informa sobre a não continuidade dessas propostas a partir de 1974, devido, sobretudo, à perda de legitimidade do governo militar, quando se chega ao fim do período que ficou conhecido como “milagre econômico” (IDEM).

O conjunto dessas medidas políticas acabou por trazer como consequência um considerável incremento das internações psiquiátricas a partir dessa data, mormente de categorias desfavorecidas, descritas em prontuários, segundo o ramo de atividade exercida, como “mal definidos e sem declaração”, evidenciando o caráter de “recolher e excluir os dejetos humanos da sociedade” (RESENDE, 2001, p.69).

Novamente a situação de abuso volta a despertar críticas, e a classe médica psiquiátrica, aderindo às reformas que vinham ocorrendo na Europa do pós-guerra e Estados Unidos a partir da década de 60, iniciam o movimento conhecido como desinstitucionalização, ou, como foi chamado no Brasil, luta anti-manicomial.

Esse movimento tem suas raízes na Itália, quando a reforma à assistência aos doentes mentais internados em manicômios públicos passou a questionar a atuação da psiquiatria depois de constatar que esses pacientes “eram quase exclusivamente oriundos das classes populares: desempregados, migrantes, filhos de subempregados, pacientes portadores de patologias físicas, etc” (DELGADO, 2001, p.178). Quadro muito semelhante ao do Brasil, que adere ao movimento reformista no fim dos anos 70, depois de a opinião pública ser tocada por uma série de reportagens do jornal *O Estado de Minas* sobre a condição sub-humana dos internos do Hospício de Barbacena, por ocasião, em 1979, do III Congresso Mineiro de Psiquiatria, que recebeu a visita de Franco Basaglia, psiquiatra italiano que liderava a reforma naquele País (IDEM).

Seguiram-se, então, uma série de medidas, assumidas mais pela ideologia dos profissionais que as conduziam que por determinações legais, visando mudar o cenário vigente, e as experiências em Santos, e, São Paulo, e Belo Horizonte, em Minas Gerais, foram pioneiras: a criação de ambulatórios que funcionassem como alternativas de tratamento às internações. Medidas oficiais teriam que aguardar quase uma década.

O marco oficial dos processos de reforma à assistência em saúde mental na América Latina foi a Declaração de Caracas, de 1990, que, em encontro de autoridades da saúde de diversos países reunidas nessa cidade, propunha, em linhas gerais, a racionalização dos atendimentos, sua humanização e regionalização (BRASIL, 2002).

O Brasil adere em seguida a essas proposições, e uma série de portarias dá chancela a medidas que vão desde o controle do tempo de internação ao realocamento de recursos para o atendimento em ambulatórios de saúde mental, preferencialmente às internações em hospitais psiquiátricos. Portaria da Secretaria Nacional da Assistência à Saúde (SNAS) de 1992 – a portaria 224 – já determinava que o atendimento preferencial deveria ser oferecido em ambulatórios e por equipe multiprofissional, regionalizando os tratamentos no que definia serem os NAPS/CAPS (Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial): unidades de saúde locais/regionalizadas que oferecem cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar (IDEM).

Mas a lei federal que garante os direitos dos portadores de transtornos mentais, assegurando tratamento local e condenando a internação compulsória, a lei 10.216, foi aprovada apenas em 06 de abril de 2001, doze anos após ter dado entrada no Congresso Nacional.

Como um de seus princípios e diretrizes, na reorientação do modelo assistencial em saúde mental, o relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em Brasília em 2001, expressava a meta de garantir a extinção, até 2004, de todos os leitos de hospitais psiquiátricos no País, consolidando o projeto do que chamava de “Sociedade sem Manicômios” (SUS, 2002, p.25). É sabido que essa meta, criticável ou defensável, não foi atingida e que, salvo exceções, que, felizmente, já não são poucas, o tratamento ao louco continua sendo a exclusão, mais ou menos velada, se não do hospício, de outras formas de silêncio.

Espera-se, com esse resumo da história da atenção ao chamado “louco” no Brasil, proporcionar um entendimento das circunstâncias e da importância da criação de um serviço de saúde mental numa cidade interiorana como Ervália, além de se chamar a atenção para a necessidade continuada de reflexão sobre suas necessidades sociais e dos direitos a serem concedidos.

4.3- As imagens da loucura numa cidade do interior

O presente tópico tem como fontes o livro de Rezende (2006) e as preciosas informações coletadas em comunicação pessoal com a historiadora e memorialista ervalense

Helenita Gomes de Castro¹, que relatou, em outubro de 2009 e março de 2010, os dados que se seguem.

A coleta desse depoimento baseia-se na consideração de que o exercício mnemônico de um indivíduo terá valor maior que a mera finalidade de reconstituição de um passado pessoal, na medida em que memórias compartilhadas, como no caso das que envolvem personagens de uma localidade associados à loucura, constituem o que Halbwachs (1990) chama de *lembrança coletiva* e que decorrem do que nomeia como *comunidade afetiva*, formada por conterrâneos ou contemporâneos que dividem experiências e valores culturais. Este autor afirma que “nossos sentimentos e pensamentos mais pessoais buscam sua fonte nos meios e nas circunstâncias sociais definidas” (HALBWACHS, 1990, p.36), de modo que “só temos capacidade de nos lembrar quando nos colocamos no ponto de vista de um ou mais grupos e de nos situar novamente em uma ou mais correntes do pensamento coletivo” (IDEM).

Ervália, como muitas outras cidadezinhas, se não todas, tem seus personagens folclóricos, quase todos conhecidos por traços que os diferenciam, que os destacam dos demais. Essa diferenciação, que não fica muito longe da esquisitice, já recende a loucura. Não que se pretende alegar que no fundo das estranhezas haja a loucura, mas, com o que se relatou acima, mormente com base em Foucault (2004), dá-se exatamente o contrário: a peculiaridades de idiossincrasias humanas são muito facilmente notadas como doença mental. Por isso, nessas cidades, o tido como louco, com suas marcantes excentricidades, tem grande chance de estar fora dos padrões sociais, indicadores de estabilidade, quais sejam, trabalho, casamento e inserção social.

Como o caso, relatado por Rezende (2006), do conhecido Euclides Frankiln Jr., autodidata e poliglota, que dormia de dia e trabalhava de noite, consertando rádios, e por isso, pouco saía de casa. Seus hábitos de vida menos convencionais lhe renderam um lugar entre as figuras excêntricas do município.

Dona Helenita possui diversos relatos sobre a loucura na cidade – nas suas palavras, e brincando com o dito popular, “cada doido com a sua mania” – inclusive de muitos casos de suicídio no Rio Turvão. Muitas pessoas passaram a ser conhecidas como loucos famosos nas historietas populares da cidade, e os casos mais antigos remetem aos anos 30.

¹ Cabe dizer que Dona Helenita foi presidenta do Conselho Municipal do Patrimônio Cultural de Ervália, órgão vinculado à Prefeitura Municipal em atividade na cidade desde 2003, e é possuidora de reconhecido acervo particular sobre a história do município.

Nessa década, sabe-se da existência de dois personagens, José Emygdio, redator de um jornal local, considerado muito inteligente, mas que, em crises episódicas, “ficava nu e usava gravata” – morreu supostamente louco vinte anos depois, internado em hospício em Barbacena – e a andarilha Malvina, que, vestida como cigana, tinha crises durante as quais era recolhida em uma cadeia de madeira chamada “sapucaia” – nome que hoje batiza um bairro simples da cidade. Aparecem, nesses dois casos, componentes freqüentes da loucura no imaginário popular: a doença advinda de uma sobrecarga mental, esforço intelectual ou inteligência destacada, fatores até certo ponto positivos, mas que seriam diferenciadores naturais da média, e a loucura como processo perigoso, que requer a contenção do louco, inclusive em cela.

Os relatos saltam depois para os anos 60, período em que a lista se robustece, chegando a uma dezena de nomes. Personagens cujas histórias de vida foram eclipsadas pelas condutas estranhas que manifestavam, e que ficaram conhecidos não pelo sofrimento por que podem ter passado, mas pelo riso ou surpresa que causaram.

Algumas expressões típicas são oriundas de seus hábitos, como no caso de João Laurindo, que costumava repetir insistentemente que ia se casar no sábado seguinte e, quando alguém o confrontava com a não realização de seu casamento imaginário, repetia “sábado sai”, expressão usada em Ervália quando algo é demorado. Maria Doida, mendiga que andava com uma cruz, Babão, Saravá Piquitote, e Maria Rosa são alguns dos pedintes que ficaram conhecidos como loucos, assim como o andarilho Tobias, a moradora do albergue da cidade, Nega (Niltinha, que gostava de passar roupas), e Sá Rosa, Sinhana do Beco (glutona conhecida da época) e Felipa (que, como a Volpina do *Amarcord*, de Fellini, gostava de se banhar no rio).

Tobias e Maria Rosa gostavam de “jogar pedra”, expressão muito associada popularmente à loucura: o “louco de jogar pedra” é a um só tempo indicativa da alteração mental, uma vez que pessoas “normais” não saem por aí jogando pedra, como também da gravidade do problema, uma vez que se trataria de uma atitude agressiva. O que a expressão não esclarece é o contexto da cena: é conhecida a forma como esses desviantes são tratados ainda hoje, motivos de brincadeiras e escárnio. Muito freqüentemente, as respostas a esse tratamento repetitivo e continuado são uma indisposição prévia, baixa tolerância a pequenas provocações e irritabilidade. A cena da pedra como arma do louco, e o ato de jogá-la como indício de sua loucura são tão fortes no imaginário popular, que o cancionero de raiz já lhe rendeu homenagem, na música *João Bobo*, da dupla sertaneja Tião Carreiro e Pardinho,

composta por Carreirinho e Zé Godoy, cuja trágica letra descreve um louco que, para se defender das zombarias de que é vítima, atira uma pedra que mata uma criança.

Nos anos 80 e 90 são mencionadas sete pessoas, duas das quais moravam no albergue: Mariquinha Pereira (que pedia presentes de aniversário a todos, e achava que aniversariava diariamente) e Maria Popoa (que se considerava dona de tudo); havia os que tinham algum esboço de trabalho, ou passado de trabalho: Pedro Lage, morador da casa paroquial, sempre trajando um terno, vendedor de quitandas, passou a ser conhecido como Pedro Suspiro; o ex-policial Zé-Parafuso, que discursava sobre política no coreto da praça principal e, supostamente, batia na mãe (outro indicativo, pela transgressão que representa, de loucura grave); mas todos tinham em comum essa marca, a estranheza dos atos, evidente nos casos do Viuvinho Tal-tal, com seu eterno guarda-chuva em punho, Salina e sua mania de reclamar de doença e Trajano, que conversava com seu cavalo – gerando a expressão local “cavalo de Trajano”, usada para se referir às pessoas que seguem as outras.

Por motivos éticos não serão mencionados os personagens ainda vivos e que são conhecidos na cidade como loucos. Pelo menos dois dos onze nomes arrolados por Dona Helenita estiveram em tratamento no NAPS-Ervália, e pelo menos mais dois passaram por uma avaliação nesse serviço, consistindo em mais motivos para que não sejam relatadas suas histórias aqui. Fica, entretanto, o registro de como o tratamento que recebem de crianças e muitos cidadãos não difere do que se relata ter sido o dispensado aos loucos de antigamente: ainda são motivo de troça, apelidos pejorativos ou escárnio.

Pereira (2002) apresenta um estudo introdutório sobre a insanidade e os valores que se depreendem do modo como o louco é visto nas sociedades ocidentais. No que concerne à loucura, encontram-se estigmas que inferiorizam, demonizam e animalizam os doentes mentais, que estão, freqüentemente, de modo temporário ou definitivo, afastados da produção, do trabalho ou da estabilidade de um vínculo social constituído a partir da produção capitalista. O estigma recai sobre quem está à margem da produção e socialmente inadequado, o que justifica e favorece esse tipo de tratamento desrespeitoso por parte de uma parcela da sociedade.

Para Szasz (1978), o doente mental ocupa o mesmo lugar destinado a outros desviantes em suas respectivas culturas em dados momentos, seja a bruxa ou o homossexual. Ao perder seu contorno personalizado e tipificar caracteres tidos como anormais, funciona como um *bode expiatório* e presta-se ao enaltecimento dos valores positivos de uma sociedade. Sua eliminação como símbolo atenderia a um deslocamento da erradicação do mal

que representam e, para tanto, sua construção cultural engloba muitos dos valores negativos contra os quais o grupo se posiciona, desvelando seus valores positivos. Também aqui o imaginário popular sobre quem são os bodes-expiatórios revela a visão de mundo do grupo nos valores envolvidos na eleição dos mesmos. O que remete à afirmação de Jodelet (2001, p.36) de que a representação tem um “caráter prático, isto é, orientado para a ação e gestão da relação com o mundo”.

Uma figura que tipifica bastante claramente o lugar social do louco como estigmatizado, inferior, desviante e bode-expiatório – na medida em que é objeto de escárnio social – é a do *louco andarilho*, muito comum em várias cidades do interior, pois, por sua dimensão e configuração, é possível aos moradores segui-lo, vigiá-lo e dizer que passou por aqui e foi por ali. Na maioria das vezes sem família que se ocupe de seus cuidados, sem trabalho estável ou de reconhecimento pelo grupo, ou sem endereço fixo, fica sujeito à caridade de certas instituições – muitas vezes religiosas, sobretudo a Igreja Católica – ou à benesse de particulares – políticos, mandatários, beatos, etc. O *andarilho* seria, enquanto *tipo*, um antípoda do *coronel*, no mundo rural.

A estigmatização desses sujeitos desvela a normatização proposta através da *visão de mundo* do grupo, expressa por seus valores, quais sejam, trabalho, família e sociedade. Assim, aqueles que são doentes ou preguiçosos e estão, portanto, fora da estabilidade dos ofícios e ocupações, desviam-se em relação aos preceitos capitalistas de produção, o que lhes dificulta a formação de família (foco de organização social) e impede não apenas a troca de bens produzidos, mas a vinculação a um lugar bem marcado na sociedade. Dessa forma, encontram-se fora dos campos definidores do humano: trabalho/produção, família/estabilidade e sociedade/pertença.

No caso particular dos tidos como loucos, sua função de expiação não tem mais a radicalidade da destruição ritual, mas aparece, mal velada, no tratamento desrespeitoso que recebem de muitas pessoas, e não apenas de crianças: sua conduta aberrante é muitas vezes mencionada, ainda que em sua ausência, quando se quer atingir a alguém, comparando-o ao louco.

Verificam-se, então, duas funções, correlatas, na verdade, mas que podem ser assim separadas: 1) objeto direto de escárnio, que exemplifica o destino dos desviantes – função educativa para crianças e oportunidade de exercício coletivo de pulsões sádicas – e 2) padrão negativo de comparação para aqueles que, dentro da norma, encontram ocasionalmente o risco de tocarem suas bordas.

Não foi possível neste trabalho averiguar o quanto a presença de um serviço de saúde mental na cidade poderia ter interferido na percepção desses “loucos” por parte dos cidadãos, uma vez que o público estudado, ainda que representativo dessa coletividade, não a engloba, e ainda tem uma característica peculiar, que é o parentesco com um doente mental.

Entretanto, sabe-se que uma personagem contemporânea muito conhecida por se despir na rua, depois de seguir o tratamento e não mais manifestar essas atitudes, causou espanto na comunidade por sua melhora, mas não se pode tomar esse caso isolado, nem o relato de poucos comentadores, como significativo de mudanças consistentes, até porque a presença de um ambulatório de psiquiatria não tem o poder de, por si só, mudar o preconceito cultural de uma localidade. Contudo, pode-se dizer que o impacto do serviço tornou-se, assim, evidente.

Até aqui se tentou um apanhado geral, simples resgate histórico da loucura na memória da cidade. Note-se que a biografia dos personagens envolvidos quase se resume aos traços definidores de sua loucura. A história da doença mental em Ervália, porém, não se encerra com essas pessoas.

A criação do NAPS acabou projetando a possibilidade de tratamento local, vantagem inegável do ponto de vista de acesso a serviços de saúde, ainda que não isenta de críticas, como as construídas por Singer *et al* (1978), comentadas anteriormente nessa dissertação. Se for considerado o número de pacientes avaliados – mais de 700 em 08 anos – mesmo que não estejam todos em tratamento ativo, não se trata de um número pequeno, sobretudo quando se considera que o preconizado pela lei que regulamenta o atendimento ambulatorial em saúde mental é de 30 pacientes por equipe (BRASIL, 2002).

Além disso, há que se destacar que, de acordo com as diretrizes para a assistência em saúde mental no País (BRASIL, 2002), Ervália conseguiu pelo menos criar um serviço regionalizado. O NAPS-Ervália foi inicialmente composto por equipe multidisciplinar constituída de um enfermeiro, um psicólogo e um psiquiatra. Sua configuração sofreu algumas mudanças, marcadas, sobretudo, pela eliminação do enfermeiro, pela aquisição de mais um psicólogo e da substituição do profissional da medicina: já passaram pelo serviço quatro diferentes psiquiatras e, desde o ano passado – 2009 – sua condução tem cabido a um clínico geral. Note-se que o NAPS-Ervália começou a operar menos de um ano após a lei que norteia a atenção ao doente mental, tendo contado, em sua inauguração, com a presença do deputado Paulo Delgado, relator do texto da lei.

4.4 - O NAPS-Ervália: história e funcionamento

O NAPS-Ervália surgiu em 2002, como forma de cumprir determinações legais, mas também humanizar o atendimento à saúde mental no Município. Há razões para se crer que a segunda motivação superava a primeira em força: a lei ainda não impôs aos municípios vizinhos as diretrizes que em Ervália vigoram há 08 anos. Para uma idéia mais clara disso, note-se que o CAPS de Viçosa só surgiu em 2003, e que cidades como Coimbra, São Miguel do Anta e Araponga, para mencionar poucos e mais próximos exemplos, ainda não dispõem desse tipo de serviço.

De acordo com Onocko-Campos & Furtado (2006), os transtornos mentais representam 12% das doenças, mas os investimentos da maioria dos países com a saúde mental não ultrapassam 1% de seus gastos totais com saúde, 40% carecem de políticas consistentes em saúde mental e 30% sequer possuem programas dirigidos à área. Informam que o número de NAPS e CAPS no Brasil saltou de 160 em 1995 para mais de 500 em 2004. Segundo esses autores, a importância que assumem os dispositivos de atendimento ambulatorial dentro de perspectivas anti-manicomiais, como os CAPS e NAPS, mostra a especial relevância dada a essas estratégias na reversão do modelo hospitalocêntrico: se as internações removiam e esgarçavam laços sociais, os NAPS e CAPS, sobretudo se articulados com os Programas de Saúde da Família (PSFs), garantem a criação ou a manutenção de redes locais de saúde mental, tanto institucionais quanto sociais.

Recapitular a história do NAPS-Ervália é, portanto, uma forma de reconhece-lhe importância e demarcar sua identidade. E essa história começa numa casa simples do bairro Vale do Sol. Foi nesse bairro recém nascido (as primeiras casas que ocuparam o terreno de uma fazenda que antes servia para o evento da Festa da Cidade, surgiram no fim da década de 90, e, em 2002, as ruas ainda eram marcadas por muitos terrenos vazios) que o serviço teve seu primeiro endereço.

O NAPS ocupava todo o segundo pavimento de um sobrado construído fazia pouco, e podia contar com o quintal do primeiro pavimento para fazer o que seria uma primeira oficina de terapia ocupacional, a horta. Havia uma sala de espera, três quartos (um para o atendimento de cada profissional), uma cozinha e banheiros. Compunha-se então de uma equipe pequena, mas muito coesa, unida, sobretudo, pela afinidade ideológica de um tratamento que recorresse o mínimo possível ao expediente da internação psiquiátrica.

Havia um psicólogo (a quem cabiam os atendimentos psicológicos de pacientes e familiares), um psiquiatra (responsável pela condução clínica dos tratamentos) e um técnico

em enfermagem (a quem competia orientar sobre uso de fármacos, administrar medicações injetáveis, quando necessárias), além de uma assistente social (que, mesmo alocada em outro posto da Prefeitura, acompanhava alguns pacientes em risco social).

Os atendimentos psicológicos ocorriam todos os dias da semana, em um turno, o psiquiátrico uma vez por semana, em dois turnos seguidos, e os de enfermagem e assistência social, quando necessários, nos respectivos horários de funcionamento. Pretendia-se iniciar com um público definido de aproximadamente 45 pacientes a serem encaminhados de Ubá, mais outros casos de necessidade aguda. Reconhecia-se que, com o aumento do número de usuários, seria preciso ampliar o horário de funcionamento.

No primeiro ano de atividade, a tarefa que se impunha era assistir aos doentes transferidos do CAPS-Ubá e alguns que vinham de internações em hospícios de Juiz de Fora e Leopoldina, de modo a dar-lhes a segurança necessária num momento delicado que seria a mudança do tratamento, como também auxiliar as suas famílias no seu acolhimento.

O trabalho, portanto, envolvia não só atendimentos médicos, mas esclarecimento quanto ao modo adequado do uso de fármacos, à maneira de lidar com os pacientes e a importância das vindas regulares ao NAPS. Conseguir a adesão desse grupo era crucial para o objetivo a que o NAPS se prestava, mas também era preciso assistir aos casos emergentes, pois não se justificava encaminhar esses novos pacientes para Ubá. Havia, pois, os pacientes antigos e os novos, os casos crônicos e os agudos.

Nessa etapa da implementação do NAPS alcançou-se uma adesão bastante satisfatória dos pacientes ao tratamento, sobretudo no que concerne aos pacientes transferidos, mas a implementação de oficinas ficou muito aquém das expectativas: a horta tinha poucos e irregulares adeptos, a oficina de canto era errática e a de pintura nunca pode estender sua função para além de algumas crianças acompanhadas pelo psicólogo.

Uma possibilidade de entendimento desse fato seria, além de limitações técnicas da equipe, a própria representação da doença por parte dos usuários, na medida em que se crê que dificultaria a propensão ao trabalho, e as oficinas proposta, até pelo nome, remetem a labor.

Quando se contava aproximadamente um ano de funcionamento, a visita de uma especialista em deficiência auditiva que veio à cidade para participar de um evento promoveu uma primeira mudança. A visitante, sensibilizada com a questão da inclusão e acessibilidade, comentou com a equipe do NAPS que as escadas que levavam ao segundo andar poderiam impor alguma restrição para o acesso de pessoas doentes, idosas ou com qualquer dificuldade de locomoção.

Esse comentário, associado à percepção dos desdobramentos de um serviço destinado à população discriminada ocupar um bairro de periferia, acabou por conduzir a uma rápida mudança de endereço, articulada pelo psicólogo da equipe com o apoio do prefeito municipal, para uma ampla casa de um só pavimento na principal rua da cidade, em seu centro comercial. Compunha-se, como antiga casa de morada que era, de duas salas contíguas, que funcionavam como salas de espera, um quarto maior, que era usado para palestras e reuniões, um quarto menor que funcionava como repouso e posto de enfermagem e dois outros quartos em que se davam os atendimentos psicológicos e psiquiátricos. Completavam-na uma pequena cozinha, banheiros e uma área coberta ladeada por uma despensa, em que funcionariam as oficinas.

O resultado dessa mudança foi interessante. Os pacientes e seus familiares começaram a afluir ao NAPS de modo diferente, agora não mais chegando apenas para as consultas e partindo logo em seguida. Costumavam chegar mais cedo, para verificar se já podiam ser atendidos, pois uma medida que se tomou nesse período foi abolir parcialmente a rigidez das horas marcadas (tempo) para cada consulta, pois muitos pacientes não se atinham ao relógio; atendê-los, portanto, de acordo com sua chegada causava-lhes menos constrangimento e, se acaso tivessem que aguardar uma pouco na sala de espera, isso podia ser motivo de conversas e contatos com companheiros e colegas. Muitas vezes circulavam pela cidade enquanto aguardavam atendimento, com ou sem seus familiares, que aproveitavam o dia e a localização do NAPS para fazerem compras.

A maior permanência dos usuários no serviço ocasionou que suas dependências se tornassem mais vivas, que as conversas entre os usuários ficassem mais freqüentes e que o espaço adquirisse mais aspecto de casa que de ambulatório. Havia alguma vez em que os cães que acompanhavam seus donos ao tratamento entrassem para as salas de espera ou mesmo para os consultórios.

Essas observações reforçam a impressão do Nise da Silveira sobre a importância do contato entre doentes mentais e animais (SILVEIRA, s/d). Não é possível mensurar, mas é possível supor que a maior visibilidade de um serviço destinado a doentes mentais (espaço), quando alocado num ponto privilegiado da cidade, pode ajudar a mudar, no imaginário popular, a estigmatização do louco, mas esse objetivo escapou aos definidos para este estudo. Mais uma vez, porém, não é demais ressaltar o quanto disposições geográficas podem interferir nos meandros do psiquismo.

Outro detalhe que merece destaque: como essa casa dispunha de um imenso quintal, em que se destacam alguns pés muito antigos e altos de mangueiras, o psicólogo, afeito à

jardinagem, e o técnico em enfermagem se ofereceram para, voluntariamente, cuidar do jardim aos fins de semana. O NAPS ganhava então o que seria à época um dos mais belos espaços de Ervália, com pingos-de-ouro e ibiscos ladeando os grossos troncos das árvores, enquanto o branco do cascalho, tão comum nas estradas rurais mais bem cuidadas, desenhava as áreas de circulação. Em muitas ocasiões, os atendimentos a pacientes deprimidos ou paranóicos provenientes da zona rural se deram sob a copa dessas árvores, num formato mais de conversa que de consulta, aproximando-se do que sugere Lancetti (2008) ser uma clínica de circulação, *peripatética*, não restrita ao consultório, local em que, tradicionalmente, o psiquiatra exerce seu poder.

Nessa casa alcançou-se quase triplicar o número de pacientes assistidos, que saltaram, entre 2002 e 2005, de 45 iniciais para em torno de 190, o que, se por um lado merece críticas quanto à quantidade ideal de usuários atendidos por equipe, por outro lado revela a grande demanda por atendimento em saúde mental e as condições, mais idealistas que ideais, nas quais ainda operam muitos serviços municipais de saúde.

O bom funcionamento do NAPS-Ervália acabou por trazer para a cidade alguns pacientes de Coimbra, que usavam o CAPS-Ubá e foram transferidos, por acordo entre os Municípios, para Ervália, visando às mesmas comodidades, mas mudanças de gestores municipais em ambas as cidades acabaram por romper com essa parceria, que durou aproximadamente um ano.

Uma primeira mudança na equipe se deu após três anos de funcionamento, em 2005, quando o técnico em enfermagem foi dispensado, surgiu o cargo de recepcionista, mais um psicólogo foi incorporado e foi substituído o psiquiatra, que passaria a atender apenas em um turno.

Nova mudança na equipe se deu em 2006, também por substituição desse profissional, e em 2007, quando se deu outra substituição do psiquiatra. Conta-se, portanto, a passagem de quatro psiquiatras pelo NAPS-Ervália, sendo três formados pela UFJF e outro pela UFMG, ambas reconhecidas universidades de Minas Gerais. Note-se que, geralmente, a permanência de cada um deles fica em torno de um ano, aproximadamente.

