

MARINA D. CARDOSO

MÉDICOS E CLIENTELA :
SOBRE A ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA À COLETIVIDADE

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Marina D. Cardoso

MÉDICOS E CLIENTELA:
SOBRE A ASSISTÊNCIA PSQUIÁTRICA À COLETIVIDADE

Dissertação de Mestrado apresentada
ao Programa de Pós-Graduação em An-
tropologia Social do Instituto de
Filosofia e Ciências Humanas da Uni-
versidade Estadual de Campinas.

Financiada pela Fundação de Amparo
à Pesquisa do Estado de São Paulo
- FAPESP - sob a orientação do Prof.
Dr. Peter Henry Fry.

Campinas / 1986

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL

Os antropólogos têm como tradição darem o testemunho da sua experiência pessoal na elaboração do trabalho etnográfico. Desse testemunho Malinowski e seu indiscreto diário são os precursores, acrescido das contribuições posteriores dos antropólogos dilacerados entre o desespero e o insuspeito da situação e, particularmente, destacando como experiência profissional se confunde com a própria experiência do pesquisador. Não pretendo dar esse testemunho, nem discutir as questões metodológicas presentes, sem dúvida relevantes, mas apenas uma página intimista. Esta dissertação tem uma longa história, que, ao se constituir em um projeto intelectual e profissional, se confundiu com a minha história pessoal. Dela fizeram parte muitas pessoas, que participaram de diferentes formas, e é a elas que agora agradeço e oferto meu trabalho. Algumas já distantes, outras ainda perto, mas que saberão se reconhecerem no(s) momento(s) que atravessaram essa história.

Pela sempre presença criadora e inquiridora na elaboração e condução desta dissertação, meus especiais agradecimentos ao Prof. Peter Fry, que a orientou.

À Ana e ao Sérgio pelo trabalho e apoio preciosos.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo pela concessão da bolsa de mestrado que permitiu o seu desenvolvimento.

"Tudo o esforço para compreender destrói o objeto pelo qual nos tínhamos interessado, em proveito de um objeto de natureza diversa; exige de nossa parte um novo esforço que o elimina, em proveito de um terceiro, e assim por diante até que tenhamos acesso à única presença duradoira que é aquela em que se desvanece a distinção entre o sentido e a ausência de sentido: a mesma donde partíramos".

(Claude Lévi-Strauss - *Tristes Trópicos*).

Partindo da constatação empírica de um elevado número de casos clínicos diagnosticados como "doença mental" e de um alto consumo de medicamentos psicotrópicos por parte da população de um município do Estado de Minas Gerais, esta dissertação procura, através da observação do modo como é elaborado o diagnóstico da "doença mental" na prática médica local, abordar a problemática da assistência psiquiátrica na atualidade sob um ponto fundamental, qual seja, a sua extensão como atendimento médico terapêutico à coletividade.

Para tanto, inicia com o relato de um dia de consulta médica no Centro de Saúde municipal, a partir do qual, contextualizando a reestruturação do modelo assistencial público que pre^{re} dispõe as condições político-institucionais para o tratamento ambulatorial dos quadros clínicos da "doença mental", confrontar dois discursos sobre a etiologia e a terapêutica das enfermidades: o discurso psicopatológico dos médicos locais e o discurso sobre o "nervoso" dos pacientes, a partir dos quais o diagnóstico da "doença mental" é elaborado e a terapêutica medicamentosa prescrita.

Procura observar desse modo, "pari passu" a reformulação do modelo psiquiátrico, o exercício da prática médica com a integração da sintomatologia e terapêutica psiquiátrica ao seu campo assistencial de um lado e, de outro, a própria modificação da experiência social do tratamento terapêutico dos pacientes que passam a ser integrados ao atendimento prestado.

Í N D I C E

PARTE I	- DIA 10 DE SETEMBRO DE 1982.. CONSULTÓRIO ME	
	DICO	01
1.1	- Do controle intra-hospitalar à pre venção comunitária da "doença men- tal"	22
1.2	- Dispositivo de consulta : médico versus paciente? Sobre a pesquisa	35
1.3	- Migração e urbanização como con- texto etnográfico	51
PARTE II	- PRÁTICA MÉDICA: ELABORAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DA "DOENÇA MENTAL".....	67
11.1	- O lugar da relação médico-paciente na produção da "doença mental" ...	87
11.2	- Consulta: a elaboração do diagnós- tico	99
11.3	- Terapêutica: a eficácia medicamen- tosa	107
11.4	- Diagnóstico: racionalismo ou repre- sentações ?	111
11.5	- Em direção a um discurso sobre o social	117

PARTE III - CLIENTELA: REPRESENTAÇÕES SOBRE A "DOENÇA DOS NERVOS"	140
III.1 - Por onde a doença aparece como uma reflexão sobre a relação indivíduo -sociedade-trabalho	165
III.2 - Corpo e doença: representações e práticas terapêuticas populares..	179
III.3 - Tratamento médico: da legitimida- de à manipulação	192
III.4 - "Doença dos Nervos" e "Doença da Cabeça": categorias distintivas..	202
III.5 - O desregramento da razão e o con- trole terapêutico	234
CONCLUSÃO	259
BIBLIOGRAFIA E DOCUMENTOS CITADOS	264

PARTE I - DIA 10 DE SETEMBRO DE 1982. CONSULTÓRIO MÉDICO

1.1 - Do controle intra-hospitalar à prevenção comunitária da "doença mental" ...	22
1.2 - Dispositivo de consulta: médico versus paciente? Sobre a pesquisa	35
1.3 - Migração e urbanização como contexto etnográfico	51

I - DIA 10 DE SETEMBRO DE 1982 - CONSUTÓRIO MÉDICO

9:30 da manhã. Centro de Saúde. Itamarandiba, MG. O médico chega ao consultório ambulatorial para atender a clientela que o aguarda na ante-sala do Centro portando as "guias de consulta" marcadas para o dia. A auxiliar de saúde chama a primeira paciente a ser atendida que, entra na sala reservada às consultas e senta-se na cadeira posta do lado esquerdo da mesa do médico.

1ª consulta - Médico: *Que que foi?*

Paciente (mulher): *meu problema é ... na base de uns quatro dias, não como comida de sal, café direto. Tem hora que eu tô calma e agora é o estado de nervo mesmo que passa. Num tenho apetite não. Sinto o estômago vazio, vômito seco. Passando só com café.*

Médico: *Você já foi operada ...*

Paciente: *Do útero, tava com 18 anos. Deu inflamação no útero, num podia ter mais filho. Na época andava de gatinhas, num aguentava o peso do corpo. E tô sentindo também doutor dor de cabeça e a menstruação num vem de jeito nenhum ...*

Médico: *E em casa, como vão as coisas?*

Paciente: *Muita contrariedade, trabalhando demais, acho que deve ser isso. Sinto dor no estômago mas acho que é café e cigarro. Fumo demais! E cigarro de palha. Esse dia a dor tava parecendo que dava um nó, igual eu tivesse filho. Quis esconder, mas num deu jeito não. Falei, vou consultar o doutor.*

Médico: *E o corrimento?*

Paciente: *Corrimento demais! Grosso, a-
quele cheiro ruim de urina que
sô o senhor vendo, um mal chei-
ro terrível, igual carniça ...
triste mesmo! Onte mesmo eu ta-
va com uma dor desse lado aqui,
dando umas pontada.*

Médico (a mim): *Neurótica! Criou neurose
em cima da ligação de trompas.
Num podia ter filho e marido
pressiona, dá nisso. Muita in-
satisfação,*

O médico pede à paciente que se deite na mesa clínica e ini-
cia o exame físico: *apalpação, ausculta cardíaca, ausculta
pulmonar e pressão, ao qual são submetidos todos os pacien-
tes para a observação dos sintomas clínicos e controle de de-
terminadas doenças como chagas, tuberculose e hipertensão ar-
terial.*

Terminado o exame, o médico avia receita de medicamento psi-
cotrópico.

A paciente sai. Entra a segunda paciente.

2ª consulta - Paciente (mulher) sentando-se: *Comprimido
acabou seu doutor! Tem duas
noite que num durmo direito e
a gente fica com medo ...*

Médico: *E o juízo?*

Paciente: *O juízo tá bom, graças a Deus!
Tô comendo bem. Num tô ... o
remédio acabou e fico preocupa-
da em não dormir de noite e vor
tã as coisas da cabeça, do ner-
voso.*

(O médico me informa que ela já esteve inter-
nada para tratamento psiquiátrico).

Médico: *Não é o S ...? (a mim): Tá com medo
de enfraquecer a cabeça, fica bem
mal.*

Paciente: *Fico com medo de vortã pra lá. Tive que ir pra Belo Horizonte, me mandaram pra Barbacena. Ganhei muito remédio, graças a Deus e curei! Uma doídaria lá! Tudo gente doida, uma brigaia-da, em tempo de matar a gente. Mas muito bom. Trato muito bom. Me levaram no ônibus; a moça lá falou assim: vai com Deus! Eu falei de vorta: fica com Deus! Mas também o resto é gente tudo doida ... Cê ouviu seu doutor, morreu o rapaz. Quase morri de chorar. O Miguelzinho, a mãe dele é minha cunhada. Pois num é que ele se matou. Anteontem morreu o irmão dele e agora isso. Perder dois filho de um dia para outro. Tris-teza, doutor!*

Enquanto a paciente fala, o médico pede para que ela se deite na mesa clínica e inicia o exame físico. Terminado o mesmo, avia a receita de medicamento psicotrôpico.

Paciente: *Toma os dois, né? (a mim): o de manhã é prá cabeça fraca, e tem o de de noite, prá dormir.*

Sai, entra a terceira paciente que se senta.

3ª consulta - Médico: *O que a senhora tem?*

Paciente: (mulher): *Os pé tá inflamado e tem também uma dor de cabeça, dói no corpo e farta de vontade. E dor viu ... tudo me dói, um calorão dentro e o reumatismo ataca. Dinheiro num tenho prá comprã remédio. Fiz consulta com Dr. ... é de hoje que eu tenho sofrido, arriei, vontade de só ficar deitada e eu num gosto de deitã não. Tem um caroço aqui, que era prá operar lá em Belo Horizonte, mas fiquei com medo de morrer lá. Num deixei não.*

O médico levanta, a paciente deita na mesa

para o exame clínico. Terminado o exame, o médico avia receita de medicamento psicotrópico.

4ª consulta - Paciente: Criança levada pela mãe. Realizando o exame o médico diagnóstica gastroenterite e manda internar a criança no hospital local.

5ª consulta - Paciente: Criança levada pela mãe. Após o exame o médico manda interná-la no hospital. Diagnóstico: gastroenterite.

6ª consulta - Paciente: Criança acompanhada pela mãe. Controle de insuficiência cardíaca.

7ª consulta - Paciente (mulher): *Peguei gripe. Dor de garganta, tá tudo doendo aqui e dor de cabeça, muita dor de cabeça.*

Médico: *Não tá sentindo mais nada?*

Paciente: *E uma dor no pescoço. Queria atestado prá levar ...*

O médico faz um rápido exame clínico e avia receita de medicamento.

8ª consulta - Paciente: Criança acompanhada pela mãe. Controle médico. Paralisia dos membros inferiores.

Durante a consulta a Auxiliar de Saúde entra e pede o aviamento de uma receita para uma paciente sob controle psiquiátrico ambulatorial que o filho veio pegar.

Terminado o exame da criança entre a próxima paciente, sentando-se na cadeira ao lado da mesa do médico.

9ª consulta - Paciente (mulher): Tô passando mal, doutor, coceira demais na cabeça, dor no peito, no coração sem vontade de comer, sem dormir ... Tem verme, porque eu sinto dor na barriga. Mais é uma coceira esquisita. tô esquecida, dá zoeira, tô até com vergonha de falar, num tô falando direito. Aquela friagem na cabeça, purgação no ouvido, qual uma pereba na cabeça, coço, aquela dor danada da lasca, quase prá arrancar o casco da cabeça de tanto coçar e tem hora que dá aquele calor esquisito. Tem hora que sinto um calorão que parece que vem da cabeça, aquela coisa esquisita e essa coceira. Tô esquecida, Dr.... esquecida demais! Medo de perder o juízo. (o médico me informa que o pai dela e um tio tinham se suicidado). Aquela contrariedade! Eu que faltou pouco tivesse tomado remédio prá morrer. Tenho fé em Deus que eu não vou ficar com isso não. É fraqueza mesmo da cabeça. Doía tanto ontem de noite que até pulava pra cima. Muita coisa esquisita, uma dor na boca do estômago que passou prá barriga e dói tudo agora, nos peito, aqui do lado do coração ...

Médico (a mim): É mãe de doze filhos, tá com medo do marido largar dela.

Paciente: Vivo doente, num custa dele gostar de outra e desprezar eu e eu viro e falo que sou nervosa demais, doente e ele tem medo, que o corpo num dá mais. Tenho urina solta, urino a noite toda e minha filha também ...

Médico (a mim): As queixas da mãe são geralmente assimiladas pela filha.

Paciente: É nervosa, tadinha!

Médico (a mim): É conflito no ambiente, passa a apresentar o comportamento da mãe.

O médico passa a realizar o exame clínico e receita medicamento psicotrópico. Paciente sai.

Médico (a mim): *Esses casos são mais difíceis que os psicóticos. Entra problema financeiro, desajuste familiar, trauma de infância, problema afetivo, relacionamento familiar, uma série de coisas que estão por trás. O psicótico reage ao tratamento, esses não. Problema sério de ajustamento familiar.*

Entra o próximo paciente.

10ª consulta - Paciente: Criança levada pela mãe. Exame clínico indica provável gastroenterite. O médico manda interná-la no hospital.

11ª consulta - Paciente: Criança levada pela mãe. Exame clínico indica provável gastroenterite. O médico manda interná-la no hospital.

12ª consulta - Paciente (mulher)

Médico (a mim quando a paciente entra):
Essa aí tem gastrite nervosa. Que você tá sentindo?

Paciente: *Dor de cabeça demais... a dor piora quando tomo leite, como carne... de porco, piora quando como. Uma dor no estômago....*

Médico: *Você está nervosa.*

Paciente: *Sou nervosa demais.*

Médico: *Tem que procurar controlar os nervos, aceitar mais as coisas. Você tá incomodada ou perturba da com alguma coisa que tá acontecendo?*

Paciente: *Não, num tem nada não. Queria pedir pro senhor me arranjar*

um atestado, prá levar pro meu marido. Começou a trabalhar agora. Atestado prá ele levar lá, que faltou que tava tomando conta de mim.

O médico faz o exame clínico e avia receita de medicamento psicotrópico. Paciente sai.

Médico (a mim): Tem uma dor de estômago que não melhora com nada. É problema interno, familiar, que somatiza.

Entra o próximo paciente.

13ª consulta - Paciente: (homem): *Tô com uma dor que tem hora que nem respirar eu guento. Dói contínuo a cinco dias. Num tô conseguindo trabalhar não, acho que foi mal jeito. Queria ver se o senhor dava um atestado.*

O médico pergunta sobre a localização da dor e inicia o exame físico. Terminado o mesmo receita para o paciente medicamento psicotrópico.

14ª consulta - Paciente (mulher): *Uma tosse, apertada de noite e de manhã.*

O médico faz o exame clínico e diagnostica provável alergia, aviando receita de medicamento antialérgico.

15ª consulta - Paciente (homem): *Caroço aqui na perna.*

Médico: Tá com febre?

Paciente: Calor passageiro, febre não. Tem 12 dias, tá é latejando, ferroando.

Médico: Você trabalha com o que?

Paciente: De pedreiro, carregando peso. Deve ser isso.

Feito o exame clínico, o médico receita medicamento anti-inflamatório.

16^a consulta - Paciente: Criança levada pela mãe. O exame clínico indica gastroenterite e o médico solicita a sua internação hospitalar.

17^a consulta - Paciente (homem): *Tô mexendo com esgoto, deu dor de cabeça ontem e hoje tontura e dor de cabeça de novo. Dor no peito, vontade de vomitar. Acho que a pressão tá alta.*

Feito o exame clínico, o médico receita medicamento psicotrópico. O paciente pede atestado ao médico, que o concede. Entra a última paciente.

18^a consulta - Paciente (mulher): O médico levanta a entrada da paciente e passa a observar o peito desta que está inflamado. Diagnóstico: escabiose infectada. Durante o exame a paciente queixa-se de dores peitorais, insônia, coceira, "pancadas na cabeça", "afogueamento".

Terminado o exame, o médico avia receita de pomada anti-inflamatória e medicamento psicotrópico.

Fim das consultas do dia.

Como fragmento de um caderno de campo, ele próprio fragmentado por consistir em anotações feitas durante o período de observação das consultas médicas no Centro de Saúde do município de Itamarandiba, Nordeste de Minas Gerais, o relato do dia de atendimento médico apresentado é, entretanto, elucidativo das orientações desta dissertação que o toma como tema central para o seu desenvolvimento. Observa-se, por

exemplo que, das 18 consultas relatadas, em 8 delas aos pacientes foram receitados medicamentos psicotrópicos, sendo que, em algumas dessas consultas, os quadros clínicos apresentados pelos pacientes foram explicitamente associados pelo médico a categorias nosológicas psiquiátricas referentes ao diagnóstico da "doença mental". O fato do médico dirigir as suas observações e comentários sobre os quadros clínicos dos seus pacientes a mim, como observadora das consultas que estavam sendo realizadas, não modifica substancialmente o modo como essas se processam, a não ser revelando a "situação" particular de pesquisa na qual foi transformado o consultório médico ambulatorial, com o próprio médico expondo para o pesquisador os quadros sintomatológicos que ele associa com algum tipo de manifestação psicopatológica. Desse modo, se o relato das consultas apresentado tem por objetivo oferecer uma descrição, a mais próxima possível, do modo como elas se processam no consultório, alteradas e mediatizadas que estão pela presença de um observador-relator, o faz dentro de uma "situação de pesquisa" que, ao procurar elucidar o modo como é elaborado o diagnóstico da "doença-mental" na prática médica local, utiliza tanto os depoimentos dos pacientes quanto os comentários feitos pelo médico sobre o caráter das enfermidades que os mesmos apresentam como elementos fundamentais para a compreensão do processo de medicalização da clientela por psicotrópicos, ponto de partida desta dissertação. Deixando por enquanto, as implicações metodológicas desse tipo de pesquisa, a qual retomaremos oportunamente no item 3 desta parte da dissertação, como exemplo do

alcance desse processo, a tabela anexa na página 127 do total de consultas observadas durante o período de uma semana no mesmo local, especifica que dentre 85 pacientes consultados (45 mulheres, 26 crianças, 14 homens) a 49 deles (43 mulheres e 6 homens) foram receitados medicamentos psicotrópicos. Destes, 21 apresentavam outras patologias de natureza orgânica identificadas no exame clínico: doenças carenciais, parasitárias e infecciosas. Por esses dados, o uso de medicamentos psicotrópicos, ao qual se encontra associado o diagnóstico da "doença mental" ou a presença de algum elemento considerado pelo médico como de natureza psíquica na caracterização etiológica dos sintomas que o paciente apresenta, foi indicado a 56% da clientela consultada e relacionada na tabela. Quando se observa ainda a composição dessa clientela a qual apresenta uma alta taxa de consulentes crianças (35%), esse percentual tende a se elevar englobando a quase totalidade dos pacientes adultos, homens e mulheres, tomados em conjunto.

De dados como esses, relativos ao diagnóstico da "doença mental" e ao consumo de medicamentos psicotrópicos em larga escala por parte da clientela médica local (como poder-se-á observar também por outros dados a serem citados no início da II parte), partiu de fato essa dissertação como proposta de pesquisa que, ao pretender investigar sobre o processo social subjacente à conformação desses dados, estabeleceu analítica e metodologicamente, como eixo central para tal, a situação de consulta médica relatada que os dispõe. Desse modo, tomados inicialmente como elementos indica-

dores de uma outra coisa, a qual era necessário investigar, os dados tornaram-se os elementos demonstrativos do próprio modo como são produzidos, qual seja, a partir da relação estabelecida entre o médico e o paciente no exercício do ato clínico. A aparente imediatez dessa formulação subentende, entretanto, todo o processo político-institucional que passa a dispor o consultório médico ambulatorial como local de tratamento psiquiátrico público de um lado e, de outro, a experiência concreta do exercício da prática terapêutica médica confrontada com a de uma clientela recentemente integrada ao atendimento assistencial. Pois, são justamente em relação a esses fatores, que os dados anteriormente assinalados e a própria situação de consulta como "objeto" e "lugar" de pesquisa, passam a ganhar relevância analítica e podem ser criticamente avaliados em relação os objetivos dessa dissertação.

Com efeito, a constatação empírica de um procedimento sistemático de diagnose e tratamento médico local de "doenças mentais", suscitava questões que ultrapassavam a mera colocação em causa de uma "evidência estatística" para configurar uma "situação de pesquisa", que sugeria aproximações ou dava margem a correlações com dois outros processos concomitantes, observados na mesma área geográfica: a extensão do serviço médico-psiquiátrico à comunidade local em decorrência da reestruturação do modelo assistencial público e a migração para o centro urbano do município de grande parte da população rural, ocasionada por mudanças na estrutura social da produção.

Dentro desse contexto, uma primeira correla

ção se impunha: o fato desses dois processos possibilitarem o acesso regular ao atendimento médico, deficitário anteriormente pela carência de uma estrutura para sua prestação e dificultado pela distância e relativo isolamento no qual essa população, em sua maior parte pequenos produtores agrícolas pauperizados, habitava.