Em 2007 o NAPS mudou novamente de endereço, e em 2009 passou a ocupar, na mesma rua, a casa ao lado, onde se encontra desde então, na região central, muito próximo à praça principal e paralela à rua em que estava localizado. Esta casa consta de uma sala pequena, contígua à copa, ambas funcionando como sala de espera, além de dois quartos em que acontecem os atendimentos médicos e psicológicos, e ainda uma cozinha, banheiros e área coberta, posterior à cozinha, além de quartinho de repouso. Não há jardim e o quintal não

tem maiores cuidados. As oficinas de terapia ocupacional não têm sala específica e, em consonância com o ocorrido desde sua criação, não têm no NAPS-Ervália maior expressividade.

Durante a pesquisa de campo, a observação da conduta dos usuários na sala de espera, reforçada por depoimentos, permitiu notar que o tempo de permanência nas acomodações do NAPS parecia restringir-se à espera e duração dos atendimentos, o que pode sugerir uma mudança na relação dos mesmos com o ambiente, que volta a ter mais ares de ambulatório que de casa.

Quando essa pesquisa estava em andamento, o psiquiatra responsável pelo NAPS demitiu-se – segundo um funcionário, por insatisfação com a postura dos usuários, que só queriam “laudo”, documento necessário para se conseguir o benefício do INSS. Houve então a primeira substituição, em 2009, do especialista por um clínico geral, que permaneceu na função por menos de seis meses, sendo substituído por outro clínico, que ainda atua no serviço.

Não cabe aqui julgar a necessidade de um especialista num serviço de saúde mental, até porque se deve reconhecer que um clínico geral experiente terá conhecimentos também no campo da psiquiatria, que a ocupação da função por um generalista é melhor que o encerramento dos atendimentos e que, como já dito anteriormente, as condições ideais nem sempre são mais potentes que as imposições da realidade.

A equipe do NAPS-Ervália conta atualmente, então, com um recepcionista (que trabalha todas as manhãs), dois psicólogos (um deles trabalha um turno por dia e outro se reveza entre o NAPS e outro órgão municipal) e um clínico geral. Segundo o funcionário responsável pelas marcações de consultas, este clínico atende, numa manhã por semana, a 15 pacientes por vez, o que indica alguma dificuldade de agendamento e uma espera longa pela assistência, fato facilmente captado pelas observações e depoimentos colhidos.

Quando o texto desta pesquisa tomava sua conformação final, veio a informação de que o NAPS-Ervália mudaria novamente de endereço, transferindo-se para a casa que abrigava anteriormente o Conselho Tutelar da cidade, no mesmo bairro em que começou a funcionar.

4.5 – Caracterização do perfil dos usuários

Os prontuários dos pacientes, a principal das fontes da coleta de dados primários para esta pesquisa, são as fichas nas quais ficam anotadas informações sobre os pacientes e seu tratamento. Apesar de serem fichas dos pacientes, quem toma notas nelas é sempre o médico.

Seu conteúdo, muito diversificado, foi pesquisado, como se mencionou na metodologia, mediante a procura, em campos específicos, de termos remetidos ao tema loucura e doença mental. Assim, no QUADRO 1, são mostrados os conteúdos analisados e sua finalidade:

QUADRO 1: Conteúdo dos campos de prontuário pesquisados e finalidade para a pesquisa.

Item	Conteúdos	Finalidade
1	Referência: pessoa, instituição ou departamento que fez a indicação do usuário para o tratamento	averiguar quais os profissionais e órgãos parceiros do NAPS-Ervália;
2	Identificação: sexo, naturalidade, idade, estado civil, número de filhos, escolaridade, local de moradia, responsável e contato	Caracterizar a origem familiar e social do usuário
3	Queixa principal: fala do paciente	Identificar palavras ou expressões típicas e significativas de seu entendimento e representações sobre a doença mental
4	Histórico do paciente: avaliação psiquiátrica e evolução do tratamento	Identificar como os profissionais entendiam ou traduziam as queixas e sintomas formais em diagnósticos

Fonte: dados da pesquisa (2010).

Foi possível evidenciar certa predileção, diferenciada entre os profissionais, por alguns campos no preenchimento. Alguns profissionais deixavam totalmente em branco os campos do formulário que buscavam registrar a origem social dos pacientes. Já outros, faziam certos registros, mas fora dos campos apropriados.

Em muitos prontuários não havia, por exemplo, menção ao local de moradia do usuário (impossibilitando verificar tratar-se de morador de zona urbana ou rural), mas havia menção a ser trabalhador rural (independentemente de local de moradia). Daí se pode inferir a relação dos usuários com o meio rural.

Como cada campo apresentava universo de preenchimento diferente dos demais, em alguns casos a estratégia de identificação foi buscar alguma precisão na configuração de todo o prontuário. Por exemplo, o sexo foi verificado em quase todos os prontuários, tanto pela facilidade proporcionada pelos próprios nomes, quanto pelo fato de os envelopes com as fichas terem sinais de cores diferentes para os dois sexos: rosa para o feminino e azul para o masculino. Quanto aos outros campos o preenchimento variou muito, sendo que em muitos

não se conseguiu alcançar o cômputo total de 660. Entretanto, isso não inviabilizou a análise de conteúdo pretendida, mas exigiu, pelas restrições, cuidado na análise quantitativa.

As explicações para omissões ou deslocamento das informações nos prontuários são muitas, mas cabe destacar a falta de tempo dos médicos para atenderem à grande quantidade de pacientes. Isso pode interferir sobremaneira no resultado final dessa parcela do encontro entre profissionais e usuários. Assumir, entretanto, essa como a única causa para as ausências consistiria numa interpretação simplista, haja vista que posturas e omissões podem significar valores e preferências por parte dos agentes aos quais cabe tal tarefa. Além do mais, acredita-se que lacunas ou registros mal postos podem refletir a falta de formação dos profissionais para uso mais adequado daquela padronização imposta pelos prontuários. Contudo fica, então, a questão sobre o sentido que aqueles campos têm para os profissionais. Sobretudo porque, como afirma Bardin (1977):

A análise de conteúdo constitui um bom instrumento de indução para se investigarem as causas (variáveis inferidas) a partir dos efeitos (variáveis de inferência ou indicadores; referências no texto), embora o inverso, predizer os efeitos a partir de factores conhecidos, ainda esteja ao alcance de nossas capacidades (BARDIN, 1977, p.137).

Nesse sentido, por exemplo, quando o campo da origem social não é preenchido, pode-se inferir que o profissional não via conexão de sentido entre as queixas manifestas e as condições de moradia, de vida, de trabalho ou atividades produtivas nas quais o paciente e sua família estivessem envolvidos. Esse ponto será retomado novamente adiante.

A seguir serão dispostos outros achados dos prontuários, divididos em dois grupos: o perfil dos usuários, constituído a partir da sistematização dos dados de identificação, e as categorias deduzidas a partir da análise de conteúdo, que evidenciam representações sobre saúde e doença mental no NAPS-Ervália.

4.5.1- Caracterização dos pacientes

Considerando-se um total de 660 prontuários, foi possível identificar claramente que 116 (17,57%) usuários eram provenientes da zona rural e apenas 66 (10%) eram ligados à zona urbana. Dos registros foi possível identificar que 154 (23,33%) eram de Ervália, e 41 (6,21%) de outras localidades da região. Cabe observar que esses campos foram preenchidos em apenas 182 (27,57%) e 195 (29,54%) prontuários, respectivamente. Como dito anteriormente, o campo para identificação da origem e localização espacial foi pouco

preenchido e imagina-se que essas informações tiveram pouca importância para o profissional que registrou os atendimentos.

Quanto ao sexo dos usuários, em apenas 10 deles não foi possível obter tal informação, em razão de problemas de identificação dos nomes ou de os envelopes não conterem as fichas de cores diferentes para identificação dos sexos. Nos demais, o nome ou as cores deixaram clara essa diferença. Verificou-se uma distribuição por sexo de 379 (57,42%) usuários femininos para 271 (41,06%) masculinos.

Já o campo referente à idade foi aquele com maior número de preenchimentos – 105 (15,90%) em branco contra 555 (84,09%) adequadamente registrados e distribuídos conforme o Gráfico 1 abaixo:

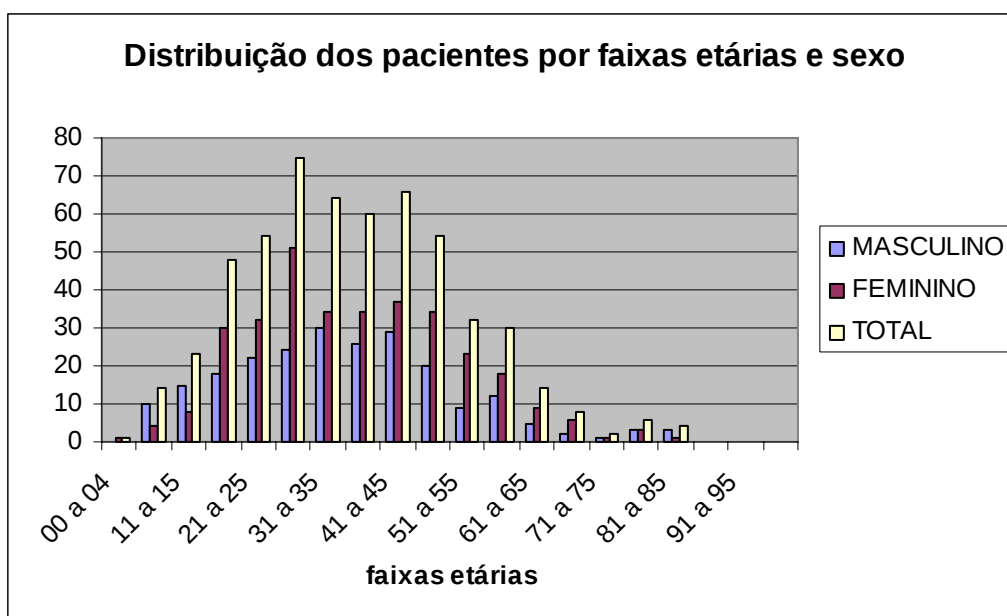


GRÁFICO 1: Distribuição dos pacientes por faixa etária e sexo.

Fonte: dados da pesquisa (2010).

A faixa etária dos usuários entre 21 a 60 anos, a chamada idade produtiva, foi a que abarcou maior número de pacientes (somadas, 435, ou seja, 65,90%) contra todas as demais (somadas, 120, ou 18,18%). Com menos de 20 anos há 86 (13,03%) pacientes, e acima de 60 anos há 34 (5,15%).

Note-se que os campos mais preenchidos são exatamente os que se dirigem a informações biológicas mais marcantes – sexo e idade – em contraposição com as sociais, de todos os outros campos das fichas.

Sobre o estado civil, dos 372 (56,36%) prontuários em que efetivamente essa informação foi registrada, apurou-se que 141 (21,36%) pacientes eram solteiros (63 mulheres – ou 9,54% – para 78 homens – ou seja, 11,81%), 181 (27,42%) casados ou amasiados (124 mulheres – 18,78% – para 57 homens – 8,63%), 34 (5,15%) separados ou divorciados (18 mulheres – 2,72% – para 16 homens – 2,42%) e 16 (2,42%) viúvos (12 mulheres – 1,81% – e 04 homens – 0,60%). A julgar pelo preenchimento desse campo, pode-se pensar que os profissionais se interessam mais pelo estado civil que pelo local de moradia ou ocupação dos pacientes.

Quanto ao número de filhos verificou-se, nas 340 (51,51%) fichas que continham algum registro a respeito, que 131 (19,83%) usuários não tinham, à época da consulta em que se obteve o registro da informação, nenhum filho; 145 (21,96%) possuíam de 1 a 3 filhos, e 31 (4,69%) de 04 a 05 filhos; com mais de 06 filhos, havia 33 (5%) usuários. Houve 320 (48,48%) prontuários que não tinham nenhum registro neste espaço.

Analisando a escolaridade registrada nos prontuários, tem-se que 343 (51,96%) não tinham nenhum registro neste campo. Dos 317 (48,03%) com registro, apurou-se que 58 (8,78%) pacientes receberam registro como sendo analfabetos (31 mulheres e 27 homens) e 08 (1,21%) como semi-analfabetos (metade deles de cada sexo), que juntos somaram 66 usuários (10%). Como tendo cursado até a 4ª série primária, conforme nomenclatura do registro, havia 142 (21,51%) usuários (55 homens e 87 mulheres), e 61 (9,24%) com até a 8ª série (34 homens e 27 mulheres). Ou seja, 203 (30,75%) deles receberam registro como tendo apenas o primeiro grau, completo ou incompleto. Houve 35 (5,30%) usuários com segundo grau completo ou não (07 homens para 33 mulheres), e 10 (1,51%) com curso superior completo ou incompleto (dos quais 08 eram mulheres e apenas 02 homens). Observe-se essa distribuição no Gráfico 2, a seguir:

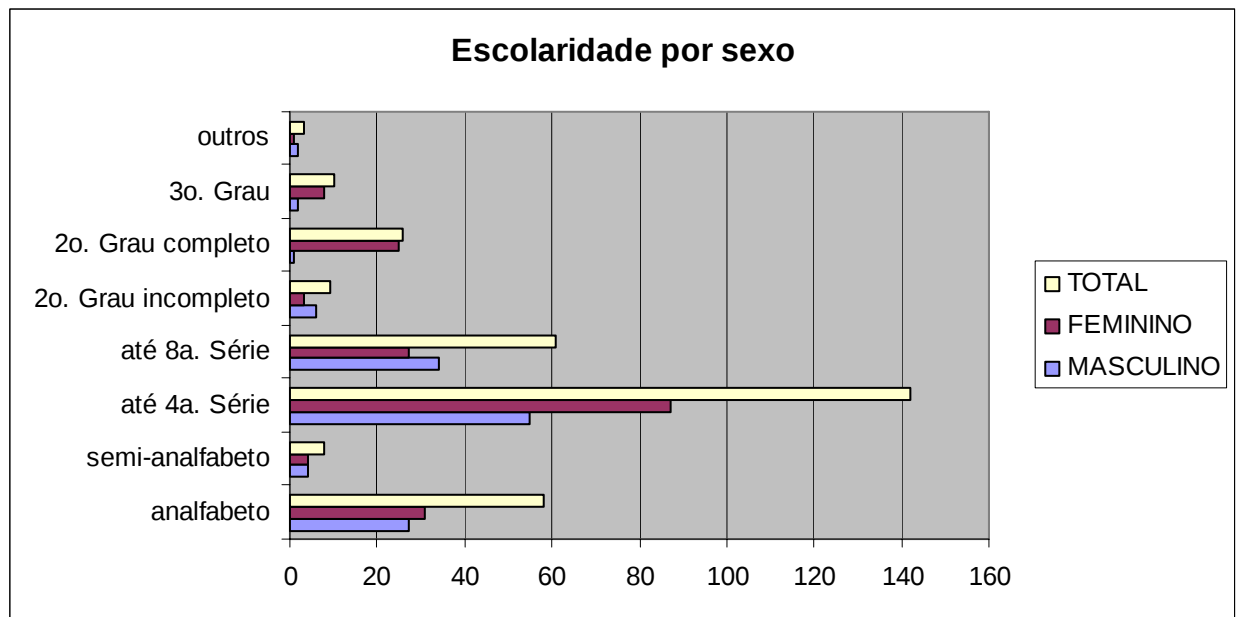


GRÁFICO 2: Escolaridade por sexo.

Fonte: dados da pesquisa (2010).

Notável que em todas as faixas de escolaridade as mulheres foram mais prevalentes, à exceção da comportada entre a 5ª e 8ª séries e segundo grau, o que talvez se explique pelo fato de as escolas rurais oferecerem ensino apenas até a 4ª série, fazendo-se necessária, para a sequência dos estudos, a ida até a cidade, dificultada, talvez, para as moças. Contudo é interessante notar que as mulheres têm menor taxa de escolaridade incompleta para a faixa do segundo grau.

Um campo interessante no prontuário, sobre o *responsável* pelo paciente, foi também muito pouco preenchido, contudo foi possível aferir, por leitura em demais campos, alguma menção a familiares ou outros responsáveis. Num total de 130 (19,96%) prontuários, averiguou-se uma presença marcante de mulheres cuidadoras: mães (36), irmãs (21), esposas (13) e filhas (08) e mais 10 outras pessoas do sexo feminino (03 vizinhas, 04 cunhadas, 01 sobrinha e 01 nora), que somaram 88 (13,33%) mulheres para 42 (6,36%) cuidadores do sexo masculino (entre esses, 12 pais, 07 irmãos, 18 maridos, 02 filhos e 01 vizinho, 01 sobrinho e 01 tio). Em diversos prontuários havia registros de falas que, pelo uso do verbo e pelo pronome, remetiam a terem sido emitidas por outros que não o pacientes, mas esses prováveis cuidadores não tiveram nome ou sexo identificados pelo profissional que fez as anotações, impossibilitando sua identificação mais precisa. Interessava ao médico a informação dada e não quem as disse. Essa objetividade retira da análise a necessária contextualização, que nos

remete a Bourdieu (1996): quem fala, de onde fala para quem fala, traz a diferença de sentido do que foi dito. Aos psiquiatras a informação sobre familiares não parece soar interessante.

Ainda nesse último tópico, cabe ressaltar que o campo que indicava os contatos dos usuários, e que refletiria, possivelmente, sua rede social de apoio, foi tão pouco preenchido que não permitiu aferir mais que o provável desinteresse por parte dos profissionais de saúde por essa outra referência de análise do processo saúde doença: nos apenas 24 (3,63%) registros ocorridos, 05 (0,75%) remetiam ao próprio paciente ou a familiares, enquanto que em 19 (2,87%) casos não havia identificação do contato.

Os dados abaixo não se referem exatamente ao perfil do usuário, e talvez indiquem mais sobre o perfil do NAPS-Ervália que de seus pacientes, embora haja, reconhece-se, alguma sobreposição dos fatos: trata-se das instâncias que indicaram os pacientes para o tratamento. Campo pouquíssimo preenchido pelos médicos (457 não preenchimentos, ou 69,24%), permitiu computar 54 (8,18%) pacientes remetidos do CAPS-Ubá – número que condiz com o dos aproximadamente 50 cuja transferência justificou a criação do NAPS-Ervália – e mais 76 (11,51%) remetidos das Unidades Básicas de Saúde (UBS) da cidade, 23 (3,48%) encaminhados pelo Fórum do Município para avaliações periciais, 41 (6,21%) encaminhados pelos próprios psicólogos do NAPS para tratamento psiquiátrico, e ainda 04 (0,60%) encaminhamentos a partir do Hospital Jorge Caetano de Matos – hospital da cidade –, 02 (0,30%) da Secretaria de Saúde do Município, 01 (0,15%) de médico particular da cidade, 01 do Conselho Tutelar e 01 da Assistente Social da Prefeitura Municipal do período em que foi feito o encaminhamento.

Com base nesse esboço, pode-se aventar que o perfil do usuário comporta mais mulheres que homens, moradores ou trabalhadores da zona rural, a maioria em idade produtiva e jovem, entre os 20 a 40 anos, com 02 filhos e baixa escolaridade (geralmente até 4ª série). Já os cuidadores, em sua maioria, são pessoas da própria família do paciente e do sexo feminino.

4.5.2- Os diagnósticos

Considerando o total de 660 prontuários, 245 (37,12%) deles não tiveram nem mesmo o campo diagnóstico preenchido. Dos 415 (62,87%) preenchidos, houve 92 (13,93%) casos em que o paciente recebeu mais de uma rubrica diagnóstica, por um ou mais de um profissional, o que constituem as chamadas comorbidades, ou seja, a ocorrência de mais de uma patologia diagnosticada. As mulheres apresentaram mais de comorbidades (55, ou

8,33%) que os homens (37, ou 5,60%), o que não deve surpreender, pois o número de mulheres é superior ao de homens. Os diagnósticos, conforme registrados nos prontuários, seguem a codificação proposta pela CID-10 (Classificação Internacional de Doenças, 10ª versão) da OMS (1993), que consta de uma letra maiúscula que indica patologias mentais, *F*, e dois algarismos que indicam o subgrupo e a patologia específica. O QUADRO 2 apresenta a frequência dos diagnósticos e sua ocorrência por sexo (considerar que alguns pacientes receberam mais de um diagnóstico):

QUADRO 2: Frequência de citações diagnósticas (CID-10) por sexo

Diagnóstico da CID-10	Masculino	Feminino	TOTAL
Transtornos mentais Orgânicos: F-00 a F-09	11	04	15
Transtornos decorrentes do uso de substância psicoativa: F-10 a F-19	16	04	20
Esquizofrenia, transtorno esquizotípico e delirante: F-20 a F-29	64	58	122
Transtornos do humor: F-30 a F-39	43	96	139
Transtornos neuróticos, relacionados a estresse e somatoformes: F-40 a F-48	26	86	112
Síndromes comportamentais e relacionadas a perturbações fisiológicas e fatores físicos: F-50 a F-59	0	01	01
Transtornos de personalidade e comportamento em adultos: F-60 a F-69	04	05	09
Retardo Mental: F-70 a F-79	29	32	61
Transtornos do desenvolvimento psicológico: F-80 a F-89	02	0	02
Transtornos emocionais e de comportamento na infância e adolescência: F-90 a F-98	06	03	09
Total de citações	205	289	494

Fonte: dados da pesquisa (2010).

As patologias de fundo orgânico (F-00 a F-09) figuraram da seguinte forma: 08 casos masculinos, mais 03 como segundo diagnóstico, perfazendo um todo de 11; 04 casos femininos, e totalizando 15 casos.

Os casos de etilismo e uso de drogas (F-10 a F-19): 13 casos masculinos, mais 03 como segundo diagnóstico, num total de 16, contra 03 de mulheres, mais 01 como comorbidade, perfazendo 04. Total: 20.

Casos de transtornos psicóticos (F-20 a F-29) somam 122, sendo 64 homens (09 como segundo diagnóstico) e 58 mulheres (11 como comorbidades); notem-se, em destaque, os casos de esquizofrenia (F-20), único diagnóstico em que há número gritantemente superior de homens: 32 (sendo 01 como segundo diagnóstico), contra 21 (02 comorbidades), ou seja, quase um terço a mais de homens.

Dentre os transtornos do humor (F-30 a F-39), 139 no total, 43 homens contra 96 mulheres (09 comorbidades para eles, 08 para elas); destaque para a depressão (F-32), com 57 casos femininos para 18 masculinos (apenas 02 comorbidades para cada sexo). Só nessa rubrica diagnóstica, 79 casos, (20 masculinos, 59 femininos). Aqui se trata de depressão, comumente identificada como doença de mulheres ou a doença do século.

Para os transtornos neuróticos (F-40 a F-48), num total de 112, houve 26 masculinos (sendo 02 comorbidades) e 86 femininos (sendo 17 comorbidades). No caso dos transtornos de ansiedade (F-41), com 57 diagnósticos, 12 são para homens e 45 mulheres. O maior número de mulheres nesses casos confirma o que tem orientado a literatura. Em alguns estudos (ALMEIDA FILHO, 2001; DARON, 2006) são postas indagações acerca do quê deixa as mulheres tão ansiosas ou como os homens que vivenciam a sua ansiedade.

Para os transtornos comportamentais (F-50 a F-59), apenas um diagnóstico feminino, e para os de personalidade (F-60 a F-69), apenas 04 masculinos (03 comorbidades) e 05 femininos (04 comorbidades).

Muitos casos de oligofrenia (F-70 a F-79): 61 no total, 29 masculinos (23 diretos e 06 como segundo diagnóstico) e 32 femininos (23 diretos e 09 comorbidades).

Apenas 02 casos de transtornos do desenvolvimento (F-80 a F-89), ambos em crianças e do sexo masculino.

Já nos transtornos emocionais e de comportamento da infância e adolescência (F-90 a F-98), 06 masculinos para 03 femininos.

Uma curiosidade: houve 18 casos de epilepsia (G-40), problema mais propriamente neurológico que psiquiátrico – daí a letra inicial G da CID-10, ao invés do F característico dos transtornos mentais –, sendo 12 homens (06 desses como segundo diagnóstico) e 06 mulheres (apenas 01 caso direto e 05 como comorbidade). Esses casos, comumente chamados de “acesso” estigmatizam e são de difícil camuflagem de apreciações sociais depreciativas.

Algumas rubricas diagnósticas, entretanto, destacaram-se, sobretudo, nos grupos de diagnósticos mais freqüentes. Foi o caso do diagnóstico de esquizofrenia (F-20) no grupo das psicoses (F-20 a F-29), com 53 menções – 32 para homens e 21 para mulheres. Veja-se no QUADRO 3 a seguir:

QUADRO 3: Frequência dos diagnósticos de psicose (ou como comorbidade) por sexo

F-20 a F-29	Masculino	Comorbidade	Feminino	Comorbidade	TOTAL
Esquizofrenia: F-20	31	01	19	02	53
Transtorno Esquizotípico: F-21	01	0	01	0	02
Transtorno delirante persistente: F-22	03	0	05	01	09
Transtornos psicóticos agudos e transitórios: F-23	03	0	01	01	05
Transtornos esquizo-afetivos: F-25	03	04	03	03	13
Psicose não orgânica não específica: F-29	14	04	18	04	40
Total	55	9	47	11	122

Fonte: dados da pesquisa (2010).

Algo bastante semelhante se passou no caso dos transtornos do humor (F-30 a F-39). O diagnóstico de depressão (F-32) teve 79 menções – 20 para homens e 59 para mulheres, ou seja, quase o triplo. Das demais rubricas, apenas a distímia (F-34) teve variância marcante entre os sexos, com 12 casos para as mulheres e apenas um para os homens. O QUADRO 4 oferece uma visão geral:

QUADRO 4: Frequência diagnósticos de transtornos do humor (ou como comorbidades) por sexo

F-30 a F-39	Masculino	Comorbidade	Feminino	Comorbidade	TOTAL
Episódio maníaco: F-30	02	0	01	0	03
Transtorno afetivo bipolar: F-31	12	01	14	02	29
Episódio depressivo: F-32	18	02	57	02	79
Transtorno depressivo recorrente: F-33	04	0	05	02	11
Transtornos persistentes do humor: F-34	01	0	10	02	13
Transtornos do humor não especificados: F-39	01	02	01	0	04
Total	38	5	88	8	139

Fonte: dados da pesquisa (2010).

O caso da distribuição por sexo dos transtornos neuróticos (F-40 a F-48) também é interessante, pois são aqueles mais claramente relacionados a estresse e condições de vida. Veja-se que a rubrica de ansiedade (F-41) sobressai às demais para ambos os sexos (57 ao

tudo, contra 55 de todas as demais somadas), mas é mais prevalente entre mulheres (38 diagnósticos diretos e 07 comorbidades, num total de 45). Note-se no QUADRO 5 que segue:

QUADRO 5: Frequência diagnósticos de transtornos neuróticos (ou como comorbidades) por sexo

F-40 a F-48	Masculino	Comorbidade	Feminino	Comorbidade	TOTAL
Transtornos fóbico-ansiosos: F-40	02	0	01	0	03
Outros transtornos ansiosos: F-41	11	01	38	07	57
Transtorno obsessivo-compulsivo: F-42	02	01	03	01	07
Reação a estresse grave e transtorno de ajustamento: F-43	03	0	05	02	10
Transtornos dissociativos: F-44	01	0	08	04	13
Transtornos somatoformes: F-45	01	0	0	01	02
Outros transtornos neuróticos: F-48	04	0	14	02	20
Total	24	2	69	17	112

Fonte: dados da pesquisa (2010).

Fica bem evidente que os grupos diagnósticos registrados mais prevalentes apresentam algumas variações correlacionadas ao sexo – com exceção dos casos de retardo mental, em que a variação entre mulheres e homens é ínfima.