Basear entretanto, essa correlação no argumento segundo o qual seria a extensão dos serviços assistenciais e, conseqüentemente, a maior acessibilidade da população ao atendimento prestado, que propiciava a abrangência e o crescimento do diagnóstico da "doença mental", o pressuposto clássico de uma pretendida relação entre a extensão dos serviços de saúde e a sua adequação a uma demanda pré-existente a ser finalmente revelada e atendida, antes colocava outros problemas do que propriamente os esclarecia.

Primeiramente, a extensão da assistência psiquiátrica à coletividade não é mera conseqüência de um processo linear de incorporação progressiva dos diversos setores populacionais ao atendimento público prestado. Também implicou uma reformulação do próprio modo como essa assistência passou a ser concebida e operacionalizada pelas políticas de saúde pública no setor. Desse modo, para que fosse possível a emergência da diagnose e terapêutica clínica da "doença mental", tal como foi relatada na sua ocorrência no consultório médico ambulatorial, foi necessário toda uma remodelação do modelo assistencial psiquiátrico de tratamento. Com o "descentramento" da assistência prestada nas instituições asilares, que até então detinham o seu controle, para a sua incorporação à rede básica oficial de cuidados médicos

e previdenciários à coletividade, que são dadas as condições institucionais para o tratamento ambulatorial dos casos de "doença mental" a serem reconhecidos e medicados terapêuticamente.

Do mesmo modo, essa remodelação do modelo assistencial também não se reduz a uma reforma de caráter puramente administrativo. Modificando-se a forma como a assistência psiquiátrica pública é prestada, paralelamente está sendo modificado o próprio campo da sua prática, tanto institucional quanto técnico-terapêutica. Modificações simultâneas que dizem respeito portanto, a uma mudança no campo do conhecimento e da intervenção psiquiátrica e se referem aos processos sociais e institucionais que as possibilitam.

Com o avanço técnico e científico na produção dos medicamentos químicos que controlam as manifestações sintomáticas da "doença mental" e a introdução das terapias psicológicas ao seu quadro assistencial, atualmente a psiquiatria tende a uma modificação das suas práticas internas e de seus mecanismos de regulação institucional, particularmente ao transpor e remodelar o campo terapêutico concebido pelo dispositivo da inter-relação, próprio ao processo psicanalítico, na estrutura asilar (1). Procura-se assim, promover, dentro de uma ótica pretendidamente mais humanista e progressista de tratamento, a reforma das instituições manicomiais,

(1) Para uma melhor caracterização a análise desse processo e suas implicações no atendimento terapêutico ver BIRMAN, Joel - "Demanda psiquiátrica e saber psicanalítico" in FIGUEIRA, Sêrvulo (org.) - *Sociedade e doença mental*. Rio de Janeiro, Campus, 1978.

classicamente identificadas com o exercício da prática psiquiátrica.

Como parte desse processo de reformas institucionais, paralelamente a assistência psiquiátrica passa a ser integrada, pelas políticas de saúde pública no setor, ao sistema de prestação de serviços médicos e previdenciários à coletividade, como atendimento terapêutico-preventivo a ser realizado de forma extensiva nos ambulatórios e centros de saúde.

Por um lado, se o alto índice de prevalência assim como a inoperância da estrutura asilar estão na base dessa remodelação do modelo assistencial psiquiátrico público (e nesse sentido visa a uma adequação entre a forma de prestação de serviço e a "demanda avaliada") por outro, subjacente tanto a inovação da prática terapêutica quanto a extensão do atendimento prestado, encontra-se a formulação de uma dimensão "psicossocial" na caracterização etiológica das "doenças mentais" que, ao orientar as diretrizes ministeriais para uma "Política de Saúde Mental", passa a postular "doença mental" como modalidade preventiva que requer o controle terapêutico dos indivíduos e das relações interpessoais, percebidas como fonte de tensões e problemas que estariam na origem dos distúrbios psíquicos.

Problematizando dessa maneira, a relação entre "doença mental" e sociedade, a extensão do modelo institucional modificado para as inter-relações que se processam no todo social, passa a ganhar relevância fundamental no campo da assistência psiquiátrica. Dentro desse contexto, o

consultório médico ambulatorial aparece mesmo como um dos lugares privilegiados para uma estratégia de prevenção e controle terapêutico dos casos de "doença mental", a ser realizada sob dois pontos principais: o da promoção da identicação de distúrbios psíquicos em pacientes com doenças orgânicas e o controle medicamentoso propriamente dito dos pacientes já sob tratamento, que passa a ser realizado no consultório ambulatorial em lugar do esquema clássico de internação hospitalar. Por essa via, integra-se a psiquiatria no conjunto das reformas e alterações nos aparelhos estatais que prestam serviços de saúde, procurando-se uma nova rearticulação entre a assistência psiquiátrica e a experiência clínica para a formação de um *modelo* assistencial cujo centro é a comunidade e cuja expressão é consubstancializada na situação de consulta médica relatada.

De fato, é dentro da reorganização geral dos serviços de saúde para prestação de assistência médica à população, em consonância com os princípios que orientam na atualidade a proposta da "medicina comunitária", que o atendimento psiquiátrico passa a ser integrado à clínica médica, fornecendo-lhe, simultaneamente, novos critérios para a percepção e o tratamento das enfermidades. Particularmente, com a incorporação pela medicina, ao campo do seu saber e da sua prática, do postulado das causalidades psico-sociais na estrutura etiológica das enfermidades, pela problematização do normal e do patológico como "exterioridade" localizada nas

inter-relações (2).

Com efeito, com a reorientação do espaço de intervenção médica, voltado para a "promoção integrada da saúde" à comunidade, os processos adaptativos dos indivíduos ao seu meio ambiente passam a ganhar relevância fundamental no campo assistencial médico, que tenderia a superar as deficiências até então presentes no seu exercício parcializado e setorizado, ao considerar, simultaneamente, os aspectos orgânicos e psicossociais da etiologia mórbida em uma ação curativa que, ao centrar-se no indivíduo, teria efeitos coletivos de atenção à saúde.

Com a operacionalização conjunta da prevenção e da terapêutica, que o modelo assistencial dispõe, deslocar-se para o consultório médico ambulatorial o lugar da sua realização simultânea. Dirige-se, dessa forma, não apenas para uma reorganização das instituições que prestam serviços de saúde, como também para uma reformulação dos próprios elementos internos à prática médica, que passa a incorporar o dispositivo psiquiátrico modificado para o processo de elaboração do diagnóstico e tratamento terapêutico. De um certo modo, o uso e a extensão dos recursos psiquiátricos à clínica médica apontam mesmo para uma modificação do próprio campo terapêutico como um todo, que tende a se unificar pela a-

(2) Para uma excelente análise dos princípios teóricos que norteiam a articulação entre os saberes médicos e psiquiátricos sob esse ponto, o postulado das causalidades psicossociais na estrutura etiológica das enfermidades ver BIRMAN, Joel - *Enfermidade e loucura - sobre a medicina das inter-relações*, Rio de Janeiro, Campus, 1980, ao qual retomaremos oportunamente no item I da II parte.

proximação conceitual entre "doença mental" e "doença orgânica" e, a se ampliar, pela incorporação do conjunto das manifestações sintomáticas a essa área de intervenção preventivo-terapêutica que, ao extrapolar os princípios médico-organicistas da percepção e do tratamento das enfermidades, dirige-se para a observação dos aspectos psicossociais que estariam na base da sua constituição. (3)

Frente à configuração que historicamente o exercício da prática psiquiátrica assumiu, essa reformulação do modelo assistencial torna-se duplamente problemática ao reenviar, simultaneamente, ao estabelecimento de novas formas operacionais, que tendem a modificar e a ampliar o campo de intervenção terapêutica, assim como, a operar uma transformação das representações e práticas que constituem a experiência social frente à "loucura" e às enfermidades, ao instaurar outras normas perceptivas e cognitivas, que orientam o reconhecimento dos casos clínicos a serem sujeitos a essa esfera de tratamento.

Como parte de uma reflexão político-filosófica sobre a instauração dos mecanismos de poder na moderna sociedade industrial, os estudos centrados na análise histó-

(3) BIRMAN, J. *Op. cit.*

rica e na prática institucionalizada da psiquiatria (4), têm sob esse aspecto tornado particularmente relevante a dimensão política de controle e coersão social contida no seu projeto e estabelecimento como agência terapêutica. Dentro dessa abordagem, a formação institucional da psiquiatria aparece intrinsecamente articulada ao projeto moral, ético e político da estruturação da sociedade capitalista.

Com o "grande internamento" ocorrido entre os séculos XVII e XVIII, dentro de um amplo processo de ordenação do espaço social caracterizado pela sua extensa medicalização que, a "loucura", percebida através da "condenação ética da ociosidade e numa imanência social garantida pela comunidade do trabalho"(5), torna-se objeto de uma intervenção médica e passa a ser incluída no registro das enfermidades. Exige-se, por conseguinte, um tipo específico de prática médica, que dá origem à psiquiatria.

(4) Dentre os mais importantes, FOUCAULT, Michel - *História da loucura na cidade clássica* - São Paulo, Perspectiva, 1978; CASTELS, Robert - *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*, Rio de Janeiro, Graal, 1978 e BIRMAN, Joel - *A psiquiatria como discurso da moralidade*, Rio de Janeiro, Graal, 1978. Com referência à constituição da Psiquiatria no Brasil, MACHADO, Roberto (et alli) - *Danção da Norma - medicina Social e constituição da psiquiatria no Brasil*, Rio de Janeiro, Graal, 1978; MEDEIROS, Tarcito Augusto - *Formação do modelo assistencial psiquiátrico no Brasil*, U.F.R.J. - Instituto de Psiquiatria, Rio de Janeiro, 1977 (n.p.); e COSTA, Jurandir Freire - *História da psiquiatria no Brasil*, Rio de Janeiro, Graal, 1980, para uma análise de formação da Liga Brasileira de Higiene Mental já durante a década de 30.

(5) FOUCAULT, M. *Op. cit.* p. 73.

Concernendo à uma concepção da "loucura" como um "desvio" da conduta, afeta aos "excessos passionais", a psiquiatria define-se nesse campo inaugural como tratamento de caráter moral destinado a recuperar os indivíduos desviantes das normas estabelecidas ou em processo de consolidação. Correlaciona-se, por um lado, às práticas segregatórias próprias ao aparato judiciário (6) e, por outro, coloca-se como *prática normatizadora* de determinados campos de relações aos quais vão se *adequar* uma problematização a respeito do comportamento normal e do comportamento patológico, tal como o comportamento desviante passa a ser concebido (7).

Dentro desse processo, o asilo manicomial foi ao mesmo tempo condição do seu surgimento como campo de conhecimento e local do exercício da sua prática terapêutica. Como lugar de reclusão dos "loucos", tornou-se também o lugar das experimentações terapêuticas. Procurando circunscrever medicamente as formas de manifestação da "loucura" a uma terapêutica etiológica de base orgânica, sempre recuada, adequou-se a uma série de medidas repressivas e coersitivas destinadas à "recuperação moral" dos "doentes mentais" pela sua sujeição pessoal aos mecanismos internos de poder que regulam e subentendem toda a prática institucional, em uma estrut

(6) FOUCAULT, M. *Op. cit.*

(7) BIRMAN, J. *Op. cit.*

tura funcional que manteve-se praticamente inalterada durante os anos (8).

Com a introdução de novos recursos terapêuticos à prática hospitalar, promove-se a crítica ao asilo, pela implantação de uma série de reformas na estrutura institucional, das quais a extensão da assistência psiquiátrica, como atendimento ambulatorial, foi uma consequência possível e necessária dentro do quadro atual da composição das instituições que prestam serviços de saúde pública. O princípio de uma *psiquiatria comunitária* assume neste contexto importância fundamental. Trata-se de realizar o movimento histórico inverso: com a crítica ao asilo, a psiquiatria promove-se como serviço público ambulatorial e integra-se, por essa via, às ações médicas de caráter comunitário, fornecendo-lhes o instrumental teórico-prático necessário ao atendimento clínico a ser realizado. Desse modo, o caráter aparentemente revolucionário que marcou as primeiras reformas nas instituições asilares (9), passou a representar a possibilidade de atualização em grande escala, das orientações já contidas no projeto psiquiátrico, ao retomar, sob outras bases,

(8) Para uma análise sobre a prática institucional asilar avaliada em relação à sua estrutura funcional e mecanismos internos de prestação de serviço e tratamento terapêutico, que demonstra bem esse aspecto, ver GOFFMAN, Erving - *Manicônios, prisões e conventos*, São Paulo, Perspectiva, 1974.

(9) Genericamente identificadas com o "movimento da antipsiquiatria". Para uma leitura dos seus mais expressivos expoentes, ver a coletânea organizada por CONTI, Laura - *La otra locura - mapa antológico de la psiquiatria alternativa*, Barcelona, Tusquets Editor, Cuadernos Infimos - 76, 1976.

o discurso originário da sua constituição que tendia a conceber a origem dos distúrbios psíquicos como de natureza eminentemente moral (10). Portanto, referente ao plano ou ao modo como se processam as inter-relações e o comportamento social, ao qual vai se adequar uma *estratégia de medicalização* pela sua inclusão à rede básica de cuidados médicos. Como observa Birman, "o dispositivo das inter-relações pessoais, constituído no asilo do século XIX, foi reatualizado no campo histórico atual, num outro código de significação possibilitado pelo discurso psicanalítico e outros discursos psicológicos, ampliado nas suas finalidades de controle social e, principalmente estendido de modo ativo para outros espaços sociais que ficaram protegidos da primeira ofensiva histórica psiquiátrica" (11).

Como será dentro do contexto da reestruturação dos serviços assistenciais públicos que a reformulação do modelo psiquiátrico passa a ser implementada e operacionalizada, observemos como se constitui esse processo, pela análise das orientações das políticas de saúde pública no setor. Principalmente, porque será através dessa estrutura organizacional e das orientações políticas e técnicas que

(10) Basaglia já salientava sobre esse aspecto, que as reformas nas instituições asilares passaram a representar mais uma adequação modernizadora ao tratamento, procurando a sua maior eficácia, do que propriamente um questionamento radical das mesmas que, com outros meios, mantiveram a mesma estrutura funcional. Sobre esse aspecto ver a coletânea organizada depois de sua morte: BASAGLIA, Franco - *A instituição negada*, Rio de Janeiro, Graal, 1985.

(11) BIRMAN, Joel - *Op. cit.*, p. 74.

ela estabelece para o atendimento psiquiátrico da população, que passarão a ocorrer as transformações no caráter da assistência médica prestada.

I.1 - DO CONTROLE INTRA-HOSPITALAR À PREVENÇÃO COMUNITÁRIA DA "DOENÇA MENTAL"

Durante as últimas décadas, a considerável expansão dos serviços médicos, notadamente o alto grau de tecnificação e sofisticação que os mesmos passaram a apresentar, assim como a progressiva generalização do seu consumo como um dos sustentáculos das políticas estatais desenvolvidas no pós-guerra, estão na base das reformas institucionais do setor saúde articuladas sob um ponto fundamental: a demanda assistencial.

Os custos assistenciais crescentes em decorrência da inversão tecnológica e da formação profissional especializada, problematizados em relação à disponibilidade dos recursos e a demanda pelo consumo, colocarão o Estado como o agente privilegiado dessas reformas. Por um lado, participará estreitamente da produção dos serviços médicos criando mecanismos financeiros e gerenciais articulados ao exercício privado da medicina; por outro, ampliará o consumo através da formulação dos programas de extensão de cobertura desses serviços, manifestando o lugar político que a "promoção da saúde" assume na atualidade como meio de normatização

e controle da vida social e como parte do processo de regulamentação pública das relações de trabalho (12).

Sob. esse aspecto, como resposta à inadequação da prática médica para atender a demanda assistencial da coletividade, expressa no princípio do direito à saúde e na sua significação para o processo de desenvolvimento social, a estrutura organizacional estatal de prestação de serviços médicos modificou os seus instrumentos e as suas instituições. Por essa via procurou uma rearticulação no conjunto das suas agências para a formação de um modelo assistencial comunitário (13).

Formulando a necessidade de uma "Política Nacional de Saúde", dentro do quadro da reorganização administrativa e da redefinição da forma de atuação governamental no setor da saúde pública e previdenciária (14), desde 1974 observou-se no Brasil, a tendência à extensão dos serviços médicos à coletividade, particularmente às áreas interiores e periferias urbanas tal como salientado pela VI Conferência Nacional de Saúde (15).

(12) Sobre uma análise desse processo no Brasil ver MALLOY, James - "Política de bem estar no Brasil: Histórico, Conceitos, Problemas". *R. Adm. Publ.*, Rio de Janeiro, 10(2): 5-29, abril/junho, 1976.

(13) Para uma análise detalhada desse processo ver DONNAGELLO, Maria Cecília F. - *Medicina e Sociedade*, São Paulo, Duas Cidades, 1978.

(14) LUZ, Madel T. - "A saúde e as instituições médicas no Brasil", in: GUIMARÃES, Reinaldo (org.) - *Saúde e Medicina no Brasil*, Rio de Janeiro, Graal, 1978.

(15) Ministério da Saúde - VI Conferência Nacional de Saúde, Brasil, 1977.

Tornando a dimensão preventiva dos cuidados médicos a estratégia principal para a "promoção da saúde", previu-se a ampliação da cobertura através da extensão da rede assistencial a ser integrada e regionalizada e, paralelamente, a participação da população aos serviços a serem prestados. Procurando integrar a assistência à coletividade com o acesso aos recursos técnicos e institucionais disponíveis à prática médica, as diretrizes que passaram a orientar a reformulação das políticas de saúde pública estabeleceram, através da noção de "sistema", uma inter-relação entre a "Rede de Assistência Médico-Sanitária" e a "Rede de Assistência Médico-Hospitalar", articulando-as simultaneamente com o espaço social e familiar colocados como centro dessa ação preventiva-terapêutica a ser desenvolvida. Operacionalmente, o processo de atendimento médico passaria a ser iniciado nos ambulatorios distritais e municipais, atingindo, de acordo com a complexidade da avaliação diagnóstica a ser feita e do tratamento a ser prestado, as instituições hospitalares especializadas. Do mesmo modo, os programas de saúde priorizados pelos órgãos estatais, incorreriam em uma aparente descentralização administrativa, com a formação dos Centros Regionais de Saúde, subordinados às Secretarias Estaduais e coordenadores das atividades a serem desenvolvidas nos centros, postos e unidades ambulatoriais. Em 1975, aprovou-se a lei nº 6.229 a qual criou o Sistema Nacional de Saúde que, ao refletir as propostas de coordenação inter e intra-setorial, hierarquização-regionalização dos serviços, deu o dimensionamento jurídico para serem implantados os programas de extensão de co-

bertura dos serviços médicos, dentre eles o PIASS (Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento) em 1976, que subsidiou as diretrizes governamentais para a implantação do PREV-SAÚDE (Programa Nacional de Ações Básicas de Saúde).

Dentro dessa reorganização dos serviços de saúde e através dela que foi formulado o "Plano Nacional de Saúde Mental" que passou a reorientar a forma de prestação da assistência psiquiátrica pública. De um lado, houve um movimento interno à instituição psiquiátrica de remodelação da assistência prestada; de outro, a sua incorporação à rede básica de cuidados médicos tal como esta se encontra estruturada pela organização pública do setor saúde.

Refletindo as orientações para a formulação de uma política integrada de assistência e promoção da "saúde" como o "completo estado de bem estar físico, mental e social", tal como definida pela OMS, com a promulgação em 1974 da Portaria Ministerial 32/BSB deu-se o estatuto jurídico e as diretrizes gerais para a implantação de um "Programa Nacional de Saúde Mental", elaborado pela DINSAM (Divisão Nacional de Saúde Mental).

Considerando insatisfatórias as atividades desenvolvidas no setor e, apontando as distorções da forma de atendimento, tanto técnica quanto administrativa, propôs-se a elaboração de um "Programa de Saúde Mental", integrado ao Sistema Nacional de Saúde, cujos objetivos principais foram:

- organizar e estruturar a nível regional e local, sob a forma de sistema, os serviços de psiquiatria e saúde

mental, de modo a racionalizar a distribuição dos mesmos e oferecer uma cobertura completa à população urbana e rural, dando ênfase aos princípios que orientam a psiquiatria de comunidade;

- abranger nas programações os níveis de prevenção primária (profilaxia), prevenção secundária (diagnóstico e tratamento) e prevenção terciária (reabilitação);
- melhorar a qualidade da prevenção primária e assistência prestada nos serviços psiquiátricos e o acesso a esses serviços, incorporando essas atividades aos serviços básicos de saúde, com vistas a abranger uma cobertura de pelo menos 60% da população;
- dar prioridade ao tratamento ambulatorial e à hospitalização curta, de preferência em hospitais gerais com particular atenção para os grupos mais vulneráveis da população;
- adotar técnicas modernas de prevenção, tratamento e reabilitação, especialmente as de alcance coletivo.

(Portaria nº 32/BSB - 22 de janeiro de 1974 - Ministério da Saúde).

O "Plano Nacional de Saúde Mental" que dirigiu a formulação do PISAM - Programa Integrado de Saúde Mental, a partir dessa orientação geral fixou como diretrizes:

- "1. Execuções de ações de prevenção primária visando os grupos de maior risco: gestantes, mães, adolescentes e geriátricos, no intuito de reduzir, nesta população (somente o grupo materno-infantil constitui 70% da população brasileira) o surgimento de alterações mentais e a promoção de níveis de saúde mental mais satisfatórios;
2. ampliação do acesso da demanda potencial, de modo a reduzir a acentuada defasagem entre a previdência estimada (18%) e a demanda satisfeita (0,27%);

3. introduzir no "processo" ou seja nas instituições de saúde que prestam serviços ou distribuem bens de saúde, modificações com o objetivo de maior eficiência e eficácia das ações;
4. integração das ações de saúde mental nas atividades básicas de saúde e implantação de um processo estratégico de interiorização, abrangendo desde as unidades elementares (2.000 habitantes) até as regiões densamente povoadas (áreas metropolitanas);
5. incorporação na atuação psiquiátrica de profissionais não especializados, de nível universitário, ou médio e agentes de saúde leigos devidamente treinados e supervisionados;
6. utilização dos leitos psiquiátricos em hospitais gerais, evitando a construção de novos hospitais especializados;
7. promoção e participação progressiva da comunidade iniciando pela família e ampliando-a na medida que for ocorrendo mudança de atitude na população em relação à doença mental."

("Diretrizes Programáticas de Saúde Mental" - VI Conferência Nacional de Saúde - Brasil; 1977, Ministério da Saúde. p. 22-1).

Propondo, desse modo, a ampliação da cobertura da assistência psiquiátrica, simultaneamente, reestruturou-se a forma de prestação dos serviços e modificou-se o caráter do atendimento prestado. De fato, passou a haver uma progressiva integração do serviço psiquiátrico à rede básica de saúde, passando a ser hierarquizado o atendimento em: ambulatorial, nos postos e centros de saúde; assistencial em regime de semi-internação (hospital-dia) e hospitalar, pela internação em unidades mistas, hospitais gerais ou especializados.

Privilegiando uma política de "não-internação"

em favor de "medidas de alcance coletivo", a assistência psiquiátrica passou a ser dirigida à "comunidade" e a realizar-se através da rede de relações sociais que a configuram. Particularmente relevante sob esse aspecto, é o modo como foram orientadas as programações das atividades destinadas à prevenção e à redução da incidência da "doença mental". Ao incorporar o princípio segundo o qual, as ações de saúde devem incidir sobretudo na "pré-patogênese" ou início da fase clínica da doença como forma operacional de atuação, previu-se por exemplo, a formação de *grupos de mães, gestantes e professores* cujos objetivos seriam:

"No caso das gestantes a finalidade é conscientizar a futura mãe do processo vivenciado, desfazendo fantasias, reduzindo ansiedade e orientando-a nos cuidados necessários para o desenvolvimento satisfatório do conceito. O grupo operativo de mães procura promover o adequado relacionamento mãe/filho, evitando a conhecida "síndrome de privação" e ensejando o bom desenvolvimento, físico, mental e emocional da criança.

O grupo operativo de professores visa prepará-las para contribuir para o adequado desenvolvimento da personalidade escolar, e a mais satisfatória adaptação às regras sociais, sem mutilação da personalidade e do espírito criativo.

Reconhecem-se os adolescentes como grupo de alto risco. Assim, através dos professores e de outros meios comunitários, ações devem ser desenvolvidas no sentido de evitar os desajustamentos, a alienação, a marginalização, a fuga para o submundo das drogas, a delinquência juvenil, expressões de conflitos inconscientes ou respostas inadequadas às atitudes discriminatórias ou moralizantes da sociedade".

Promover a integração e a adaptação do indivíduo à sociedade pela regulação "adequada" do seu comporta-

mento traduz, desse modo, o teor da operação preventiva da "doença mental" que o modelo assistencial dispôs. Como exemplo do alcance pretendido pela formulação de "Política Nacional de Saúde Mental" a ênfase na "identificação precoce" e "no tratamento adequado dos quadros iniciais", previu explicitamente, a "busca ativa dos casos, mediante processos de educação contínua para a saúde com a utilização de métodos audio-visuais e outras técnicas de esclarecimento sobre os sinais que denunciam o surgimento da doença". De fato, essa operacionalização não se restringiu ao campo assistencial médico, mas perpassou o conjunto das instâncias sociais, dado que, a modificação do modelo custodial-segregador do tratamento das "doenças mentais" para o modelo preventivo-terapêutico centrado na comunidade enunciou como base para a reorientação das políticas de saúde pública no setor foi o aspecto social na prevalência dos quadros clínicos da "doença mental". Observemos como o tema foi elaborado pela documentação oficial disponível. A portaria ministerial nº 1.369, datada de 15 de fevereiro de 1979, estabeleceu, por exemplo, que:

"A política de saúde mental a ser desenvolvida pelos órgãos integrantes do Sistema Nacional de Saúde deve considerar que os níveis de saúde mental e a recuperação das alterações estão interligadas ao padrão sócio-econômico e cultural das comunidades e obedece ao princípio que informa a visão do paciente dentro de seu contexto familiar e sócio-cultural sujeitos constantemente às influências favoráveis e desfavoráveis de seus relacionamentos interpessoais e ambientais, considerando o distúrbio psiquiátrico como episódio do ciclo natural da saúde/doença do indivíduo".

Desse modo, a formulação de uma dimensão "socio-cultural" na caracterização etiológica da enfermidade mental é apreendida *através* das relações (tensionais) que se estabelecem entre o indivíduo e o meio ambiente social pre-dispondo-o a apresentar os quadros clínicos psicopatológicos ou, como foi elaborado em um documento de circulação interna da DINSAM:

"Como uma contribuição teórica à conceitualização teórica da doença mental tem-se que esta é uma patologia gerada por dificuldades culturais, sociais e/ou individuais que, ou debilitam mentalmente o indivíduo ou debilitam suas funções psicológicas. A patologia se expressa ao nível social maior pela impossibilidade de redução de tensões sociais, ao nível familiar por tensão grupal e deficiência das funções familiares e ao nível individual pela exposição do sintoma. A prestação de serviços de saúde mental deve atentar ao fato de que três dos quatro grandes grupos de patologia mental (psicoses, alcoolismo, neuroses e oligofrenias) são originadas, priorizando dentre os fatores causais, pela baixa tolerância à frustração. Entende-se que a capacidade de tolerar frustrações é inerente ao ser humano desenvolvendo-se ou evoluindo segundo fatores tanto externos como internos. Portanto, mesmo nessa definição, de base psicológica, insere-se o social de imediato. O indivíduo que não tem suprida suas necessidades básicas ou condição mínima de sobrevivência tem repetidas frustrações que debilitam sua capacidade de tolerância à frustração tornando-o vulnerável aos transtornos mentais. Logo, a atenção dada à origem interna dos conflitos psicológicos não de dissocia daquela dada à origem externa. O suprimento das necessidades básicas como: alimentos, habitação, trabalho, saúde e participação sócio-política fica contido nas colocações gerais dessa Divisão "pari passu" ao atendimento médico-psico-pedagógico e a utilização do sistema informal de saúde".

(DINSAM - Linhas de Ação para Saúde Mental).

Colocando, entretanto, a ordem social como fonte de tensões e conflitos geradores de "distúrbios psíquicos", a orientação institucional adequou-se a uma política de controle social ao incorporar demandas de outra natureza ao campo assistencial psiquiátrico, reduzindo-as às manifestações sintomáticas de "desajustes emocionais", "frustrações", "inaptações", "perturbações da conduta" e paralelamente, fornecendo modelos psicológicos aprimorados para o controle e o processamento das inter-relações. Esclarecedor sob esse aspecto é o modo como o "Modelo Programático de Saúde Mental" justificou a reestruturação e a extensão da forma de prestação de assistência psiquiátrica pública, notadamente pelo "aumento das desordens mentais e emocionais decorrentes das tensões e adaptações de uma sociedade, em crescimento, com acentuados índices de migração interna e implantação de áreas concentradas de indústrias e serviços".

Define-se aqui, a orientação geral das políticas de saúde pública para prestação de assistência psiquiátrica à população, ao incorporar o princípio, segundo o qual, as "doenças mentais", como "desordens emocionais" ou "distúrbios de conduta" são provocadas ou favorecidas pelas múltiplas tensões às quais são submetidos os indivíduos nos seus processos relacionais e adaptativos ao meio social, particularmente na moderna sociedade urbano-industrial. Procurou-se assim integrar o atendimento psiquiátrico ao conjunto assistencial para a "promoção da saúde" como forma de promoção do desenvolvimento econômico-social, possibilitado que está "graças ao avanço científico e tecnológico de evitar e

tratar mais eficazmente os desajustes e alterações mencionados".

Será no interior dessa estrutura organizacional (16) e através das diretrizes que ela formulou para o atendimento psiquiátrico da população que ocorre a emergência do tratamento ambulatorial dos casos de "doença mental" tal como estávamos observando pela situação de consulta médica anteriormente relatada. Poder-se-ia mesmo dizer que esta aparece "institucionalmente disposta", à falta de um melhor termo para configurar o esboço analítico que ora se pretende. Por esse fato, inclusive, compreende-se o valor analítico e metodológico que representa o dispositivo de consulta, ao reenviar, simultaneamente, ao plano institucional que dispõe o consultório médico como local de tratamento psiquiátrico de um lado e, de outro, a uma especulação em torno dos procedimentos cognitivos e terapêuticos que orientam na atualidade a elaboração diagnóstica na prática clínica.

Do mesmo modo, caberia, não sem razão, uma problematização maior a respeito do atendimento psiquiátrico como "necessidade preventiva" e "demanda social", ao deslo

(16) Cabe observar que a exposição aqui realizada prendeu-se unicamente às formulações diretoras sobre a reorganização do modelo assistencial psiquiátrico público cuja implantação encontra-se em fase de processamento. De todo modo a sua efetiva e progressiva expansão pode ser observada através de consulta aos relatórios dos Centros Regionais e das unidades de saúde dos estados federativos, assim como na recente proposta formalizada pelo CO NASP (Conselho Consultivo e Administrativo de Saúde Previdenciária - Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica Previdenciária - dezembro - 1982) de integração da rede previdenciária à rede pública para prestação de serviço psiquiátrico.

car-se a análise, não somente para a observação dos processos institucionais que determinam o modo como a assistência passa a ser prestada, como também, para o questionamento do próprio princípio que subentende todo esse processo: o suposto da universalidade dos critérios psiquiátricos para a determinação das condutas normais e patológicas que, ao basear-se na aplicação indiscriminada de um "modelo psicológico" para a observação clínica e o tratamento terapêutico da clientela, recobre sob essa rubrica as variações culturais no modo de perceber, representar e tratar terapeuticamente as manifestações mórbidas. Sob esse aspecto, tem sido salientado por diversos trabalhos relativos à análise da extensão dos serviços assistenciais médicos, o modo como, mediante a argumentação da saúde como "necessidade primária" à ser "ofertada" à coletividade, difundiria-se uma política de controle social dos corpos (17). Basicamente pela implementação de uma "ética de cuidados", referente ao *ethos* cultural dominante, que tenderia a produzir mudanças nos códigos culturais da percepção do corpo, subordinando as suas atenções ao campo terapêutico delimitado pela medicina. Com referência especificamente à extensão do atendimento psicológico às "classes trabalhadoras", o artigo de Luis Fernando Dias Duarte e Danie

(17) Dentre eles citamos o de Boltansky, que aparece como o autor mais representativo desse enfoque analítico sobre o exercício da prática médica, informando mesmo a maior parte das recentes pesquisas realizadas sobre o tema: BOLTANSKY, Luc - *As classes sociais e o corpo* - Rio de Janeiro, Graal, 1979.

la Ropa (18), questiona sobre a própria possibilidade da eficácia da aplicação desse modelo terapêutico ao atendimento dessa clientela, a qual também teria um conjunto estruturado de representações sobre o "sofrimento psíquico" e as formas de se lidar com ele. Sugerindo desse modo, a existência de "limites culturais" próprios para a viabilização desse modelo junto a essas classes, os autores observam que, subjacente à sua operacionalização, estaria sendo diferencialmente difundida uma visão de mundo psicologizada que, ao aparecer articulada à constituição da ideologia liberal de caráter individualista, se oporia à própria concepção de mundo dessas classes as quais não teriam desenvolvido, do mesmo modo, os adequados mecanismos no processo de socialização dos sujeitos que os tornassem passíveis dessa clientelização.

Dentro desse contexto, caberia indagar a respeito do próprio modo como o diagnóstico e a terapêutica clínica da "doença mental" passam a ser concretamente operacionalizados na prática médica, dado o fato mesmo de que, ao encontrar-se articulada a orientação desse modelo no reconhecimento e no tratamento das etiolo-

(18) DUARTE, Luis Fernando Dias e ROPA, Daniela - "Considerações teóricas sobre a questão do atendimento psicológico às classes trabalhadoras" in: FIGUEIRA, Sêrvulo (org.) *Cultura da Psicanálise*, São Paulo, Brasiliense, 1985.

gias mórvidas, o seu exercício passa necessariamente por uma reelaboração dos próprios critérios culturais da percepção das enfermidades (19).

I.2 - DISPOSITIVO DE CONSULTA: MÉDICO VERSUS PACIENTE ?

SOBRE A PESQUISA

Procuramos observar até o item precedente o modo como se orientou a reformulação do modelo assistencial psiquiátrico com a sua inclusão na rede básica que presta serviços médicos, como atendimento terapêutico-preventivo a ser exercido de forma extensiva nos ambulatórios e centros de saúde. O objetivo foi, não somente contextualizar o modo como a assistência psiquiátrica pública passou a ser prestada, mas também, elucidar a situação de consulta médica relatada no início dessa dissertação, que oferece ao observador a "síntese" desse processo: o médico, clínico geral, prestando atendimento no consultório ambulatorial, diagnostica e trata terapêuticamente os sintomas somáticos apresentados pe

(19) De fato, a par de algumas pesquisas sobre as práticas terapêuticas populares, dentre elas as de Paula Monteiro e Maria Andrea Loyola, tem sido demonstrado que a natureza da incorporação das chamadas "camadas populares" ao atendimento médico-assistencial seria um dos fatores preponderantes para o notável crescimento das práticas terapêuticas de caráter mágico-religioso como as associações umbandistas e pentecostalistas. Este tema será retomado oportunamente na introdução da III Parte. Ver MONTEIRO, Paula "Da doença à Desordem - as práticas mágico-terapêuticas na Umbanda", USP, São Paulo, 1983 (Tese de Doutorado) e LOYOLA, Maria Andrea - Médicos e Curandeiros - *Conflito Social e Saúde*, São Paulo, Difel, 1984.

los pacientes como "doença mental", dirigindo a análise clínica para a observação dos aspectos psicossociais da etiologia mórbida. Sob esse aspecto, observamos também que a inclusão do atendimento psiquiátrico à clínica médica operou uma conjugação dos respectivos campos de conhecimento, médico e psiquiátrico, dando as condições para que a elaboração do diagnóstico e a prescrição do tratamento pudessem ser realizadas sob essa forma.

Deslocando para o consultório médico ambulatorial o lugar do diagnóstico preliminar e da terapêutica extensiva, a psiquiatria passou desse modo, a fornecer à clínica médica outros recursos para a percepção e o tratamento das enfermidades.

Podemos dizer, portanto, que estas são as condições técnico-institucionais que orientam a elaboração do diagnóstico na prática clínica, cujo processo de realização se encontra, entretanto, noutro plano: o da relação propriamente dita que o médico estabelece com o paciente no dispositivo de consulta. Basicamente, pela interpretação que ele opera das sensações físicas experimentadas pelo paciente, designando-as como *síntomas* a serem inscritos dentro desse novo campo de significações atribuídas às enfermidades, como possíveis manifestações de distúrbios psíquicos.

Tal "operação interpretativa" que o médico realiza, está na própria base da constituição da prática clínica que, como tal, se exerce através dessa operação. O que cabe ressaltar é que, dentro da atual configuração dos serviços assistenciais, essa "operação", ao deslocar-se de um

campo de significações da enfermidade para outro — do anatomo-patológico ao psicossomático — o faz não somente através do exame clínico propriamente dito para a verificação da existência ou não de causas orgânicas explicativas dos sintomas que o paciente apresenta, como também e, principalmente, pela reinterpretação do *discurso* do paciente sobre as suas sensações mórbidas. Algumas observações são necessárias.

O modo como o corpo aparece — lugar de representações e investimentos sociais diversos, variável segundo *habitus*, culturas ou ainda de acordo com a posição diferencial de inserção de indivíduos na estrutura social — tornou-se há algum tempo, desde as observações pioneiras de Mauss (20) sobre as "técnicas corporais", proposição corrente no campo da observação antropológica, configurando mesmo uma "etnologia" (ou sociologia) dos *habitus corporais*. Do mesmo modo, as enfermidades e as terapêuticas aparecem também definidas pelo "padrão cultural" que informa a percepção dos indivíduos e traça os limites para a conceituação da doença e a determinação da forma como as intervenções curativas vão ser concebidas e operacionalizadas.

Reconhecer essa *relatividade do fato mórbido* não somente é reconhecer que a doença só tem "realidade" e "valor" no interior de uma cultura que a concebe como tal, mas é também reconhecer a existência de códigos culturais diferenciados para expressar a experiência pessoal e social da enfermidade. Por isso ela torna-se uma *experiência signifi-*

(20) MAUSS, Marcel - "As técnicas corporais" in: *Sociologia e Antropologia*, São Paulo, E.P.U. Editora, s.d., (2v).

cativa, suporte de valores, representações e *práticas sociais* diversas.

Da mesma forma, o reconhecimento de que os modelos culturais oferecem os parâmetros de referência e moldam as experiências dos corpos e das enfermidades, torna também denotativo o modo como a cultura fornece à "loucura" a sua forma de expressão e o seu significado social: operando com critérios diferenciais de determinações do normal e do patológico; fornecendo o conteúdo e a linguagem das manifestações sintomáticas assim como reconhecendo e caracterizando a configuração que assumem ou ainda definindo as técnicas de intervenção e tratamento. Desse modo, a universalidade do fato, contrapõe-se à diversidade das respostas culturais que encontram-se na sua base articuladas ao modo de estruturação das sociedades e ao padrão diferencial das relações sociais, que delimitam o campo de manifestação e a natureza mesma da relação a ser estabelecida com a "loucura" nas múltiplas formas através das quais ela pode colocar a experiência humana frente à experiência da desrazão.

Tanto a experiência da doença quanto a experiência da "loucura", que não necessariamente se identificam, aparecem desse modo, articuladas a determinados sistemas, culturalmente constituídos e socialmente aceitos, de crenças e valores — dentro da sua aceção conceitual maior o(s) sistema(s) simbólico(s) — que as dotam de significado, fornecendo-lhes uma *explicação*, derivada das concepções partilhadas pelo grupo, que permitem integrá-las com lógica e sentido ao campo das experiências *formuláveis*, porque subjetiva-

mente apreendidas e publicamente reconhecidas. Nessa perspectiva o(s) sistema(s) simbólico(s) funcionar(ia)m como "decodificadores" dessas experiências que poderiam antes aparecer como desagregadoras, tornando-as assimiláveis ao pensamento ao fornecer-lhes uma *linguagem* através da qual estas podem ser expressas, ao mesmo tempo que funda-as como tais ao delimitar o campo da sua significação (21).

Desse modo, quando se observa que, conjuntamente com a extensão da assistência médico-psiquiátrica à comunidade local, também está ocorrendo uma mudança na estrutura social de produção e na disposição do espaço urbano com a migração da população rural do município para a cidade, compreende-se o quanto se torna mais proeminente o problema que possa vir a ser a incorporação dessa clientela ao atendimento prestado, na medida em que esta se orienta por um *código simbolizador* de natureza diversa ao da prática médica.

De fato, o que esta pesquisa vem apontar, tendo como referência algumas questões introduzidas no final do item 1.1 é que, no confronto entre códigos diferenciados de expressão e interpretação das perturbações mórbidas, o diag-

(21) Essas observações encontram-se fundadas em um conjunto de textos que vão desde a escola culturalista norte-americana com Margaret Mead e Ruth Benedict sobre o papel da cultura na construção do corpo e do comportamento com as primeiras observações antropológicas sobre a relatividade dos conceitos de normal e do patológico, aos trabalhos mais recentes sobre "cultura somática" (Boltansky); ou ainda aos que discutem a natureza simbólica dos sistemas terapêuticos, dentre eles os textos já clássicos de Lévi-Strauss, "A eficácia simbólica" e "O Feiticeiro e Sua Magia", os quais serão oportunamente citados e incorporados ao corpo dessa dissertação na III Parte.

nóstico da "doença mental" passa a ser elaborado na prática médica local por um lado, e, por outro, há uma modificação do campo social de emergência e do tratamento das enfermidades. Com efeito, é pela reinterpretação de determinadas sensações corpóreas expressas e manifestas pelos pacientes durante a consulta, como distúrbios psicopatológicos, dentro dos novos dispositivos institucionais e terapêuticos postos à prática clínica, que os médicos locais elaboram o diagnóstico da "doença mental". Sob essa base passa a ocorrer o intenso processo de medicalização da clientela por psicotrôpicos e, paralelamente, a modificação do espaço social de manifestação de determinados "quadros mórbidos", culturalmente associados à concepção popular sobre o "nervoso", pela sua "adequação clínica" ao campo de intervenção médico-psiquiátrico.