Os significados para isso podem ser diversos, e uma pretensão de explicar tal fenômeno deve ser evitada nesse trabalho, sobretudo porque escaparia de seus objetivos. Pode-se apenas mencionar que a grande prevalência de casos de depressão e ansiedade entre mulheres no meio rural já havia sido observada por Daron (2006), que salienta que “parte dessas doenças está ligada à dinâmica de vida e trabalho que as mulheres e os camponeses enfrentam em seu cotidiano” (p.191-2).

De modo muito aproximado, Almeida Filho (2001), ao inventariar diversos artigos sobre a epidemiologia social dos transtornos mentais na América Latina, encontra sempre fatores como sexo (mais mulheres), escolaridade (baixa), desemprego e grupo social (migrantes, pobres, pardos) como correlacionados à loucura.

No NAPS-Ervália, os grupos diagnósticos mais prevalentes (transtornos de humor e neuróticos) comportavam mais pacientes do sexo feminino que masculino, e apenas no caso específico da esquizofrenia (no grupo das psicoses, também esse muito prevalente) houve mais homens considerados portadores que mulheres.

De modo sintético, pode-se dizer que, no NAPS-Ervália, tratam-se principalmente homens esquizofrênicos e mulheres deprimidas e ansiosas.

Desdobramento natural do diagnóstico, o tratamento também chamou a atenção: foram as anotações concernentes às medicações que, pela sua frequência, invariável em praticamente todas as fichas, destacaram-se mais, mesmo sem o preenchimento total do campo diagnóstico. Prescrições de fármacos e suas trocas ou alterações de doses, efeitos colaterais ou terapêuticos, eis aqui o que, sugerem as notas, interessava a todos os médicos. Os mais prescritos parecem se relacionar aos casos mais diagnosticados, ou seja, antidepressivos em primeiro lugar, tranqüilizantes na sequência, anti-psicóticos depois. Medicamentos utilizados com finalidade de estabilizar o humor e anticonvulsivantes também foram muito registrados. Por outro lado, as indicações para outras formas de tratamento, mesmo junto aos psicólogos da instituição, eram ínfimas.

Dentre os profissionais, as variações de estilo são consideráveis, mas seria impossível reproduzir aqui algumas nuances, como ocupação do espaço pela grafia, tipo e tamanho de letra, legibilidade, prolixidade. Foi notável que alguns profissionais parecem anotar mais (psiquiatras A e C, clínico geral B), ao passo que outros são mais parcimoniosos (psiquiatras B e D e clínica geral B, que, mesmo ao se desconsiderar o pouco tempo em que atuou no NAPS, pouco ou nada anotava). O QUADRO 6 dá alguma idéia do tempo de permanência dos profissionais médicos no NAPS, desde sua criação:

QUADRO 6: Permanência no NAPS por profissional/ano

Ano/Profissional	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Psiquiatra A									
Psiquiatra B									
Psiquiatra C									
Psiquiatra D									
Clínico Geral A									
Clínico Geral B									

Fonte: dados da pesquisa (2010).

Segue-se agora a apresentação das falas extraídas dos prontuários.

4.6 - As representações de saúde e doença mental nos registros dos prontuários

Segue-se agora a descrição das categorias criadas a partir da pesquisa nos prontuários e a análise subsequente que possibilitou alcançar as representações sobre saúde e doença mental no meio estudado.

Serão apresentados alguns excertos dos prontuários, ilustrativos das palavras, expressões ou noções utilizadas por pacientes, familiares, acompanhantes e também pela equipe ligada ao NAPS-Ervália. Recorde-se que tais extratos foram retirados de alguns campos do prontuário, quais sejam, *queixa principal*, em que se dá voz ao paciente ou acompanhante, *dados atuais*, *história* ou *evolução*, com falas tanto de usuários, quer pacientes, quer familiares, e impressões dos profissionais.

Quando a fonte for o paciente, será apresentado apenas o número do prontuário (com três dígitos e, em caso de numeração repetida, uma letra); quando for outra pessoa, será apresentada, se for conhecida, sua relação com o paciente (familiar, vizinho, etc.). Se o registro referir-se a pessoa desconhecida, ou seja, sobre a qual não se foi possível identificar a relação de parentesco, apenas se fará indicação de que se trata de acompanhante. Para os profissionais, que ao longo do período pesquisado foram seis ao todo, será feita menção à especialidade e diferenciação dos mesmos por meio do uso de letras: psiquiatra (A, B, C, D) e clínico geral (A e B).

Uma primeira surpresa que a análise dos prontuários oportunizou foi a verificação do pouco uso, ou pequeno registro, da palavra *loucura* nos prontuários, tanto da parte dos profissionais quanto nos registros de falas dos usuários ou familiares. Tampouco aparecem seus termos substitutivos, como doido ou maluco, eles próprios de ocorrência rara.

Quando usada, a palavra *loucura* aparece como substantivo, “eu tinha uma *loucura* que tirava a roupa” (pront. 145), “é uma *loucura* essa timidez toda” (pront.171), mas também se verifica como adjetivo: “[ela é] *louca*”(esposo, pront.70), “[histórico] familiar: avô paterno descrito como ‘*louco*’”(psiquiatra A, pront.114), “sou meio *louco*”(pront. 122), “[ela] está *louca*”(esposo, pront.154).

Do mesmo modo, a palavra *doido* foi utilizada, ou pelo menos registrada, parcimoniosamente. Aqui também se verifica sua utilização como adjetivo, mas também como forma verbal: “ela fica falando que vai casar... quem é que vai querer casa com uma *doida* dessas” (irmã, pront.005); “tô *doidinha* de tudo”(pront. 020); “[história] familiar: tia-avó da paciente era ‘meia *doida*’”(psiquiatra A, fazendo menção a fala de paciente ou acompanhante, pront. 026); “tô com esquisiteza *doida*” (pront. 035); “fiquei *doida* de

tudo”(pront.051); “sou doida varrida mas tenho vergonha na cara”(pront. 084); “comecei a ficar *doido*” (pront.162); “eu me convenci que sou *doida* e sempre fui e sempre serei assim”(pront. 095); “meu marido fala que sou *doida*”(pront. 291); “pai [da paciente] *endoidô*” (pront.449).

Assim, pode-se supor que a doença mental é uma condição percebida pelos não-médicos através de uma forma de compreensão que dispensa a nomeação, pois se baseia numa série de características ou condutas evidentes que podem ser arroladas no lugar de um termo único e, muitas vezes, incômodo.

1ª categoria: doença mental como problema de cabeça, dos nervos ou das idéias.

Para se referir à condição de doente mental, mais comumente foram usadas não palavras, mas locuções, associadas à expressão “*ter problema*”: geralmente *problema de nervo* ou *problema de cabeça*, algo comum no caso das descrições ‘não- médicas’ da saúde alterada, como “problema de fígado” em lugar de hepatopatia, ou “problema de junta” no caso de artropatias. Como exemplos de queixas que remetem a *problemas* têm-se:

“sempre fui uma criança com problema”, “lá em casa quase todo mundo tem problema de nervo” (pront. 028)

“sempre teve problemas de nervos... quando criança era arteiro e não parava quieto” (mãe, pront.081)

“eu tenho problemas de nervos, sou muito nervosa” (pront. 112)

“eu tenho problema de cabeça”(pront. 141)

“eu tenho problema de nervo”(pront. 143)

“[irmão do paciente] tem problema psiquiátrico” (mãe, pront.169)

Note-se que, em associação, o verbo empregado, *ter*, sugere maior concretude do se fosse usado o *ser* – ser problemático –, do que se pode depreender uma provável concepção *orgânica* e temporária do sofrimento mental, ou seja, por um lado é uma coisa que pode mudar (algo que se *tem* e não só se *é*), mas, por outro, é fixada numa parte do corpo, sem controle. Se, para os outros, aquele que tem problema é “problemático” – termo sequer mencionado –, ‘pessoa difícil de conviver’ ou vista como ‘o próprio problema familiar’, o doente parece localizar nos *nervos* o “seu” problema, nessa parte de si que, mesmo doente, não pode ser erradicada, requerendo piedoso tratamento que controle o “problema”, os nervos, como se verá em seguida.

Em outros casos, o “problema” está associado a uma localização na cabeça ou em outro local ou órgão, localizacionismo freqüente em casos de queixas de “problema de coluna” ou “problema de vista”. Nessas localizações da doença, normalmente os relatos são

remetidos à idéia, ao pensamento global ou funcionamento da mente. Por isso surgem expressões como *problema de cabeça* ou de *idéia*. A *cabeça* aparece como *locus* do problema, mas sem menção a *dor*, que talvez sugerissem outras patologias, neurológicas e não psiquiátricas. As falas registradas são exemplares:

“cabeça esquisita”, “cabeça agitada” (pront. 017)
“eu fico muito preocupada e com a cabeça ruim” (pront. 032)
“eu tenho problema de cabeça”; “peso na cabeça” (pront. 036)
“tenho sentido a cabeça meio esquisita...”, “ficava com a cabeça ruim, sem expediente” (pront. 043)
“cabeça oca” (pront. 073)
“eu sinto uma coisa ruim na cabeça... umas coisas estranhas nas vistas e nos ouvidos, eu não sei nem explicar...” (pront. 079)
“ruindade na cabeça” (pront. 116)
“cabeça leve” (pront. 132)
“não posso com sol na cabeça ...” (pront.142)
“tenho cabeça ruim” (pront. 154)
“eu fiquei fraco da cabeça”(pront. 165)
“às vezes fico esquisita, cabeça ruim...” (pront. 229)
“pontada na cabeça” (pront. 234)
“cabeça pesada” (pront. 270)
“cabeça não ajuda a fazer o serviço” (pront. 289)
“cabeça ruim, vazia” (pront. 363)
“minha cabeça tá muito ruim” (pront.449)
“tá com a cabeça boa” (esposo, pront. 460)
“cabeça esquisita” (pront.467)
“estalo na cabeça” (pront. 480)
“cabeça fraca” (pront.547)
“cabeça variada” (pront. 593)
“cabeça ruim” (pront. 597B)
“branco na cabeça, pensamento ruim” (pront. 642)
“cabeça ruim demais” (pront. 692)

Nesses casos, a *cabeça* parece indicar não apenas a parte do corpo, local do cérebro, mas o ponto de ocorrência dos sentimentos e fenômenos mentais. Equivale a *idéia*, enquanto função de pensamento, volição, memória, avaliação da realidade, ou todas essas capacidades globais reunidas: perder o controle da *idéia* é de fato grave e sintoma de mal estar. Esse sentido aproximado surge nas falas que contém o termo *idéia*:

“idéia ruim desde pequeno” (pront.008)
“queria ficar boa da idéia” (pront. 020)
“estou bem das idéias... só tenho fraqueza no corpo” (pront. 021)
“idéia virada” (pront.036)
“da idéia tô bom” (pront.045)
“idéia fraca” (pront. 052)
“me dava uma coisa ruim na idéia”(pront.068)
“a idéia [da paciente] já vai voltando e está falando as coisas mais certas...” (esposo, pront.104)
“começou a variar da idéia”, “muito bem da idéia” (mãe, pront. 118)
“ele está com a idéia variada” (esposa, pront.142)
“ele é fraco da idéia” (pai, pront.179)

Chama atenção, nesses casos, a associação dos dois termos a algumas palavras: ruim ou bom/boa, fraca, leve, variada, esquisita – todas expressando uma alteração em relação a uma condição normal supostamente anterior, mas que não se define, sendo a suposta alteração adjetivada pela palavra acessória. Não há ocorrências como “eu tenho cabeça”, ou “não tenho idéia”: a cabeça e a idéia são as condições ontogênicas que sofreram alguma modificação anômala denominada durante a consulta, ficando ruins, fracas, leves, variadas (haveria relação com “avariadas’?) ou esquisitas, termo mais impreciso, mas que talvez defina bem a apresentação da alteração, sem a preocupação de demonstrar o porquê e como ocorreu. Sobre os que expressaram os trechos acima se pode dizer que a quase totalidade compreende moradores da zona rural com baixa escolaridade (até a 4ª série), havendo algum caso de analfabetismo.

Outras formas algo freqüentes para indicação de doença mental foram o uso dos termos *ser* ou *estar nervoso*, o sofrer dos *nervos* ou ainda a descrição direta de uma situação ou conduta do paciente, que indicariam, indiretamente, sua condição de doente.

No caso do *nervoso* têm-se falas como:

“antes ele era só nervoso, mas depois que voltou de lá [BH] já voltou doente, dizendo que via umas mulheres querendo pegar ele, via coisas que ninguém via, ria sozinho, outra hora ficava parado sem falar com ninguém; dizem que lá ele usou foi droga” (pais, pront.097)
“eu fiquei nervoso e eles achou que precisava [consultar]” (pront.099)
“tô nervoso demais” (pront.264)
“crise de nervoso” (acompanhante, pront. 358)
“às vezes fica bem nervosa” (mãe, pront.457)
“sou muito nervosa” (pront.523A)
“sempre fui muito nervosa” (pront. 525B)
“nervosismo, abafamento” (pront.572)

Para exemplificar as alterações dos *nervos*, servem as falas:

“boa dos nervos” (pront. 013)
“eu sofri dos nervos quando tava novo...” (pront. 034)
“ruim dos nervos” (pront. 049)
“os nervos repuxam” (pront.102)
“eu tomo remédio de nervo” (pront. 115)
“os remédios me deixaram de nervo bambo” (pront. 221)
“arranco nos nervos” (pront. 324)
“crise de nervo” (pront.588)
“dor nos nervos” (pront. 655)

Nelas, *nervoso* parece sugerir conduta, irritação e agitação, mas ainda ansiedade, preocupação ou outro mal-estar; enquanto *nervo* pode desdobrar-se em mais que essas duas possibilidades, pois também indica alguma composição anatômica não precisamente localizada, mas que toma todo o corpo. O *nervo* enquanto suporte orgânico para o sofrimento

fica mais evidente quando se faz menção a crise ou a dor, e enquanto estado geral, vem acompanhando do qualificativo bom/ruim. Pode-se ainda pensar numa gradação no caso do *nervoso* a partir dos verbos acessórios: *ser* e *estar* nervoso seriam condições diferentes, embora ambas valoradas negativamente. O caso de se *estar nervoso* sugere contingências desfavoráveis, que deveriam ser a causa do que se considera um sofrimento transitório e que, se persistente, poderia até levar ao *sofrer dos nervos*. Assim, este é um estado mais permanente, embora adquirido. Já *ser nervoso* pode remeter a um traço de caráter – muitas vezes herança familiar – que acompanharia o sujeito desde seu nascimento, como se pode perceber em várias menções a parentes “nervosos”. Novamente os emissores dessas expressões estão ligados de alguma forma à ruralidade e outra vez ocorre baixa escolaridade (até o 1º grau incompleto, havendo uma exceção, no caso do pront. 525B, com 2º grau).

Algumas descrições prescindiram de palavras sintetizadoras de problemas, e foram apresentadas apenas as condutas ou sensações atípicas. Nessas queixas indiretas, indicativas de uma conduta alterada sem o uso de expressões condensadas, ocorreram falas como:

“ele fazia tratamento em Ubá” (irmão, pront.003)
“tô meio esquisita” (pront.006)
“[a paciente fica] muito diferente” (esposo, pront.017)
“a gente tinha que segurar ele pra ele não pular no rio...” (mãe, pront. 026)
“ele tá igual criança” (esposa, pront.040)
“[mamãe está] amuada” (filha, pront.075)
“eu não tava comendo nem dormindo” (pront. 103)
“eu tô com umas esquisitezias” (pront. 182)
“eu tô esbarrada” (pront.192)
“[sinto/tenho um] abafamento” (pront. 455)
“ele só xinga eu” (mãe, pront. 553)
“pula janela, foge pro mato” (irmã, pront. 668)

Note-se como, quando um acompanhante é o emissor, a descrição se aproxima da delação. Nos prontuários em que foi feito o registro, observou-se outra vez a aparição da ruralidade e da escolaridade baixa, embora o não preenchimento de muitos deles impeça uma afirmação taxativa, como nos casos acima.

Com base nesse apanhado de expressões, pode-se tentar uma primeira sistematização categorial. Em decorrência do uso variável de termos para descrever, de modo genérico, a condição de doente mental, para a categorização que segue foram eleitas as palavras correlatas aos dois estados identificados, *saúde* e *doença*, que sintetizam todas as utilizadas, ao indicarem, ainda que indiretamente, quando há ocorrência da loucura e quando não há. Ambas são condições erigidas conjuntamente, e por oposição, sendo que os atributos que constituem cada uma não têm apenas finalidade em si, operando, de maneira modular, como indicadores de respectiva inclusão em um dos grupos. Por isso, falar de uma é falar da

ausência automática da outra, ou seja, e se um elemento é componente de uma deverá estar, como em um negativo, vazado na outra. Seriam condições, de modo quase automático, *opostas e mutuamente excludentes*.

2ª categoria: normal/saudável e anormal/doente em saúde mental.

Na categoria *saúde*, tanto para não-médicos quanto para profissionais, os traços são mais subjetivos, quase invisíveis, de tão naturalizados, sequer carecendo de maiores explicações, enquanto na categoria *doença* parece surgir o *plus* que marca os desviantes. De maneira mais objetiva, para os não-médicos, a conduta é o traço que evidencia a anormalidade, está doente aquele que faz algo inesperado, ou deixa de fazer o devido. Ao passo que, para profissionais, estes são somente sintomas que a demarcam. Por isso, parece haver um acordo tácito entre usuários e profissionais: não é preciso descrever a condição de *saudável*, mas a anormalidade deve ser descrita e registrada suas manifestações. Os não-médicos o fazem provavelmente para atestar a veracidade do adoecimento para os médicos, que nem sempre os ouvem, seja para não atrapalhar a relação de confiança com o paciente, seja pelo pouco interesse em suas informações, seja pelo pouco tempo de que dispõem. E isso porque, enquanto os profissionais esperam construir o *diagnóstico para um tratamento* – ou tratar algo que se possa formular *em diagnóstico* – os familiares ou responsáveis podem esperar uma correção do “problema”, tenha ele o nome que tiver: o importante seria recobrar a conduta “normal”.

Nos exemplos que seguem pode-se perceber como, aliás, o uso do termo *normal* é seguido da descrição do que se considera “anormal”:

“antes era normal; deu crise de cair e babar” (irmã, prontuário 001)
“até os 15 anos era normal, depois ficou andando pros matos, igual mendigo” (irmão, pront. 003)
“era normal” (pront.009)
“[a paciente] está como era antes de adoecer” (esposo, pront.056)
“[pai do paciente] não era muito normal” (esposa, pront.113)

Uma dessas curiosas exceções que parecem confirmar a regra, na medida em que a normalidade é descrita de maneira dispersiva, com ações comuns do cotidiano, sem maior relevância, pode ser vista nesse relato de uma esposa, que apresenta a melhora do marido, ressaltando-a num “quase”: “em vista do que teve está quase normal, está feliz, conversa, conta caso, todo domingo quer vir na missa” (pront. 106).

Veja-se que a normalidade dispensa qualificações na fala registrada dos acompanhantes, enquanto a anormalidade se concretiza em alguma ação imprópria, como cair e babar, fugir de casa, andar sem rumo, ou ausência de ação devida, como não se alimentar, não dormir, não se comunicar, como se verá em exemplos fornecidos adiante.

A baixa escolaridade poderia explicar essas expressões na medida em que foi verificada nas fichas de que foram extraídos tais excertos. Essa pouca propensão a definições mais elaboradas remete à mesma ausência de descrição detalhada que caracteriza os registros de profissionais, mesmo entre os que receberam formação na especialidade da psiquiatria: “infância: *normal* até os 11 anos; sintomas de humor desde os 11 anos” (psiquiatra A, pront.027); “era *normal*; internada após ser atacada por um cão ‘com um trauma’ – [segundo o] irmão” (psiquiatra A, pront. 115).

Note-se a oposição silente entre normalidade e ocorrência de sintomas. Isso pode sugerir que, tanto para “não-médicos” como para *experts*, a noção de normalidade é sentida sem ser pensada. Pode-se supor que seja percebida, por ambos, de forma desigual, o que é bastante razoável. Aos leigos a normalidade das condutas ou do funcionamento mental não deve ter sido ensinada de maneira consciente, e, enquanto aprendiz, a captação da normalidade dos demais também não deve ter sido exatamente um esforço intelectual premeditado, daí a dificuldade de, posteriormente, formulá-la em palavras. Ao passo que entre os profissionais que, antes de sua formação, também foram leigos, podem ter a seu dispor teorias do funcionamento alterado da mente, mas dificilmente algum compêndio sobre o que seria um homem normal universal.

A ocorrência de dados fenômenos (para os não-médicos, *alterações*, para os profissionais, *sintomas*) deve convocar cada grupo para uma tarefa: enquanto os não-médicos procuram restituir o estado de normalidade num dos seus, empresa que requer a atuação do *expert*, este se preocupa com o diagnóstico, fio condutor de sua ação ante o paciente, desde o tratamento à melhora, quando e se essa é considerada possível.

No caso dos profissionais, isto está sugerido na evidente predileção dos mesmos por tomar notas, em frases curtas, apenas do essencial para a formulação do diagnóstico, de identificar indicadores do curso do tratamento, e de, invariavelmente, anotar informações sobre os fármacos prescritos ou em uso. Alguns psiquiatras costumam anotar mais sobre fatos sociais e o contexto dos pacientes (psiquiatras A e C), outros são muito econômicos nessas informações (psiquiatra B), e há os que se interessam, sobretudo, por informações mais propriamente médicas – como resultados de exames e farmacoterapia – (psiquiatra D e clínico geral B).

Apesar do pouco tempo de atuação dos generalistas no NAPS, o que impede melhor avaliação do serviço, pois as anotações são numericamente poucas, em comparação com aquelas feitas pelos psiquiatras, sua atuação sugere alguma proximidade com a conduta dos especialistas, pelo menos no que concerne às prescrições – que ocupam grande parte das notas –, distanciando-se, talvez, pela menor preocupação com a elaboração diagnóstica. A clínica geral A quase não fazia anotações, deixando muitos prontuários em branco, ao passo que o clínico B, mais experiente e com mais anos de atuação, anota mais, mas quase sempre informações sobre resultados de exames e repetição de receitas.

Dentre os especialistas, os *sintomas*, o *diagnóstico* e a *evolução* foram os três eixos principais das notas. Para a evolução, destacam-se alguns termos, cuja oposição indica os dois caminhos possíveis, erradicação ou permanência *dos sintomas*, que passa a ser a grande referência, quer para o diagnóstico, quer para a evolução: melhor/ pior (com as variações: melhorou/piorou, melhora/piora), bem/mal (com variantes: bom/ótimo/péssimo/ruim) e estável/crise (em que a crise, algumas vezes, é descrita pelos sintomas que a compõem).

“alucinações, delírios; queda do rendimento escolar, afastamento social, irritabilidade, agressividade” (psiquiatra A, pront.047)

“ansiedade, difícil controle de impulso, irritabilidade” (psiquiatra B, pront. 198)

“surto psicótico, delírio persecutório, alucinação, reagudização psicótica” (psiquiatra C, pront.369)

“disfórica, choro, hipotímica” (psiquiatra D, pront. 480)

Os usuários, naturalmente, não precisam verbalizar ou perceber, como os psiquiatras, o que são os sintomas. Eles relatam, via de regra, as condutas alteradas que efetivamente observam. Descrevem, por exemplo, uma alucinação ou delírio como “ouvia voz, ria sozinha” (pai, pront. 039); “cismava e conversava sozinho” (irmão, pront.109), “mãe diz que ele fala sozinho e ‘balança a cabeça’”(psiquiatra A, pront. 180); “fala muito sozinho” (mãe, pront. 499); “ele via coisa que não tava acontecendo” (esposa, pront. 522B).

Os não-médicos, entretanto, não se guiam às cegas, e há pontos que parecem chamar mais sua atenção quando descrevem condutas alteradas.

Nas falas dos usuários, a inquietude, o evadir-se de casa, a agitação e até a agressividade são particularmente mencionadas, pois nesses casos o sujeito rompe tanto com uma rotina de permanência e disponibilidade supostas quanto quebra uma conduta calma e cordial esperada:

“melhorei da andação” (pront. 038)

“ficou agressivo e cismava que as pessoas queriam matar ele...” (esposa, pront. 040)

“às vezes fico nervoso e bato em minha mãe” (pront. 045)

“[está] falando em cortar o pescoço dos outros” (pai, pront.052)

“ficou agressiva, saia de casa... não dormia, não fazia nada direito... chegou a agredir minha mãe” (esposo, pront. 060)
 “fica nervosa”, “só sei que ela tinha cisma só com a mãe, até bateu nela...” (cunhada, pront.069)
 “ficava só chorando, andava sem parar, com um pedaço de pau” (pront.084)
 “dei crise que eu nem sabia que existia, de tão ruim eu queria sair levando tudo que estava na minha frente, meus filhos é que seguraram...” (pront. 088)
 “parou de comer e de dormir e ficava só andando...” (filha, pront. 103)
 “... aí de repente ficou agitada, saindo de casa...” (esposo, pront.104)
 “dormindo no mato” (mãe, pront. 108)
 “se ele ficar calmo, fica bom de tudo” (sobrinho, pront. 131)
 “não pára em casa”, “desinquieto e sai andando” (irmã, pront. 163)
 “agitado, enjoado” (pai, pront.437)

Por trás das queixas manifestas algumas semelhanças chamam atenção. Tudo indica que, enquanto a anormalidade se manifesta em nomadismo e violência, a normalidade encontra-se posta numa certa estabilidade da conduta, presente em alguma fixidez relativa a lugar (a casa, o lar), postura (parado ou, pelo menos, com movimentação circunscrita ao espaço das ações previstas) e na relação com os demais (em que se infere tanto a calma nos contatos – sem atacar ninguém nem se defender do que não existe – quanto, e acima de tudo, não agredir fisicamente entes familiares – sobretudo os pais).

Parecem ser outro indício de anormalidade percebido pelos não-médicos as alterações na comunicação, a articulação de um discurso inteligível, e o que seria a sociabilidade ou interação com os outros, que explicita a necessidade dessa capacidade de estabelecer contato verbal:

“não fala coisa com coisa”, “só fala abobrinha” (acompanhante, pront. 012)
 “[está] falando coisas esquisitas” (sobrinha, pront. 038)
 “[está com] falação” (filho, pront. 054)
 “também ficou sem falar...” (esposo, pront.060)
 “não fala coisa com coisa” (filho, pront. 065)
 “ele não vai falar nada direito...” (mãe, pront. 66)
 “[a paciente] fica sem falar e fora do ar” (irmã, pront. 093)
 “... não fala nada certo” (esposo, pront. 104)
 “senão fica só acordado, de pé, numa posição, numa reparação, numa esquisiteza” (esposa, pront.106)
 “ele ficou uns 70% melhor, parou de falar coisas sem sentido e ficou mais sossegado...” (mãe, pront.108)
 “ficava muito nervoso, falando muito... cismava e conversava sozinho...” (irmão, pront.109)
 “[a paciente] xinga, fala sozinha...” (acompanhante, pront. 141)
 “ela perdeu a fala” (esposo, pront. 174)
 “ficava muito nervoso, falando muito” (irmão, pront.109)
 “sai de si” (acompanhante?, pront. 249)
 “fica falando coisa com coisa [sic]” (pront. 282, comentário entre colchetes no original)
 “[o paciente] perdeu a fala” (acompanhante?, pront. 391)

A capacidade preservada e coerente de comunicação de idéias é mais que mero suporte de expressão do pensamento: constitui excelente ferramenta para manifestação do Eu, e não surpreende que qualquer alteração do discurso, ao afetar a possibilidade de interação relacional e, em consequência, esgarçar papéis sociais, seja percebida como anormalidade.