Dessa forma, estava-se frente a uma "situação de pesquisa" que aparecia como um jogo intrincado de múltiplas interpenetrações que, ao alinhar-se a um enfoque institucional sobre a formulação do diagnóstico da "doença mental", esbarrava na conformação de um conjunto estruturado de representações sobre a enfermidade e, em particular, sobre a "loucura", no quadro de uma etiologia popular sobre a "doença dos nervos" e a "doença da cabeça". Situação esta, que aparecia contextualmente demarcada pela modificação da rede de relações sociais com a migração da população rural do município para o centro urbano de um lado e, de outro, pela reestruturação do modelo assistencial médico-psiquiátrico que predispõe as condições para o estabelecimento de uma relação terapêutica a ser definida pelos lugares de médico e paciente que a prática clínica instaura. Situação fisicamente de-

marcável no dispositivo da consulta onde ocorre o defrontamento entre sistemas simbólicos e saberes constituídos sobre as enfermidades que em operações reinterpretações mútuas modificam o espaço social e institucional das manifestações mórbidas.

Dentro desse contexto, essa pesquisa orientou-se para a apreensão dos *discursos* sobre a morbidade postos em circulação e em interação no dispositivo de consulta, na medida em que estes, ao operarem em campos significativos distintos, traduziam o modo como a enfermidade, por extensão no caso a própria "loucura", se constituem e se modificam como *experiências significativas* dentro dos processos culturais e sociais ocorrentes. Dizemos no caso a "loucura" por ser em torno da sua conceituação como "doença mental" pela prática psiquiátrica ou como ápice de uma reflexão popular sobre o "nervoso" como enfermidade, que constitui-se o nexo conceitual desse processo.

Pelo fato do dispositivo de consulta captar e fixar o momento da interação desses discursos, ele foi privilegiado como o eixo central do desenvolvimento dessa dissertação, ao oferecer a própria possibilidade da construção de uma "leitura antropológica" sobre esse processo, desde que se compreenda a observação etnográfica como uma *descrição densa*, no sentido que lhe deu Geertz. Ou seja, em direção a uma "hierarquia de estruturas significantes em torno dos quais (as observações, os fatos) são produzidos, percebidos

e sem os quais eles de fato não existiriam" (22). Procurou-se portanto apreender através daquilo que é dito no discurso, nomeado na fala e dado na ocorrência dos fatos, as estruturas conceituais que informam a prática dos médicos e a experiência da enfermidade e da "loucura", tal como elas são percebidas e produzidas socialmente como acontecimentos.

Por um lado, a apreensão dessas estruturas conceituais permitiria evidenciar como e a partir de que critérios o diagnóstico da "doença mental" passa a ser elaborado na prática clínica, e, por outro, observar o modo como passa a ocorrer o defrontamento do saber médico-psiquiátrico sobre a enfermidade com os conhecimentos e experiências populares, passíveis de serem apreendidos em suas modificações e interações com outros sistemas cognitivos, uma vez fixado o conteúdo significativo que informa a prática social. O que não exclui ou torna secundário as determinações de ordem casual sobre a gênese das enfermidades — ou da "loucura" — o "substrato fisiológico", o "conflito inconsciente", os "fatores psicossociais", os "nervos", o "sangue" ou a "possessão" mas que os trata como parte de *códigos simbólicos* que orientam diferencialmente a percepção e a conduta dos indivíduos *em relação*, num determinado "lugar social", sobre determinadas condições, produzindo *situações* como a relatada no início desta exposição.

(22) GEERTZ, Clifford . "Uma descrição densa: por uma teoria interpretativa da cultura", in: *A Interpretação das Culturas*, Rio de Janeiro, Zahar, 1980, p. 17.

Dessa forma, ao se propor elucidar os dois discursos sobre a morbidade, não se tratou de apreender as concepções subjacentes a esses discursos em si mesmas, mas tal como elas apareciam configuradas na "situação de pesquisa", informando a prática dos médicos e a experiência dos pacientes. Mesmo porque elas foram apreendidas a partir das formulações que eles próprios fazem a respeito dessas práticas e experiências. Sob esse aspecto, as proposições contidas nesta dissertação sobre a etiologia e a terapêutica das "doenças mentais", como parte da análise dos discursos dos médicos locais, não necessariamente representam a íntegra ou a essência do pensamento psiquiátrico. Ou mesmo dão conta de apreendê-los em sua diversidade e complexidade crescentes. Nesse sentido, faz-se necessário distinguir o discurso da psiquiatria como instituição e campo de saber, que postula determinados princípios e concepções sobre a gênese e o tratamento das "doenças mentais", e o modo como os médicos locais, referenciados que estão a esse corpo de conhecimentos mais amplo, o reelaboram e o operacionalizam no exercício cotidiano da sua prática, que é o que procuraremos observar. Da mesma forma, o que aqui estaremos expondo sobre a concepção popular a respeito da enfermidade e da "loucura" não baseia-se em nenhum compêndio de "medicina popular" ou foi formalmente explicitado por algum informante em particular, mas sim em um conjunto de entrevistas realizadas com os pacientes, pela análise das *categorias discursivas* que

eles utilizam e o modo como elas são empregadas para expressar ou elucidar os problemas de doença que os afligem (23).

Nessa perspectiva, o próprio modo como se encontra orientada a elaboração dessa dissertação aparece também como resultado de uma reconstrução ou de uma leitura, a posteriori, do que foi observado em consultórios médicos, "ouvido contar", relatado em entrevistas ou comentado sobre algum acontecimento, exemplificado nos "casos", fazendo "visitas", perguntas, ou ainda colhendo dados estatísticos e informações em farmácias, centros de saúde, ambulatórios, prefeituras, delegacias, casas de curadores e benzedeiras, que compreenderam o período de pesquisa de campo em Itamarandiba durante 15 dias do mês de setembro de 1982, 15 dias do mês de novembro a dezembro do mesmo ano, 15 dias de janeiro de 1983 e 15 de maio a 15 de julho de 1983. A parte os dados colhidos para caracterizar e historizar a conformação do serviço médico-psiquiátrico no município (desde o levantamento dos programas de "saúde mental" aos dados estatísticos referentes ao diagnóstico de "doença mental", passando pela documentação e depoimentos disponíveis à uma caracterização

(23) De fato, tal como observa Evans-Pritchard na análise sobre bruxaria entre os Azande, os princípios que orientam a conduta e a percepção dos indivíduos não se encontram formalmente explicitadas ou articuladas a um corpo doutrinário determinado, mas são apreendidas pelo pesquisador através da observação contínua do modo como elas são explicitadas na explicação particularizada de algum acontecimento. Sob esse aspecto, ver EVANS - PRITCHARD, E.E. - *Bruxaria, oráculos e magia entre os Azande*, Rio de Janeiro, Zahar, 1978.

dos procedimentos terapêuticos anteriores à reestruturação do modelo assistencial), o material empírico dessa pesquisa centra-se, basicamente, na observação da situação de consulta durante o período de uma semana ao Centro de Saúde local, e em um conjunto de entrevistas realizadas com os médicos em exercício profissional no município e com os pacientes em situação de consulta nos ambulatórios municipais (Centro de Saúde, Sindicato Patronal dos Trabalhadores Rurais), nos quais me foram cedidas salas para a realização dessas entrevistas. Com referência aos médicos, essas entrevistas ou mais propriamente "conversas", já que estas não estavam revestidas de um caráter formal de perguntas e respostas, procuraram dirigir-se para o modo como eles elaboram o diagnóstico da "doença mental" no exercício cotidiano da sua prática profissional assim como para as formulações teóricas que eles fazem a respeito da etiologia e da terapêutica das "doenças mentais". Em relação aos pacientes, iniciadas com perguntas genéricas sobre o motivo da consulta, doenças que sofriam, recursos terapêuticos que procuravam, condições de vida em geral, essas entrevistas versaram ou procuraram se centrar sobre:

- 1 - o sistema de referências, categorizações, explicações e interpretações sobre as enfermidades em geral e a "loucura" em particular;
- 2 - os dispositivos empregados para controle e tratamento;
- 3 - a penetração do saber e prática médica ao longo do tempo e da mudança meio rural-cidade.

Devido a ênfase em informações qualitativas

dessas entrevistas, cuja duração variou de 1 a quase 4 horas de um total de quase 60 realizadas, não foi observado um rigor estatístico de amostragem, tal como percentuais de homens e mulheres de acordo com a população-alvo, procurando-se, entretanto, abranger no conjunto, todas as categorias de pacientes segundo sexo, idade, moradia urbano/rural e categoria profissional: produtores rurais, assalariados no reflorestamento, desempregados e donas-de-casa. Por essa certa "aleatoriedade" inclusive, permitiu-se que, dentre o conjunto dos entrevistados, figurassem pacientes dos mais diversos matizes, falando sobre o mesmo tema, referindo-se às suas próprias experiências ou sobre as de vizinhos e familiares. Não obstante, o perfil do conjunto dos entrevistados — em sua grande maioria mulheres, casadas, na faixa etária de 30 a 40 anos, donas de casas, residentes no município no período de 1 a 5 anos — refletia a própria caracterização da clientela que aflua predominantemente aos consultórios. Do mesmo modo, como a maior parte da clientela compõem-se de pessoas provenientes há pouco tempo da zona rural do município, tendo um corpo relativamente homogêneo de concepções e representações em torno das enfermidades, as variações nos perfis dos entrevistados não refletiram fundamentalmente nos seus discursos, a não ser em relação ao período de moradia urbana e de acesso ao consultório médico, por razões que preferiríamos discutir numa parte específica sobre o tema. Dentro do possível, o acompanhamento de alguns casos de "loucura/doença mental" também foi feito, assim como, procurou-se obter depoimentos que versassem sobre um único "caso" como mecanismo de regular as possíveis

versões postas em circulação e que poderiam variar de acordo com a representatividade de quem as estava proferindo. Dessa forma, procurou-se mesmo dirigir a observação, não somente para a análise interna dos discursos, mas também para a "compreensão circunstancial" na qual determinadas posições eram proferidas e explicitadas (24). Por fim, como parte do mapeamento dos recursos terapêuticos que a comunidade recorre e acolhe dentro das suas representações sobre a enfermidade também foram feitas entrevistas com outros agentes terapêuticos como benzedadeiras e curandeiras.

O caráter da pesquisa antropológica, baseada predominantemente na observação direta e no contato o mais imediato com o(s) grupo(s) pesquisado(s), tem a ambigüidade de, ao se prestar a uma apreensão mais rica, mais detalhada e mais próxima da realidade social com a qual o pesquisador passa a conviver, torna o próprio pesquisador o mediador daquilo que ele observa, relata e analisa. Ambigüidade portanto, referente à objetividade do conhecimento produzido pela relação que se estabelece entre pesquisador - observador/pesquisado - observado e o modo como essa relação interfere na própria qualidade do material de pesquisa e análise que é coletado e apresentado. Malinowski sob esse aspecto, sugeria que, dentre outros procedimentos metodológicos básicos, constasse sempre no trabalho feito o modo como as informações foram obtidas e sob quais condições as observações fo-

(24) Sobre esse "recurso metodológico" dentro da observação etnográfica, ver EVANS-PRITCHARD, E. E. *Op. Cit.*

ram feitas, permitindo desse modo, que o leitor avalie o resultado daquilo que é apresentado e que, quase sempre, como ele mesmo observa, guarda uma enorme distância do "material bruto" colhido e anotado (25). Pelo relato do dia de consulta médica apresentado no início desta dissertação, e com as especificações aqui desenvolvidas a respeito do modo como se processou a pesquisa, acreditamos que muito dessa "contextualização" do material de campo coletado foi feita. Possíveis objeções em relação ao uso do consultório médico como lugar, não são de pesquisa mas também de realização de entrevistas com os pacientes, os quais eventualmente poderiam se sentir "constrangidos" a prestar um determinado tipo de depoimento, revelou-se ao contrário um lugar fecundo para a explanação do tema proposto. Os próprios pacientes se ofereciam muitas vezes para serem entrevistados ou para "conversar", quando não permaneciam horas, após terem sido atendidos pelo médico, no local, dando entrevista. Talvez ou justamente por ser esse um dos lugares socialmente considerados privilegiados para que o discurso sobre a doença flua com maior intensidade; ou mesmo, pelo fato de terem encontrado no pesquisador o ouvinte atento e disponível que o médico ou outras pessoas de suas relações não o são mais. Além do que, o consultório ambulatorial funcionava também como o lugar, a partir do qual, se estabelecia os contatos iniciais do pesquisador com a clientela, permitindo o seu prolongamento para fora desse espaço res

(25) MALINOWSKI, B. - "Introdução" in: *Argonautas do Pacífico Ocidental*, São Paulo, Abril Cultural, 1978 (Coleção Os Pensadores).

trito, se alargando o campo das relações de investigação. Outras observações dizem respeito à utilização do material coletado nessas entrevistas para fins analíticos e expositivos.

Como a grande parte da exposição a ser desenvolvida baseia-se no conjunto das entrevistas realizadas com os médicos e a clientela, o procedimento analítico adotado foi o de procurar reconstruir os discursos sobre a morbidade pela apreensão das *categorias denominativas* que são empregadas para caracterizar ou descrever uma determinada "situação", que estava sendo relatada ou exemplificada, e através das quais o depoimento que estava sendo feito se ordenava e se explicitava. Desse modo, pela apreensão dessas categorias, podia-se tanto reconstruir o(s) sistema(s) interpretativo(s) explicativo(s) subjacentes ao seu uso, quanto manter a coerência discursiva interna presente nos depoimentos. Ou seja, procurou-se orientar a exposição analítica de modo que, ao mesmo tempo em que se expusesse o sistema cognitivo que orienta a elaboração diagnóstica na prática médica ou o sistema de representações que informa a percepção da enfermidade entre os pacientes, se mantivesse a linha de argumentação que estava sendo desenvolvida nas entrevistas. O uso de "cortes", "rearranjos" e "seleção" de trechos de entrevistas para demonstração ou apoio da análise desenvolvida, procurou também obedecer a essa lógica analítica: usados para revelar os elementos comuns presentes e recorrentes nas várias entrevistas, forneceram a base para a elaboração de um sistema comum de representações ou idéias que estavam sendo expressas, ao mesmo tempo em que, como parte de um relato singular que estava sendo

feito, representavam a expressão qualitativa da atualização desse sistema mais geral nas experiências concretas vivenciadas pelos indivíduos que o compartilham. Procurou-se, assim, realizar a abordagem analítica das entrevistas segundo o princípio que subentende o seu próprio uso metodológico, qual seja, o de que as experiências singulares dos indivíduos são expressas por um código simbólico comum ao grupo que se atualiza e se encontra encarnado em toda a sua riqueza e complexidade nessa sua expressão particular, a partir da qual ele pode ser concretamente apreendido. Os trechos de entrevistas citados, procuraram ser os mais representativos da análise que foi feita e, apesar de estarem sendo apresentados de uma maneira fragmentada, os momentos de "corte" e "colagem" não produziram modificações na sua estrutura básica, e encontram-se indicados pela pontuação (...).

Dadas essas observações gerais a respeito do modo como se orientou a pesquisa, passaremos no próximo item a uma descrição contextual do município de Itamarandiba, enfocando-o através da migração e urbanização, Menos em função de uma "alocação etnográfica" da pesquisa do que para salientar os próprios aspectos que aparecerão como contraponto da elaboração factual e discursiva sobre a enfermidade, tal como esta se constitui como experiência descrita nesse contexto.

Posteriormente, tomando o dispositivo de consulta como eixo metodológico, analítico e mesmo expositivo, passaremos, após observarmos o modo como ocorreu a conformação dos serviços médicos assistenciais no município (o que é feito na introdução da parte II) a esta análise através dos

dois termos presentes na relação que é instaurada na prática clínica: os médicos ou a prática dos médicos na elaboração do diagnóstico da "doença mental" (Parte II) e a clientela ou as representações que orientam a percepção da "doença dos nervos" entre a clientela médica local (Parte III).

I.3 - MIGRAÇÃO E URBANIZAÇÃO COMO CONTEXTO ETNOGRÁFICO

Como município sede da gerência administrativa da Florestal Acesita, implantada em meados de 1974 e ocupando uma área prevista de 94.691,87 ha, Itamarandiba, a exemplo de outros municípios do Vale do Jequitinhonha mineiro, está incorrendo em um rápido processo de capitalização da área rural, decorrente da ocupação das suas vastas áreas de chapadas para o reflorestamento e pelos investimentos técnicos e infraestruturais necessários à produção em larga escala do carvão vegetal.

Consequente à introdução deste novo padrão de atividade produtiva há uma mudança substancial das condições de vida da população local, cujo aspecto mais propriamente impressionista, dirige-se para a urbanização do município.

Com uma população recenseada em 1980 de 29.200 hab., distribuída entre três distritos: Aricanduva, Padre João Afonso, Penha de França e a sede municipal, permanece ainda o predomínio da população rural (71%) sobre a urbana (29%), proporção sensivelmente diminuída comparativamente a 1970, que apresentava 85,5% da população habitando em zona rural e 14,5% em zona urbana. Os dados específicos sobre a sede municipal indicam um crescimento populacional urbano de 148%,

e a diminuição absoluta da população rural entre 1970 e 1980, como pode ser observado pelo quadro seguinte:

QUADRO I - DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO - ITAMARANDIBA

ANO	POPULAÇÃO MUNICIPAL			POPULAÇÃO RESIDENTE NA SEDE MUNICIPAL		
	TOTAL	RURAL	URBANA	TOTAL	RURAL	URBANA
1970	27.293	23.346	3.947	12.080	9.058	3.022
1980	29.200	20.801	8.399	15.589	8.088	7.501

FONTE: IBGE Censo Demográfico de 1970

Sinopse Preliminar do Censo Demográfico de 1980

Por esses dados é possível observar que a urbanização está ocorrendo pela migração interna da população rural do município para área urbana da sede municipal. De fato, com a formação de um mercado de mão-de-obra representado pelo assalariamento na empresa reflorestadora, e dada as condições internas de reprodução dos pequenos produtores frente ao aceleramento da concentração fundiária no município durante os últimos anos, tem-se observado a contínua migração desse grupo de trabalhadores rurais para o centro urbano municipal.

Dentro desse contexto, a migração tem-se definido sob a forma máxima do desgaste da exploração nas pequenas propriedades aliada à crescente pressão populacional sobre áreas cultiváveis limitadas pela insuficiência física e pela concentração de grande parte das mesmas pelos grandes proprietários.

Com efeito, o município de Itamarandiba apresenta uma estrutura social de produção marcada pela predominância numérica de pequenas propriedades exploradas pelas unidades familiares para autoconsumo e pequena comercialização local, intercaladas entre os grandes estabelecimentos fundiários voltados para a prática da pecuária extensiva (26).

Dados os exíguos limites da maior parte das propriedades, a condição de reprodução dos pequenos produtores está determinada pela possibilidade de contínuo acesso a

-
- (26) De acordo com dados do IBGE, a distribuição percentual dos imóveis rurais por grupos de área total em 1980 indica que 50.5% das propriedades possuem menos de 10 ha., ocupando 3.6% da área total ocupada pelos imóveis. Somadas às propriedades situadas entre 10 ha a menos de 100 ha, constituem mais de 90% do total dos imóveis. A maioria absoluta são propriedades particulares, 92.3%, sendo insignificante a participação de proprietários em sociedade, apenas 7.5%. Da mesma forma a situação jurídica específica 80.3% dos produtores como proprietários, sendo que arrendatários, parceiros e ocupantes representam, respectivamente, 5.8%, 2.8% e 9.6% em relação ao total dos produtores rurais. Tais dados caracterizam de fato uma estrutura social de produção marcada pela predominância numérica de pequenas propriedades dedicadas à exploração agrícola de culturas temporárias, mais precisamente aquelas que compõem a base da alimentação dos grupos familiares de pequenos produtores e trabalhadores rurais, a saber: o milho, o feijão, o arroz, a mandioca e a cana-de-açúcar. Em contrapartida, as unidades de área superior a 1000 ha, apesar de minoritárias ao extremo (0.68%), detêm importante fração da área ocupada pelos estabelecimentos, monopolizando, juntamente com os imóveis de porte médio, de 100 ha a menos de 1000 ha, 78% da terra disponível. Estas grandes propriedades tradicionalmente orientam a atividade produtiva para a criação extensiva. Cabe observar entretanto, que o estabelecimento dessas propriedades de área superior a 1000 ha e a considerável expansão da ocupação territorial é relativamente recente. A área territorial ocupada por estes imóveis passou a representar 50% da área total ocupada no município, ano base de 80, sendo que em 70 esta participação estava reduzida a 1.45%. Parte substancial (37%) desta área de expansão está incorporada ao projeto reflorestador em curso no município.

outras terras para ocupação, arrendamento ou estabelecimento de contratos de parceria, através da cessão de uma área suplementar de cultivo nas fazendas mediante a "licença para plantar" requerida aos grandes proprietários (27). Sobre esse aspecto, já era observável no município a queda da produção agrícola e o êxodo rural, temporário ou permanente, pelas dificuldades internas de manutenção do nível de reprodução em propriedades já excessivamente fragmentadas pelos processos de herança e apresentando baixos níveis de produtividade devido aos solos pouco férteis e exauridos pelos sucessivos anos de cultivo.

Com uma dimensão inferior ao módulo rural estabelecido para culturas temporárias na microrregião (20 ha), acrescido das condições de solo e clima adversos, a maior parte das propriedades não asseguram sequer, a produção dos gêneros alimentícios que compõem a alimentação básica do produtor rural. Reduzida a disponibilidade de terreno e a porção aproveitável do mesmo, cultiva-se a terra até quase o esgotamento, não obtendo conseqüentemente a quantidade necessária dos mantimentos destinados a assegurar a subsistência familiar no período da entre-safra. Durante este período, a aquisição dos gêneros alimentícios passa a ser feita nas vendas, e o trabalho assalariado, por diária, empreitada ou sazonal, visa saldar as dívidas acumuladas e reiniciar o ciclo agrícola.