Finalmente, a incapacidade para executar as tarefas esperadas parece muito relacionada, na fala dos usuários, à percepção objetivável de erupção da doença mental, sendo a incapacidade para o trabalho um indicativo cultural de falta de saúde ou, após seu abalo, a retomada das responsabilidades operativas e laborais um sinal de melhora:

“desanimada de trabalhar, com a cabeça pesada” (pront. 004)
“o corpo não dá pro trabalho” (pront. 008)
“não consegue mais [trabalhar]” (pront.030)
“ando meio cansado... será cansaço físico e mental?”, “tô sem disposição pra nada” (pront. 034)
“a última filha dela está com 16 anos e não foi cuidada pela mãe, que estava doente” (tia, pront. 038)
“ficava com a cabeça ruim, sem expediente...” (pront. 042)
“não to valendo pra nada, acho que sou de barro mesmo”; “achei que não ia mais arribar, mas melhorei...”; “eu estava descaída mesmo, mas já arribei um pouco...” (pront. 051)
“é que eu trabalhava e estudava... agora não faço mais...” (pront. 052)
“[mamãe] fica só deitada” (filha, pront. 075)
“ele está muito bem hoje em dia, até ajuda a fazer alguma coisa...”, “[sente] fraqueza para trabalhar” (mãe, pront. 078)
“ficava sem dormir, trabalhava noite e dia, começava as coisas e parava tudo pela metade...” (mãe, pront. 081)
“eles falam que eu não tenho nada, que é frescura que não me deixa trabalhar... [eles] não entendem...” (pront. 084)
“eu tô bem, trabalhando, tomo o remédio direitinho...” (pront. 094)
“ela está ainda melhor, mas não 100%: falta expediente...” (esposo, pront.104)
“ele ficou fraco da idéia e não presta pro trabalho...” (mãe, pront. 119)
“tô sem expediente” (pront. 293)
“não estou conseguindo trabalhar” (pront. 389)
“não agüento trabalhar” (pront. 622)

Os profissionais, por sua vez, ao elaborarem seus diagnósticos, operam uma *tradução* em sistemas classificatórios (sintomatologia), próprios da disciplina Psiquiatria. Nesse sistema, tais sintomas têm a pretensão de equivalência operativa na medida em que são eles que demarcam a orientação dos procedimentos no tratamento pelo qual o profissional é responsável. Alterações relatadas pelos pacientes ou acompanhantes, em muitos casos, não se encaixam automaticamente nas categorias classificatórias dos sintomas durante o exame psiquiátrico. Toda classificação, como disse Bourdieu (2007), implica o agrupamento de semelhanças e distinção das dessemelhanças, e também em qualificação ou desqualificação, pois, mais que ordenamento de saber, a ordem do discurso científico (FOUCAULT, 2006) comporta escolhas e valores contextualmente definidos. Por isso, a descrição do paciente ou

responsável é depurada para a confecção do diagnóstico, como no trecho: “dava a impressão que eu ia morrer de repente, dava batadeira [taquicardia], o fôlego faltava e eu ficava com os pés e as mãos frias e suava” (pront.088, expressão entre colchetes no texto original do prontuário). Dessa descrição, gerou-se um diagnóstico de “F-41.2” – transtorno misto de ansiedade e depressão (psiquiatra A, pront.088).

Outros exemplos de tradução: “fiquei doidinho de tudo: andava sem pará, não tinha sossego, fui pará lá em Coimbra.... peguei muita friagem, não dormia, cismava muito”(pront.094) converte-se em “F-31” – transtorno bipolar do humor (psiquiatra A, pront.094);

“crise de enrolar os braços e cair... se passar nervoso, entorto” (pront. 152) torna-se “F-48.9” – transtorno neurótico não especificado (psiquiatra A, pront.152);

“eu encontrei um punhal que meus filhos esconderam e levei um susto de justiça muito forte” (prontuário 167) foi traduzido como “surto psicótico, ideação delirante, alterações de fala, inquietação, humor exaltado” (psiquiatra A, pront.167) e em seguida “F-29” – psicose não orgânica não especificada (IDEM);

“não aprende estudar” (acompanhante, pront.204) vira “F-71.1” – retardo mental moderado (psiquiatra B, pront.204);

“agitada e nervosa” (acompanhante, pront. 356) é apresentado como “dificuldade de aprendizado” (psiquiatra C, pront. 356) e vem a significar “F-90” – transtorno hiperkinético (IDEM);

“às vezes fico triste” (pront. 381), passa a “F-32” – depressão (psiquiatra C, pront.381);

“não pára 1 minuto” (acompanhante, pront. 526) vira “F-90” (psiquiatra D, pront. 526);

“ele via coisa que não tava acontecendo” (esposa, pront.522B) converte-se em “F-22” – transtorno delirante (psiquiatra D, pront.522B);

“medo, cabeça ruim, impressionado” (pront. 597B) passa a “F-32” – depressão (psiquiatra D, pront. 597B);

À frente se falará um pouco mais sobre os desdobramentos dessa compreensão de problemas como sintomas e da tradução de queixas em diagnósticos por parte dos profissionais.

3ª categoria: causas da doença mental.

É conveniente mencionar aqui que a categoria *doença* é separada, tanto por médicos quanto por não-médicos, em duas vertentes, *causa* e *tratamento*. É evidente que médicos e usuários terão compreensões e valorações diferentes para as observações e as manifestações de adoecimento ou melhora, mas nem sempre diferença quer dizer divergência.

Na *causa*, para médicos, tenta-se esboçar alguma etiologia para a doença. Sabe-se que os problemas mentais constituem situações multideterminadas, e fala-se em uma origem bio-psico-social para o fato. Contudo, ao analisar os prontuários para abordar esse complexo tema, foi possível perceber certa distância entre essa expectativa bio-psico-social e a operatividade que se dá na relação médico-paciente. Entretanto, nada parece ficar claro ou definido, nenhuma prova cabal, irrefutável ou inconteste é mencionada em momento algum dos registros. Os psiquiatras, representantes de um saber médico que trata do psíquico, parecem acreditar numa causa corporal invisível – ou microscópica, como a química dos neurotransmissores que parecem pretender restaurar com os fármacos que não deixam de registrar em suas anotações – embora indiquem algum evento externo, vivido pelo paciente, como o desencadeador, algo como um ‘conflito’. No mais das vezes, a compreensão do desencadeamento do transtorno, por parte dos profissionais, a partir do que se pôde identificar ou inferir dos prontuários, apontou para algo exterior ao sujeito, muito freqüentemente nas relações pessoais dos mesmos. As falas de alguns pacientes coadunam com essa percepção: “quando eu era solteira eu não tinha nada” (pront. 004), seguida de anotação do profissional, “problemas com o esposo etilista” (psiquiatra A, pront. 004). Ainda outras falas de pacientes corroboram a impressão de que também estes concebem o adoecimento como resposta a algo que vem de fora:

“foi muita falação que me deixou assim” (pront. 022)

“desde que meu amigo morreu eu fico preocupado” (pront. 025);

“fico muito preocupada e com a cabeça ruim... mas é por problema com meu namorado...” (pront. 032)

“eu quero internar... eu fico sozinho, meus filhos e muié não querem saber de mim, lá no hospital pelo menos eu fico no meio dos outros” (pront.033);

“o que atrapalha agora é a encheção de saco lá em casa... eu quero separar a casa porque fico melhor sozinha e Deus, longe de filho e de marido...” (pront. 084);

“contrariada” (pront.092);

“ela arrumou essa mal-querência” (mãe, pront.111)

“[estou] angustiada, terminei namoro” (pront. 450)

“meu marido me largou” (pront. 493)

Nalgumas vezes, o problema exterior não é claramente demarcado, ou sequer vem de relações sociais: “adoeceu após ter ‘comido comida ruim e malfeita’” (psiquiatra A, pront. 011); “o nervosismo vem do nada...” (pront. 073).

Noutras vezes, aparecem crenças populares como explicação: “a misturação da barriga subiu para a cabeça e a idéia ficou fraca... só melhorei porque a tratadeira me benzeu, e a misturação desceu pretinha, mas minha idéia sempre foi fraca...” (pront. 016); “tomou um ‘banho destemperado’ e passou a ‘sofrer dos nervos’” (psiquiatra A, fazendo menção a fala de paciente, pront. 049); “foi resguardo quebrado” (pront. 145).

Na fala que segue, a doença parece até ter sido “transmitida” por contágio (ou seria castigo por quebra de tabu?): “adoeceu por ter relações com a esposa enquanto ela estava com a ‘idéia fraca por picada de cobra’” (psiquiatra A, fazendo menção a fala de paciente, pront. 023).

A explicação pode se aproximar das ditas científicas, pela importância que assume o nexos causal: “ele [anticoncepcional] me dava sistema nervoso” (pront. 062).

Outros prontuários traziam relatos do entendimento de que as causas da doença seriam sobrenaturais: “cismeique jogaram pó de macumba em mim” (pront. 039); “relaciona a feitiço feito por vizinhos; melhorou com benzedeira” (psiquiatra A, pront.147); “[a paciente] acha que tem um espírito invadindo seu corpo” (psiquiatra A, pront.155); “de 8 em 8 dias e virada de lua ele [paciente] pega a vomitá com sangue e olho vermelho, pois o pai fez feitiço para nós” (mãe, pront. 707).

Esses relatos, fortemente influenciados por crenças em forças sobrenaturais, além de constarem em poucos registros, não parecem implicar em orientação para elaboração de diagnósticos, principalmente se feitos por familiares. Tudo indica que, para os profissionais, essas não seriam informações importantes.

Há também o entendimento de ‘problemas de nascença’, sobretudo nos casos de retardo mental, ou ‘de família’, em que a herança dos antepassados se transmite na propensão à doença mental. Em todos os casos em que os problemas pareciam ocorrer desde o nascimento, quem enuncia a suposição é sempre um acompanhante, e o diagnóstico formulado pelo *expert* (se há dois, pelo menos um deles) é oligofrenia:

“ela é doente desde novinha” (cunhada, pront. 046)

“é assim desde nascença...” (cunhada, pront. 069)

“nasceu com problema...” (irmã, pront. 080)

“é atrasada desde pequena” (vizinha, pront. 178)

“[a paciente] é doente desde os 06 dias” (acompanhante, pront. 306)

Muitas são as menções a familiares portadores de transtornos mentais, informação que, a julgar pelos registros – muitas vezes não preenchidos –, pareceu interessar de modo desigual aos profissionais. Algumas vezes, a família como um todo é citada como padecendo de adoecimento mental:

“a família inteira tem isso [doença mental]”(filha, pront. 043)
“a família do [meu] pai é toda assim, nervosa...” (pront. 056)
“[sou] muito parecido com o pai que é nervoso também...” (pront. 099)
“a [minha] família inteira tem problema de nervo” (pront. 132)

Uma última causa parece relacionar-se ao desgaste do trabalho, que aparece tanto no uso direto da expressão quanto em menções indiretas ao esforço, às ações envolvidas ou às condições desfavoráveis em que se trabalha:

“se esforçar, capinar, grito a noite inteira dormindo e dá falta de fôlego” (pront. 027); “piora depois de ter ficado ‘ficado catando café no sol’” (psiquiatra A, IDEM)
“agora tá tudo bem... só não posso trabalhar e ficar nervosa” (pront. 030)
“eu tremo quando faço esforço” (pront. 056)
“o dia que eu esforço não consigo dormir...”, “quando volto a trabalhar, fico pior...” (pront. 116); “mais nervosa na época de pegar café; bambeza quando trabalha na enxada” (psiquiatra A, IDEM)
“não posso com sol na cabeça” (pront.142)

Aos psiquiatras, de outra forma, a relação entre adoecimento e trabalho parece despertar, em alguns casos, certa suspeição, como sugerem as anotações abaixo:

“‘depois que opere [laqueadura] não sirvo mais para trabalhar na roça’ – ganho secundário?” (psiquiatra A, pront.068, comentário entre colchetes no original)
“por causa de muito sol e esforço de trabalho, afirma que voltou a ouvir vozes. Após parar de trabalhar melhorou novamente. Ganho secundário?” (psiquiatra A, pront. 118)
“não relata melhora; choro, simula?”(psiquiatra C, pront. 388)
“mantém discurso sobre impossibilidade de trabalho, relata que seu problema é ‘por causa do INSS’” (psiquiatra D, pront.447)
“parou de trabalhar como babá (se é que já trabalhou)” (psiquiatra D, pront. 481)
“comunico que não será fornecido mais laudo [para o INSS]” (psiquiatra D, pront. 622)

Significaria essa postura por parte dos *experts* que esses assumem o usuário como enganador em potencial e possível oportunista? Seria o ‘jeca tatu’, o *tipo* rural tido como preguiçoso e pouco afeito ao trabalho, assombrando o imaginário dos psiquiatras? Ou seria uma identificação inconsciente desses com o *INSS*, enquanto representante do governo e, assim, do poder. Por isso, acabariam por defender o poder mais que os direitos dos *pacientes*, por razões de demarcação de identidade e alteridade (médico x paciente, louco x normal) e de classe (profissional x usuário, doutor x usuário).

4ª categoria: tratamento e cura da doença mental

Nessa categoria foi possível aferir, pela demanda dos usuários, que estes concebem dois tipos de possibilidade: o uso dos remédios e o recebimento do benefício. Seriam exemplos do primeiro caso:

“o remédio tá fraco” (pront. 049)
“agora tem 15 dias que eu tô sem o remédio, mas com ele eu fico bem...” (pront. 050)
“acho que o remédio ta fraco...” (pront. 051)
“fico bem, se tomar remédio...” (pront. 055)
“os remédios perdem o efeito e o problema volta...” (pront. 073)
“eu tô tomando remédio” (pront. 076)
“eu tomo um remédio aqui...” (pront. 082)
“[vim] trocar receitas, eu tô bem...” (pront. 089)
“acho que não vou conseguir ficar sem ele [remédio] mesmo não...” (pront. 100)
“se ele fica sem remédio piora muito...” (esposa, pront. 106)
“até hoje se não toma remédio não tem jeito de lidar com ele...” (irmão, pront. 109)
“eu tomo remédio de nervo...” (pront. 115)
“eu tomo remédios...” (pront. 155)
“[o paciente] melhorou com a injeção de vitamina para os nervos” (mãe, pront.119)
“...o problema dele [paciente] é que ele tem que tomar o diazepam senão ele fica agitado...” (irmão, pront. 134)
“eu tomo paroxetina até hoje, e não posso ficar sem...” (pront. 189)
“tomo remédio...” (pront. 202)
“tomo amitriptilina” (pront. 301)
“tomo remédio controlado” (pront. 369)
“uso lítio” (pront. 463)

No caso do uso dos remédios, a tomar pelos registros, parece haver uma confluência entre as expectativas dos pacientes e dos profissionais, na medida em que as prescrições, por parte dos profissionais, ocupam grande parte das anotações a que se dedicam nos prontuários. Se isso significar que ambos concedem importância à prescrição, então deverá haver harmonia entre a representação do que é um tratamento psiquiátrico adequado entre médicos e usuários.

Contudo, quando o tema ‘demanda por recebimento do benefício do INSS’ é posto na relação, essa confluência não é tão óbvia, ou inexistente. O desejo de aposentar, a necessidade de atestado para ausentar-se do trabalho e, algumas vezes, num termo curioso, *encostar*, provoca a tal ‘desconfiança’ ou ‘sentimento de abuso’ entre médicos. Eis o ‘jeca tatu’, esse aventureiro oportunista, rondando novamente. Os pacientes se expressam assim:

“[queria] encostar por uns tempos [no INSS]” (pront.004)
“[quero] encostar no INSS”(pront. 010)
“tenta ‘encostar’” (pront. 018)
“quer ‘aposentar’” (psiquiatra A, sobre demanda da paciente, pront. 053)
“eu preciso de atestado de psiquiatra para aposentar...” (pront.124)

“eu preciso me aposentar...” (pront. 139)
“quer ‘encostar pelo INSS’” (psiquiatra A, sobre demanda da paciente, pront. 143)
“suspenderam pagamento [de benefício]” (pront. 261)
“tô encostada [no INSS]” (pront. 292)
“quero encostar” (pront. 304)
“busca benefício [do INSS]” (psiquiatra D, sobre demanda do paciente, pront. 468)
“busca um atestado ‘caprichado’” (psiquiatra D, sobre demanda da paciente, pront. 481)

“Encostar” pode ser traduzido por estar apoiado em algo para não cair, firmar-se, deitar-se reclinado, sobreviver de ajuda ou favor. Não foi possível determinar qual desses significados prevalece nesse uso, se é que não estão todos, de alguma forma, presentes. A julgar pelo desconforto dos profissionais – como se pode verificar mais acima, mal-disfarçado em suas anotações como ‘ganho secundário’ ou ‘simulação’, estes vêem o “encostar” mais como um abuso que como uma necessidade ou um direito. Tudo indica que, para os médicos esse desejo dos pacientes de ‘receber o benefício do INSS’ não é legítimo e sempre se corre o risco de cair na ‘lábria de aproveitadores’.

Há nos prontuários, como se disse, um campo que indica os parceiros do NAPS na indicação dos pacientes para tratamento. Esperava-se que, na medida em que algumas vezes os próprios psicólogos do NAPS encaminham usuários para os psiquiatras, estes também indicassem outras formas de tratamento que não a medicação. No entanto, o que se observa é a despreocupação do preenchimento desse campo por parte de muitos dos especialistas e um silêncio sobre o encaminhamento para terapias psicológicas ou de outras linhas (como as oficinas de arte, como propunha por Nise da Silveira).

E, por fim, o que dizer da cura? A pouca menção a ela nos prontuários não lhe confere um status categorial explícito. Se sua raríssima ocorrência de registro for proporcional à esperança de que seja possível, médicos e pacientes estão empatados na descrença. Há pelo menos uma fala que é taxativa: “quem tem problema de nervo não melhora nunca...” (pront. 064). A ausência de registro só vem confirmar essa expectativa. Contudo, não se pode afiançar que a vastidão do silêncio ou a dureza da desesperança sejam uma impressão geral. E, se forem, bem pode ser que outra afirmação, também única, sirva de compensação à desesperança, pela singeleza de sua perseverança: “bem a gente não passa... vai vivendo” (pront. 088). A cura parece, assim, circunscrita ao controle, manutenção da vida e convivência com as limitações. Doença mental é sentida como coisa crônica e é representada como uma jaula. Sentida dessa forma, como um destino inelutável, a doença mental pouco poderia contra estigmatização, e o tratamento seria menos uma forma de combate, e mais de controle. E tudo segue como deve ser: no dizer de uma paciente, “vou levando a vida” (pront. 062).

CAPÍTULO 5

O DIÁLOGO COM AS TEORIAS

5.1- *Interpretando registros*

A análise que segue versa sobre o que se depreendeu dos registros feitos, mas também das omissões percebidas. Como esclarecia Bardin (1977, p.109), “a aparição de um item de sentido ou expressão, será tanto mais significativa – em relação ao que procura atingir na descrição ou na interpretação de realidade visada – quanto mais esta freqüência se repetir”. Adverte, no entanto que, “a ausência de elementos (relativamente a uma certa provisão) pode, nalguns casos, veicular um sentido” (BARDIN, 1977, p.108). Por isso, poder-se ia dizer que a ocorrência mais freqüente ou repetitiva, insistente até, de dadas expressões guarda significados de importância e que certas formulações dos pacientes tocam mais profundamente os médicos, por lhes chamar mais a atenção. Entretanto, as lacunas e omissões nos registros feitos pelos mesmos podem apontar, também, aquilo que menos os interessa ou mais os incomoda.

O não preenchimento dos campos do prontuário relativos às características sociais dos pacientes pode indicar que os médicos não percebem muita relação entre sua condição de vida e o adoecimento, que seria, assim, principalmente orgânico, invariável em cada corpo em que se manifesta, e não relacionado, portanto, ao modo e experiências de existência do portador. Se o problema é *físico*, por que saber das especificidades do rural?

Além disso, sabe-se que determinadas palavras ou expressões focadas por esta pesquisa remetam a um tema que permite melhor “estudar motivações de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças, de tendências, etc.” (BARDIN, 1977, p.106). Por isso as falas de pacientes e profissionais, enquanto registros gráficos de suas representações sobre loucura e saúde mental, indicaram algo sobre seus valores e práticas quanto ao tema.

Primeiramente, em se supondo que os registros guardam relação com o que foi dado a registrar, o que significará o pouco uso do termo *loucura*? Carregará a palavra tamanha força de estigmatização que, como no caso do câncer, sua própria menção deve ser evitada? Talvez. Parece que as falas em torno da loucura devem ser sutis, quiçá para não acordá-la. Mas o eufemismo pode ser apenas o último escárnio da estigmatização.

Essa peculiaridade de falar da loucura sem nomeá-la diretamente foi percebida no estudo clássico de Jodelet (2005), que acredita ser essa evitação uma reserva em relação à

própria loucura, na figura de seu portador, mas também manifesta no uso dos termos: “prudência redobrada pelo medo do poder mágico da palavra. Falar da doença é torná-la presente, simbolicamente, mas também provocar, pelo desvio da rememoração, sua ressurgência” (JODELET, 2005, p.205).

A autora afirma ainda que “o medo paralisa a comunicação, assim como desvia a atenção e suspende o discurso, para que não aflore essa ‘certa coisa’ ainda indefinida que o doente traz consigo e que parece escapar à tomada de consciência” (JODELET, 2005, p.205). Por isso, é defensável que não sejam somente os profissionais que sonegam o seu registro, mas os usuários que evitam o termo. A palavra *problema* pode se prestar, então, a obturar a lacuna deixada pela evitação do termo *loucura*, por ser mais neutra e de uso mais corrente.

Algumas palavras ou locuções que surgiram na fala dos pacientes e familiares são comuns quando se trata dos problemas mentais. Pessotti (1994) já destacava que a *cabeça* aparece como local privilegiado nas queixas concernentes ao sofrimento mental, enquanto Figueiredo (2002) fala do uso do termo *nervoso*, que, curiosamente, muda de sentido: antes vigoroso e intenso, passa a fraco e abalado. Nenhum deles, entretanto, foi usado com exclusividade, de modo a propiciar a criação de uma categoria unívoca. Ambos podem indicar que o corpo, em sua anatomia e função, é tomado como uma máquina, ferramenta de trabalho, que pode enfraquecer com o desgaste ou sofrer avarias pelo uso continuado e extenuante.

As palavras escolhidas, nesta pesquisa, para nomear as categorias *saúde* e *doença* mental poderiam ter sido outras, como loucura *versus* razão, mas a escolha se deu em razão de dois fatores principais: a variação dos termos usados quando se pensa a *doença* mental e a procura explícita por um serviço de *saúde* mental. De algum modo, a população concebe tratar-se de um **problema** de *saúde*, manifesto, quando de sua perda, no *adoecimento*, ainda que recorra a outros expedientes para a melhora ou que desconheça suas causas, mesmo que eleja explicações não científicas.

Evidenciou-se alguma crença em causas sobrenaturais, mas essas ocorrências são pouco registradas (ou faladas) e pouco claras. Serão os médicos desinteressados nesses aspectos ou os pacientes cautelosos em lhes relatar suas experiências? Foi possível, a partir da metodologia utilizada nesse trabalho, identificar que esta questão está posta. Porém, reconhece-se que a pequena aparição nos registros pode indicar algo mais que a não ocorrência: sabe-se que os pacientes recorrem a expedientes extra-oficiais de cura sem mesmo notificá-las aos médicos (BOLTANSKI, 2004; CÂNDIDO, 2001; LAPLANTINE, 2004; OLIVEIRA, 1985), e que o tema, ainda que relatado, pode não interessar aos profissionais. “Como sabemos, o discurso dos psiquiatras é destinado primeiro ao uso dos psiquiatras”,

prefacia Moscovici (2005, p.29). Isso explicaria mais que a provável sonegação de determinadas informações nos registros, mas a própria maneira fragmentada e sucinta como os profissionais tomam nota daquilo de que se queixam os pacientes e do que factualmente observam eles mesmos. Esse “estilo” não invalida certas conclusões neste trabalho, sobretudo porque, quando ocorre, não procura deliberadamente “apagar” algumas informações: a espontaneidade da omissão deixa, por assim dizer, o “rastro”, a marca no caminho a ser percorrido pela pesquisa. E essa diferente valorização nos registros pode gerar consequências que repercutem na outra ponta, nos usuários.

Ainda existem dois importantes fatos para essa análise: a imprecisão das noções de saúde e doença e a procura por atendimento especializado. Aqui a teoria, manifesta no conceito de *representação social* assumido nesta pesquisa como balizamento, encontra a prática: sendo, recorde-se, “uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social” (JODELET, 2001, p. 22), a *noção de doença mental*, inicialmente imprecisa, apresentou-se forte o bastante na análise dos relatos, pelo menos para nortear a busca por auxílio profissional. Entretanto, não pode ser identificada no pólo contrário de uma também imprecisa, mas muito clara, *noção de saúde/normalidade*, porque, no modo de sua ocorrência, ela desencadeia, tão logo possível, os dispositivos práticos à disposição da comunidade para correção ou atenuação dos problemas que, sabem bem os não-médicos, a loucura pode fazer eclodir. Dizer que uma noção não é clara não é dizer que seja inútil.

Essa imprecisão da descrição da doença mental foi notada também no estudo de Jodelet (2005, p.218): “a doença, mal definida, ainda aparece apenas como uma força operante, suscetível de afetar as diversas determinações e expressões do indivíduo”. O que se quer dizer é que, possivelmente, qualquer familiar sabe se um dos seus é doente ou saudável, mas talvez não saiba dizer claramente *o que* caracteriza cada estado. Não parece ser, portanto, a nomeação do problema que os usuários buscariam no tratamento, talvez nem mesmo a confirmação do adoecimento, mas sua erradicação ou, se não se crê que esta seja possível, sua compensação. Aqui, talvez, esteja o grande distanciamento entre as expectativas dos pacientes e a atuação dos profissionais, procurados quando e se o grupo familiar entende tratar-se de um problema de saúde.

A preocupação dos *experts* com o diagnóstico dentro do sistema oficial da disciplina – a Classificação Internacional de Doenças, 10ª versão, a CID-10 – talvez possa ser explicada por aquilo mesmo que os constitui como tal: ao operar uma “mágica” em que as informações dos pacientes são convertidas numa atuação especializada – e cujo processo Goffman (2007)

descreveu com tanta erudição – o profissional assegura sua posição de poder perante aqueles que lhe concedem autoridade e ainda intercede como uma espécie de retribuição a esse grupo, dando um enquadramento médico para conflitos que, ainda que não exclusivamente, são *necessariamente* sociais, na medida em que incidem sobre as *relações sociais* (SINGER ET AL, 1978). Mas há ainda mais uma possível razão: diagnosticar *compete* ao médico – e até mesmo os clínicos parecem se arriscar menos a fazer diagnósticos no campo da especialidade. Ato por excelência da competência do *expert*, remonta ao período em que tudo que o médico podia fazer no campo do tratamento da loucura era classificar e aprisionar (FOUCAULT, 2004). Classificar é uma forma, sabe-se bem, de exercer poder simbólico sobre grupos (BOURDIEU, 1996). E, reconheça-se, não apenas a palavra *loucura* guarda força simbólica: os impronunciáveis nomes da doença mental, demônio que se chama legião, porque são muitos, também despertam temores, e respeito por quem os manipula.