(27) Sobre esse aspecto ver o trabalho desenvolvido por Margarida de Moura no município do Serro, in: MOURA, Margarida et alii - "A reprodução do pequeno produtor no vale do Jequitinhonha Mineiro", Centro de Pós-Graduação em Desenvolvimento Agrícola - EIA/FGV, Horto Florestal, 1979.

la. Mesmo quando a safra obtida é suficiente para o fornecimento dos alimentos básicos à subsistência até a próxima colheita, é notória a dependência do mercado de bens de consumo, principalmente sal e querosene, roupas e remédios, e que tende a se ampliar cada vez que mais gêneros são postos em circulação. Tal fato, agravado pela queda da produção agrícola com a redução e/ou saturação das superfícies destinadas à exploração das culturas agrícolas, implica em maior importação de bens de consumo, onerando ainda mais a subsistência e criando maiores dependências com o mercado de trabalho. Com efeito, as condições locais de produção, não gerando excedentes comercializáveis e na situação limite, nem mesmo o necessário ao consumo interno das unidades familiares durante o ciclo agrícola, transforma a mão-de-obra em única mercadoria susceptível de obtenção de ganhos monetários destinados a suprir as crescentes necessidades. Mesmo as pequenas e raras produções de excedentes, fornecidas pelas safras melhores, são insuficientes para possibilitar alguma comercialização capaz de garantir a subsistência dos pequenos produtores e suas famílias através de uma renda complementar. Nesse contexto, a não ser a feira realizada aos sábados, imagem pálida do antigo mercado de trocas do município fechado em 1975, as necessidades frequentes de suprir o consumo e mesmo garantir a alimentação em épocas de absoluta penúria, consiste na troca de alguns produtos entre vizinhos e o progressivo endividamento nas vendas, a partir do qual define-se a necessidade de conjugar o trabalho assalariado com o trabalho na própria terra até a situação limite da migração definitiva para a cidade.

Com o incremento da atividade pecuária nos últimos 10 anos no município, ocorreu uma considerável expansão da área ocupada para a bovinocultura de corte, acelerando-se o aumento da concentração fundiária, com conseqüente projeção na retração das lavouras temporárias e, portanto, com uma maior demarcação dos limites territoriais avançado pelas posses dos pequenos produtores.

Frente a esse processo, tornou-se demasiado vulnerável a manutenção das posses dos pequenos produtores, dificultando o nível da sua reprodução com a redução da área disponível pelo cercamento das terras quando não resultando a sua expulsão. Com efeito, tornaram-se freqüentes as disputas para demarcação dos limites territoriais, cercamento das áreas de pastagem/lavoura ou invasão das propriedades pelos rebanhos, gerando um quadro de instabilidade social, que agrava ainda mais as precárias bases de sustentação dos pequenos produtores.

Mesmo a forma como se estabelecem as relações contratuais no interior das fazendas denota a fragilidade dos laços que estão sujeitos os parceiros e arrendatários incorporados nestas áreas, em estado de absoluta privação e instabilidade, apresentando um alto grau de "mobilidade horizontal". Com intuito de formar ou renovar os pastos destinados à atividade criatória, os fazendeiros passaram a incrementar a cessão de áreas de parcerias ou arrendadas em determinados períodos de expansão das atividades, de acordo com o esquema observado também por Margarida Moura (28) no município do

(28) MOURA, Margarida et alí - *Op. Cit.*

Serro. Por estes contratos, as condições impostas pelos fazendeiros, além de os fazer responsáveis pelos custos da exploração ao ceder-lhes as terras sem qualquer benfeitorias ou gastos adicionais para a sementeira, cercamento e instrumentos de trabalho, estabelece uma renda-produto, a meia ou a terça da produção obtida, e uma renda-trabalho, representada pela prestação de serviços avulsos e, principalmente, pela preparação do terreno para a produção agrícola. Dessa forma, procura suprir a fazenda de gêneros alimentícios e obtém o terreno preparado para pastagem sem nenhum custo adicional. Para os produtores, a terra cedida sem nenhuma benfeitoria acrescida dos custos que é obrigado a arcar, destinando parte considerável da produção ao proprietário, demonstra o estado de carência no qual sobrevivem. Estado agravado pelo reduzido tempo de cessão destas áreas, geralmente fixadas em um ano, após qual são destituídos destas áreas, iniciando uma penosa trajetória de concessão de terra na mesma ou em outras fazendas.

Também precária é a situação do agregado, ou trabalhador residente nos domínios das fazendas em relação de dependência integral dos proprietários. Sob esse aspecto Margarida Moura (2) tem observado que a tendência é o desaparecimento dessa relação, pela expulsão ou negação do estabelecimento de novas relações contratuais. Como a manutenção de agregados no interior das fazendas implica reserva de terra permanente para uso agrícola, o acionamento das relações de parceria tem se tornado mais vantajoso dado que se baseiam no

(29) MOURA, Margarida et alli. - *Op. Cit.*

contrato com trabalhadores autônomos para a preparação dos pastos mediante o cultivo temporário das áreas cedidas. Como também a exigência de manutenção do rebanho é mínima, dependendo de um ou dois trabalhadores contratados especificamente para este fim, verifica-se que a longo prazo haja uma redefinição das relações com agregado e parceiros em prol do uso de trabalhadores temporários, pagos por dia ou tarefa. Em épocas de maior intensificação das atividades agrícolas, o recrutamento destes trabalhadores em Itamarandiba já vem ocorrendo e, enquanto tal processo não se completa, o recurso às relações de parceria convertem-se em etapas da expansão da atividade pecuária, às custas do deslocamento das áreas com culturas de subsistência.

Dessa forma, a instabilidade gerada pela mobilidade territorial e a intensificação do esforço produtivo a cada ano sem o retorno necessário, são frequentemente apontadas como as causas da migração definitiva para o meio urbano, deixando transparecer claramente o grau de exploração a que são submetidos, sem nem sequer garantias plenas do usufruto da produção e da continuidade do processo de trabalho. Sobre esse aspecto ainda, não só a expansão pecuarista representou um fator de expulsão mas, também, a ocupação de imensas áreas para o reflorestamento no município propiciou a desapropriação dos produtores rurais com a conseqüente migração para a zona urbana do município.

Cabe observar entretanto, que a conseqüência mais marcante do estabelecimento de um complexo reflorestador na área tem sido a captação desta população flutuante da zona

rural para a área urbana do município, representando mesmo a alternativa de urbanização para os pequenos produtores em precárias condições de manutenção do nível de reprodução nas suas posses.

De fato, debilitada internamente a pequena propriedade e, dada as condições contratuais das relações de trabalho fixadas no interior das fazendas, compreende-se que a migração e o assalariamento urbano, passem também a ser uma *opção*, tal como aparece no discurso dos migrantes, apesar de nem por isso ser menos conflituosa ou inerente aos limites impostos pelas condições de reprodução nas propriedades das unidades familiares que afluem à sede municipal em estado de absoluta privação.

Por esse prisma, a incidência do reflorestamento, à parte o papel considerável que representou no agravamento das precárias condições de subsistência, acelerando o aumento da concentração fundiária e a expulsão dos pequenos produtores, veio a representar também a alternativa próxima de estabilização da situação econômica através da noção de "salário". Dessa forma, ocorreu um maciço esvaziamento da área rural para a sede municipal, dificultando ainda mais a condição de reprodução daqueles que de início permaneceram. Com efeito, parte do exercício da atividade agrícola muitas vezes está determinado pelas relações estabelecidas entre vizinhos, amigos e parentes, correspondendo à "troca de dias" necessários a completar a mão-de-obra familiar, em épocas de "pico" das operações agrícolas.

Tradicionalmente descrita como uma das prático-

cas comunitárias de atividade econômica e elemento componente da caracterização das relações sociais e da estrutura de produção "caipira", a "troca de dias" afigura-se ainda como um baluarte para a sustentação da economia familiar, dado que a necessidade contínua de assalariamento temporário, na própria localidade ou em outras regiões, impedem a dedicação do produtor em tempo integral à sua posse e, conseqüentemente, a intensificação do trabalho na mesma às épocas de preparação do terreno e colheita. Para tal, recorrem entre si para a prática do "ajutório", na qual o grupo formado trabalha sucessivamente nas propriedades de cada membro recebendo a alimentação que é fornecida pelo proprietário de cada uma. A desestabilização desse tipo de relação pela fluência da população para zona urbana, é por um lado, um dos fatores a mais que contribui para a decadência da pequena produção, dado que, sem poder contar com este trabalho adicional e sem poder pagar trabalhadores contratados para este fim, aumentam-se as "dificuldades para tocar a roça", o que, a longo prazo, leva à migração definitiva para o meio urbano. Por outro lado, só o fato da sua desagregação é um sinal mais que contundente de profundas transformações em curso no interior desta sociedade.

Migrados para a sede municipal, os pequenos produtores estabelecem-se ao redor do núcleo central da cidade, e sob este aspecto, é notável a proliferação das pequenas casas de adobe, que marcam a entrada nos migrantes rurais e que no período de quase 10 anos duplicaram a área residencial do município se espalhando por ruas sem calçamento, esgoto, água encanada ou eletricidade, abertas no movimento de ocupação urbana.

Mesmo o provimento de uma infraestrutura municipal, restrita ainda à área central e ao bairro dos funcionários administrativos da Companhia, vindos de outras cidades, é recente e decorre da implantação da mesma no local, assim como o estabelecimento de bancos, postos telefônicos e o incremento, diversificação e modernização das casas comerciais que passaram a integrar a população local aos hábitos de consumo dos centros metropolitanos.

Referente a este marco, há um antes e um depois, claramente expressos na ampliação e na modificação do espaço urbano e que tende a ser acompanhado por uma diferenciação de classes e grupos no interior da vida social.

Itamarandiba constituía-se em um aglomerado de casas residenciais do pessoal ocupado com atividades urbanas, geralmente aquelas realizadas nos estabelecimentos de serviço público (Prefeitura, Forum, Delegacia, Correio, Cartório, Escritórios de Advocacia, Igreja, Grupo Escolar, Posto de Saúde e Hospital) e nos parques estabelecimentos comerciais, as tradicionais "vendas", "armarinhos" e casas de ferramentas e produtos agroindustriais.

A diversificação desses estabelecimentos (lojas de móveis e eletro-domésticos, farmácia, padaria, supermercado, lanchonete, etc) ocorreu também a divisão urbana em bairros, identificáveis pelos grupos sociais que passam a compô-lo tal como: a zona comercial e residencial de funcionários públicos e lojistas ocupando a área central da cidade; o bairro Florestal, onde habitam os funcionários da empresa, nitidamente distinto como conjunto residencial planejado e

relativamente separado da administração urbana e consequentemente, a zona periférica onde se aglomera a população migrada do meio rural. Consequente à divisão espacial da área urbana observa-se a diversificação da composição social da população de acordo com o tipo de trabalho exercido e, concomitantemente, com o nível de renda e o grau de escolarização. Por um lado, o afluxo de profissionais de nível superior e técnico decorrente do estabelecimento da Companhia de Reflorestamento como empresa rural e dos órgãos de assistência ao produtor (EMATER, etc), assim como o aumento do número de empregos urbanos decorrente da incrementação dos serviços prestados, têm levado à formação, no sentido de sua progressiva diferenciação como setor social, de uma "classe média" no município. E, por outro, a aglomeração dos migrantes rurais forma um apreciável contingente de mão-de-obra, assalariados como trabalhadores rurais no reflorestamento ou desempregados, aposentados e sub-empregados em construção civil, diaristas e biscateiros. Trata-se com efeito, de uma mudança substancial, dado que a estrutura social no município era restrita a uma oposição básica, qual seja: pequenos produtores/fazendeiros, mesmo porque, além de constituírem uma parcela ínfima da população, os funcionários públicos, comerciantes, administradores e profissionais liberais não raro eram também fazendeiros ou descendentes dos mesmos. Oposição esta, fundamentada na forma de apropriação da terra e da produção, que originalmente constituiu uma sociedade agrária tipo "caipira", marcada pela identidade da forma do exercício da atividade produtiva e usufruto da mesma pela unidade de trabalho familiar, a des-

peito das variações da condição do produtor ou da área ocupada que não significaram gerar uma diferenciação interna, pelo menos na forma como subsistem, se representam e se constituem como grupo. A questão a ser tratada diz respeito portanto, à forma de inserção do migrante rural, originário desta sociedade, na estrutura social urbana em formação.

Feita a "opção" pela moradia urbana, a venda do terreno ou na falta deste, das benfeitorias realizadas no período que foi ocupado, é destinada à aquisição de um lote na cidade e à construção da casa. Sob este aspecto é notável a importância que a casa própria assume como elemento de estabilização na zona urbana, em uma clara alusão à insegurança decorrente da não definição jurídica das propriedades na zona rural. Grande parte, entretanto, sem condições de adquirir a casa dado a elevação dos preços decorrente da especulação imobiliária ou mesmo porque afluem ao município em estado de absoluta privação, passam a habitar pobres casebres cujo aluguel onera em muito a subsistência na zona urbana, para a qual ainda terão que pagar água, lenha e, é claro, todos os gêneros alimentícios que compõem a sua dieta e que passam a ser adquiridos nas vendas.

As condições de subsistência na zona urbana estão determinadas, via de regra, pelo assalariamento da Companhia de Reflorestamento de um ou mais membros do grupo familiar ou o recebimento da aposentadoria, pela filiação ao FUNRURAL e que, na maior parte dos casos, é decorrente da invalidez por motivo de doença.

Fora deste quadro é a miséria absoluta e a sub

sistência a partir do mercado marginal e eventual de trabalho (bombeiro, pedreiro, diarista na zona rural, empregada doméstica, lavadeira, etc) contando com alguma assistência social do Centro de Saúde e da LBA que mensalmente distribuem sacolas com gêneros de primeira necessidade aos absolutamente carentes.

Por vezes, a própria aposentadoria, quando é a única fonte de renda fixa do grupo familiar implica também a utilização do mercado marginal de trabalho, dado o pouco valor que apresenta (atualmente vinte e oito mil e poucos cruzeiros determinados por lei como 50% do valor do salário mínimo aos trabalhadores rurais que nunca contribuíram para a assistência previdenciária - data ref.: nov. 1983), sendo insuficiente para prover o mínimo necessário à subsistência. Situação social que cada vez se deteriora mais pela completa dependência do mercado de bens e trabalho, que apresentam-se respectivamente com um alto custo e uma restrita capacidade de absorção de mão-de-obra a cargo, quase que exclusivo, da empresa reflorestadora.

Limitada a fase inicial de preparação da terra e plantio, a ampla absorção de mão-de-obra para o reflorestamento, que chegou a requerer mais de 2.000 empregados durante esta época, foi brutalmente reduzida nos anos subsequentes para cerca de 800 e poucos empregados durante o período de manutenção e crescimento dos eucaliptais, com baixíssimos índices de readmissão, calculados em torno de 10%. Com o início da produção de carvão vegetal já em 1980 este número passou a flutuar entre 1.300 e 1.500 empregados.

Contratados em regime de T.R. (Trabalhador Rural), que especifica de acordo com a legislação do Trabalhador Rural, Estatuto da Terra, um salário base inferior ao salário mínimo estipulado pela CLT, férias anuais e assistência médico-odontológica, estes trabalhadores estarão também sujeitos a um intenso regime de trabalho, qualitativamente distinto das atividades exercidas nas áreas de lavoura, principalmente no que diz respeito à regulamentação e a organização do trabalho a nível empresarial. Mesmo para esses trabalhadores, em sua maior parte homens casados ou arrimos de família que estão assegurados por alguns benefícios previdenciários e salário mensal fixo, destinado invariavelmente ao custo de habitação urbana, composto no mínimo pelo provimento integral dos gêneros alimentícios e da infra-estrutura básica urbana (água, lenha, aluguel), a situação de carência na qual sobrevivem não é muito distinta da dos outros trabalhadores desempregados ou subempregados. Mesmo porque estarão sujeitos aos "cortes" que invariavelmente ocorrem no interior de uma empresa com flutuação da capacidade de absorção de mão-de-obra.

Dentro desse contexto e, paralelamente à formação do processo migratório, que ocorre a implantação da rede de prestação de serviços médico-psiquiátricos, a qual passa a incorporar essa clientela ao atendimento assistencial prestado. Observemos portanto, como tem se constituído esse processo e como, através dele, a própria "situação de mudança" pode ser também apreendida.

PARTE II - PRÁTICA MÉDICA: ELABORAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DA "DOENÇA MENTAL"	67
11.1 - O lugar da relação médico-paciente na produção da "doença mental" ...	87
11.2 - Consulta: a elaboração do diagnós- tico	99
11.3 - Terapêutica: a eficácia medicamen- tosa	107
11.4 - Diagnóstico: racionalismo ou re- presentações?	111
11.5 - Em direção a um discurso sobre o social	117
ANEXOS	127

Sendo atualmente distribuída em sete locais de prestação de serviços, a cargo de três médicos generalistas, a assistência médica no município caracteriza-se por uma forma de atendimento primário e de urgência clínica e cirúrgica. O caráter institucional desses locais: público, previdenciário e sindical, especifica a forma de acesso aos mesmos e a clientela a ser atendida.

Mantido pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, o Centro de Saúde, antigo Posto de Higiene, foi implantado no município por volta de 1950. Contando com médicos esporádicos, apresentava uma atuação irregular de prestação de serviços, praticamente limitada à orientação para tratamento e educação sanitária das doenças carenciais e parasitárias, e à efetivação dos programas de controle de endemias e epidemias desenvolvidos e priorizados pelos órgãos de saúde pública.

De acordo com informações obtidas, somente em 1968 passa a haver uma continuidade do atendimento a ser prestado pelo Centro, assim como o provimento de uma infraestrutura mínima para cuidados primários e regulares da saúde comunitária, em consonância com a reorganização administrativa e a redefinição da área e da forma de atuação governamental no setor.

Dessa forma, ao aspecto propriamente sanitário e de controle das moléstias endêmicas e epidêmicas que dirigiam até então a assistência médica pública, passou-se a incentivar o aspecto preventivo e a assunção, por parte do médico encarregado, da atividade clínica, como serviço a ser

prestado de forma regular à população carente, integrando-a à rede hierarquizada e regionalizada de assistência médico-sanitária e médico-hospitalar.

O Centro conta atualmente com um médico, que atende uma média diária de 15 pessoas, de segunda a sexta-feira, e com um corpo de auxiliares de saúde encarregado da vacinação, distribuição dos medicamentos e da organização administrativa. Há ainda postos de atendimento nos distritos municipais a cargo de atendentes.

Correlato à extensão dos serviços médicos públicos, a incorporação dos trabalhos rurais ao sistema assistencial previdenciário, através do FUNRURAL, propiciou as fundações, em convênio com esta entidade, do hospital local em 1968 e do sindicato patronal em 1975.

Sendo uma sociedade beneficente subvencionada pela previdência social rural, o hospital atende além dos beneficiários, particulares, indigentes e conveniados pela empresa de reflorestamento localizada no município. Sob a supervisão conjunta dos três médicos em exercício profissional, apresenta uma média mensal de 300 casos de internação, além de propiciar consultas esporádicas em horas de menor movimento.

Como entidade de classe, o Sindicato Patronal, também subvencionado pelo FUNRURAL, é mantido pelos empregadores ou diretamente pelos trabalhadores rurais autônomos e usuários dos serviços prestados, mediante uma taxa mensal fixada pela previdência social. Clinicam no local dois médicos, atendendo uma média de 20 pessoas por dia, de segunda a sexta-feira.

O Sindicato dos Trabalhadores na Indústria de Extração de Madeira, Lenha, Carvão e Derivados, formado quando da implantação da empresa reflorestadora no município em meados da década de 70, não presta serviço médico diretamente, mas sim através do fornecimento de "guias de consulta" aos médicos locais, em convênio com a empresa. Sob a supervisão administrativa de um médico empresarial, atuam um enfermeiro e uma auxiliar de saúde, encarregados do fornecimento e do controle da remessa de guias — são 12 por dia —, da retificação de faltas e licenças por motivos de doença, mantendo desta forma um serviço permanente de controle do nível de saúde e da produtividade dos empregados.

Para a manutenção dessa organização, o Sindicato retém 1% dos salários e as consultas pagas aos médicos pela empresa são posteriormente descontadas parceladamente nos salários; da mesma forma a compra de medicamentos e, se for o caso, o transporte extra-municipal para os centros hospitalares especializados, são também financiados pela empresa e descontados nos salários. Essa clientela é atendida nos três consultórios particulares mantidos pelos médicos em exercício profissional no município.

Considerando a precária infra-estrutura e o número reduzido de médicos, proporcionalmente ao total dos habitantes do município, pode, entretanto, ser observado por estes dados sobre a forma de organização e prestação dos serviços clínicos, que esta não apresenta uma rigidez estrutural que signifique a exclusão de parcelas da população do atendimento prestado.

Dada a existência de um serviço público gratuito e a organização de formas de atendimento conveniado e previdenciário, a área de abrangência da atividade médica está determinada, *em princípio*, pela capacidade de atendimento diário da população que afluí aos consultórios e, tende a decrescer em relação à zona rural pelas dificuldades de transporte e acesso à área urbana da sede municipal, onde esses serviços se concentram. Comparando retroativamente a forma de prestação desse serviço, a área da sua incidência foi consideravelmente ampliada.

Retratando a carência de uma estrutura oficial de assistência médica e previdenciária, orientada para um amplo e regular atendimento das populações rurais e interiores e, particularmente, isolado dos centros médicos e hospitalares, o município apresentava uma prestação de serviços médicos restrita à atuação periódica de alguns profissionais, à ação limitada e irregular do Posto de Saúde e a uma inusitada "Santa Casa de Itamarandiba".

Fundada em 1911 como associação particular e beneficente, constava de um hospital geral cuja finalidade, caritativa e assistencial, deve ser relativizada pela sua circunscrição aos limites restritos de sua interferência que constituía as instalações hospitalares e situada frente aos seus objetivos, quais sejam:

"(...) acolher os doentes e indigentes e desamparados, de ambos os sexos e todas as idades; os feridos e traumatizados; os casos mórbidos urgentes de qualquer espécie; em franquear os recursos de sua maternidade a todas as gestantes (e púrpuros) que deles estejam precisando; afinal em dispensar a todos e a todas que esti

verem necessitando, os cuidados e tratamentos exigidos por seu estado e seus sofrimentos".
(Relatório de 1949).

Permanecendo durante décadas como a única instituição a prestar de forma regular cuidados médicos, progressivamente reduz suas atividades pela precariedade em manter o nível assistencial frente às crescentes dificuldades financeiras, até o fechamento por volta de 1969, quando funcionava somente a maternidade.

Os relatórios anuais de atividades e informações complementares indicam entretanto, que a prática médica não era a referência mais imediata de intervenção curativa. Com uma população habitando, em sua maior parte, na zona rural do município, isolados e distantes, a procura do atendimento médico era restrita a casos de urgência, frente às dificuldades de locomoção e acesso ao centro urbano do município. Mesmo assim, de acordo com a disponibilidade de parentes e amigos que se prestavam a acompanhar o doente.

Observa um relatório:

*"Aqueles doentes, em sua maior parte, vieram trazidos por companheiros compadecidos, alguns até carregados em padiolas improvisadas, e-
xaustos todos, por demora das privações e por sofrimentos curtidos em ranchinhos e tugúrios isolados"* (Relatório de 1952).

Por um lado, se o baixo consumo dos serviços médicos pode ser imputado ao isolamento desta população e à escassez, ou mesmo inexistência, de profissionais habilitados integrados em uma estrutura para sua prestação, por outro, estas são as condições históricas que permitiram o estabelecimento das chamadas práticas populares de tratamento curativo,

largamente difundidas no meio rural brasileiro, da qual o uso constituía a forma de intervenção terapêutica local, como poder-se-á observar pelos relatos a serem oportunamente citados. No início dos anos 70, dois processos podem ser observados: a formação de uma rede médica assistencial no município, através da assistência social e previdenciária às populações rurais, configurada nos locais de prestação de serviços anteriormente assinalados; e, concomitantemente, o movimento migratório para o centro urbano do município quando da implantação do complexo reflorestador no mesmo. Essas duas condições passaram a determinar a possibilidade do acesso ao atendimento médico, como forma de intervenção terapêutica. Dadas as condições para o estabelecimento de uma "relação terapêutica", definida pelos lugares de médico e paciente que a prática clínica instaura, emerge um processo sistemático de identificação e tratamento médico local de "doenças mentais".

* * *

O consumo de medicamentos psicotrópicos no município, de acordo com a média mensal de compras da farmácia local, registra 2.282 caixas desses medicamentos — entre antídóticos, para tratamento de distonias neuro-vegetativas e os chamados "controlados", vendidos sob prescrição médica

(relação anexo) — consumidos mensalmente. A proporção do diagnóstico da "doença mental" em relação à média do atendimento diário, inferida da observação pessoal e das informações prestadas pelos médicos (1), situa-se em torno de 50% e tende a aumentar relativamente à composição dos pacientes em que há uma alta participação de crianças. O registro de internação hospitalar em 1982, especifica 192 casos classificados como "doença mental", que representam aproximadamente 8% do total das internações verificadas no mesmo período (Tabela anexo). Observa-se que, em se tratando de um hospital de clínica geral e de urgência, a internação por determinados quadros diagnosticados como psiquiátricos, principalmente a chamada "Síndrome de Conversão Psicomotora", aparece em alguns meses dentre as primeiras incidências superando mesmo algumas patologias consideradas predominantes na região, tais como gastroenterite, desidratação, bronquite, hipertensão arterial, doenças carenciais e parasitárias.

Os dados acima mencionados expressam o momento particular e historizado do consumo regular de medicamentos psicotrópicos e o tratamento local de casos identificados como "doença mental" a partir do diagnóstico realizado nos lugares de atendimento anteriormente indicados.

(1) O único registro acessível, o Boletim Mensal de Serviços Médicos, clientela originária do FUNRURAL, só tem especificações sobre diagnóstico em alguns meses de 1979 e 1980. Os outros encontram-se perdidos ou mesmo nunca foram feitos. Sob essa base, pôde-se observar que, no total de consultas registradas, 5.633, 8% dos casos atendidos foram diagnosticados como "doenças mentais". Sendo que, essa porcentagem foi superada somente pela incidência de verminose, 19% em relação ao total de diagnósticos feitos.

Para que o atendimento local incorporasse a atividade psiquiátrica no exercício da sua prática, foi necessário a reformulação da assistência psiquiátrica pública e sua integração à rede básica de cuidados médicos. Deve ser observado, localmente, como ocorreu a transferência para a clínica médica do controle e tratamento dos casos de "doença mental", através da observação do modo como se modifica a orientação institucional para prestação de assistência psiquiátrica, antes restrita ao tratamento custodial dos "loucos" como "doentes mentais".

* * *

Prendê-los em lugares especialmente construídos fora da casa, com uma pequena abertura para passagem de água e alimentos; acorrentá-los pelo pé em um tronco colocado sob um buraco no assoalho das casas, ou ainda, amarrá-los em troncos de árvores e trancafiá-los nos quartos nos períodos temporários de "crises", eram práticas comuns de isolamento do indivíduo "louco" nas áreas rurais do município. Determinadas pelo comportamento apresentado pelo indivíduo, a partir do qual era definida a reação de exclusão ou não do indivíduo "louco" do convívio social, consistiam mais propriamente em medidas de contenção, acionadas pela família, como forma de controle dos atos praticados: a ocorrência de danos à propriedade, agressões físicas a terceiros, mutilações pessoais. Recolhidos ao isolamento da zona rural seria uma expressão apropriada para configurar o uso social dessas práticas.

O encaminhamento às instituições psiquiátricas é conseqüente a sua efetivação como função do poder público, formando a estrutura asilar (2) e orientando as administrações municipais: prefeituras e delegacias, para a sua execução. Alguns relatos são figurativos dos "loucos andarilhos", perambulatórios das estradas e ruas da cidade, a serem institucionalmente confinados: soltos nas chapadas vagueavam até às cidades, onde em caso de periculosidade ou provocação de desordem, eram amarrados aos postes e cercas do mercado, nas feiras de trocas realizadas, e deixados lá, alvos da caridade pública e recolhidos às delegacias de onde eram enviados aos manicômios.

Frequentemente, essas instituições passaram a mediatizar as internações hospitalares para os casos solicitados pelas famílias, frente à situação de carência na qual elas subsistem e a dificuldade de transporte e acesso às instituições que o encaminhamento representava.

Durante o correr do século, a forma desse transporte e encaminhamento às instituições psiquiátricas é

(2) A formação da estrutura asilar psiquiátrica no Estado, data de 1903 com a fundação do Hospício de Barbacena, a partir da promulgação em 1889 da "Lei de Assistência aos Alienados do Estado de Minas Gerais". Até então a assistência era mantida pelas Santas Casas de Misericórdia, dentre elas a de São João Del Rei (1765) que manteve até 1918, a primeira unidade psiquiátrica em hospital geral no Brasil; e ao longo desta, a Santa Casa de Diamantina que manteve um anexo para "doentes mentais" entre 1888 e 1906, quando foi suprimida a verba estadual a ele destinada. In: SIMÕES, Ronaldo - "Barbacena 1900-1980", III Congresso Mineiro de Psiquiatria. Belo Horizonte, novembro/1979. Com as fundações posteriores do Instituto Raul Soares (1922), Instituto de Neuro-Psiquiatria Infantil (1946) e do Hospital Galba Veloso (1961), forma-se o conjunto hospitalar psiquiátrico público do Estado.

elucidativa das orientações administrativas da assistência psiquiátrica pública.

Delegada às administrações municipais o encaminhamento dos "loucos" aos manicômios, este se processava mediante uma rede de contatos e autorizações entre o pedido da Chefia de Polícia ou da Prefeitura local para internação, e a ordem institucional confirmando e marcando a data para o seu processamento. Procedimentos necessários, uma vez que o próprio transporte era custodiado pelo poder público, menos devido ao caráter social de indigência que os "loucos" a serem recolhidos estavam investidos, do que pela sua subordinação ao aparato de segurança pública que marca o advento da instituição psiquiátrica.

Desta forma, até meados do século, a rede ferroviária do Estado fornecia "passes" para o transporte dos "loucos", encaminhados sob segurança policial ao hospício de Barbacena, de acordo com as requisições da instituição (3). No município, de acordo com informações prestadas, estes eram levados em um caminhão até Diamantina, onde eram embarcados nos trens da Central do Brasil, conjuntamente com outros provenientes de outras localidades regionais próximas, já previamente informadas e autorizadas sobre o embarque:

(3) De acordo com informações prestadas por ex-funcionários das viagens férreas da Central do Brasil, que manteve um ramal em Diamantina de 1914 a 1960, e Oeste de Minas. Não foi possível detectar a existência de convênios ou ofícios regulares da forma como era encaminhado institucionalmente o transporte. Supõe-se que os "passes" eram debitados como controle e uso de passagem na conta do governo estadual.

"Na hora de levar não levava um só, levava de três para cima, esperava juntar. Lá de Barbacena eles requisitavam um carro de trem da Central do Brasil, carro forte da Central do Brasil; às vezes chegava lá, tinha três ou quatro carros da Prefeitura cheio de doído; mesma coisa com lepra ..." (4)

(Informante:- antigo auxiliar de saúde)

O desenvolvimento das vias rodoviárias e a progressiva desativação das linhas férreas, elimina essa forma de transporte, mas não o caráter do qual ela estava investida, o da promoção da reclusão às instituições psiquiátricas dos "loucos" a cargo das administrações hospitalares e de serviço público encarregadas. Mudaram-se os meios: viaturas policiais, carros oficiais, e ainda hoje são fornecidas passagens de retorno aos pacientes egressos, em ônibus, perdurando uma

-
- (4) Ronaldo Simões faz observações semelhantes a respeito da estrada de ferro Oeste de Minas: "Os vagões para loucos são separados dos demais e em cada estação recolhem os doídos pobres, com a ajuda da polícia. Depois os vagões são limpos. Já os vagões que recolhem os leprosos são posteriormente queimados nas oficinas da Rede Mineira de Viação, em São João Del Rey". *Op. Cit.*, p. 28. Essas informações sobre a existência de vagões especiais para o transporte de "loucos", não são confirmadas pelos funcionários contactados da rede, que observam somente o uso de passes em vagões de segunda classe e a escolta policial. É fato entretanto, a existência de vagões especiais para o transporte de leprosos, de madeira para posterior cremação, em convênios especiais com a Secretaria de Saúde. Os relatos especificam a forma de recolhimento e transporte dos leprosos pela Oeste de Minas a partir de dois convênios: um, de Monte Carmelo à colônia de Santa Isabel, quando da romaria de N.Sra. da Água Suja à qual comparecia um fiscal do serviço de lepra para identificação, recolhimento e transporte; outro, a partir de Carneiro Resende, para o embarque em Três Corações em direção às colônias de Bambuí e Santa Fé. Sob esse aspecto, Michel Foucault chama a atenção sobre o esquema de exclusões superpostas que representou o internamento dos loucos e leprosos na idade clássica, ver - *História da Loucura na Idade Clássica*, São Paulo, Perspectiva, 1978.

expressão que se tornou conhecida, os "loucos em trânsito", aspecto contra o qual se voltarão as orientações administrativas das políticas assistenciais psiquiátricas públicas do Estado nos últimos anos.

Percebidos como problemas de ordem social e assistencial, o encaminhamento dos "loucos" aos manicômios era, como tal, função das Prefeituras e Delegacias municipais. Percebidos como sujeitos da interferência médica essa função tende a ser desligada dos órgãos administrativos municipais para ser colocada no âmbito da prestação dos serviços médicos. O tempo e os lugares dessas reformulações são móveis e situam-se em diversos planos, quer por razões propriamente epistemológicas ou de inovações técnicas da prática psiquiátrica, quer por razões de ordem administrativa e política da organização do setor assistencial. Mas é, primeiramente, ao nível da orientação administrativa que essas reformulações são apreendidas e dirigidas ao município.

Com a criação em 1969 da Fundação Educacional de Assistência Psiquiátrica - FEAP - a partir de uma reorganização administrativa do setor saúde, que a institui para a direção do conjunto hospitalar público estadual, observa-se um redirecionamento da forma de atendimento ao "doente mental" indigente do Estado. Tendo como base a hipertrofia e a inoperância da estrutura asilar, e o contínuo crescimento da demanda por serviços psiquiátricos, foram feitos (5):

(5) MUNDIM, Walter E. - "Curso de Atualização em Psiquiatria - Introdução e Histórico" - Belo Horizonte, 1981, n.p.

1. Avaliação quantitativa e diagnóstico dos pa pacientes, devolvendo-os às famílias e comunidades de origem. Como exemplo, o número de internos do então Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena, foi reduzido de aproximadamente 4.000 a 2.000 internos; muitas vezes sem se saber da procedênç cia destes, eles eram colocados frente aos altares em festas religiosas das cidades do interior para identificação.

2. Implantação do serviço de controle de egress sos, para a manutenção do paciente sob controle médico no pró prio local de origem. Para tanto era enviado aos médicos das unidades de saúde, a ficha do paciente com a prescrição medicamentosa, a ser encaminhada mensalmente ao doente.

Durante este período e como forma de implantaç ão desse projeto, foram criados "Cursos de participação comun nitária" para líderes comunitários visando a "sensibilização da comunidade" para a integração do "doente mental", e "Curs sos de atualização em Psiquiatria", para treinamento dos clín icos das unidades e centros de saúde para o atendimento psiquiátrico local, consistindo em aulas teóricas e práticas sobre sintomatologia e terapia de patologias psiquiátricas. Dess a forma, pensava-se tanto conter a demanda para os centros hospitalares como o controle de reinternação. Em 1973, foi realizado o curso para clínicos do Vale do Jequitinhonha, prim meiro deles, sendo implantado o serviço de controle de egress sos daquela região, do qual participaram os médicos da Unidade de Saúde de Itamarandiba.

Ao delegar ao clínico do município o controle da internação-reinternação hospitalar, a FEAP instituiu o cri

tério médico para o encaminhamento dos pacientes às instituições psiquiátricas e tentou firmar convênios com as Prefeituras municipais como forma de regularizar o processo de internação. Em 10 de janeiro de 1973, uma circular dirigida aos delegados municipais, pela Secretaria de Segurança Pública do Estado, informou que os hospitais da rede assistencial somente poderiam receber pacientes psiquiátricos quando acompanhados da respectiva qualificação e mediante informações do quadro mórbido por eles apresentado, segundo uma guia de internação a ser preenchida no ato de encaminhamento de cada paciente (6) (o modelo do impresso está anexo). Essas guias de internação preencheram a tentativa de identificação dos pacientes para possibilitar o posterior encaminhamento de regresso, evitando o prosseguimento da relação custodial e asilar, característica da instituição psiquiátrica.

Operação singular se perfaz. O "louco", recolhido integralmente à competência do saber médico, não mais retraído aos muros asilares, transmuta os lugares sociais do seu reconhecimento: a identificação do "louco", passa a ser validada, porque avaliada legitimamente na prática médica. O Gabinete do Secretário do Estado de Segurança Pública informou em ofício de 30 de outubro de 1973 aos delegados municipais:

"Face os impedimento contidos na resolução nº 3.530, desta Secretaria, que vedam as missões de requisições para o transporte

(6) Secretaria de Segurança Pública de Minas Gerais, Gabinete do Secretário - Of. CGS/73, Belo Horizonte, 10 de janeiro de 1973.

de doentes mentais, proibindo por outro lado o fretamento de veículos particulares para o recambiamento de doentes mentais que necessitem de internamento em manicômios da FEAP, venho recomendar-vos, ratificando instruções da circular 032/566/73, de janeiro do corrente ano, a fiel observância dos vossos disciplinados por aquele órgão da Secretaria de Estado de Saúde, fazendo encaminhar, doravante, os pacientes acima referidos ao Posto de Saúde local ou Unidade Sanitária, os quais estarão aptos a procederem à triagem para avaliação do estado de saúde dos mesmos e, conseqüentemente, da necessidade ou não de receberem tratamento especializado. Por se restringir o problema à competência da Secretaria de Estado de Saúde e, principalmente, aos interesses da comunidade, afeto portanto à Prefeitura local, os procedimentos para o transporte estão restrito à deliberação daqueles órgãos".

Em 14 de fevereiro de 1973, pela Lei 620, a Câmara Municipal de Itamarandiba autorizou a assinatura do convênio com a FEAP, abrindo crédito especial para o tratamento dos pacientes psiquiátricos encaminhados. Os termos desse convênio foram dados por uma comunicação enviada ao prefeito local, datada de 19 de abril de 1972, que estabelecia um critério de contribuição das municipalidades baseada na densidade populacional, especificando que, a não assinatura do convênio implicaria o reembolso da FEAP de meio salário mínimo por indigente hospitalizado (7). Por meio desse convênio, as internações se dariam mediante a guia de internação a ser fornecida pela Prefeitura, atestado médico, certificado de idade do paciente e autorização da família. Ficava ainda estabelecido,

(7) Modelo de Convênio e minuta do Projeto de Lei elaborado pelo Departamento de Assistência aos municípios - Prefeitura de Itamarandiba.

que a FEAP poderia em caso de cronicidade internar o paciente em Barbacena (8) ou, de acordo com seu critério, devolvê-lo a seu domicílio, informando ao responsável em caso de transferência, alta ou morte.

Por essa documentação é possível observar que o critério custodial tende a ser retirado da organização hospitalar e transferido para as entidades públicas municipais como representantes da comunidade, as prefeituras, mas ainda é a entidade hospitalar que controla a carreira psiquiátrica institucional do "doente mental". A transferência da responsabilidade tende a ser delegada à comunidade de origem: primeiramente às prefeituras, como forma de regularizar a internação e, posteriormente pela incorporação da atividade psiquiátrica à rede básica de saúde na sua atual estruturação.

O convênio assinado pela prefeitura local com a FEAP jamais foi pago e o único procedimento observado foi a expedição das guias validadas por atestado médico. A primeira delas data de 20 de fevereiro de 1973 e a última de 07 de março de 1979. Durante esse período foram expedidas 80 guias (não contando reincidências), sendo que nos anos de 1973 a 1975 foi observado uma regularidade da remessa de guias em aproximadamente 23 anuais. Ao longo dos outros anos elas foram progressivamente reduzidas não sendo expedidas atualmente. Das 80 pessoas conduzidas, 44 eram homens e 36 mulheres, em

(8) Em função de reorientações administrativas, Barbacena foi transmutado em Centro Hospitalar para crônicos, para lá encaminhados após uma triagem prévia nos hospitais da rede assistencial localizados em Belo Horizonte, para onde passaram a serem levados os pacientes para internação.

sua grande parte habitantes da zona rural, lavradores e domésticas. Assinavam o termo de responsabilidade parentes próximos que solicitavam à prefeitura o encaminhamento e/ou o fornecimento de verba para passagem ou frete de veículos para o transporte.

A partir da prestação de serviço de controle de egresso e da validação do encaminhamento hospitalar, a clínica médica local passou a regularizar e a absorver a atividade psiquiátrica em sua prática. Até então, o atendimento médico-psiquiátrico era mínimo. Os relatórios da "Santa Casa de Itamarandiba", apontam para tratamento de casos de neuro-psiquiatria. Frente às informações anteriores e comparativamente aos dados atuais, o número de internações, 6 a 8 anuais, é insignificante. Os poucos casos atendidos eram tratados sob a diretriz geral de uma medicina sanitarista e caritativa, o que significava o abrigo temporário e a medicação a partir de tônicos reconstituintes e fortificantes, medicamentos químicos (arsênico, estricnina, bromureto de sódio) e extratos vegetais (valeriana, maracujá) conhecidos por suas propriedades calmantes. Eventualmente, os médicos em exercício profissional no município ou auxiliares de saúde podiam atuar na sedação dos pacientes para contenção e controle imediato dos mesmos.

O processo de absorção da atividade psiquiátrica na clínica médica foi consolidado com a formulação do Programa Integrado de Saúde Mental - PISAM, ao orientar a integração das ações de saúde mental à rede básica de cuidados médicos, segundo as diretrizes e formas organizacionais ante-

riormente indicadas. Como foi observado no item 1.1 da I Parte, basicamente esse programa consiste no atendimento e acompanhamento dos pacientes psiquiátricos pelos médicos clínicos das Unidades de Saúde, especialmente treinados, contando com recursos terapêuticos (medicamento psicotrópico) e apoio técnico das equipes de supervisão dos Centros Regionais de Saúde e dos hospitais da FHEMIG (9). Desta forma, o encaminhamento hospitalar só ocorreria para o controle da "crise", possibilitando o retorno do paciente ao local de origem, onde ele continuaria o tratamento ambulatorial.