Em decorrência, alguém levado por familiares a um especialista em saúde mental, mormente um psiquiatra, tem grandes chances de ser diagnosticado e tomado como doente (GOFFMAN, 2007; SINGER ET AL, 1978). Sobretudo se for considerado que o candidato a paciente já pode começar a ser observado pelo especialista dentro de um modelo que Goffman (2007, p. 77) entende tratar-se de um “esquema de interpretação”. O modo como o pensamento médico se constitui a partir de determinados modelos de referência se aproxima, de acordo com os pressupostos teóricos deste trabalho, com a noção de *visão de mundo* proposta por Geertz (1989), de que os sistemas classificatórios seriam ferramentas operativas, ou seja, uma conduta anômala percebida só gera diagnóstico se pode ser correlacionada a alguma rubrica diagnóstica constante do catálogo, mas a possibilidade da classificação gera um entendimento de condutas *desviantes* como *patológicas*. Não é sem razão que a psiquiatria amplia seu poder quando mais condutas sociais desviantes passam a compor diagnósticos, dentro do que se compreende como medicalização da vida (ILLICH, 1975).

Estas evidências permitem aventar como usuários e familiares compreendem a intervenção do especialista. Se a noção de doença é difusa, imprecisa, mas calcada em alterações perceptíveis da conduta – “comumente, a patologia que inicialmente chama a atenção para a condição do paciente é o comportamento que é ‘inadequado na situação’” (GOFFMAN, 2007, p.295) –, desvela-se a expectativa encoberta do que é considerado adequado, *normal*, que se desdobra em mais que meramente ações diárias de cunho prático: anuncia traços de identidade que facultam a permanência num grupo – seja a família, seja a sociedade. O tratamento, então, restituiria ao máximo esse indefinido estado de normalidade, mesmo que o sucesso completo, a cura, seja pouco provável.

A atuação do psiquiatra vai além de transformar queixas vagas em diagnósticos a medicar, pode resvalar para algo que muitas vezes passa despercebido a este, pois “as decisões de diagnóstico, a não ser em casos de sintomas extremos, podem tornar-se etnocêntricas” (GOFFMAN, 2007, p.295). Se o profissional desconhece o arcabouço cultural que dá sustentação para o entendimento de *normalidade* do grupo, pode ser levado a supor que houve melhora onde o grupo não a percebe e, inadvertidamente, intensificar a estigmatização dos desviantes e esgarçar laços familiares e sociais mais que reforçá-los.

Tampouco o entendimento dos não-médicos sobre normalidade da categoria *saúde* foi bem traçado pelos usuários, o que pode até ser usado para explicar a facilidade com que os psiquiatras utilizam a sua própria noção. Isso não os desincumbe de estarem atentos à esse padrão de referência do grupo. Goffman acredita que, “mais precisamente, segundo a definição do senso comum, a saúde mental é a capacidade para jogar qualquer jogo de vida social, e jogá-lo bem” (GOFFMAN, 2007, p.295). Excluindo-se qualquer metáfora americanizada de esporte ou competição, pode-se dizer que, no meio rural, a saúde mental é a capacidade de se desempenhar bem não num “jogo”, mas num “mutirão”, a vida comum, e fazê-lo bem.

Assim, a imprecisão da doença mental na ruralidade não constitui pobreza cultural, mas um desdobramento de como esta cultura valoriza o corpo – veículo de atuação sobre o meio e de sua transformação –, o trabalho e as relações sociais – rede que contém e protege aqueles ligados por seus laços. Se o trabalho é um valor, isto pode decorrer da pobreza e das dificuldades de sobrevivência que essa população enfrenta, desde os primórdios da colonização, como condição constante de existência, e que o sistema de produção capitalista veio e exacerbar. E, se o trabalho é tão importante, é o corpo, essa máquina, que deve desempenhá-lo. Não causa espanto que não-médicos remetidos à zona rural tomem o corpo como ferramenta, cheio de nervos bambos e idéias variadas, que não consegue trabalhar direito ou sucumba às intempéries, como o calor exaustivo do sol. O trabalho é sempre muito, mas a saúde nem sempre o é. O remédio, primeira expectativa dos não-médicos quanto ao tratamento, funcionaria, assim, como algo entre o óleo lubrificante e o combustível revigorante.

E isso, por sua vez, desdobra-se na outra expectativa concernente ao tratamento, que não se restringem à tomada de uma medicação: espera-se que algum dispositivo, no caso, o recebimento do benefício do INSS, conceda ao doente condições de continuar no “mutirão” que é a vida. Se os problemas estão *nos nervos*, mas também advêm *das relações*, não surpreende que os usuários queiram, a partir de uma vida mais confortável e relações mais

amenas, conseguir acalmar os nervos. Daí que busquem algum tratamento que aplaque o desconforto de não participar das trocas sociais como se espera dos não adoecidos, ditos “normais”. Não se nega que possa haver casos de simulação, algum abuso há, más intenções na obtenção de benefícios e direitos também. Não é possível crer, por outro lado, que só haja isso.

Os médicos, por seu turno, seguem com a constante tarefa de diagnosticar. Mas, se é assim, o que dizer das lacunas deixadas no campo dos diagnósticos? Deve-se reconhecer, primeiramente, que diagnosticar é, como diria Mauss (2003, p.407), “ato técnico, ato físico, ato mágico-religioso”, pois o ‘desconhecido’ ou ‘oculto’ precipita-se, por uma ação de prestidigitação ou de raciocínio, num nome que pode ser transportado, manipulado, exibido. Os médicos algumas vezes diagnosticam processualmente, não de forma imediata, como sugerem os registros de diagnóstico fora dos campos propícios, mas no meio de uma outra anotação qualquer, quase como se o diagnóstico tivesse ‘se revelado’ e fosse anotado ali, fora do lugar. Ato mágico, muitas vezes se deve manter em segredo o truque: assim como as receitas, que antes eram escritas em latim e agora, com caligrafia ilegível, em formulações químicas impronunciáveis, os diagnósticos usam nomenclatura erudita ou, último requinte de uma ciência convertida em tecnologia, uma sigla, F-20 ou F-32. Se os diagnósticos, entretanto, algumas vezes demoram a surgir, a medicação quase nunca deixa de ser prescrita já no primeiro encontro, antes de qualquer formulação diagnóstica ter sido registrada. Isso pode indicar que, nas representações dos médicos, prescrever é a tarefa principal ou a mais urgente, e nisso se igualam especialistas e generalistas, demonstram-no a presença marcante de notas sobre psicofármacos nas fichas, em oposição à ínfima menção a outras formas de terapêutica. E não esperariam os pacientes que lhes fosse mesmo dada alguma medicação, essa poção ou elixir que os médicos aprenderam a fornecer com as mães e com as bruxas?

Na outra ponta do tratamento, o recebimento do benefício pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) constitui motivo de possível discordância entre médicos e usuários.

Pacientes e familiares reconhecem que ‘encostar’ é legítimo. O INSS funcionaria neste caso como uma espécie de compensação para a família, num duplo sentido. Primeiro, porque o sujeito doente, ao deixar de trabalhar, representa uma perda para o orçamento familiar total, fato parcialmente compensado com o recebimento do benefício. Segundo, porque a família, dada sua proximidade e responsabilidade para com os cuidados exigidos no tratamento, pode funcionar como agravante ou atenuante do estigma, de acordo com a maneira como se conduz com o doente, e mesmo como o conduz em suas relações sociais (abandonando-o, mantendo sua inserção social ou promovendo sua reinserção). Havendo

ausência de trabalho, mas ocorrendo a permanência de um ganho, este operaria uma correção parcial do desvio em relação às normas sociais, segundo as quais o trabalho seria um valor humano crucial, uma vez que nas pequenas propriedades o trabalho rural é entendido como substancialmente familiar e a ajuda mútua, mutirões e trabalhos coletivos são marcas constitutivas da vida laborativa rural (QUEIROZ, 1973).

Também para o grupo de que faz parte o doente, ao se reconhecer que sua ausência no trabalho contribui para a estigmatização, o recebimento do benefício serve, no nível social, para explicar e justificar tal impossibilidade, enquanto, no familiar, como proposto, presta-se a compensá-la, daí a demanda de pacientes e familiares pelo atestado para as perícias do INSS, como parte constituinte do tratamento devido nas expectativas desse grupo.

Mesmo que essa busca por recebimento de pensão do serviço de seguridade possa parecer indicar o contrário, uma vez que os candidatos pretendem “encostar” no INSS para garantir o seu “SUS-tento”, de modo geral os pacientes afirmam que tentam trabalhar, esforçam-se para seguir ou recuperar capacidades e, mesmo não o conseguindo completamente, valorizam o bom desempenho no trabalho como indicativo de saúde, e assim de normalidade, como nesse caso: “não é que eu queira encostar, eu sofro muito, queria melhorar... mas já que não tem como, eu recebo do INSS” (pront. 116). A própria participação dos pacientes, ainda que de modo menos produtivo, na colheita do café, junto com seus familiares ou sem eles, é demonstrativo da permanência desse valor, mais que de sua fragilidade. Além do que, essa presença facilita as relações sociais, ainda que o trabalho se processe, de fato, precariamente, em comparação aos outros trabalhadores, melhor inseridos, talvez, no modo de produção de mercado.

E mais ainda: na medida em que, a partir do recebimento do benefício previdenciário, pode começar a contribuir ou continuar contribuindo em casa, mantém-se um sistema de *dádiva* familiar, entendido o conceito de *dádiva* como “qualquer prestação de bem ou de serviço, sem garantia de retorno, com vistas a criar, alimentar ou recriar os vínculos sociais entre as pessoas” (GODBOUT, 1999, p.29). No circuito dar-receber-retribuir, a manutenção de um papel e um lugar na hierarquia familiar (no caso da mulher, o cuidado com os filhos e com o lar, e, no dos homens, com o trabalho na lavoura e o sustento da família) garante a retribuição quando se trata de algum agravo à saúde. Aqui aparecem outros dois valores estruturais da identidade rural: o lugar na hierarquia familiar e o respeito pela instituição família, ambos integrados. As trocas ocorrentes, então, seriam não de uma quantia financeira por um serviço, mas de estabilidade garantida por um papel e sua função na família por outra, a saber: continuar cuidando (com alguma ajuda pecuniária para as despesas) para,

quando preciso, ser cuidado (como doente), o que reforçaria, de acordo com o conceito anteriormente apresentado por Godbout (1999) para dádiva, as relações e os laços entre os atores envolvidos. Esse temor toma corpo em falas como “minha irmã falou que vai me desdeixar...” (pront. 052, o mesmo que diz que “antes trabalhava e estudava... agora não faço mais”) – note-se como o neologismo, *desdeixar*, aproxima-se de *desleixo*, falta de cuidado.

Apesar de não ter sido possível verificar o uso ou recurso de formas paralelas de medicina, que, exceto por poucos casos de benzeduras, não constam dos registros de prontuários – significará essa exclusão uma atitude de superioridade dos representantes da medicina erudita em sequer investigar ou tomar notas sobre esse recurso por parte dos pacientes, ou é destes últimos que parte, como uma espécie de defesa de classe, a não informação sobre esse uso? – pode-se supor que o recebimento do benefício previdenciário tem características semelhantes à busca por formas alternativas de medicina. O entendimento de que alguma causa externa ou sobrenatural levava à loucura autoriza essa inferência.

Ocorreria, inicialmente, um processo ritual de certo risco, envolvendo recusa ou aceitação, uma vez que, como no mundo espiritual, o suplicante pode não ser aceito pelas graças do INSS. Geralmente, e de modo semelhante ao recurso a feiticeiros e benzedeadas, o ritual é percorrido com a ajuda de algum familiar, que conduz o paciente, que o apóia em seus passos num trajeto incerto e marcado pelo medo do insucesso, ou muitas vezes o guia num percurso em que já adquiriu experiência própria. Requer igualmente certos signos de passagem: primeiro, conseguir o atestado por parte do médico assistente, depois “peregrinar” até o posto do INSS mais próximo (no caso de Ervália, segundo relatos de alguns pacientes, mais comumente Visconde do Rio Branco, mas também Viçosa e, mais dificilmente, Muriaé ou Juiz de Fora), onde se dá a avaliação do perito, já previamente marcada, e ocasionalmente temida, dependendo de ser o perito grosseiro ou temperamental. Em havendo a aprovação, o recebimento da pensão, muitas vezes com atraso de alguns poucos meses, representa última dificuldade que pode acrescentar ao processo um caráter de provação, seguido da salvação. Todo o ritual deve ser repetido, quantas vezes forem necessárias, até que se alcance a aposentadoria definitiva por invalidez.

Ademais, assim como o recurso a formas de medicinas alternativas, todo esse processo guarda alguma capacidade de socialização, na medida em que compõe uma rede de apoio invisível aos olhos dos médicos: são trocas de favores (vizinhos que levam doente e familiar até outras cidades), reforço de laços (parentes já aposentados que vão acompanhar o doente no processo de perícia), oportunidades de cuidados (familiares que cuidam para que o prazo do recebimento não expire sem que sejam providenciados outros atestados e marcas

novas perícias), de retribuições (pagamentos em espécie ou em presentes após o sucesso da empresa). Seria uma oportunidade interessante de a cultura rural adequar ditames capitalistas às suas tradições de sociabilidade, e a estigmatização poderia, que sublime, ser atenuada pela dádiva. Supor, portanto, que o recebimento carrega apenas interesses financeiros é ver o fenômeno por um ângulo muito restrito, imputando ao modo de entendimento das condições de ruralidade uma característica que talvez ocorra principalmente nas formas de trocas econômicas mais propriamente capitalistas.

Pode-se inferir, então, que a consecução do benefício do INSS, ao invés de afastar o sujeito doente dos valores sociais do grupo, uma vez que, oficialmente, não pode trabalhar, garante, no mais das vezes, sua permanência no mesmo, pois que aceito como contribuinte do orçamento da casa ou, pelo menos, mantenedor de alguns de seus gastos. Essa permanência, fator de sanidade mental, reforça laços grupais e familiares e relações de dádiva, garantindo a sustentação dos outros valores – lugar social e tradições de família – e pode facilitar, assim, o próprio retorno ao trabalho, depois de cessado o recebimento do benefício, por preservar ao máximo o seu lugar social e sua identidade. Poderia, portanto, funcionar como ‘prótese sócio-econômica temporária’. Assim como o envolvimento com o trabalho é índice de melhora da doença mental (GOFFMAN, 2007), o que também foi percebido nas falas de alguns usuários, o recebimento da pensão, ainda que traga o resultado final sem o processo laborativo em si, pode, se bem conduzido, funcionar do mesmo modo, e facilitar ou acelerar o retorno ao trabalho, quando da maior estabilização do paciente, e não apenas gerar “proveitadores” que simulariam loucura para ganhar o benefício. Para não dizer que o benefício previdenciário pode ser o último recurso a um direito que já claudica no âmbito trabalhista.

Mas há o peso da doença: a cronificação, prisão sem muros, o estigma, internação sem alta, o abandono, morte simbólica lenta. Se os psiquiatras não parecem conseguir uma explicação etiológica para o mal que procuram tratar, não conseguirão evitar esses desdobramentos. Qualquer que seja a causa das doenças mentais, não parece que o conseguirão se não tiverem o auxílio dessas pessoas, os pacientes, para lhes guiar na tarefa, e do grupo social de que fazem parte esses últimos, para uma mudança de postura.

De um modo muito geral, pode-se dizer que as representações sociais de saúde e doença mental para os não-médicos parecem gerar posicionamentos que se aproximam daquela descrita por Foucault (2004) como vigente até fins do século XVIII, resumida da seguinte forma: entendimento não científico dos sintomas, valorização maior das condutas tidas como irracionais, despreocupação com uma nomenclatura ou classificação rígidas, com conseqüente maior tolerância em relação ao considerado louco – embora não deixe de ocorrer

sua valorização negativa. De outro lado, e novamente com a ajuda de Foucault (2004), a postura dos médicos sugere que suas representações operam em sentido diferente, mais comum a partir do século XIX: priorização dos sintomas, apego a uma classificação nosográfica das patologias e conseqüente “medicalização” dos conflitos sociais – esta última idéia também está presente em Singer *et al* (1978), mas, que se saiba, o termo é de Illich (1975). Ambos parecem concordar em construir uma compreensão mais organicista da loucura, sediada no corpo, contando com fatores relacionais apenas como desencadeadores – corpo como máquina, remédios como tratamento. Os não-médicos, quem diria, sem o (des)preparo acadêmico, é que reconhecem que o social pode funcionar não só como condenação, mas como tratamento, ao demandarem seus direitos pelo recebimento do auxílio do INSS. Até parece que leram Nise da Silveira.

Se representações conduzem práticas, podem ser esperadas essas divergências entre médicos e não-médicos. Mas como explicar, então, a procura dos usuários pelo serviço de saúde mental? Isso talvez se deva, em parte, ao modo mesmo como se constitui a identidade de um grupo acostumado a ter que contar com (ou “encostar” nas) autoridades, para subsistir enquanto grupo.

No tópico que segue será apresentada uma tentativa de entendimento do desdobramento do encontro entre a função da psiquiatria (e instituições de saúde mental em que opera) com a identidade rural e seus valores.

5.2- Os valores de grupo e a identidade rural deteriorada

O contexto das consultas médicas oportuniza uma importante observação quando, para identificação do paciente, a entrevista clínica investiga sobre local de origem e residência e atividade profissional: duas respostas muito freqüentes são “sou da roça” e o mostrar das mãos calejadas, num misto de humildade e orgulho. A identificação/identidade que o paciente apresenta de si fala de sua criação, ocupação e valores, todos atributos dispostos em tautocronia, uma vez que “roça” significa, ao mesmo tempo, as regiões não urbanas, a lavoura e o preparo da terra, cujo esforço no trabalho se materializa na apresentação das mãos ásperas, sinal de denodo, embora também de pobreza.

O problema está em que o médico muitas vezes sabe o que procura quando procede à entrevista e argúi sobre essas questões, mas não entende o que encontra quando se depara com esse “mostrar de mãos calejadas”: saber das origens não é necessariamente conhecer o *ethos* de um povo, sua cultura, sua história. Há, portanto, o risco do *sujeito* ser tomado como *tipo*, e

da identidade pessoal submergir na identidade de grupo, ou, mais gravemente, na identidade social que o profissional de saúde atribui ao doente.

Serão apresentados agora alguns dos valores morais – segundo Geertz (1989), o *ethos* de um grupo – constitutivos da ruralidade enquanto identidade de grupo, e, paralelamente, o quanto esses valores, no caso dos transtornos mentais, culminam, com a estigmatização, no que Goffman (2008) chama de *identidade deteriorada*. Como dito anteriormente, a identificação de entes de um grupo com os traços identitários que o demarcam requer a adesão a valores morais, e isso se processa de forma semelhante quer se trate de grupos urbanos ou rurais, variando apenas, e sequer completamente, o conjunto desses valores.

Na medida em que um grupo se constitui, de forma muito básica, de um conjunto de pessoas que compartilham valores, cuja relação diária sedimentará laços, Goffman (2008, p.138) afirma que “pode-se tomar como estabelecido que uma condição necessária para a vida social é que todos os participantes compartilhem um único conjunto de expectativas normativas, sendo as normas sustentadas, em parte, porque foram incorporadas”. Nas palavras desse autor, “os valores de identidade gerais de uma sociedade podem não estar firmemente estabelecidos em lugar algum, e ainda assim podem projetar algo sobre os encontros que se produzem em todo lugar na vida cotidiana” (GOFFMAN, 2008, p.139). Os agentes envolvidos serão, dessa forma, pessoas, grupos e valores normativos.

Uma vez que “a consciência de si tornou-se apanágio da pessoa moral” (MAUSS, 2003, p.391), a noção fundamental de pessoa no mundo ocidental, que é a de pessoa cristã, base moral ocidental, constitui-se a partir do *uno*, em relação à dupla natureza de Cristo e da tríplice na Santíssima Trindade: a pessoa humana seria “substância e modo, corpo e alma, consciência e ato” (MAUSS, 2003, p.393) e, portanto, “substância racional indivisível, individual” (IDEM).

Como a unicidade dessa noção de pessoa comporta dois aspectos, um cognitivo (que abarcaria fatos intangíveis como consciência, razão, entendimento) e outro material (corpo, posição, lugar, espaço), pode-se desdobrá-la num primeiro valor de grupo na ruralidade, que poderia ser descrito como “**saber seu lugar**” (aqui, em associação, os aspectos cognitivo e concreto) numa hierarquia, seja em casa, na família, no trabalho, no grupo social, nas origens, etc.

A própria concepção de que é a *autonomia*, marcada por autoconsciência e domínio da vontade, que constitui o sujeito desde a Idade Moderna (FIGUEIREDO, 1995) já aponta como a doença mental – com toda a marca de descontrole da vontade, impulsividade (que nos

prontuários ficou indicada pela “agressividade”) e da inconsciência (o “estar fora de si”) – colide com o status proativo da normalidade, que se torna desfavorável nos casos de portadores de transtornos mental (GOFFMAN, 2007).

Essa noção de sujeito inteiro, *que não se divide*, enfim, o *indivíduo* (FIGUEIREDO, 1995) fica comprometida por parte da percepção que a sociedade tem do louco como ser agressivo e irracional, enquanto, por parte do portador, a concepção do EU é que fica combalida, uma vez o estigma muitas vezes lhe retira a *autonomia do ato*, a “economia pessoal de ação” (GOFFMAN, 2007, p.42), prerrogativa de organizar as próprias condutas de modo a que alcancem um fim particular. Goffman (2007) descreve esse efeito como componente da internação em manicômios, mas não só nas instituições totais, senão que a condição de estigmatizado, pode causar semelhante repercussão. Não possuir objetos que constituem o EU, e que Goffman (2007) classifica como *estojos de identidade*, é outra manifestação indicativa desse desvalor, o que se reflete no controle de cigarros por familiares ou da impossibilidade de adquirir um novo objeto ou vestimenta.

Se a ausência de um lugar social estável pode fazer com que um sujeito seja tido como desequilibrado (FIGUEIREDO, 1995), o desequilíbrio mental também pode repercutir circularmente desestabilizando o lugar social do doente. Isso ocorre tanto nas famílias, quando o louco passa a perder direitos de circulação e, em casos mais extremos, termina no “quartinho” construído para prendê-lo, nos fundos da casa e longe da vista de todos, ou na sociedade, quando o tratamento a ele dispensado não oportuniza sua participação em rodas de conversas ou quaisquer outras atividades em grupo. Figueiredo (1995) ressalta o quanto os serviços de saúde oficiais destinados a populações carentes no Brasil podem desqualificar os usuários, ao lhes converter em um número, ou em “o próximo”, retirando-lhes as marcas identitárias do EU, destinando-lhes um lugar social vazio e sem valor.

Assim, quando um doente mental se desestabiliza e fica “fora de si”, e outro alguém vem fazer as vezes de seu porta-voz, descrevendo seu sofrimento (ou o incômodo que traz à família), fica patente, no relato sobre o problema, o modo como a conduta desarticulada rompe com as expectativas do grupo sobre as ações do doente e, conseqüentemente, sobre o valor do louco como pessoa. Estar “fora de si” é estar fora de seu lugar esperado, o “si”, fora de sua consciência habitual, ausente da percepção dos próprios atos e, conseqüentemente, rompendo com todos os lugares sociais e espaciais decorrentes dessa atitude, cordata e calma, de estar em “si”: ficar em casa e não fugir para a estrada ou para a mata, respeitar os mais velhos, seguir para a lavoura, dormir à noite, respeitar os preceitos religiosos, etc.

Essa expectativa desvela uma norma de conduta garantida – aliás, em ambos os grupos, rural e urbano – por uma instituição que, ainda que em processo de transformação – sobretudo nas cidades – persiste de maneira significativamente forte e é a depositária e condutora dos valores manifestos e atualizados *no* e *pelo* processo de educação: a família, essa empresa formadora de pessoas. Buarque de Holanda (2002) lhe confere particular importância nos processos de transformação social. Surpreende que a obra *Raízes do Brasil*, de 1936, já tenha antecipado tão apropriadamente esse aspecto do pensamento foucaultiano.

Afirma Foucault (1988) que a família não é só a célula de reprodução social, é também o alvo de uma estratégia de aplicação e replicação de poder sobre os corpos que encontra na sexualidade, na normatização e na educação algumas de suas formas principais de atuação. A família, base de desenvolvimento social do Estado Nacional e fornecedora de seus cidadãos, por sua vez aloca-se também sobre uma forma de poder, corporificado na autoridade paterna. Buarque de Holanda (2002) recorda sua origem etiológica: *famulus*, termo latino que remete à escravidão. É também o mesmo autor que associa à família patriarcal o modelo que depois se reproduz entre governantes e governados: por isso, comenta, “estereotipada por longos anos de vida rural, a mentalidade de casa-grande invadiu assim as cidades e conquistou todas as profissões” (BUARQUE DE HOLANDA, 2002, p.996).

Martins (1994) avança no entendimento da relação entre a família e a sociedade, mostrando como é na família do período colonial que encontramos a base de nossas relações sociais e civis atuais: “a unidade familiar, além de ser uma *unidade fiscal* era também uma *unidade política* de primeira instância” (MARTINS, 1994, p.25). Trata-se, pois, daquilo que chama de uma *concepção patriarcal de autoridade* (MARTINS, 2004). O autor segue argumentando que essa origem repercute mesmo sobre questões éticas como a corrupção, débitos e créditos morais e vinganças entre famílias. Pode-se supor que se manifeste igualmente na avaliação que se faz de condutas menos diretamente políticas, e mais propriamente sociais, inclusive no caso da doença mental.

A família não é apenas o substrato do social, mas tem sido também sua mantenedora, numa interação simbiótica que mutuamente se alimenta. Muitas das percepções do adoecimento mental, no contexto estudado, iniciam quando os familiares notam, no doente, não apenas uma ruptura com a sociabilidade esperada, quando se afirma que o paciente quer “fugir para o mato” ou sair andando, mas também na descrição da ruptura da forma de relação familiar, com a ocorrência de algum tipo de agressividade, sobretudo dirigida a figuras de autoridade, ou seja, pais e mães – cujo respeito, aliás, está garantido na moral cristã pelo quarto mandamento. A relação entre a hierarquia social e o apego às tradições familiares é de

contigüidade, e o segundo valor demarcatório da moral (sustentada e sustentadora) da identidade rural seria o **respeito à família**. O fato de os valores familiares e sociais serem tão integrados gera como consequência que, na prática, a separação de ambos para observação corra o risco de parecer demasiado artificial.

Em que pese a crescente alteração dos papéis de gênero mesmo na sociedade rural, a família é depositária de tradições cuja propagação ainda se dá, sobretudo, a partir da figura de autoridade do pai (como se evidenciou em tópico anterior, são principalmente as mulheres que se incumbem de cuidados à saúde dos entes). Pode-se estender essa mesma análise à figura de autoridade do coronel, tipificado como aquele que conserva os traços mais destacados desse patriarca de que emanam os atributos constitutivos da identidade rural, seja para os que o seguem, seja para os que o temem. O que o *tipo* coronel incorpora, ou melhor, “imantiza”, não é somente o poder que ele representa, mas toda a miríade de propensões de identidade que os demais, ao se relacionarem com ele, devem manifestar. É preciso pensar se, na atribuição desses papéis, também não operam os processos que Mauss (2003, p.187) relacionava a “fenômenos sociais totais”. Seja como for, o componente pessoal, nesses casos, representa relativamente pouco diante do tipo, da incorporação e utilização do poder que, muitas vezes, é mais simbólico que econômico. “O problema não é, portanto, de ordem pessoal, se bem que os fatores ligados à personalidade de cada um possam apresentar, neste ou naquele caso, características mais acentuadas: ele está profundamente vinculado a nossa estrutura econômica e social” (LEAL, 1949, p.38). Recorde-se a relação constitutiva entre família e economia afirmada por Foucault (1988), que na ruralidade pode ficar ainda mais evidente.

Pode-se questionar, finalmente, se o *tipo* coronel de fato tipifica algo sobre a identidade rural, numa época em que o próprio termo já não guarda a mesma força de uso que teve no passado. Recorde-se que o tipo é um parâmetro mais que um espécime. Assim, a identidade dos subalternos se constrói *em consonância* à dos patrões, e não apenas em *oposição* a ela, pois, em ambos os casos, cada um incorporará, pela educação em família, a forma tácita como deve se comportar e seu lugar no mundo. Ambos apreenderão as regras do jogo, mas cada um jogará em uma posição e em um time. Ademais, sempre é possível que aqueles que sempre obedecem esperem o dia de mandar. Prova desse fato é que, também nas famílias mais abastadas, os filhos de coronéis ficavam sujeitos ao seu mando até o dia em que os substituíam: aí a *identificação* se materializava na *obediência* que antecedia a apropriação do poder, que as utilizava, dessa forma, para fins de propagação. A identidade tem que ser, portanto, plástica, para dobrar-se a um poder que em seguida incorporará. Evidentemente,

cada identidade tem o seu poder, mas cada poder tem a sua identidade. Se não há mais coronéis, há patrões, há políticos, há doutores. Fenômeno semelhante separa e demarca ainda o “lugar” de pais e filhos, doentes e “normais” e médicos e pacientes.

Numa sociedade em que as identidades de grupo se constroem de forma tão imiscuída, como é o caso da brasileira, não surpreende que, num paradoxo apenas aparente, os limites entre o público e o privado sejam tão tênues, pois cada um se constitui na presença e a partir da oposição ao outro, numa relação constante, para os quais contribuem, como visto acima, identificações e identidades. A esses dispositivos de poder – relacionados e decorrentes do contato íntimo entre identificação e identidade – os quais Leal (1949) classifica como paternalismo, filhotismo e mandonismo (termos em cujas raízes se notam expressões que também remetem à hierarquia da família), corresponde uma cadeia social ascendente de poder, cuja base seria, para o autor, a figura do coronel, e sobre a qual se constrói todo um sistema de reciprocidades políticas – e, nesses casos, os cuidados com a saúde sempre podem ser material de troca, da alimentação à aquisição de remédios, do encaminhamento a especialistas à manutenção de vagas.

As dificuldades de mudança social afirmadas por Leal (1949) parecem ancoradas nessas formas complementares e completas de aquisição de identidade, quer urbana ou rural, que comporta os atributos necessários à subserviência, mas aguarda o momento do uso próprio da autoridade. Ao “mecanismo interno de grande complexidade” (LEAL, 1949, p.56) apresentado para o fenômeno social do coronelismo devem-se acrescentar os mecanismos de arranjos e rearranjos psicossociais anteriormente descritos na constituição da identidade pessoal. É possível discordar do autor apenas no ponto em que aloca no *tipo* coronel a base do sistema de reciprocidade em que se sustenta o fenômeno: reconhece-se que, por uma questão de *identidade social* (GOFFMAN, 2008), esse seja o “lugar” ou o papel de maior destaque e, assim, mais evidente, mas bem pode ser que a base seja outra, encoberta pelas relações de poder. Esse poder, como sugere Foucault (1979; 1988), é *microfísico*, e está alocado e presente *nas* relações, até entre os camponeses, agregados e dependentes da figura do coronel, ou, num contexto mais contemporâneo, nos filhos, pacientes e loucos – pois os que não têm nome nem vez cedem a vez e reforçam o nome de quem tem.

Deixando a figura do coronel, também Figueiredo (1995) percebe nas relações de poder ditadas pela economia, marcadamente entre proprietários e assalariados, um modelo que sustenta a “lógica do favor, do apadrinhamento, do clientelismo” (FIGUEIREDO, 1995, p.47). Isso pode ser visto no modo como muitos pacientes vêm contar com a solicitude do médico, quando lhe pedem, conforme se pôde ver, um atestado que possibilite conseguir

“passar na perícia” (espécie de “prova” ou teste oral do sistema de seguridade) para “encostar no INSS” (que, além de um direito, pode ser visto como esse coronel rico, mas temperamental, de cujos favores ainda se depende). O valor familiar que se manifesta nesse ponto, e que se presta à manutenção das relações econômicas (e, conseqüentemente, de poder) é a obediência à autoridade – pais, patrões, mandatários, doutores – e perdê-la, na impulsividade e agressividade associadas à doença mental, significa perder um pouco do status de pessoa, sendo ambos os atores definidos pelo seu “lugar” na hierarquia social. Nota-se que os valores *família* e o *saber seu lugar* são construídos em consonância, um a partir do outro.

Percebeu-se que, em Ervália, as identidades não se constroem simplesmente por *oposição*, mas por uma *interação*, mesmo que contraditória, num plano horizontal: rurais e urbanos, patrões e empregados, pais e filhos, pacientes e médicos, dependentes e INSS. Mas, com a identificação, essa oposição se torna ascendente, vertical: rurais e urbanos se reincorporam, filhos ascendem sobre os pais (inclusive quando se tornam pais), empregados se tornam patrões (ou desejam maior igualdade), médicos servem (deveriam servir) a doentes, o INSS garante direitos (ou espera-se que o faça).

Defender essa mobilidade não é afirmar que seja fácil ou freqüente em todos os casos. E isto porque o poder manifesto (ou, em alguns casos, camuflado) nessas relações está a serviço de dispositivos sociais mantenedores do modo de produção capitalista (FOUCAULT, 1988). Sob esse aspecto, os tipos são também o encontro de uma identidade pessoal com uma realidade em que se manifestam as identidades de grupo, e o modo de vida coincide com sua manifestação num contexto sócio-histórico e econômico, muitas vezes duro e com poucas possibilidades, tanto de existência quanto de mudança.

Na seqüência, e ditado também por fatores econômicos que se estendem da subsistência ao modo de produção capitalista, um terceiro valor percebido claramente como componente da identidade rural local, e em estreita associação com os anteriores, é a **disposição para o trabalho**, até de forma muito contrária à imagem preguiçosa do jeca presente no imaginário popular, sobretudo nas regiões urbanas. Sabe-se o quanto o trabalho garante vínculos entre o sujeito e uma entidade social ou seu meio, marcando, inclusive, alguns de seus traços identitários, sobretudo quando se considera seu aprendizado desde a infância, com a observação dos pais e até com a participação precoce nas tarefas que executam.

Alguns autores da sociologia rural recorrem às origens políticas do Brasil, com seu passado colonial – ainda muito presente, diga-se – para verificar como se processou esse traço

de identidade a partir de caracteres econômicos. Pode-se computar a tendência de um entendimento histórico das bases da identidade nacional ao que Prado Jr (2002, p.1126) classifica como “uma certa ‘atitude’ mental coletiva particular”: como mudanças econômicas não são rápidas nem abrangentes, as identidades manteriam algumas marcas desde o período colonial. Sua proposta de uma permanência do passado nas transformações havidas remete ainda a Martins (1994), que defende ser o Brasil uma *sociedade de história lenta*, como já mencionado anteriormente. Também Graziano da Silva (2001) menciona a colonização e seus desdobramentos sociais e econômicos como fator componente da ruralidade no Brasil.

Ao discorrer sobre a questão da repercussão do modo de trabalho no psiquismo e na personalidade, Buarque de Holanda (2002) constrói pares de opostos, a que classifica como o *aventureiro* e o *trabalhador*. De forma sintética, pode-se dizer que a origem colonial ibérica predisporia o brasileiro ao tipo aventureiro, trazendo como consequência uma aversão ao trabalho, apreço pela nobreza e apego aos títulos, valorização das relações familiares e a pessoalidade, o que culminaria, de modo geral, na forma de sociabilidade que o autor chama de o “homem cordial” – e nesse fenômeno, o valor relacionado à família reaparece, o que não deve surpreender, dada a simultaneidade dos fatos aqui apresentados em separado. A sociabilidade do brasileiro tenderia, dessa forma, a reproduzir firmemente o modelo hierárquico das relações familiares e suas tradições.

Em adição, Garcia Jr. (2003) chama atenção para o fato de o modelo dessa sociabilidade estar relacionado também à forma de exploração da terra desde o período colonial, à monocultura: o homem desqualificado pedia morada ao poderoso senhor de terras, fazendo com que o sistema que o desfavorecia fosse o mesmo que o abrigava. Novamente aqui, o poder emana dessas figuras alternativas de poder: senhor de terras, coronel, patrão, pai. Como pretender mudar uma constituição social que afirmava ao trabalhador rural que ele valia muito pouco, mas que, ainda assim, seria cuidado pelo benemérito senhor, sobretudo se o modelo familiar reforça esse tipo de relação de cuidado aos desvalidos? Nada mais cordato e cordial. Seria desmesurado perceber, também na população camponesa do período inicial da colonização, o mesmo espírito aventureiro dos primeiros colonizadores, descrito por Buarque de Holanda (2002), quando se sujeitava a tais condições? De acordo com o entendimento elaborado por Garcia (2003), os mecanismos desse *clientelismo*, iniciados desde esses primórdios, seguem na contemporaneidade, adaptados às eventuais mudanças que, afinal, não foram completas. Durante a pesquisa foi possível vislumbrar, indiretamente, que questões de caráter político atravessavam o encaminhamento de alguns pacientes ao tratamento, sugerindo, talvez, mais uma forma desse dispositivo de favores. Impossível quantificar o

quanto repercutiria na auto-percepção da identidade do paciente a oferta de um *direito* transformado em *favor*.

O tipo aventureiro não daria lugar ao tipo trabalhador quando, concedidos um mínimo de recursos financeiros e autonomia, por exemplo, por meio do acesso e posse da terra, o camponês passasse a se dedicar à sua sobrevivência? Assim, o brilhante trabalho de Buarque de Holanda (2002) poderia ser cotizado com o que se processou com a reforma agrária ou a aquisição de terras, de modo a averiguar se o peso de um passado colonial seria suficiente para impedir necessárias mudanças sociais, cujos desdobramentos econômicos repercutiram em novas disposições psíquicas.

Voltando agora à articulação dos valores constitutivos da identidade rural com a sua repercussão da identidade deteriorada pela estigmatização, como é o caso na doença mental, Goffman (2007) sugere que o doente fica sujeito, após o diagnóstico psiquiátrico, a uma seqüência que lhe retira, gradual e inexoravelmente, possibilidades estendidas, tacitamente, a qualquer cidadão, o que constituiria aquilo que o autor chama de sua “carreira moral” (GOFFMAN, 2007, p. 24). Como negar que a doença, na medida em que pode cursar com a ruptura de expectativas sociais de conduta e com a perda da capacidade de trabalhar *como os outros*, incide sobre o valor social e o auto-valor, e assim sobre a identidade? Essa situação coincide com o que o mesmo autor chama de *estigmatização*, como já descrito, e também incide sobre a autonomia do sujeito. A expressão *baixa auto-estima* não é freqüente nos prontuários, como se verá adiante, mas é possível supor que, ainda que não mencionada por pacientes, a identidade do doente mental fique prejudicada a partir da percepção do adoecimento, e não apenas pelo grupo social circundante: o portador de transtorno mental, se fora de uma crise, pode, a partir da percepção dos outros, ver a si próprio com valor diminuído, pois não pode trabalhar como os demais e não contribui com as despesas de casa – muitas vezes, aliás, contribui para que aumentem, se o tratamento não for gratuito e todos os medicamentos ganhos. O valor do trabalho na ruralidade, que remete, para além do sustento, ao lugar social e às tradições familiares, torna-se crucial para o entendimento da busca pelo recebimento do benefício previdenciário, como se pôde ver na discussão apresentada anteriormente.

A presença do passado, em idéias, valores e atitudes, mentais ou práticas, aproxima todos esses valores, mas não os torna impermeáveis às modificações trazidas pelo presente ou planejadas para o futuro. A sociabilidade do brasileiro, habitante do meio urbano ou rural, teria a marca dessa cordialidade, não no sentido da amabilidade, mas das coisas “do coração”. Percebe-se, nesses fatos integrados, o apego às tradições e à família, bem como uma

valorização de atributos correlatos aos títulos nobiliárquicos, no caso em questão o posto político ou a especialização dos profissionais atendentes em saúde, que se relaciona a “saber o lugar” das pessoas, mas não pouco apreço ao trabalho. Até mesmo a especialização do “médico estudado” é algo perceptível e importante para os usuários do NAPS, e poderia significar um desdobramento da valorização tanto do “lugar” social quanto da disposição para o trabalho – ou estudo. Pode haver um sentido correlato entre trabalho e escolaridade, ainda que esta relação não se destaque no meio rural de modo geral: isso pode indicar não simplesmente um desinteresse do grupo, mas as dificuldades impostas pela localização das escolas – recorde-se o seu pequeno número, sua distância e horários de funcionamento desfavoráveis –, as restrições de conteúdo frente às exigências práticas da vida rural, ou as escolhas políticas dos governantes – recorde-se a onda de fechamentos que envolvem as escolas rurais no País.

Em resumo, apego às normas *familiares* dispostas pela tradição, *força para o trabalho*, obediência à *hierarquia* e *sociabilidade* enquadrada por essas mesmas normas são os valores mais evidentes no meio rural, embora seja impossível separá-los na sua realidade como se fez aqui, didaticamente.

5.3- As instituições psiquiátricas e sua função social

Este tópico pretende analisar parte da função social de instituições psiquiátricas. A história dos brilhantes avanços tecnológicos e farmacológicos no campo da medicina não esconde um outro lado, menos agradável, de seu desenvolvimento desde o crepúsculo do século XVIII. Não será novidade afirmar que um dos aspectos dos cuidados à saúde encontra como fim a garantia de cidadãos saudáveis para o modo de produção capitalista, e que, segundo Singer *et al* (1978), a própria medicina dita científica pode ser considerada um produto da 2ª Revolução Industrial. Sua função primordial foi propiciar aos Estados Nacionais emergentes cidadãos saudáveis que servissem ao capitalismo nascente e o fizessem avançar, fenômeno sócio-político-econômico que, juntamente com a atuação de outras instituições – Igreja, escola, família – promoveu o que Foucault (1988) chama de *docilização dos corpos*.

No que tange às instituições médicas, é bem conhecida a função de controle dos serviços de saúde, que devem “impor aos particulares normas de comportamento tendo em vista a defesa da saúde da população” (SINGER ET AL, 1978, p.25). A chamada Revolução Vital, que procurou combater e controlar as doenças infecciosas, foi o primeiro movimento nesse sentido, mas logo em seguida vieram ocupar a posição de inimigas públicas doenças

crônico-degenerativas e desordens comportamentais, cujo modelo não se enquadra bem no paradigma das doenças infecciosas, fazendo com que os limites entre saúde e doença ficassem mais tênues (IDEM). O contexto social, com seu mais elevado nível de tensão, parece estar envolvido como fator etiológico desse grupo de morbidades. Curiosamente, então, o meio social, que deveria ficar protegido pela normatização que, juntamente com outras instituições, o saber médico deveria garantir, passou a ser fator de adoecimento para uma parcela da população, justificando, inclusive, novas formas de controle por parte da medicina (ILICH, 1975). Sua atuação se desdobraria em dois aspectos principais: cuidar da saúde de modo ativo e erradicar possíveis riscos, os inválidos e desviantes. Saúde, ordem pública e desenvolvimento econômico caminharam, assim, *pari passu*.

No caso específico da saúde mental, em que o suposto risco não é de contágio e o modelo infeccioso não se sustenta, qual seria a forma e o fim desse controle?

Recorde-se que a doença mental passa a se destacar de conduta aberrante e desatino, sem maiores exigências de cuidados médicos, para conduta patológica e doença mental, que requer tratamento especializado, entre o fim do século XVIII e o século XIX, e esse processo coincide com o nascimento da psiquiatria como especialidade médica – aliás, de origens comuns ao surgimento da pedagogia para a educação infantil e da pediatria para o tratamento de saúde das crianças. Possivelmente nenhum outro autor se debruçou tão séria e profundamente sobre o tema da psiquiatria enquanto prática social quanto o fez Foucault (1988; 2004), delineando mais claramente seu exercício de poder. Naturalmente, isso torna sua obra um dos pilares centrais de qualquer estudo sobre o assunto. O que faz de seus livros tão afamados não é a pretensa ubiqüidade da psiquiatria, mas o fato de a loucura, essa sim, ser universal: ainda não houve civilização ou tribo que não tivesse que lidar com fenômenos mentais, embora as apreciações venham a variar amplamente. Em suas palavras:

Não existe cultura que não seja sensível, na conduta e na linguagem dos homens, a certos fenômenos com relação aos quais a sociedade toma uma atitude particular: estes homens não são considerados nem completamente como doentes, nem completamente como criminosos, nem feiticeiros, nem inteiramente como pessoas normais. Há neles algo que fala da diferença e chama a diferenciação (apud RESENDE, 2001, p.20).

Das muitas interpretações a que sua extensa obra dá margem, o recorte desse trabalho, de forma muito sintetizada, abarca o entendimento da loucura no ocidente como tributário de valores morais – “...la locura, ésta ocultaba um sentido y um origen oscuramente moral”(FOUCAULT, 2004, p.52, tomo II). Como esses valores carregam normas que guiam condutas sociais consideradas apropriadas, os que não os seguem são vistos como desviantes,

em alguns casos como doentes e, assim, estigmatizados, devido a seu comportamento. Singer *et al* (1978, p.70) chega a afirmar que “na sociedade capitalista hodierna, as pessoas são consideradas doentes não tanto em virtude de um diagnóstico médico, mas em função de sua incapacidade de desempenhar seus papéis habituais”.

O louco torna-se um risco não por sua tendência à impulsividade e agressividade – exageradas, diga-se, no imaginário popular – mas por representar um desafio às normas sociais estabelecidas e um exemplo de transgressão: “as pessoas afetadas por perturbações de alguma maneira desafiam o consenso social, pondo em perigo a ordem vigente num plano por assim dizer micro-social” (SINGER ET AL, 1978, p.58-9).

Loucura, então, é uma palavra que expressa não exatamente uma patologia clara e definida, mas alguma conduta ou constituição desviantes e que não são automáticas. Dizer “ele é louco” não é e não pode ser uma mensagem tão direta quanto “ele é louro”. Foucault (2004) já alertava para o impreciso conceito de loucura como praticado na Europa do Classicismo. É forçoso concordar que, no mesmo período, o Brasil colonial desconhecia maior precisão para o termo. Aqui, como alhures, os loucos eram bem conhecidos, sem necessidade de maior rigor conceitual: antes que o saber psiquiátrico se apropriasse das manifestações humanas hoje entendidas como sintomas, já se conferia ao louco um potencial estatuto de diferença que o encerrava em vários planos, dos mais subjetivos – a alteridade – aos mais concretos – o encarceramento. Goffman (1978) adverte que a percepção da alteração mental é via de regra assumida por familiares ou circundantes antes mesmo que pelo especialista, embora, comumente, a partir de entendimentos diferentes. Singer *et al* (1978) complementa dizendo que a função dos serviços de saúde seria oficializar, pelo diagnóstico, o *status* de doente desses sujeitos e Goffman (2007) acrescenta que o papel do especialista e sua forma de atuação é captar como sintomas condutas sociais discrepantes dos pacientes em suas relações cotidianas.

Pelo que se pôde verificar nos prontuários, sobretudo quando se toma o campo da evolução dos tratamentos, percebe-se que ainda impera certa imprecisão quanto a quê, exatamente, seria a saúde mental, a melhora com o tratamento e a doença que o motivou.

Um aprofundamento conceitual no termo *loucura* se distancia do objetivo maior dessa pesquisa, e o que se segue é apenas uma rápida sinopse sobre seu uso, de modo a facilitar a compreensão da função social dos serviços de saúde mental. Para mais detalhes, Pessotti (1994), em *A Loucura e as Épocas*, proporciona informações preciosas sobre como o conceito de loucura é entendido desde a antiguidade clássica grega ao século XIX.

Afirma o autor que, desde a antiguidade, “a loucura, na verdade, é a perda do caráter distintivo do humano” (PESSOTTI, 2004, p.78), ressaltando que não são teorias constituídas, mas modelos de entendimento não formulados da loucura. Ainda que seja de considerável importância a forma como se entendia e lidava com a loucura no período greco-romano, foi a partir da Idade Média que um fato passará a marcar a existência das pessoas que manifestem aquilo que hoje se classificam como doenças mentais. É no contexto da demonologia cristã do medievo que o louco, visto como tomado de paixões, passa a ser estigmatizado, porque tido como antinatural, uma vez que, de acordo com a cosmologia do cristianismo do período, essas não eram constitutivas da natureza humana, mas vistas com suspeição por sua origem maligna: “O louco passa a ser suspeito, a ser perigoso e, por isso, a ser evitado” (PESSOTTI, 1994, p.100).

Essa evitação será, doravante, a companhia mais constante da loucura. Foucault (2004) mostra, com a erudição que lhe é peculiar, como a mesma passa, no período compreendido entre o Renascimento ao fim do Iluminismo, de erro da razão a falha moral, ressaltando, entretanto, que a mudança de compreensão não alterou as práticas de exclusão, antes, acentuou-as. E realça que, se o Tratamento Moral proposto por Pinel, no fim do século XVIII, ganhou contornos de proposta curativa, mal escamoteava o valor – ou, mais acertadamente, o desvalor – que os tidos como loucos mantiveram no século XIX. Seu caráter mais disciplinar que curativo aproxima-o, e à psiquiatria, das instituições responsáveis pelo processo de normatização dos homens e de constituição daquilo que Foucault (1988) chama de *biopoder*.

É possível, assim, que a mudança de termo para classificar os profissionais do ramo da medicina responsável pelos loucos, considerados até o século XIX como alienados, tenha mudado de alienistas para psiquiatras, como um reflexo da própria mudança de concepção da loucura, de desatino para doença, embora, com a mudança de nomenclatura, não se tenha alterado seu caráter de falha moral. A especialização médica reflete o refinamento dos dispositivos usados para a condução dos considerados loucos.

Se, desde o seu próprio ponto de vista, a psiquiatria pode ser apresentada como um ramo da medicina que se ocupa das alterações mentais, Resende (2001) alerta para o fato de que “a psiquiatria, do mesmo modo que todas as instituições, cumpre determinadas funções sociais, múltiplas e variáveis com o tempo e as diversas sociedades, e a natureza deste mandato é função das sociedades concretas onde ela opera” (RESENDE, 2001, p.30). A partir daí, não é desarrazoado propor a psiquiatria como a forma institucionalizada pela medicina incumbida de lidar com a loucura, do ponto de vista científico, mas também social, no mundo

ocidental posterior ao século XVIII, funcionando como uma polícia moral (SINGER ET AL, 1978). É evidente que já havia, desde períodos anteriores, médicos que se interessassem pela loucura ou até que se dispusessem a tentar tratá-la, mas fala-se aqui da psiquiatria enquanto instituição oficial e oficializada, reconhecida tanto pelo Estado quanto pela população como instância legítima de saber sobre o tratamento dos problemas mentais, com a vantagem de dar para a estigmatização um inatacável colorido científico (IDEM).

Evidentemente, a prática da psiquiatria nos períodos descritos por Foucault, e mesmo nos dias atuais, pode e deve ser avaliada criticamente. Mencionando Castel, Resende (2001) propõe que as funções da psiquiatria seriam basicamente curar, produzir, normatizar e controlar. Mas, alertando para o risco de se perceber, indiferenciadamente, em toda e qualquer ação psiquiátrica, a ocorrência dessas funções, o autor as discrimina melhor:

a) curar, b) recuperar a força de trabalho, c) abrir e criar novas fontes de trabalho para o pessoal da saúde mental, d) auto-reproduzir o próprio sistema de assistência e de setores da economia a ele ligados: hospitais, indústrias de medicamentos, etc, e) ideologizar as relações sociais, conferindo, desta forma, racionalidade à irracionalidade do sistema, f) dar um lugar aos desviados, excluindo-os, g) difundir e inculcar normas de comportamento visando homogeneizar as diferenças individuais (RESENDE, 2001, p.60).

E o autor é ainda mais contundente, ao falar da psiquiatria brasileira em seus primórdios – embora esse quadro, infelizmente, ainda se mantenha – quando afirma que: “Remover, excluir, abrigar, alimentar, vestir, tratar. O peso relativo de cada um desses verbos na ideologia da nascente instituição psiquiátrica brasileira pendeu francamente para os dois primeiros da lista, os demais não entrando nem mesmo para legitimá-los” (RESENDE, 2001, p.39).

Segue, à guisa de exemplo, o trecho de reportagem veiculada pelo Jornal do Brasil, em 5/5/75, apresentada pelo autor, e que pode ser ilustrativa do que se mencionou acima:

A segurança e a tranqüilidade dos grupos sociais mais abastados depende, em certa medida, do estado sanitário e da capacidade de trabalho das camadas mais pobres. Conseqüentemente, as transferências de recursos da população mais rica para assistir aos mais pobres poderiam ser contabilizadas como investimento em segurança nacional (apud RESENDE, 2001).

Deve-se apenas esclarecer que a passagem, conclamando a população endinheirada a contribuir, menciona os elevados custos que as internações psiquiátricas representavam para os cofres públicos no período. De resto, pelo seu teor, o trecho fala por si.

Em que pese a acidez de tais críticas, é necessário reconhecer sua pertinência. Ao longo da coleta de dados para este estudo, puderam ser notadas várias das funções que o autor arrolou acima.

A doença mental deve, então, ser controlada pela medicina, representada por sua especialidade, a psiquiatria, porque o desviante, ao não aderir às regras propostas/impostas pela normatização necessária para que os cidadãos saudáveis sirvam ao modo de produção que atende aos interesses privados e aos do Estado, questiona indiretamente e faz questionar tal modelo. Parte do estigma que sofrem em seu meio e parte do tratamento excludente que recebem dos serviços de saúde serviriam, desse modo, para mostrar o destino que têm aqueles que não aderem docilmente às normas: os loucos andarilhos e os internados em manicômios cumpririam, ambos, papel social semelhante, embora em pontos sociais diferentes – quer nas ruas, quer nos hospícios, seu tratamento desumano os torna os bodes-espiatórios desse modelo (SZASZ, 1978).

Naturalmente, o fator trabalho é central nesse fenômeno, uma vez que há uma ligação estreita entre loucura e improdutividade (FOUCAULT, 2004; JODELET, 2005), e a não adesão a esse tópico da norma social é imediatamente mais grave que aos demais, sobretudo porque onera todo o sistema capitalista, em que as trocas monetárias sobressaem às meramente sociais. Por isso Jodelet (2005) declara que:

Condição de existência, o trabalho também é participação na vida social; ele implica que se possa ocupar um lugar, manter-se nele e aceitá-lo. Por não se governar suficientemente, o doente, sob a lei do seu desejo, não pode submeter-se à lei da sociedade, quer se trate, para ele, de tolerar as desigualdades morais e financeiras ligadas ao seu estado (JODELET, 2005, p. 242).