O registro de pacientes sob controle ambulatorial do Centro de Saúde, egressos de hospitais psiquiátricos, relaciona 15 pessoas sob esse cuidado. Número insignificante frente aos dados anteriormente assinalados. Também reduzida é a quantidade de medicamentos psicotrópicos distribuídos pelo posto de saúde local, frente ao consumo médio mensal observado no município: 7.519 comprimidos no ano de 1982.

O quadro estatístico da evolução da distribuição de medicamentos psicotrópicos pelo Centro de Saúde (quadro anexo) permite somente visualizar o progressivo aumento da sua quota, que coincide com a implantação do PISAM e o incremento da remessa dessa medicação pela Secretaria de Saúde aos Centros Regionais e, destes, às unidades e postos de atendimento. No cômputo geral da Secretaria de Saúde, a distribuição passou de 2.243.924 unidades (comprimidos, injeções e xa-

(9) FHEMIG - Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - criada em 1978, pela fusão das fundações especializadas, dentre elas a FEAP, da rede hospitalar assistencial pública do Estado.

ropes) a até 10.369.694, no período de 1978 a 1979 (Dados S. S. - 1982). A irregularidade observada na distribuição não significa decréscimo no consumo, mas sim falta constante desses medicamentos, cuja remessa pela S.S. é irregular. Há ainda a observar que os medicamentos arrolados são aqueles distribuídos pela CEME (Central de Medicamentos), não correspondendo portanto à oferta e ao consumo local do mercado de psicofármacos, de acordo com os dados da farmácia anteriormente assinalados.

Frente a estes dados, há um deslocamento significativo da vinculação formal e administrativa da prestação do serviço psiquiátrico local em relação à sua integração ao sistema assistencial que o predispõe. Mesmo porque, a exceção do médico contratado pelo Centro de Saúde, os outros dois clínicos, em exercício profissional no município, não receberam orientação para o controle ambulatorial psiquiátrico,

Como clínicos, sendo um também cirurgião, os médicos (3), foram para o município contratados pelas instituições públicas de prestação de serviço médico (Secretaria de Saúde; FUNRURAL), realizando-o também nos consultórios particulares montados ao longo da permanência na cidade. Graduados pela Universidade Federal de Minas Gerais (1) e pela Faculdade de Ciências Médicas de Belo Horizonte (2), possuem como formação acadêmica em psiquiatria um único curso de psicopatologia clínica, que consistiu em aulas teóricas sobre sintomatologia e prescrição medicamentosa, e um rápido estágio (dias) em hospitais psiquiátricos, aos quais eram levados para o reconhecimento dos casos patológicos:

"A formação acadêmica é péssima; um dos cursos piores é o de psiquiatria: levavam a gente prá mostrar os pacientes: como era um esquizofrênico e tal e mandavam conversar com ele. Informavam o quadro clínico e o tratamento, quer dizer, você devia saber reconhecer quando tá doído ou não tá prá mandar pro psiquiatra. O que eu aprendi foi com bom senso e prática".

(médico local - 5 anos no município)

Em relação à orientação institucional para o tratamento ambulatorial, somente o médico contratado pelo Centro de Saúde a recebeu, tendo feito dois cursos de atualização em psiquiatria, em 1976 e 1977, oferecidos pela FEAP, a partir dos quais iniciou o controle ambulatorial dos pacientes egressos da instituição. Anteriormente trabalhou também no INAMPS, fornecendo guias de internação para os hospitais psiquiátricos da rede convênida. Mesmo nesse caso, a política de assistência psiquiátrica pública atual só é referenciada aos seus princípios gerais e à remessa de medicamentos psicotrôpicos pelo Centro Regional de Saúde para o atendimento ambulatorial, atentando para a precariedade dos recursos disponíveis:

"Você fica preso à cota de medicamentos do Centro Regional e está sempre faltando medicamentos. E essa política asilar não resolve. Vão lá, internam 3 dias e soltam o paciente que volta aprontando tudo de novo. O Basaglia quando teve aqui andou influenciando os psiquiatras prá não internar. Agora, na Europa, é uma coisa, aqui é outra. Dá prá controlar no ambulatório: tira o paciente da crise e tal. Mas desde que contê com a ajuda da família prá trazer o paciente prá fazer revisão. Se internar não pode, dá prá controlar. O problema é que falta remédio, falta tudo. Mas ele (Basaglia) tá certo, o meio enlouquece as pessoas".

(médico - Posto de Saúde)

Com a mesma argumentação, os outros dois médicos evitam a internação hospitalar especializada e orientam o tratamento psiquiátrico em seus consultórios, considerando a precariedade do tratamento institucional prestado:

"Não estou internando em Belo Horizonte não, que não adianta, não resolve mandar. Volta a mesma coisa. Vai enfiar droga mesmo, a gente enfia aqui. Que se tivesse uma terapia, mas não tem. Então, resolve por aqui mesmo. E eles também preferem ficar aqui. Sabem que Belo Horizonte não resolve e vem pegar os comprimidos aqui mesmo, fazem seu controle aqui. Paciente psiquiátrico eu nunca mandei. Ainda mais pro FUNRURAL. É muito difícil pro pessoal. Só mando caso de empregado da Acesita, com INPS, pra aposentadoria. Pelo FUNRURAL você manda a guia e um papel encaminhando o doente pro ambulatório Leão XVIII e de lá eles vão para os conveniados, o Instituto Raul Soares, o Santa Clara. Mas não tou mandando não".

(médico - Sindicato Patronal/FUNRURAL)

"Eu só mando prá fora se suspeitar de tumor cerebral, ou casos que complicam muito e a família insiste. Evita, porque ficam 3 dias no Pronto Socorro de Psiquiatria e mandam de volta. Não que eu seja a favor do hospital, porque é desumano, mas os casos de doido varrido não dá prá tratar em ambulatório. É pouco a frequência, o que tem mesmo é os neuróticos aí. O que eu traço aqui é dando medicamento, mas é só prá família desencanar de "mandar prá cima". E acaba eles mesmo pedindo prá ficar aqui. Então fica".

(médico - Sindicato Patronal/FUNRURAL)

Tem-se então que a internação nas instituições psiquiátricas só ocorre em determinadas ocasiões motivadas por quadros clínicos considerados graves e necessitados de apoio especializado (confirmação do diagnóstico e orientação para o tratamento) ou pela possibilidade de auferir benefícios previdenciários, o que a torna necessária.

Paradoxalmente, o atendimento ambulatorial psiquiátrico aparece como decorrente da carência de uma estrutura para sua prestação do que propriamente organizado e administrativamente integrado às orientações oficiais para o seu provimento.

O deslocamento observado revela outro lugar para o processo de identificação e tratamento médico local dos casos de "doença mental": o lugar marcado pela disposição do médico e do paciente na situação de consulta, no qual se exerce a experiência clínica e emerge o diagnóstico da doença mental.

II.1 - O LUGAR DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE NA PRODUÇÃO DA "DOENÇA MENTAL"

Perguntar sobre o efeito desse deslocamento é necessariamente perguntar sobre a mediação entre a estrutura organizacional na qual está lotada a prática médica e as condições objetivas nas quais ela se exerce. Mediação que, no caso, não se restringe a uma avaliação entre aquilo que a retórica institucional propõe e a organização prevê e a forma efetiva como ela encontra a sua realização no interior das práticas sociais. O fato da atenção médica consistir em uma prestação de serviço pessoal (10) cuja prática profissional

(10) Segundo definição operacionalizada por Guillon, que especifica como relações de serviço pessoal (...) "relações em que um ator-cliente entrega um objeto-sistema a um ator-perito para que este reponha o objeto-sistema em estado de uso", in ALBUQUERQUE, J.A. Guillon - "Elementos para uma análise da prática institucional", in *Metáforas da Desordem*, Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1978, p. 75.

refere-se a um modelo institucional e tem lugar em uma organização, coloca outras questões. Se a prática profissional do médico está determinada pelo quadro institucional e organizacional, ela não se reduz a uma reprodução integral das orientações cognitivas do saber médico ou as administrativamente estabelecidas. Ao aplicar-se às situações concretas, como de resto qualquer prática social, ela assume configurações particulares. Elementos conjunturais, tais como a formação profissional, a situação de classe do médico ou a posição que ocupa no quadro institucional, pode constituir-se como elementos explicativos das variações produzidas no comportamento do médico ao exercer a sua prática, podendo levar a uma relativa "margem de manobra" frente àquelas orientações, mesmo que "a priori" os seus limites estejam determinados pelo seu campo de atuação social e institucional (11). E efetivamente eles estão.

(11) Maria Andrea Loyola observa em um estudo sobre as práticas e instituições de cura em Nova Iguaçu que, apesar de uma certa visão em comum a respeito das condições de saúde da população local, "(...) as opiniões dos médicos a respeito dos meios para remediar essas carências, do conteúdo da prática médica, da relação médico-paciente e principalmente das relações entre a medicina científica e a medicina popular variam consideravelmente conforme a posição que ocupam no campo médico", in LOYOLA, Maria Andrea - *Médicos e Curandeiros - Conflito Social e Saúde*, São Paulo, Difel, 1984, p.20. Sob outro aspecto, mas numa linha de argumentação próxima, Boltansky, utilizando os trabalhos da área de sociologia médica que enfocam o ensino como elemento de formação de comportamentos e concepções difundidas coletivamente pelo corpo médico, aponta o tradicionalismo presente na relação pedagógica como um dos fatores que reativam continuamente esses comportamentos e concepções, e sobretudo, o fato da maior parte dos estudantes serem recrutados nas camadas superiores, consistindo em uma eficaz forma de transmissão de valores profissionais - Ver BOLTANSKY, Luc - *As Classes Sociais e o Corpo*, Rio de Janeiro, Graal, 1979.

Para que a atividade psiquiátrica fosse integrada à clínica médica, foi preciso a reestruturação da forma de prestação do seu serviço e a sua incorporação a uma nova forma de organização do setor saúde que estabelecesse uma determinada relação entre a assistência psiquiátrica e a experiência clínica. O campo das reformas institucionais é que possibilitará a emergência do tratamento ambulatorial dos casos psiquiátricos, mesmo que marcado pela carência, tal como aparece na fala dos médicos: não assistência, não treinamento, não orientação. Na contingência imposta à prática clínica de incorporar o tratamento psiquiátrico em sua atividade que o caráter reformista se desinstitucionalizará e a "verdade" encontrará o seu lugar na eficácia do ato terapêutico. O que só será possível porque, justamente, é no deslocamento do tratamento psiquiátrico das instituições asilares, que até então detinham o seu controle, para o espaço do consultório médico, que a reforma em curso coloca como o espaço privilegiado da identificação-tratamento das "doenças mentais".

De uma certa forma, o deslocamento entre as orientações institucionais e organizacionais e o exercício da prática médica já está determinado na própria estrutura do ato médico, ao postular a especificidade da sua prática. Com efeito, a atenção médica reivindica para si e, como condição do seu exercício, o estabelecimento de uma relação "singular" com o cliente. Relação esta que não se reduziria a um "encontro" entre dois "atores" investidos socialmente: um, da enfermidade, outro, do saber curador, mas que estaria miticamente transformada no fato de que seria no próprio espaço da rela-

ção a ser mantida entre o médico e o paciente que o ato clínico revelaria a doença e promoveria a terapêutica.

Com referência a esse aspecto, o contato com o doente sempre foi dado como o lugar da observação e experiência médica, na medida mesmo em que o fato patológico só se expressaria como tal na alteração do estado normal do organismo e se converteria em enfermidade para o indivíduo que o sofre como um mal.

Canguillem (12) analisando a conceituação do normal e do patológico postula que a anormalidade biológica ou comportamental percebida como doença é detectável mais em função dos limites físicos e psíquicos do indivíduo em sua cultura, do que em função de uma "média" correlativa a um conceito médico do que seja o normal.

Desse modo, a prática médica como ato terapêutico teria uma especificidade na dimensão com que ela atua sobre seu objeto: à parte sua função reconhecida de reparação ou atenuação da enfermidade, ela procura devolver ao organismo individual a normalidade e, neste sentido, a terapêutica significa a instauração e a restauração do normal que não se reduziria a um conceito objetivo e cientificamente fundado. Segundo essa postura, a clínica antecede e é até mesmo a condição da possibilidade da constituição de um saber positivo, técnica e cientificamente fundado — a fisiologia, sobre o corpo doente. Como observa Canguillem: "Se na atualidade o conhecimento da enfermidade por parte do médico pode prevenir

(12) CANGUILLEM, George - *O Normal e o Patológico*, Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1978, p. 188.

a experiência da enfermidade por parte do enfermo, isso se explica pelo fato de que a segunda suscitou a primeira"(13). Tem-se aqui o fundamento cognitivo da clínica médica: a análise fisiológica do patológico prevê a informação prestada na clínica que, ao colocar o médico em contato com o paciente, inscreve os sintomas relatados e os sinais observáveis da enfermidade em um campo de significações no qual a doença é decifrada e a terapêutica prescrita.

Deve ser observado entretanto, que o postulado de uma positividade fundada na pessoalidade da relação terapêutica só é formulado no interior de um campo epistemológico preciso o qual redefine o estatuto da enfermidade (14). Para que a clínica se tornasse o lugar que estrutura o ato médico como relação terapêutica e determinaria a especificidade e a singularidade do patológico, foi necessário o reorientamento do campo da visibilidade da percepção médica: é no deslocamento da percepção da doença na visibilidade superficial dos sintomas, que a configura em um espaço taxonômico, para a sua percepção no espaço localizado e tornado visível do corpo doente, que a condição de possibilidade de uma experiência clínica que funda a medicina como prática técnica e lugar de conhecimento é dada. Como bem observa Foucault: "o que se modifica fazendo surgir a anatomo-clínica não é o contato entre o sujeito cognescente e o objeto conhecido mas a disposição geral do saber que determina as disposições recíprocas e o jo

(13) CANGUILLEM, Geroge - *Op. cit.*, p. 65.

(14) FOUCAULT, Michel - *O Nascimento da Clínica*, Rio de Janeiro Forense - Universitária, 1977 (1a. ed. bras.).

go mútuo daquele que deve conhecer e daquilo que é cognoscível" (15).

Cabe ainda ressaltar que a emergência da clínica nesse campo específico, não está inscrita na ordem das "purificações epistemológicas" ou ainda em uma suposta linearidade do progresso científico e tecnológico. Para a compreensão do seu desenvolvimento como prática social é necessário considerar simultaneamente os processos históricos e institucionais que possibilitaram o seu desenvolvimento, o qual só se dá pela modificação do campo da prática. Modificação que encontra-se intimamente articulada com a história política da sociedade capitalista: na sua incorporação ao projeto político de normalização e controle da vida social no século XVIII, que a medicina redefine o seu campo de atuação e encontra a possibilidade de se formar como conhecimento positivo sobre a doença. Constituída como prática social destinada ao controle epidêmico e aos projetos sanitaristas, ao se colocar como norma de regulação das condições sociais de vida e da higiene pública cria o aparato institucional propício à sua reorganização como prática terapêutica ao redefinir o estatuto do enfermo na sociedade e transformar o lugar político da sua inserção. Lugar marcado pela forma como incide sobre seu objeto: o corpo, e estabelecido pela sua função potencial de manutenção da força

(15) FOUCAULT, Michel - *Op. cit.*, p. 157.

de trabalho e controle populacional (16).

Dessa forma, a prática médica, que aparece como um conjunto de conhecimentos técnico-científicos sobre a enfermidade e funda a sua positividade numa suposta racionalização progressiva do seu saber, encontra a sua determinação na estrutura social (17). Essa articulação com o social, não se coloca só ao nível da função que a medicina assume na re-

-
- (16) Sobre esse aspecto Foucault chama atenção para a correspondência intrínseca entre os projetos políticos da ideologia burguesa na França pós-revolução, e o projeto institucional da medicina, principalmente no tocante à redefinição do estatuto do doente na sociedade e do lugar estratégico que a medicina passará a ocupar no interior de um processo mais amplo de reorganização da vida social e da reestruturação do espaço urbano. Ver FOUCAULT, Michel - *op. cit.*, e também in: *História da Medicalização* - Conferência no curso de medicina social, IMS, Centro Biomédico da UFRJ, mimeo., 1974.

Referindo-se à constituição do modelo terapêutico médico nesse contexto, Polak também salienta o papel da regulamentação pública da função social do médico, da ampliação do seu campo de interferência e da legitimação dos métodos terapêuticos em relação ao estabelecimento da medicina como prática social. Ver POLAK, Jean Claude - *La médecine du Capital*, Paris, Francois Maspero, 1971.

Ainda sobre o tema, Rosen oferece um cuidadoso estudo sobre a forma como a medicina se coloca como função política e a prática médica reorganiza-se como prática normalizada, regulada e controlada pelo Estado. Ver ROSEN, George - *Da polícia médica à medicina social*, Rio de Janeiro, Graal, 1980. Sobre o tema no Brasil, ver especialmente MACHADO, Roberto - *Danação da Norma: Medicina social e constituição da Psiquiatria no Brasil* - Rio de Janeiro, Graal, 1978.

- (17) Polak já salientava que as transformações do ato médico se devem menos às inovações terapêuticas propiciadas pelas descobertas das ciências biológicas e a aplicação do instrumental técnico na sua prática, do que as reformas sociais que delimitam a importância dessas descobertas e os seus usos (POLAK - *op. cit.*). Sob outro aspecto, essas descobertas e inovações ocorrem no interior da reorganização do campo epistemológico da medicina, cuja constituição se articula às mudanças sociais em curso, e nas quais a prática médica encontrará um lugar preciso de inserção.

produção da estrutura política da sociedade capitalista sob o duplo aspecto do controle social e da reprodução da força de trabalho, mas propriamente naquilo que estrutura e legitima o ato médico: no dimensionamento do seu objeto, nos instrumentos e meios de trabalho com os quais ele opera e na forma como distribui e organiza a prestação de seus serviços (18).

Tais observações têm por finalidade recuperar o campo discursivo e social de emergência da clínica, uma vez que, malgrado as necessárias modificações ocorridas — quer a nível do próprio saber, quer a nível da prática institucional, o exercício da medicina contemporânea ainda se estrutura com referência ao paradigma epistemológico inaugurado no século XIX. Na crescente incorporação de recursos tecnológicos à avaliação diagnóstica e de novos conhecimentos biológicos aplicados à prática clínica, alguns autores pretendem visualizar uma transformação na produção dos serviços médicos, quer em relação à superação da clínica como meio básico de trabalho, quer em relação ao desenvolvimento dos serviços médicos (19). Deve-se salientar, entretanto, que a inversão técnico-científica na operacionalização clínica não modifica o fundamento envolvido na mesma, e mantém-se ao nível da sua maior e mais complexa instrumentalização. Como observa Birmam: "A visualidade ganhou novos limiares de positivação, mas o método da opera-

(18) Sobre os níveis de articulação entre medicina e sociedade ver também DONNANGELO, Maria Cecília F. - *Saúde e Sociedade*, São Paulo, Duas Cidades, 1976 e *Medicina e Sociedade*, São Paulo, Pioneira, 1975.

(19) Sobre esse aspecto, ver POLACK, J. - *Op. Cit.*

ção anatomopatológica se manteve inalterado" (20). Da mesma forma, se parece inegável a tendência à organização de novas modalidades de prestação de serviço médico, mais marcadamente a sua progressiva institucionalização, quer no campo da saúde pública e previdenciária quer na privatização empresarial de sua produção em relação ao liberalismo clássico no qual a prática médica encontrou a sua forma básica de trabalho, não altera a racionalidade que a clínica instaurou no exercício da prática médica. Dá-lhe sim, outras dimensões: na fragmentação do ato clínico nas práticas especializadas que alguns autores vêem como a própria parcialização do objeto da medicina, se contrapõe a ampliação do ato médico pelo aprofundamento das informações que orientam a elaboração diagnóstico-terapêutica já contida no projeto clínico; na distinção e na operacionalização separada das ações preventivas e terapêuticas pretende-se ver a fragmentação do processo de doença, quando o que reflete é uma redefinição das áreas de interferência da medicina no campo social. Desde meados do século XIX, com as transformações ocorridas com o conhecimento da teoria microbiana na etiologia das enfermidades, que esse campo tendeu a se separar: o desenvolvimento da clínica tornou dominante a prática terapêutica centrada no indivíduo em relação à operação preventiva que se manteve nos limites institucionais instaurados para a promoção da saúde coletiva: o controle epidêmico e as ações de saneamento ambiental articulados ao aparato estatal. Será entretanto, a partir da problematização des-

(20) BIRMAN, Joel - *Enfermidade e loucura*. Rio de Janeiro, Campus, 1981, p. 157.

ses dois pontos: a fragmentação do ato clínico nas interferências parciais dos especialistas e a desarticulação entre ações terapêuticas e ações preventivas, consideradas em relação à eficácia do ato médico e o consumo dos serviços, que se orientarão as transformações das instituições médicas na contemporaneidade. Não sem razão, a problematização da relação médico-paciente como produtora-terapêutica das enfermidades apresentadas pelo doente, irá se constituir em um dos pontos principais, através dos quais há uma progressiva incorporação das práticas e saberes psiquiátricos pela medicina. O outro seria o postulado da causalidade psíquica das doenças somáticas (21).