Daí que a função das instituições de seguridade social parecem ser mais a de defender as necessidades do Estado que a dos cidadãos, ainda que a aparência seja exatamente do contrário, pois “a criação da previdência social sob a égide do Estado tem assim um claro caráter político: o de assegurar a lealdade da classe operária à ordem constituída” (SINGER ET AL, 1978, p.30).

No caso específico de trabalhadores rurais, o próprio sistema previdenciário mostra como o doente mental tem seus direitos menos assegurados que seqüestrados: recorde-se que a Lei Orgânica de Previdência Social, de 1960, excluía trabalhadores rurais e domésticos, e o Estatuto do Trabalhador Rural, de 1963, só conseguiu efetivar o FUNRURAL (Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural) anos mais tarde (SINGER ET AL, 1978). Se os pacientes e familiares se queixam da dificuldade de conseguir “passar” na perícia, o

funcionário do NAPS que marca as consultas afirma (em depoimento informal) que um grande número dos usuários só deseja o “laudo”. Outras representações, outras práticas.

É aqui, então, que a psiquiatria pode cumprir seu papel social, seja o de excluir e conduzir os desviantes, seja o de reincluí-los, com todas as suas diferenças, no seu meio social. Recorde-se que “os doentes mentais são pessoas que, no mundo externo, provocaram o tipo de perturbação que fez com que as pessoas próximas a eles as obrigassem, física, se não socialmente, à ação psiquiátrica” (GOFFMAN, 2007, p.247). Tanto no caso do recebimento de benefício quanto na prescrição, com ou sem confecção do diagnóstico, a atuação do médico especialista aparece como determinante. Lembre-se do depoimento do atendente sobre a insatisfação dos usuários quanto à substituição de especialistas por generalistas.

Sabe-se que o diagnóstico é esse rito de passagem em que alguém sobre quem paira a suspeita de louco ganha a confirmação do rótulo (GOFFMAN, 2007) – embora não se pretenda com isso afirmar que apenas o diagnóstico oficial imprima a alguém a pecha de doente. Nas palavras de Singer *et al* (1978):

... a intervenção dos agentes dos SS [serviços de saúde] em situações que se caracterizam por conflitos interpessoais, derivados em geral das contradições sociais, tende a ‘medicalizar’ o seu resultado, ao levar as pessoas envolvidas a ‘reconhecer’ um dos seus participantes como doente mental. O diagnóstico da doença mental tem geralmente muito pouco de científico, pois se baseia no relato do denunciante sobre o comportamento passado da pessoa a ser examinada e a reação desta (SINGER ET AL, 1978, p.55).

Por isso o autor se pergunta a quem a psiquiatria *atende*: se ao doente mental ou se à sua família e ao meio social que, muitas vezes, o quer excluído, uma vez que uma das funções da medicina seria a de proteger a sociedade contra os transgressores (IDEM).

Para Singer *et al* (1978), e em concordância com Resende (2001), a psiquiatria também promoveria uma maior sensibilização dos leigos para condutas desviantes, antes vistas talvez como originais ou excêntricas. Paradoxalmente, isso levaria a um aumento dos quadros nosográficos de patologias mentais, o que aumenta o poder e o prestígio dos psiquiatras, únicos habilitados oficialmente para o diagnóstico (SINGER ET AL, 1978).

Goffman (2007) já alertava para, no caso dos serviços que trabalham com pessoas, o risco de que as “impressoalizem”, tratando-as como objetos de que cuidar, uma vez que o modelo médico ocidental requer do paciente uma posição passiva (GOFFMAN, 2007; LAPLANTINE, 2004). Pode-se perguntar se esse risco não fica aumentado no caso de pessoas sobre as quais paira algum estigma, com o valor diminuído que necessariamente significa. Sobretudo quando se associa tal tendência a outra, também descrita por Goffman (2007), que seria o *esquema de interpretação* institucional: “uma perspectiva pronta para

explicar todos os tipos de decisão” (GOFFMAN, 2007, p.77). Do diagnóstico, antecedido pela anamnese, à condução terapêutica, tudo seria conduzido menos por escolhas racionais e científicas, e mais por condutas automatizadas, que partem de pressupostos diversos. Estes poderiam envolver tanto o pouco tempo para cada atendimento (levando, fatalmente, a uma escuta prejudicada do sofrimento do sujeito e das peculiaridades que o constituem, padronizando, provavelmente, as terapêuticas), quanto o pouco valor concedido a sua queixa e sua história. Daí adviriam, pelo menos, duas graves consequências: a desumanização, que muitas vezes acompanha a alteridade, e o desinteresse pelos desdobramentos – os “efeitos colaterais” – que um tratamento pode causar para o sujeito que a ele adere, aos quais o autor chama genericamente de *carreira moral*, a “trajetória percorrida por uma pessoa durante sua vida” (GOFFMAN, 2007, p. 111). Impossível negar que o tratamento, o diagnóstico, eventuais internações podem marcar com outras vias, desvios e possibilidades essa carreira, daí a importância de que a intervenção médica seja planejada com cuidado. Sobretudo quando se considera, com Goffman (2007), que muito da carreira moral dos doentes mentais tem pouca relação com o *tipo* de diagnóstico feito, ou com os sintomas que *de fato* são manifestos pelo paciente, e mais com seu *status* social diminuído para *paciente*, ou seja, independentemente de o quão “louco” possa ser tomado, ser desviante já sela parte de seu destino.

Também por isso, Goffman (2008, p.24) adverte que “ex-pacientes mentais, por exemplo, às vezes receiam uma discussão acalorada com a esposa ou o empregador por medo da interpretação errônea de suas emoções”. O estigma, em alguns casos, pode se tornar indelével, prisão de ferro com grades invisíveis, mas muito duras.

As instituições psiquiátricas guardam ainda outro poder: como são estabelecimentos sociais, que Goffman (2007, p.15) classifica como “locais [...] em que ocorre atividade de determinado tipo”, têm, em decorrência, um valor e uma função social tanto para quem é obrigado a interagir nelas/com elas quanto para aqueles que nela trabalham e dela vivem. Há, dessa forma, funções sobrepostas.

Como afirmado anteriormente, sua função social de resguardar a sociedade dos desviantes seria “externa”, por assim dizer. Sua função social “interna” seria, por outro lado, a de se ocupar dos desviantes, de forma corretiva ou mantenedora, através do tratamento. Seriam feitas operações, mais ou menos claras, no sentido de corrigir ou adequar o EU para suas funções de convívio e produtividade sociais. “O eu surge, e não apenas através da interação com outros significativos”, lembra Goffman (2007, p.127), “mas também de disposições que se desenvolvem numa organização, em benefício de seus participantes”. O

tratamento pode se restringir à correção medicamentosa dos sintomas (como propõe a psiquiatria organicista) ou a algum expediente terapêutico que vise à retomada dos laços de convívio ou da capacidade para tanto (mais aos moldes do tratamento proposto por Nise da Silveira). Viu-se como as representações de médicos e de não-médicos registradas pelos agentes de saúde convergem quanto ao tratamento, mas podem divergir quanto a outras modalidades de terapêutica dirigidas a um resultado social e socializante.

Esse é, possivelmente, o caráter mais ambíguo da função social de uma instituição psiquiátrica, pois sua função externa (isolar e corrigir desviantes) pode coincidir com sua função interna (moldar o EU) ou com ela colidir (fortalecer o EU para se opor contra determinadas exigências do meio social). Nesse ponto, a função social “interna” de uma instituição decorrerá grandemente do modo como os profissionais atuam – participação em entidade social que, para além de quaisquer ideologias, correlaciona-se com aquilo que Goffman (2007) chama de *compromisso* e *adesão* – e das relações que nela ocorram, e essas, por sua vez, serão marcadas, necessariamente, pelo modo como os profissionais vêem seu trabalho, a loucura e os usuários do serviço. É preciso considerar, desde um ponto de vista ético – isto é, pelos motivos e impulsos que condicionam as ações humanas – e moral – ou seja, a idéia de dever que justifica a ação – (COELHO, 2005), que as condutas dos agentes de saúde não têm apenas uma origem técnica. Quando um profissional atua, além de uma ação terapêutica, procederá ainda uma ação que, por seus desdobramentos, repercute, em grau variado, na vida do paciente. Daí a necessidade de que essa ação seja refletida, e não apenas realizada (IDEM). Essa reflexão pode ficar prejudicada se a formação do profissional é deficiente na compreensão da cultura do meio em que atuará.

Com isso se quer defender, em consonância com Lobosque (2001), que um profissional ou uma equipe podem simplesmente fazer um trabalho burocrático em troca de um salário, ou realizar procedimentos em saúde que considerem minimamente seus desdobramentos éticos, as forças sociais envolvidas no caso da doença mental, o respeito pelas diferenças, tudo aquilo envolve a responsabilidade da ação clínica no serviço público, e que se classifica como *tomada de responsabilidade*, ou seja, “responder de fato pelos atendimentos na área de abrangência de um determinado território” (LOBOSQUE, 2001, p.137). Evidentemente, uma miríade de fatores intervenientes, das condições políticas de trabalho à formação pregressa de cada profissional, compõe esse quadro. A simplicidade com que é aqui apresentado não pretende nem remotamente dizer que sua ocorrência real é igualmente tão elementar, mas apenas fazer lembrar o que costuma ficar soterrado por uma

série de problemas tidos como mais imediatos, mas cujo conjunto pode criar uma impressão de irresolubilidade para os problemas dos serviços públicos de saúde.

Ainda dentro do escopo da função social “interna” de um serviço de saúde, deve-se ressaltar que pode servir de ponto de apoio em que usuários (quer paciente, quer familiares) possam procurar auxílio para dúvidas, necessidades, crises e conflitos, mas também direitos, sem a pretensão de funcionarem como um poder legislador ou judiciário, mas como agente parceiro. Para tanto, deve ser acessível, em termos de localização, visibilidade, entrada e permanência – recorde-se que, por exemplo, a sede do NAPS-Ervália passou por uma primeira mudança de endereço para contornar o problema da escada de acesso ao segundo andar, que poderia dificultar a vinda de pacientes com quaisquer problemas de deambulação ou locomoção.

A própria ocupação do espaço físico repercutirá, em maior ou menor grau, na adesão e compromisso – e agora não se faz menção apenas aos profissionais – com que usuários recorrerão a um serviço de saúde. A imagem das longas filas de espera e os corredores cheios de doentes e moribundos de muitos dos hospitais do SUS talvez explicita bastante bem o que se pretende sugerir aqui. O NAPS-Ervália já teve um quintal em que os pacientes se sentiam muito à vontade, até pela semelhança que todo o ambiente suscitava com uma casa de morada rural, mais que com um ambulatório. Salas de espera bem montadas e acolhedoras não são, nem podem ser, o principal que um serviço de saúde terá a oferecer como índice de qualidade; mas, em se tratando desse espaço de um local de encontro e trocas informais de informações (GOFFMAN, 2007), e sendo essas a um só tempo matéria e essência das trocas entre pessoas para reforço de laços de convívio (GOFFMAN, 2008), propiciar cadeiras e um ambiente humano para a espera, encontro e descanso dos usuários (considerando que muitos vêm de longínquas áreas rurais) pode ser uma forma de conceder dignidade, se não cidadania. O mesmo se passa com o que se pode, tomando a expressão de empréstimo da psicanálise, chamar de *setting*, e que, no caso dos serviços públicos, envolve desde o ambiente físico até o tempo disponibilizado para cada atendimento. Esses fatores micro-físicos não são estéreis de poder, e seu mau uso pode mesmo ser fator patológico para o psiquismo (GOFFMAN, 2007).

Outro desdobramento importante concerne à conjunção – às vezes ao choque – entre as representações sociais de usuários, que esperam um tipo de tratamento, e de profissionais, mais ocupados com o diagnóstico e com a prescrição. O número de pacientes que abandonam o tratamento ou, mesmo depois de alguma prescrição farmacológica, é elevado, e pode ser notado ainda que não tenha sido computado numericamente durante a coleta de dados desta pesquisa. Mesmo sem a apresentação de números exatos, só os 60 prontuários não

encontrados, que, segundo informação do atendente, indicam abandono de tratamento, já representariam a 8,33% do total atendido, mas o número de fichas deixadas no NAPS sem que os usuários as peguem é muito maior, embora não computado. Pode-se supor que esse abandono também tem relação com a não adesão ocasionada por expectativas não atendidas e destoantes das representações de tratamento que os médicos sustentam.

Recorde-se a questão do preenchimento dos campos dos prontuários, quando alguns eram deixados em branco: o poder na relação médico-paciente, que é classificatório (BOURDIEU, 1996) além de censor, permanece camuflado pelo que seria apenas uma das atribuições do profissional, ou seja, a obrigação de preencher o formulário. Bourdieu (1996) articulará as representações, enquanto carreadoras de poder de impor ou interferir em visões de mundo, às ações políticas, cuja eficácia consiste em demarcar grupos, desvelando a participação das ciências (de que a medicina erudita é representante) nesse processo, no encontro das palavras, enunciados e classificações. O autor constrói criticamente sua impressão de que, populares ou eruditas, “as classificações práticas estão sempre subordinadas a funções práticas e orientadas para a produção de *efeitos sociais*” (BOURDIEU, 1996, p.107, grifos no original): os critérios objetivamente observados pelos etnólogos e sociólogos são subjetivados, ou seja, tornados signos, emblemas, estigmas ou poderes. O autor desvela, portanto, que as lutas entre classificações são lutas de poder, de definições legitimadas de divisões do mundo social, portanto, têm o efeito de “fazer e desfazer os grupos” (BOURDIEU, 1996, p.108). Pode ser grande o paralelo com a importância que o diagnóstico parece assumir para os psiquiatras.

Bourdieu (1996) ainda se aprofunda na questão de o que legitima uma classificação a se impor a outras, e conclui que o que sustenta que um enunciado assuma força de verdade é a autoridade. O “ato de magia social”, a “eficácia do discurso performativo” (BOURDIEU, 1996, p.111) garante que o enunciado sustentado por autoridade dê existência a um grupo e “uma visão única de sua identidade e uma visão idêntica de sua unidade” (IDEM). Daí que o psiquiatra pode interferir numa identidade já deteriorada pela estigmatização se deixa o rótulo do diagnóstico prevalecer sobre a tarefa de reinserção social, mormente num grupo que, como se viu, sequer quer saber dessa classificação nosográfica, mas valoriza muito o lugar social de autoridade.

Muitas vezes os psiquiatras, ocupados demais em atender grandes contingentes de pacientes, medicalizando seus conflitos sociais, com todas as restrições de tempo que costumam caracterizar os serviços públicos, desocupam-se de observar sua atuação política subjacente a esses atendimentos, se é que a notam. Por isso, Bourdieu (1996) também entende

que a ação política se sustenta porque seus agentes, ao fazerem parte do mundo social, conhecem-no e sobre ele agem ao atuarem sobre esse conhecimento que dele têm – o que requer, tudo indica, reflexão. Seria o objetivo dessa ação impor representações e fazer e desfazer grupos “produzindo, reproduzindo ou destruindo as representações que tornam visíveis esses grupos perante eles mesmos e perante os demais” (BOURDIEU, 1996, p.117) – daí o risco de uma atuação irrefletida. Chega-se, assim, à questão de como a ordem social se sustenta pela imposição de esquemas de classificação, cuja objetividade encobre sua fundamentação arbitrária, e que, no caso da doença mental, muitas vezes segue com o diagnóstico sem sequer questionar a loucura. Faz-se necessária uma oposição a essa “visão comum que apreende o mundo social como mundo natural” (BOURDIEU, 1996, p.118), que torna realidade o que anuncia pela simples razão de enunciá-lo. Recorde-se a postura médica diante da demanda de atestados.

As construções teóricas, inclusive as médicas, seriam “programas de percepção”, uma vez que as palavras carregam um poder estruturante, ancorado em “sua capacidade de prescrever sob a aparência de descrever, ou então, de denunciar sob a aparência de enunciar” (BOURDIEU, 1996, p.118). Assim, a relação entre o poder das representações que as palavras/enunciados/classificações sustentam, e a demarcação de grupos, que a ciência – inclusive a medicina –, enquanto autoridade, propõe, não pode deixar de ser objeto de estudo e reflexão da mesma, se essa se pretende ética e atuante.

Essa conduta atuada e pouco refletida é propagada inconscientemente, mas não menos operante, como *habitus* (BOURDIEU, 2007), visão de mundo (GEERTZ, 1989) ou esquema de interpretação (GOFFMAN, 2007), mas, qualquer que seja o conceito que a demarque, reflete não apenas uma falha de *formação* ou deficiência de *informação*, mas o poder da *formatação* disciplinar, que caracteriza a maneira como os profissionais de saúde vêm a ocupar seu lugar, a partir da identidade social que, também eles, virão a ter. É ético e desejável que aquele que ocupa esse lugar social use da autoridade que lhe confere poder para algo mais que manter seu status. A psiquiatria tem o dever de tentar batalhar, junto com os doentes mentais, por uma melhoria do status desses.

Tudo isso se articula, voltando agora, depois desse longo desvio, ao benefício previdenciário que os usuários do NAPS-Ervália pleiteiam. Assim como cadeiras em que sentar, tempo para falar de seus problemas e um remédio para seus males, verificou-se que muitas vezes os usuários buscam uma compensação para sua suposta invalidez. Sem conhecer o seu universo cultural, o especialista pode ficar restrito em sua competência para melhor avaliação, incapacidade que, apenas de um modo etnocêntrico, prevalecerá sobre a

necessidade do paciente. Pelo que se pode verificar em depoimentos, a integração entre os profissionais do NAPS é pouca, a indicação de outras formas de terapia por psiquiatras é restrita, não há participação, em seu quadro atual, de assistentes sociais, não parece haver informação sobre o direito ou não à pensão previdenciária para os pacientes. Uma de suas funções internas deveria ser contemplar demandas dos usuários, sobretudo se estas não são ilícitas.

Pleitear o recebimento de um benefício é um direito do cidadão, logo, garantir acesso a esse direito é oferecer condições de exercício de cidadania. Recorde-se, com Daron (2006, p. 178), que “as políticas públicas de saúde no Brasil vêm sendo demarcadas pelo confronto entre as necessidades do povo e os interesses do capital com as duras conseqüências para as classes populares”. Os psiquiatras não deveriam isentar-se de sua participação nesse contexto.

Como se percebe, o NAPS-Ervália, como instituição psiquiátrica, apresenta muitas das funções sociais acima arroladas. Primeiro porque está incluído, na localidade, naquilo que Goffman (2007) chama de estabelecimento social, cuja função mais imediatamente apreendida seria sua razão de funcionamento: os atendimentos em saúde mental, conduzidos pelos profissionais que ali trabalham e cuja formação está relacionada à prestação de serviços em saúde, quais sejam, psicólogos e médicos. Entretanto, conhecendo as funções sociais das instituições psiquiátricas, sabe-se que, ainda que de forma indireta, implícita e não premeditada, o NAPS deve por em andamento as demais ações que ocorrem concomitantemente a esse atendimento, e que, ideologicamente, o parasitam: medicalização dos problemas sociais, normatização do doente mental, exclusão social (ainda que parcial, ainda que restrita àquelas ligadas ao ambiente de trabalho, se é que tal separação pode, de fato, ser feita na prática), definição de um problema como sendo mental (a partir de um sistema de classificação diagnóstico) e conseqüente propagação de uma forma de entendimento dos problemas mentais (no caso, a da psiquiatria convencional e seu sistema diagnóstico), garantia de um lugar definido para o louco, resguardando uma hierarquia na família (quando há acompanhantes) e a ordem social, na medida em que os transtornos mentais, na figura viva de seus portadores, têm um lugar a que serem encaminhados.

Não se sugere que essas ações se dêem em ordem, de modo planejado nem pensado. Elas são consentâneas à própria intenção de tratar. O que se pode esperar é que esta instituição, na medida em que atende um público com necessidades específicas e direitos assegurados, exerça algo além de sua função social externa de dar um enquadre para a loucura: que exerça sua função social interna no sentido de garantir acesso a direitos, desempenhado o tratamento do modo inclusivo com que este possa se dar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Chega ao fim essa caminhada. O caminho prossegue, o caminhante é que estaciona. Ainda há tanto para seguir: tantos livros não lidos, tantos dados por esgotar, tanto por refletir. Mas não há mais tempo. Como anuncia o provérbio latino: *vita brevis, ars longa* – a vida é curta e a arte é longa. Um trabalho científico, como tudo o mais, tem um limite, ainda que algo tenha que ser deixado de fora. O leitor paciente das páginas que precedem deve procurar ver agora o que foi alcançado, a partir do problema e dos objetivos desta pesquisa, não o que foi deixado, para vindouros estudos.

Foi notável o quanto a lida com conceitos correntes nas ciências humanas, tal qual o de representações, gera uma condição de pesquisa muito diferente daquelas propiciadas por estudos que lidam com objetos “concretos”, como comumente se propõe entre as práticas de pesquisa no campo das *hard sciences*.

A natureza subjetiva, poder-se-ia dizer até etérea, das representações, faz com que as conclusões a que se chega sejam sempre *parciais*, no sentido de que fazem “parte de um todo”, e que se realizam “em partes”, e em razão do que foi possível se obter e ter em mãos. Sempre marcadas pelo “par” estudioso-grupo estudado, serão constituídas pela natureza desse encontro, pela forma como as informações são oferecidas e captadas, como partiram do emissor e como são compreendidas pelo receptor. Isso não cria uma condição contrária à ciência, mas eleva a pesquisa científica à realidade da vivência, logo, da vida. O pior que pode acontecer à uma pesquisa científica não é aproximar-se do mundo real, é distanciar-se dele.

Uma das questões de que se partiu nessa pesquisa foi quanto à relação, às semelhanças e diferenças entre as representações sociais acerca de saúde e doença mental de moradores da zona rural e agentes de saúde. A partir dos prontuários dos pacientes, os registros dos médicos permitiram-nos inferir que elas não são nem totalmente idênticas nem absolutamente divergentes: as representações sobre a doença mental na ruralidade guardam proximidade, mas não equivalência com as dos profissionais; constroem-se de acordo com os valores simbólicos de seu universo e ambas encontram-se, por sua vez, em contato dinâmico e constante, em razão de necessidades de saúde ou para acesso a direitos sociais.

Neste momento, faz-se mister reconhecer que os registros dos prontuários, tomados aqui como unidade de análise, **indicaram** algo sobre a apresentação das representações sociais dos profissionais e agentes de saúde, além das representações existentes entre famílias moradoras da zona rural e periurbanas de Ervália, contudo recortadas pelo olhar e classificação dos primeiros. Mesmo assim, é possível ver nos registros aspectos

representativos da configuração sócio-espacial de Ervália, e de pacientes portadores de transtornos mentais em tratamento no NAPS. Verificou-se, ali, como se materializam as apresentações instituídas.

Assim, dos prontuários permitiram inferir diferenças entre as representações de médicos e de pacientes e familiares sobre a saúde mental, mesmo que possa parecer que estas são pouco claras nos registros, mas com certeza são muito tenazes em algumas expressões: a normalidade, dificilmente descrita, é muito facilmente percebida, se capitula.

Já a doença, chamada de *problema*, mas não de loucura, fica sediada na *cabeça* (continente) ou *idéia* (conteúdo), afeta os *nervos* (instrumento), deixa *nervoso* (condição). Mesmo sem uma etiologia definida como pretende a ciência médica – embora se vislumbrem tendências familiares ou causas sobrenaturais – depreende-se facilmente dos registros uma concepção orgânica, ainda que as relações pessoais sirvam de desencadeante. Essas evidências seriam, talvez, típicas do pensamento médico oficial traduzido como registro intencionado da expressão popular. Nenhuma evidente preocupação com minúcias diagnósticas foi registrada como característica da fala dos pacientes.

Contudo, no que se refere ao tratamento, tudo indica ser condizente com essa dupla causa atribuída, física (predisponente) e social (precipitante): remédios e atestado. “Encostar” no INSS é receber o justo ressarcimento para quem perde muito: seu lugar social, no trabalho, na família, em “si”.

Já os médicos, enquanto agentes de saúde, parecem deixar claro nos prontuários que compactuam com a idéia de uma normalidade inespecífica, mas captam os desvios da conduta normal enquanto *sintomas*, que traduzem, a partir da observação ou das falas dos usuários recortadas para registro, em *diagnóstico*. Apesar de causas pouco evidentes, tudo sugere também uma compreensão orgânica, biológica, da doença, como as prescrições de remédios parecem o indicar – em consonância, aliás, com as expectativas dos usuários, mas em contraposição a outras formas de tratamento, inclusive referentes à psicologia.

São essas representações que guiam as ações dos médicos, como a prescrição massiva de psicofármacos, pouca indicação a outras formas de terapia, recusa – frontal ou indireta – de compactuar com os pedidos de atestado por parte dos pacientes e familiares. A prescrição massiva de psicofármacos desvela a medicalização de conflitos de outra natureza, que não é exclusivamente orgânica.

Tudo indica que a função profissional internalizada é daquele que cuida da saúde como sendo um problema exclusivamente orgânico sem clareza de como o tal “social” vincula-se ao “problema” que se lhe é apresentado. O social lhe é apresentado como cultural

(valores), e nem sempre se está com o olhar preparado para ver as condições econômico reprodutivas neste social.

As condições de dependência e fragilidade, como são as do trabalhador rural, com certeza influem nos padrões de morbidade. Esses, geralmente não têm sua própria terra e ainda são obrigado a aplicar, de forma intensiva, os agrotóxicos nas lavouras de café dos patrões. A Ervália do café não aparece em nenhum momento nos prontuários.

Contudo, a teoria encontrou aporte na prática: grupos diferentes podem ter representações sociais diferentes, ainda que se aproximem e se afastem em alguns pontos, o que levaria a posturas e práticas diversas.

Isso permite dizer algo sobre o objetivo arrolado para este estudo de descrever o funcionamento do NAPS: pelos prontuários, tudo indica que são os objetivos dos profissionais que parecem se sobrepor aos dos usuários, ainda que haja grande troca de agentes – eles se vão, mas sua forma de atuar permanece instituída, como se pode ler nos registros.

O NAPS não é uma instituição inclusiva, nem em sua localização, nem na disposição do ambiente, nem na forma como são marcados os atendimentos, nem no modo como se processam os encontros. Cumpre bem sua função social externa, a de dar um lugar, para a sociedade, em que possam ser tratados os loucos, mas deixa a desejar em sua função social interna, que é a de mediar, para os loucos, um lugar digno na sociedade.

Além disso, a inter-relação entre os profissionais do NAPS parece ser pouca, sem contatos ou reuniões para planejamento de estratégias políticas ou terapêuticas de atuação. Também parece ser pequeno o contato com os órgãos parceiros, sobretudo outros pontos de atenção à saúde municipais, com destaque para os PSFs.

O não preenchimento dos campos de prontuário ligados a informações sobre as condições sociais de vida dos usuários pode indicar que os profissionais médicos observam o *paciente* e não um *cidadão*. Por isso, pode ser que eles não estejam sendo preparados em sua formação para a abordagem e compreensão dos fatores socioeconômicos como referência e análise importantes para compreensão dos casos que se lhes apresentam. Esses fatores estão não só envolvidos no processo de adoecimento e nas possíveis formas de tratamento, mas são talvez os que explicam a busca do próprio serviço.

Quanto à relação entre o tratamento e a estigmatização e à idéia de “doença” entre pacientes e familiares, outras questões puderam ser levantadas. Pelos registros, pode-se aferir que a idéia de si do doente e de seu grupo é confluyente, pois, tudo indica que o médico considera os dois (família e paciente) um mesmo grupo.

Acredita-se que essa consideração tem implicações para a autonomia do paciente, dentre elas o fato de que não chega a eliminar a estigmatização: o doente é que adere a ela, vendo-se, pelo desvario da loucura, não como um *deus*, mas, pela tabela de valores do grupo, como um *doente*. Busca o tratamento esperando que possa melhorar, ainda que não se cure, e com a melhora alcance retornar ao seu lugar social, ainda que “encostado”.

Por sua vez, o remédio “remedia” a condição de estigmatizado: controla a conduta anômala e a explica para os demais (o doente não é mau, não “está nele” – que, afinal, não está em “si” – agir assim, logo, precisa do remédio que o controle, de fora para dentro).

Ainda no que concerne à autonomia do sujeito doente, a falta de dinheiro, ocasionada pela incapacidade para o trabalho regular, tangencia os mesmos efeitos, para o que o benefício do INSS vem, às vezes, corrigir a estigmatização e o alijamento social. É essa condição criada pela doença que justifica a demanda dos usuários de que o atestado faça parte do tratamento.

Sobre o tema benefício do INSS, cabe aqui uma observação. A busca de recebimento de benefício do INSS por parte dos usuários parece apontar para uma lacuna quanto à prestação de informação, por parte do NAPS, dos direitos dos pacientes.

O entendimento dos profissionais de saúde de que os pacientes seriam enganadores, aproveitadores e oportunistas é minimamente simplista, pois desconsidera esse conjunto de valores culturais e de condições de reprodução sócio-econômicas, tão importantes na configuração da identidade rural desses usuários.

Não só essa teia cultural simbólica e as expectativas dos usuários dela decorrentes têm sido negligenciadas: a comunidade e as redes sociais de apoio que envolvem o doente não foram percebidas no tratamento. Mas negá-las não é fazê-las desaparecer.

O tratamento deve ir além da erradicação do sintoma, e, de acordo com os valores do grupo, garantir ou reforçar a permanência do doente nas redes de apoio. O recebimento do benefício do INSS pode ser parte desse processo, e não apenas interesse cúvido. Conceder direito não é fazer um favor.

O NAPS pode, portanto, aprimorar a oferta do importante serviço que presta ao município no campo do atendimento à saúde mental ao procurar compreender a maneira como os usuários interpretam seu sofrimento mental e como esperam alcançar melhora. Numa cultura que reconhece o lugar social e o trabalho dos indivíduos e de suas famílias, o estudo e a autoridade do médico têm mais que um *poder*, têm um *dever ético* de pensar sobre suas ações e usá-las em favor da aquisição de cidadania para e pelos usuários. Sua ação será sempre política, e nunca apenas técnica.

Os agentes de saúde seriam, portanto, importantes atores para trabalhar contra a estigmatização social que assola os loucos. Atuar no atendimento à saúde mental sem considerar esse contexto socioeconômico, cultural e sua história é fazer apenas parte da tarefa esperada para oferecer aos usuários condições de cidadania, além de remédios. Espera-se que este estudo tenha contribuído para que essas questões, se não ficam resolvidas, fiquem pelo menos evidentes.

Ainda que tenha alcançado responder suas questões e atingido seus objetivos, também esta dissertação realizou apenas *parte* da tarefa no sentido de iniciar um processo para melhor compreender as *representações* sociais sobre saúde e doença mental no meio rural, uma vez que não teve a pretensão de esgotá-las. O universo rural, aliás, dada sua diversidade, talvez jamais permita esgotar um estudo dessa natureza. E, além disso, considerar que, para compreender os fenômenos da vida em sociedade, é preciso captar as representações sociais em sua *polissemia*, e não buscar apenas um conjunto estanque de representações *invariantes*, o que é o caminho de uma ciência, necessariamente, parcial.

Com certeza, esta pesquisa deixa explícita a necessidade de novas abordagens que consigam maior aproximação das expectativas e representações de grupos sociais compostos de famílias e seus doentes mentais no meio rural. Certamente outras metodologias, que comportem entrevistas com usuários e familiares dos serviços públicos, seriam de grande valor compreensivo.

No mesmo sentido, seriam muito interessantes entrevistas com os agentes de saúde, de forma que esses se sintam à vontade e com liberdade para expressar, também, suas angústias profissionais e apresentar propostas para melhoria do atendimento público aos doentes mentais e suas famílias.

Para tanto, novas e complementares pesquisas, metodologias com clareza ética, mas criativas, que reúnam estudiosos com formações variadas, olhares diferentes sobre fenômenos semelhantes, tudo isso pode compor essa trajetória incessante que é a busca de um entendimento científico para o mundo real, ainda que em se tratando de fenômenos cuja conformação é, à princípio, subjetiva, como no caso das representações. No fim dessa caminhada, constata-se, sobretudo, que ainda há mais caminhos a se percorrer.

PROPOSIÇÕES A PARTIR DA PESQUISA

Como parte final dos objetivos demarcados, essa dissertação deixa aos agentes de saúde mental, quer do NAPS-Ervália, que tão gentilmente acolheu esta pesquisa, quer de outras instituições voltadas ao tema, as seguintes sugestões, para seu eventual aprimoramento:

- no que concerne ao espaço físico: um ambiente que faça do tratamento algo contra a estigmatização, e não algo estigmatizante – local adequado, agradável, acessível, bem localizado, bem mobiliado;

- no que diz respeito ao funcionamento: utilização mais completa dos recursos disponíveis (informatização de listas, fichas, arquivos, talvez até de marcações de consultas, etc.); maior contato/reuniões da equipe entre si e do serviço com outras instituições de atenção à saúde, ou mesmo com outras finalidades, como o Judiciário local, visando à melhor utilização de vagas ou ainda a outras modalidades de atendimento, que não apenas as perícias, como palestras ou campanhas; horários pertinentes às características da população rural;

- no que se refere aos atendimentos: preparo da equipe para a compreensão do público a que se destina (ou que prevalece) o serviço; composição mais ampla da equipe de atendimento (com participação mais ativa do serviço social); reflexão, por parte dos médicos, sobre o recurso aos fármacos e a pouca indicação de outras abordagens terapêuticas;

- em relação ao planejamento: mudanças freqüentes de endereço e profissional podem levar a melhorias necessárias, mas podem ocasionar rupturas prejudiciais – devem acontecer, mas de modo refletido; é preciso planejar estratégias de atuação, formas terapêuticas que contemplem as necessidades do público usuário, campanhas de conscientização da população para a questão do estigma da loucura, eventos de reinserção social, informação sobre direitos e deveres do cidadão doente mental e seus familiares;

- quanto ao usuário: maior espaço para escuta dos saberes e desejos dos pacientes e familiares, mais respeito por seus valores, mais compreensão por suas necessidades, mais diálogo com quem pensa diferente.

Ao contrário dessa dissertação, a história da lida com a doença mental não vislumbra estar perto de seu fim. Além de toda uma mudança nos valores sociais sobre aqueles que se afastam da norma, seria preciso ainda sedimentar as determinações legais, avançar com a garantia mínima dos direitos humanos aos doentes mentais e balizar ações de assistência e práticas ideológicas não somente umas pelas outras, mas ambas pela ética. Aliás, o passado mostra que nem sempre se pode esperar a ideologia atuar: é preciso organização política. As populações rurais enfrentaram e enfrentam desafios semelhantes.

Modestamente, é preciso reconhecer que estas páginas, sozinhas, são apenas o esforço de análise e interpretação uma pesquisa em nível de mestrado. Porém, falar de uma situação já é um primeiro passo no sentido de torná-la mais clara, depois é preciso reflexão e ação para as mudanças desejadas. Reconhece-se que uma dissertação pode muito pouco frente a uma condição social tão dura como é a estigmatização da loucura.

É bom chegar ao fim dessa caminhada com a sensação de que foi feito o que pôde ser feito. Agora é o momento de tomar fôlego, e continuar a caminhar...

REFERÊNCIAS

- ADAM, Philippe, HERZLICH, Claudine. **Sociologia da doença e da medicina**. Trad. Laureano Pelegrin. Bauru, SP: EDUSC, 2001.
- ALMEIDA FILHO, Naomar de. Epidemiologia social das desordens mentais: revisão da literatura latino americana. In: TUNDIS, Silvério Almeida, COSTA, Nilson do Rosário (orgs.). **Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. 7ª edição. Petrópolis: Editora Vozes, 2001. p. 103-131.
- ANDRADE, Gabriela R.B.; VAITSMAN, Jeni. **Apoio social e redes, conectando solidariedade e saúde**. Ciência e Saúde Coletiva, ABRASCO, vol.7, n.4, 2002, p.925-934.
- BACZKO, B. **Imaginação Social**. Enciclopédia Einaudi. Lisboa: Imprensa Nacional/Casa da Moeda, 1985.
- BARDIN, L. **Análise da Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BARROS, Denise Dias. **Itinerários da loucura em territórios dogon**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.
- BERGER, Peter L. e LUCKMANN, Thomas. **A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento**. Trad. Floriano de Souza Fernandes. Petrópolis: Vozes, 1985.
- BIRMAN, Joel. **A Physis da Saúde Coletiva**. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 15(Suplemento): 11-16, 2005.
- BOAS, Franz. **Antropologia Cultural**. Seleção e tradução: Celso Castro – 3ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.
- BOLTANSKI, Luc. **As classes sociais e o corpo**. Trad. Regina A. Machado – 3ª edição. São Paulo: Paz e Terra, 2004.
- BOSCHI, Cláudia e cols. **Ervália – MG**. Viçosa: UFV, DAU, 1995.
- BOURDIEU, Pierre. **A dominação masculina**. Trad. Maria Helena Kühner – 4ª edição. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.
- _____. **A economia das trocas lingüísticas: o que falar quer dizer**. São Paulo: Ed. da Universidade de São Paulo, 1996.
- _____. **O poder simbólico**. Trad. Fernando Tomaz (português de Portugal) – 11ª Ed. – Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2007.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA. **Legislação em saúde mental 1990-2002/Ministério da Saúde, Secretaria Executiva** – 3.ed.revista e atualizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRUYNE, Paul; Herman e Jacques SCHOUTHEETE, Marc. **Dinâmica da pesquisa em ciências sociais: os pólos da prática metodológica**. Trad. Ruth Joffily. Rio de Janeiro: F. Alves, 1991.
- BUARQUE DE HOLANDA, Sérgio. Raízes do Brasil. In: **Intérpretes do Brasil**, de coordenação de Silviano Santiago, Nova Aguilar Editora, Rio de Janeiro, 2002. p. 899-1102.
- CAMPOS, Juarez de Queiroz; SANTO, Antonio Carlos G.E.; MANTOVANI, Maria de Fátima. **Introdução à saúde pública**. São Paulo: J.Q.Campos, 1987.
- CÂNDIDO, Antônio. **Os parceiros do Rio Bonito: estudo sobre o caipira paulista e a transformação dos seus meios de vida**. 9ª ed. São Paulo: Duas Cidades, Ed 34, 2001.

CAMARGO JR. Keneth Rochel. **Biomedicina, saber e ciência: uma abordagem crítica**. São Paulo: HUCITEC, 2003.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Trad. Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. 6ª ed. rev. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

CARDOSO, Ruth C. L. Aventuras de Antropólogos em campo ou como escapar das armadilhas do método. In: DURHAM, Eunice R. et al.; CARDOSO, Ruth (org.). **A aventura antropológica: teoria e pesquisa**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986. p. 95-105.

CARNEIRO, Maria José. Ruralidade: novas identidades em construção. Texto publicado integralmente nos Anais do XXXV Congresso da Sociedade Brasileira de Sociologia e Economia Rural, Natal, agosto, 1997. **Estudos Sociedade e Agricultura**, 11, outubro, 1998: 53-75.

CAROSO, Carlos, RODRIGUES, Núbia, ALMEIDA-FILHO, Naomar. “Nem tudo na vida tem explicação”: explorações sobre causas de doenças e seus significados. In: **Tecnologias do corpo: uma antropologia das medicinas no Brasil**. Rio de Janeiro: NAU, 2004. p. 145-173.

CARVALHO, Horácio Martins. **O campesinato no Século XXI: possibilidades e condicionantes do desenvolvimento do campesinato no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 2005.

CHARTIER, R. **A História Cultural – entre práticas e representações**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1990.

COELHO, France Maria Gontijo. **A arte das orientações técnicas no campo: concepções e métodos**. Viçosa: Ed. UFV, 2005.

CUCHE, Denys. **A noção de cultura nas ciências sociais**. Trad. Viviane Ribeiro. 2ª. Ed. Bauru: EDUSC, 2002.

DA MATTA, Roberto. “O ofício do etnólogo, ou como ter anthropological blues”. **Boletim do Museu Nacional**. Nova Série, Rio de Janeiro, Antropologia no. 27, maio de 1978. p. 1-12.

DARON, Vanderléia Laodete Pulga. A construção de sentidos à integralidade da saúde a partir das práxis de mulheres trabalhadoras rurais com enfoque popular e de gênero. In: Brasil. Ministério do Desenvolvimento Agrário (MDA). NEAD Especial/ WOORTMENN, Ellen F., MENACHE, Renata, HEREDIA, Beatriz (org.). **Margarida Alves: Coletânea sobre estudos rurais e gênero**. Brasília: MDA/ IICA, 2006. p. 177-194.

DARNTON, R. **O Grande Massacre de Gatos e outros episódios da história cultural francesa**. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil (com um apêndice sobre a questão dos cronificados). In: TUNDIS, Silvério Almeida, COSTA, Nilson do Rosário (orgs.). **Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. 7ª edição. Petrópolis: Editora Vozes, 2001. p. 171-202.

DURKHEIM, David Émile. **As regras do método sociológico**. Trad. Maria Isaura Pereira de Queiroz – 4ª edição. São Paulo: Nacional, 1966.

_____. **Da divisão do trabalho social**. Trad. Eduardo Brandão. – 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

EVANS-PRITCHAR, E.E. **Bruxaria, oráculos e magia entre os Azande**. Trad. Eduardo Viveiros de Castro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2005.

FERREIRA, Ângela Duarte Damasceno. O rural como categoria sociológica. **Rev. Sociol. Política** Curitiba, 12, jun. 1999, p.147-150.

FERREIRA, Flávia da Rosa e GUTFRIEND, Celso. O uso do álcool na população guarani do Cantagalo: seus significados e sua prevalência. In: SOUZA, Ana Paula Ramos & GUTFRIEND, Celso. **A saúde dos grupos: as representações sociais na saúde coletiva**. Canoas: Ed. ULBRA, 2007. p. 13-36.

FERREIRA, Paulo Rogers da Silva. **Entre elas: afetividade versus complementaridade**. In: BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Agrário (MDA). NEAD Especial/ WOORTMENN, Ellen F., MENACHE, Renata, HEREDIA, Beatriz (org.). Margarida Alves: Coletânea sobre estudos rurais e gênero. Brasília: MDA, IICA, 2006. p. 99-121.

FIGUEIREDO, Betânia Gonçalves. **A arte de curar: cirurgiões, médicos, boticários e curandeiros no século XIX em Minas Gerais**. Rio de Janeiro: Vício de Leitura, 2002.

FIGUEIREDO, Luis Cláudio. **Modos de Subjetivação no Brasil e outros ensaios**. São Paulo: Escuta, 1995.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade I – a vontade de saber**. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J.A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1988.

_____. **Historia de la locura en la epoca clasica**. Trad. Juan Jose Utrilla. Buenos Ayres: FCE, 2004.

_____. **Microfísica do Poder**. Trad. Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

_____. **O nascimento da clínica**. Trad. Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

FREYRE, Gilberto. Casa Grande e Senzala. In: SANTIAGO, Silviano (org.) **Intérpretes do Brasil**. Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 2ª ed., 2002. p. 105- 645.

GARCIA JR., Afrânio. A sociologia rural no Brasil: entre escravos do passado e parceiros do futuro. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 5, no. 10, jul/dez 2003, p.154-189.

GEERTZ, Clifford. **A Interpretação das Culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

_____. **O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa**. Trad. Vera Mello Joscelyne. 4ª ed. Petrópolis: Vozes, 1997.

GODBOUT, J.F., CAILLÉ, A. **O espírito da dádiva**. Trad. Patrice Charles F.X. Wuillaume. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999.

GOFFMAN, Erving. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**.

Trad. Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes. 4ª ed. [reimpr.]. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

_____. **Manicômios, prisões e conventos**. Trad. Dante Moreira Leite. São Paulo: perspectiva, 2007.

_____. Sintomas mentais e ordem pública. In: SÉRVULO A. FIGUEIRA (org): **Sociedade e doença mental**. Rio de Janeiro: Campus, 1978. p.9-18.

GRAZIANO DA SILVA, José. Velhos e novos mitos do rural brasileiro. **Estudos Avançados** 15 (43), 2001, p. 37-50.

HALBWACHS, Maurice. **A memória coletiva**. São Paulo: Vértice, Editora Revista dos Tribunais, 1990.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). IBGE-CIDADES. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/cidades/painel.php?codnum=312400>>. Acesso em: 21 de fevereiro de 2010.

ILLICH, Ivan. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. Trad. José Kosinski de Cavalcante. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

JODELET, Denise. (org.) Representações sociais: um domínio em expansão. In: **As representações sociais**. Trad. Lílían Ulup. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. p.17-44.

_____. **Loucuras e representações sociais**. Trad. Lucy Magalhães. Petrópolis: Vozes, 2005.

KAES, René. Psicanálise e representação social. In: JODELET, Denise. (org.) **As representações sociais**. Trad. Lílían Ulup. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. p.67-90.

LANCETTI, Antonio. **Clínica Peripatética**. São Paulo: HUCITEC, 2008.

LANG, Alice Beatriz da Silva Gordo. A palavra do outro: uso e ética. **Comunicação apresentada no XX Encontro Anual da ANPOCS**. G.T. “História Oral e Memória”. Caxambu, outubro de 1996.

LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J-B. **Dicionário da Psicanálise**. Santos: Martins Fontes Editora, 1970.

LAPLANTINE, François. **Antropologia da doença**. Trad. Valter Lelis Siqueira – 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

_____. **Aprender etnopsiquiatria**. Trad. Ramon Américo Vasques. São Paulo: Brasiliense, 1998.

_____. Antropologia dos sistemas de representação da doença: sobre algumas pesquisas desenvolvidas na França contemporânea reexaminadas à luz de uma experiência brasileira. In: JODELET, Denise. (org.) **As representações sociais**. Trad. Lílían Ulup. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. 241-260.

LAPLANTINE, François e TRINDADE, Lílían. **O que é Imaginário**. São Paulo: Brasiliense, 2003.

LEAL, Vitor Nunes. **Coronelismo, enxada e voto**. São Paulo: Perspectiva, 1974.

LÉVI-STRAUSS, Claude. Introdução à obra de Marcel Mauss. In: MAUSS, Marcel. **Sociologia e antropologia**. Trad. Paulo Neves. São Paulo: Cossac Naify, 2003. p. 11-46.

LOBOSQUE, Ana Marta. **Experiências da Loucura**. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

MALINOWSKI, Bronislaw Kasper. **Argonautas do Pacífico Ocidental: um relato do empreendimento e da aventura dos nativos nos arquipélagos da Nova Guiné melanésia**. Tradução: Anton P. Carr e Lígia Aparecida Cardieri Mendonça – 2ª ed. São Paulo: Abril Cultural, 1978.

MARTINS, José de Souza. **A sociabilidade do homem simples: cotidiano e história na modernidade anômala**. São Paulo: HUCITEC, 2000.

_____. **O poder do atraso. Ensaio de sociologia da história lenta**. São Paulo: HUCITEC, 1994.

MAUSS, Marcel. **Sociologia e antropologia**. Trad. Paulo Neves. São Paulo: Cossac Naify, 2003.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Construção da identidade da antropologia na área de saúde: o caso brasileiro. In: ALVES, Paulo César & RABELO, Miriam Cristina. **Antropologia da Saúde: traçando identidades e explorando fronteiras**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1998.

MOSCOVICI, Serge. Das representações coletivas às representações sociais: elementos para uma história. In: JODELET, Denise. (org.) **As representações sociais**. Trad. Lílian Ulup. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. p.45-66.

_____. Prefácio. In: JODELET, Denise. **Loucuras e representações sociais**. Trad. Lucy Magalhães. Petrópolis: Vozes, 2005. p.11-31.

OLIVEIRA, Elda Rizzo. **O que é medicina popular**. São Paulo: Abril Cultural/Brasiliense, 1985.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa e FURTADO, Juarez Pereira. **Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(5): 1053-1062, mai, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. Trad. Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

PEREIRA, João Frayze. **O que é loucura**. São Paulo: Ed. Brasiliense, 2002.

PEREIRA, William César Castilho. **O adoecer psíquico do subproletariado: Projeto Saúde Mental na comunidade**. Rio de Janeiro: Imago, 2004.

PESAVENTO, Sandra Jatahy. Catarina Come-Gente. In **Imaginário**, n4, p48-58. São Paulo: USP, 1998.

_____. Em Busca de Outra História: Imaginando o Imaginário. in **Revista Brasileira de História**, v15 n29, p9-27. São Paulo, 1995.

PESSOTTI, Isaias. **A loucura e as épocas**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1994.

PORTOCARRERO, Vera. **Arquivos da Loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

PRADO JR. Caio. Formação do Brasil Contemporâneo. In: **Intérpretes do Brasil**, de coordenação de Silviano Santiago, Nova Aguilar Editora, Rio de Janeiro, 2002. p. 1123-1488.

RABELO, Miriam Cristina; ALVES, Paulo César; SOUZA, Iara Maria. **Experiências de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

REGINO, JONAS Alves. **Ações de guerra sem o uso de armas: o Serviço Especial de Saúde Pública no Vale do Rio Doce-MG**. Viçosa: UFV, 2007. 122p. (Dissertação de Mestrado).

RESENDE, Heitor. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, Silvério Almeida, COSTA, Nilson do Rosário (orgs.). **Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. 7ª edição. Petrópolis: Editora Vozes, 2001. p.15-73.

REZENDE, Milton. **De São Sebastião dos Aflitos a Ervália: uma introdução**. Juiz de Fora: Templo, 2006.

ROUDINESCO, Elisabeth, PLON, Michel. **Dicionário de Psicanálise**. Tradução de Vera Ribeiro e Lucy Magalhães. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 1998.

SÁ, Celso Pereira de. **Núcleo central das representações sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996.

- SANTOS, Geralda Fortina. **Representação social do processo saúde/doença na comunidade rural de Airões: Zona da Mata de Minas Gerais**. Viçosa: UFV, 1992. (Dissertação de mestrado).
- SANTOS FILHO, Lycurgo. **Pequena história da medicina brasileira**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1966.
- SCLIAR, Moacyr. **Do mágico ao social – a trajetória da saúde pública**. São Paulo: L&PM, 1987.
- SPERBER, Dan. O estudo antropológico das representações: problemas e perspectivas. In: JODELET, Denise. (org.) **As representações sociais**. Trad. Lílian Ulup. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. p.91-104.
- SOUZA, Iara Maria A. Na trama da doença: uma discussão sobre as redes sociais e doença mental. In Rabelo, Mirian Cristina; ALVES, Paulo César, SOUZA, Iara Maria. **Experiências e Doença e Narrativa**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999. p.89-124.
- SILVA, Vagner Gonçalves da. **O antropólogo e sua magia: trabalho de campo e texto etnográfico nas pesquisas antropológicas sobre religiões afro-brasileiras**. São Paulo: Edusp, 2006.
- SILVEIRA, Nise da. **Terapêutica Ocupacional – teoria e prática**. Rio de Janeiro: Casa das Palmeiras, s/d.
- SINGER, Paul. CAMPOS, Oswaldo. OLIVEIRA, Elizabeth M. **Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1978.
- SISTEMA ÚNICO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNMS. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002.
- STARR, Paul. **La transformación social de la medicina en los Estados Unidos de América**. Trad. Agustín Bárcena. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica, 1991.
- SZASZ, Thomas. **A fabricação da loucura: um estudo comparativo entre a Inquisição e o movimento de saúde mental**. Trad. Dante Moreira Leite. 2ª ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.
- QUEIROZ, Maria Isaura Pereira de. **O campesinato brasileiro: ensaios sobre civilização e grupos rústicos no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1973.
- VEIGA, José Eli da. **Nascimento de outra ruralidade**. Estudos Avançados 20 (57), 2006, p.333-353.
- VELHO, Gilberto. O estudo do comportamento desviante: contribuição da antropologia social. In VELHO, Gilberto (org.): **Desvio e divergência**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1977. p.11-28.

ANEXO A



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS

Campus Universitário - Viçosa, MG - 36570-000 - Telefone: (31) 3899-1269

Of. Ref. Nº 124/2009/Comitê de Ética

Viçosa, 16 de dezembro de 2009.

Prezada Professora:

Cientificamos V. S^a. de que o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, em sua 8^a Reunião de 2009, realizada em 15-12-2009, analisou e aprovou, sob o aspecto ético, o projeto de pesquisa intitulado *Representações de saúde e doença mental no meio rural*.

Atenciosamente,


Professor Gilberto Paixão Rosado
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
Presidente

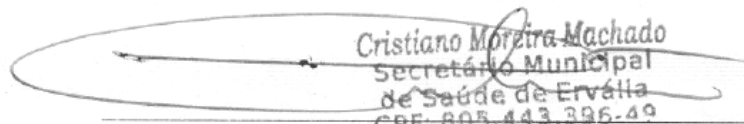
Professora
France Maria Gontijo Coelho
Departamento de Economia Rural

/rhs

TERMO DE CONSENTIMENTO DE PESQUISA

Eu, na qualidade de Secretário Municipal de Saúde de Ervália, MG, autorizo o estudante de mestrado Humberto Barbosa de Freitas a realizar sua pesquisa nas dependências do Núcleo de Apoio Psico-Social (NAPS) dessa cidade, bem como entrevistar funcionários e usuários, além de ter acesso a prontuários ou quaisquer outros materiais de que necessitar para sua pesquisa, registrada junto à Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de Viçosa - UFV, como projeto de número 70252258686.

Ervália, 08 de Dezembro de 2009.


Cristiano Moreira Machado
Secretário Municipal
de Saúde de Ervália
CPF: 605.443.396-49
assinatura e carimbo

ANEXO B

SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
PREFEITURA MUNICIPAL DE ERVÁLIA
NÚCLEO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL CAMINHOS

DATA: .../.../.....

PRONTUÁRIO No :

REFERENCIADO POR:

1) DADOS PESSOAIS

NOME: NASC: / /

SEXO: NATURAL: IDADE: DOCUMENTO:

ESTADO CIVIL: FILHOS: ESCOLARIDADE:

ENDEREÇO: BAIRRO:

MUNICÍPIO: RESPONSÁVEL:

PAI: MÃE:

TELEFONE: CONTATO:

2) QUEIXA PRINCIPAL

“

3) DADOS ATUAIS

4) DADOS DA HISTÓRIA

Infância

Familiar

Profissional

Psiquiátrica

Clínica

5) AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

6) AVALIAÇÃO PSIQUIÁTRICA

7) PRESCRIÇÃO

8) CONTRATO

PRONTUÁRIO: CAPSI

CAPSII

AMBULATÓRIO

AVALIAÇÃO

OCORRÊNCIA: ENCAMINHADO PARA:

9) DIAGNÓSTICO: CID

SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
Prefeitura Municipal De Ervália
Núcleo de Atenção Psicossocial Caminhos

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nº prompt: _____

Nome: _____

1