Determinemos como essa incorporação passa a ser problematizada no campo assistencial médico. Segundo Birman (22), partindo da constatação do papel do médico como produtor-terapeuta das enfermidades que o paciente apresenta na situação de consulta, os teóricos que trataram do tema procuraram uma reorganização do ato clínico visando a sua maior eficácia. Para tal, salientaram a possível utilização da personalidade do médico como instrumento de cura das doenças, baseados na constatação que a demanda feita pelo paciente não se reduziria a um conjunto de sintomas orgânicos, mas expressaria um "pedido de ajuda", institucionalmente demarcado, o qual caberia ao médico decifrar. Nessa perspectiva, formulam uma outra interpretação para o processo mórbido, configuran

(21) Para uma análise dos princípios teóricos que orientam essa elaboração ver BIRMAN, Joel - *Op. Cit.*

(22) BIRMAN, Joel - *Op. Cit.*

do-o como expressão da "angústia" vivenciada pelo sujeito. Suscintamente, é postulada a existência de uma "deficiência fundamental", marcada em cada indivíduo por um conflito original, por causas genéticas ou ambientais, entre as primeiras demandas feitas e as satisfações recebidas, que predisporia-os a uma série de enfermidades as quais, localizando-se no plano biológico, atravessariam simultaneamente o registro físico e o psíquico. De acordo com Birman, de tal postura decorre uma concepção totalizadora sobre as enfermidades que, ao centra-se nesse "núcleo originário", transcende as categorizações nosológicas da medicina organicista e tende à formulação de uma identidade conceitual entre doença somática e "doença mental": sob uma mesma base etiológica, as enfermidades se constituiriam como expressões das "angústias" ou "tensões" vivenciadas pelos indivíduos, marcados por essas "falhas", nos seus processos relacionais e adaptativos ao meio social. Modificando a estrutura etiológica da enfermidade ao deslocar as suas manifestações físicas para outro campo de significação, afetiva e social, o papel do médico tenderia também a se modificar. Ou seja, ele deveria inscrever a demanda do paciente em outros campos de significações: decifrando o sentido da enfermidade no campo afetivo, biográfico e social do paciente. Pretender-se-ia assim, um "tratamento integral" dos indivíduos, através do qual, não só a doença manifestada no momento da consulta seria curada como outras possíveis manifestações prevenidas.

Para Birman opera-se nesse campo, a conjunção da medicina e da psiquiatria, marcadas pela mesma proble-

mática: a demanda clínica e a demanda psiquiátrica tendem a se identificarem como expressões dos conflitos dos indivíduos decorrentes da desadaptação dos mesmos ao meio social no qual eles estão inseridos. Em consequência, nesse campo teórico, inaugurado pela problemática da relação médico-paciente, a causalidade psíquica das doenças somáticas, inicialmente restrita à formulação de uma etiologia original para um conjunto específico de patologias, é progressivamente estendida à quase totalidade das enfermidades.

Demarquemos esse quadro na prática médica local. Grande parte da demanda assistencial, segundo os médicos, proveria de pacientes verbalizando dores e sintomas não observáveis no exame clínico. Diagnosticados como neuróticos, a verbalização sintomatológica é relacionada aos estados depressivos, à ansiedade frente às condições sociais de vida e às perturbações no interior das relações familiares, manifestando-se através de queixas e sintomas sem causa orgânica definida. Desta forma, ao lado dos "loucos declarados", aqueles cujo comportamento manifesto (agressividade, delírio, atitudes insólitas) os faz socialmente reconhecidos como tais, aparece outra categoria de "doente mental", o "paciente psicossomático", identificado a partir da relação estabelecida na situação de consulta.

Considerando pois, que é no dispositivo da consulta que as regularidades inscritas no campo do saber médico são reativadas e por outro, que esta se coloca como o lugar privilegiado no conjunto das práticas institucionais para prestação de serviço psiquiátrico, observemos o modo como os médicos locais elaboram o diagnóstico clínico da "doença mental".

II.2 - CONSULTA : A ELABORAÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Quando se analisam os dispositivos institucionais de prestação de serviços médicos, particularmente os dirigidos ao atendimento das camadas populares, um dos pontos mais salientados nessas abordagens é a caracterização da relação médico-paciente como relação de poder. Nessa perspectiva a "dimensão socializadora" é promotora do bem estar social ou torgada aos princípios que regem os programas de saúde pública, aparecem como expressões parciais do processo de reprodução das relações de classe. Essa observação é importante quando se considera a estrutura organizacional de prestação de serviços médicos que diferencia categorias sociais, não somente na forma como utiliza meios institucionais e de trabalho distintos para a assistência, mas na própria natureza da relação implícita no atendimento terapêutico. Sob esse aspecto, Boltansky (23) é exemplar, ao analisar a prática médica como forma estratégica de dominação na sociedade contemporânea através do controle social dos usos dos corpos. Tomando como centro a instauração do corpo como lugar de representações culturais e investimentos sociais diversos, salienta o efeito disciplinador exercido pela prática médica, especialmente através de uma política extensiva de cuidados visando a homogeneização diferenciada das representações sociais relativas à saúde e à enfermidade.

Dessa forma, ao "caráter pedagógico" do qual se encontraria investido o ato médico para a orientação tera-

(23) BOLTANSKY, Luc - *Op. cit.*

pêutica corresponderia um processo contínuo de subordinação do paciente às "normas institucionais", que se consubstancializaria no exame clínico naquilo que Boltansky denominou como "fenômeno de desapropriação das sensações pela privação da linguagem institucional". Ou seja, a desconsideração, por parte do médico, dos sintomas expressos pelo paciente, para a definição do diagnóstico, pela sua não adequação à linguagem considerada apropriada. Negando ao paciente um discurso próprio, manipulando-o fisicamente ou utilizando recursos estratégicos para a obtenção de informações, o médico afirmaria sua autoridade, calcada na cientificidade do seu saber, em oposição à "ignorância" do paciente. Essas observações são oportunas para a compreensão do exercício da prática médica local.

Sujeita ao tratamento médico através da extensão dos benefícios previdenciários ao meio rural e da efetivação de um serviço público para a sua prestação, a grande parte da população do município é alvo de uma ação terapêutica relativamente recente, como foi anteriormente assinalado. Cabe novamente ressaltar que são apenas 3 médicos para o atendimento da demanda assistencial, operando em condições precárias, ao se considerar os dispositivos técnicos disponíveis à prática profissional. Frente a esses dados, a assistência médica local apresenta o mesmo perfil tão comumente retratado para o usufruto do serviço assistencial público: filas para marcar consulta, qualidade do atendimento prestado, observância a certos critérios e normas administrativas para a realização da consulta, etc.

Por razões que variam desde a legitimidade que

a prática médica adquire para intervir nos processos mórbidos, e que é perpassada para a comunidade como um usufruto de um bem social, ao fato dela se constituir como o lugar legal da concessão desses bens (não redutíveis à saúde, como as licenças e aposentadorias), transforma efetivamente o consultório médico em depositário dessas expectativas. Como pode ser observado pelas consultas relatadas, a recorrência ao médico não se restringe à necessidade de uma intervenção terapêutica imediata, frequentemente motivada por quadros graves em crianças (consultas 4, 5, 10, 11, 16), ou um controle sobre uma enfermidade definida (consultas 2, 6, 8); mas também implica em uma série de demandas, desde o provimento de medicamentos (consulta 2) aos pedidos de atestado (consultas 7, 12, 13, 17); ou ainda, a perspectiva de sanar uma série de mal-estares e dessa forma regularizar não somente as funções corporais mas propriamente recuperar um estado de saúde percebido como normal (consultas 1, 3, 9). Dessa forma, o "sentir doente" não necessariamente se inscreve na racionalidade que o modelo clínico prevê para a formulação do diagnóstico, como frequentemente se insere em um outro código de determinações e de significações da linguagem corporal que, como veremos posteriormente, não se estrutura do mesmo modo. Sob esse aspecto, a linguagem que esses pacientes empregam para descrever o seu mal-estar não corresponde àquela requerida como necessária e correta pelo médico, dando lugar a uma série de procedimentos que visariam revelar o que, "de fato", o paciente tem.

Se observarmos as consultas relatadas poderemos perceber que elas se estruturam da mesma forma: o pacien-

te fala expondo os sintomas e descrevendo as sensações mórbi-
das; eventualmente o médico formula algumas perguntas para es-
clarecer o quadro patológico ("*tem febre?*") ou para provocar
algum tipo de informação que elucidaria os sintomas que o pa-
ciente apresenta ("*você já foi operada...*"; "*E em casa como
vão as coisas?*"). Todos os paciente são então submetidos a um
exame padrão: apalpação, ausculta cardíaca, ausculta pulmonar
e pressão, para observação dos sintomas clínicos e o controle
da doença de chagas, tuberculose e hipertensão arterial. Ter-
minado o exame, feito na mesma sala de consulta e sem nenhum
preparo anterior do paciente, ao qual somente é indicado que
deve se deitar e se submeter à manipulação física feita pelo
médico, é aviada a receita. Cabe ressaltar que o médico rara-
mente informa ao paciente o resultado do 'exame, o diagnóstico
a que chegou ou a terapêutica que prescreveu. Supondo a "igno-
rância" do mesmo, as informações, quando são prestadas, limi-
tam-se ao nome da doença ou a alguma especificação sobre os
medicamentos e os cuidados a serem tomados. Alguns autores
(24) vêem nesse comportamento do médico frente às camadas po-
pulares uma atitude autoritária que, ao justificar-se através
de representações negativas baseadas na desqualificação da ap-
tidão do paciente a verbalizar as sensações mórbi-
das e compreender o fato patológico cientificamente formulado, reafir-
maria assim a legitimidade e a especificidade da sua prática

(24) BOLTANSKY, Luc - *Op. Cit.*, LOYOLA, M. Andrea - *Op. Cit.*

(25). De fato, não são as reticências na divulgação das informações ao paciente aparece como uma forma de manter a autoridade do médico, subordinando-o às suas determinações, como o comportamento adotado na situação de consulta frente ao mesmo constitui uma forma permanente de fazer-lhe reconhecer essa autoridade. Tratando o paciente como objeto de investigação, frequentemente o médico não lhe dirige a palavra, permanecendo como receptáculo das informações que o paciente lhe presta ou isolando-o, significativamente, ao falar sobre o mesmo, na sua presença, mas dirigindo-se a outro (no caso a mim, quando pretende me "ilustrar" seus diagnósticos: "*essa aí tem gastrite nervosa*"). Mesmo quando se dirige ao paciente para a obtenção de determinadas informações, ele o faz de acordo com as expressões que o paciente usa normalmente ("E o juízo?"), pela apropriação unilateral de uma linguagem que, em uma operação singular, visa a subordinação daquele que a formula: negando-lhe outra, exclusiva da competência do seu saber, ou reutilizando a do paciente para obter informações específicas.

Desse modo, é pela reinterpretação das sensações mórvidas que o paciente apresenta, reinviando-as ao quadro nosológico da medicina e intervindo no corpo do indivíduo pelas técnicas disponíveis à realização de sua prática, que os médicos operacionalizam e formulam o diagnóstico clínico.

(25) Sobre esse aspecto Maria Andrea Loyola chama atenção que "na maior parte das vezes, a desqualificação feita pelos médicos das representações que os doentes das classes populares têm acerca de seu corpo e de suas doenças visa, na verdade atingir os especialistas da medicina popular (...)" LOYOLA, M.A. - *Op. cit.*, p. 25.

Essas observações são oportunas para a compreensão do critério médico para a elaboração do diagnóstico da "doença mental".

Retomando o quadro anexo das consultas observa-se que pode-se verificar uma relação entre tipo de queixa que o paciente apresenta e o medicamento prescrito pelo médico. Sobre esse aspecto, o receituário psicotrópico adequa-se a uma série de expressões mórbidas, tais como "fraqueza", "calorão", "insônia", "inapetência", "dores corporais", "dor de cabeça", "nervosismo", as quais geralmente vêm associadas em um mesmo discurso. São pois, determinadas sensações corporais apresentadas pelo paciente que o médico identifica como indicativas de "doença mental", particularmente neurose:

"Neurose é um distúrbio menor da personalidade, tá sofrendo mas tá integrado no meio. O que manifesta mais aqui é as queixas, é a sintomatologia orgânica: dor de cabeça, "algeriza", desânimo, tudo neles doi! Pela queixa já classifico, é problema situacional que tá levando a isso. A maioria não fala que tá nervosa. Tem queixas subjetivas, tudo alterado: que é uma dor aqui que passa pra lá, que o coração doi, o pulmão doi, a urina doi, é "algeriza" na cabeça, tremura nas pernas, eles tem tudo! É um rosário de queixas, doi do fio de cabelo ao dedão do pé! E você vê, é mulher nova, de 20 anos, homens saudáveis! Faz exame físico e não tem nada, não acha nada. Acha verminose, e agora, verminose pra explicar aquilo tudo? Fica com a esperança de melhorar, que é verme e tá tomando remédio e vai melhorar. E isso também é uma pedra no sapato. Às vezes você tem dificuldade em fazer o diagnóstico com essa multiplicidade de queixas. Tô com um rapaz aí que operei de apendicite aguda, e começou com gritinhos histéricos lá na enfermaria: ai, doutor, que tá doendo, que eu tô passando mal. Eu não liguei. E realmente depois que eu vi que ele tava com obstrução intestinal. Aquela gama de sintomas, você procura e não acha nada, quando fala a verdade você não acredita".

(médico local - 10 anos no município)

Considerando a estruturação da clínica médica, o reconhecimento da enfermidade passaria pela identificação dos sintomas expressos pelo paciente em uma nosologia específica que a localiza no espaço corpóreo do indivíduo. Na medida entretanto, em que não é estabelecida uma correspondência entre a sintomatologia verbalizada e o corpo tornado sintomático que a clínica define e reconhece, opera-se o deslocamento da causalidade mórvida:

"Fiz residência de cirurgia, e é aquela coisa: tem uma vesícula inflamada, então ótimo, abrimos e tiramos, é raciocínio matemático! e que eu faço com uma pessoa que me queixa dor pelo corpo inteiro? Isso não existe! E funciona dá remédio".

(médico local - 2 anos no município)

Parte-se, portanto, da constatação da não existência de causas patológicas orgânicas reconhecidas para explicar os sintomas que o paciente está verbalizando, interpretando-os como expressão "somática" dos conflitos vivenciados pelo mesmo. Dessa forma, as dores apresentadas pelos pacientes são associadas, na definição do diagnóstico, ao traumatismo causado pela ligação das trompas (consulta 1), ao medo de perder o marido (consulta 9), às contrariedades e insatisfações sofridas no relacionamento familiar (consulta 10), ou, como observa o médico:

"Esses casos são mais difíceis de resolver que os psicóticos, entra problema financeiro, desajuste familiar, trauma de infância, problema afetivo, relacionamento familiar, uma série de coisas que estão por trás".

Deslocando a figura do enfermo — seus sintomas, seu comportamento, sua forma de expressão verbal — para o centro da análise diagnóstica, os médicos instalam-se para

além da racionalidade anatomo-patológica e procuram os múltiplos significados da enfermidade nas inter-relações do paciente com o seu meio social, identificando aí o surgimento do fato patológico.

Nessa perspectiva, as enfermidades passam a apresentar várias possibilidades de origem que devem, portanto, serem localizadas simultaneamente no registro físico e psíquico do paciente para a sua explicação e, particularmente, na biografia do indivíduo. Dessa forma, perguntas tais como "*voce está incomodada ou perturbada com alguma coisa que tá acontecendo*" tem uma significação precisa para a elaboração diagnóstica.

Invocando causalidades tipo traumatismo pós-operatório ou acendendo aos problemas pessoais dos pacientes, as manifestações mórbidas são reduzidas a uma expressão ou efeito segundo de um problema originário das tensões às quais os indivíduos acham-se expostos na trama de suas relações familiares ou sociais. Reinscrevendo os sintomas em um referencial psicológico que opera essa redução, produz-se os pacientes como neuróticos. Os efeitos desse processo são patentes.

Ao supor uma concepção do psíquico e das suas formas de expressão como comuns a todos os indivíduos, os médicos deslocam as sensações corporais do campo discursivo no qual elas são formuladas para outro código interpretativo que postula essas sensações como efeito de um processo de desadaptação do indivíduo ao seu meio social. Se esse mecanismo de negação/subordinação das representações populares sobre o corpo e suas manifestações ao quadro nosográfico da medicina

constitui uma constante na sua prática, o campo da sua operacionalização foi consideravelmente ampliado. Com efeito, esse passa a englobar o mundo social na sua estratégia de medicalização uma vez que, como fonte de conflito, nessa visão psicologizante das inter-relações, ele é posto como produtor de doença.

II.3 - TERAPÊUTICA: A EFICÁCIA MEDICAMENTOSA

Se por um lado, é a disposição geral do conhecimento médico que predispõe os critérios interpretativos da sintomatologia apresentada pelo paciente, por outro é na experimentação e na observação da eficácia do processo terapêutico que a retórica médica pressupõe a formulação do diagnóstico. A história se desinstitucionaliza: o momento da "psiquiatrização do ser doente" é marcado pela utilização do Hal-dol (neuroleptico) para tratamento de um caso incurável de diarreia:

"Descoberta miraculosa do M... para dar conta dos casos de dor incurável. No princípio eu fui contra, mas acabei aceitando a idéia. Não tem jeito a não ser tranquilizante. Eu não vou ficar aqui empatado com paciente que nunca se cura".

(médico local - 2 anos no município)

Na transmissão da eficácia do medicamento psicotrópico associada a determinadas expressões sintomatológicas reafirma-se, com o valor da experiência cotidiana, o seu uso:

"O início da minha atuação de psiquiatra foi por desespero. Não achava fundo orgânico nas manifestações de queixas. E como o remédio psicotrópico era usado com frequência, dando resultado nesses casos, e por conselho de M..., aí passei a adotá-lo. Os outros usavam, eu apenas continuei".

(médico local - 2 anos no município)

Dessa forma, a legitimação do ato clínico, sem a formação acadêmica que informa a prática psiquiátrica ou sem o suporte institucional considerado "desejável" para o seu exercício, se dará através da validação da eficácia da terapêutica pela confirmação empírica dos resultados apresentados e relatada nos casos exemplificados:

"Tinha uma paciente aqui, que ela sentia uma dor de lado aqui, que não passava com nada. Dei dipirona pra ela, em grandes doses e não passava: aí doutor, que só tá piorando, num tá valendo nada... e dipirona cura qualquer dor. Dei Haldol passou, num sentiu mais nada. E eu fiz de propósito, dei a dipirona só pra ver...".

(médico - 2 anos no município)

A indicação do psicofármaco a ser utilizado por determinado paciente é experimental:

"De um modo geral, a gente tenta tudo com Diempaz (ansiolítico); mais barato, menos riscos, mais fácil de encontrar. Não tendo resposta passa para outras drogas".

(médico - 5 anos no município)

Pode também se diferenciar somente em termos de dosagem:

"A medicação é a mesma, psicótico toma 2 ou 3 Haldol por dia, os outros menos quantidade".

(médico - 2 anos no município)

Mesmo quando há uma conceituação mais aprimorada entre sintomatologia, diagnóstico e prescrição medicamentosa, é ainda na experiência prática que o tratamento psicofármaco indicado é validado:

"Receito muito Diazepam (ansiolítico), mais para neurose. Para crises violentas, psicóticas, o Haldol, Clorpromazina, Neozine, Anatenzol (neurolepticos). Na neurose depressiva, o sujeito começa a achar que tá morrendo, que tá com doença grave, a Imipramina e Amitriptilina (anti-depressivos) costumam levantar muita gente. Tem a depressão mascarada, o sintoma orgânico mascarando, problema digestivo atrás do quadro depressivo. Teve um caso de diarreia aí que só cedeu com tranquilizante. Caso de dor violenta, Haldol. Tem 5 anos que passei a usar o Haldol. Comecei com uma paciente de crise de vômito. Não passava com nada! Mas antes usava muito Diazepam. Tem muito epilético, pra esses eu uso Gardenal (anticonvulsivante)".
(médico - 10 anos no município)

Reduzido à aplicação da medicação psicotrópica, o tratamento psiquiátrico ambulatorial (26) é considerado a solução possível, embora não ideal, a qual implicaria em assistência psicoterápica ao paciente. A eficácia se relativiza: ela alivia os sintomas apresentados pelo paciente psicossomático, acalma os "nervosos", seda aqueles em crises histericas e conversivas:

"A impossibilidade de uma terapia e de vencer o paciente que ele não tem nada, receita psicotrópico."

(26) Ocorre também a internação no hospital local, determinada pelo quadro clínico apresentado pelo indivíduo: "crises convulsivas", "conversões psicomotoras", "neuroses complicando com fundo orgânico", controle sedativo temporário do paciente, desintoxicação por coma alcoólica (quadro anexo); ou ainda as chamadas "internações sociais", por solicitação da família ou do próprio paciente.

Tem dado resultado no caso de depressão e ansiedade. Os outros tipos respondem pior, esquizofrenia ninguém obtém resultado. O que eu faço aqui é associar o anti-depressivo com um pouco de papo, valorizar as dores deles, sobretudo examinar. Quer um remédio a gente dá".

(médico - 5 anos no município)

"É o apoio com a medicação já que não dá pra um tratamento psicológico. É só pra se dar, acalmar o paciente, que tá brigando aí com todo mundo, família, vizinho, nervosismo e tal".

(médico - 5 anos no município)

"Eu acho que aqui a gente apela muito, tem muita charlatanice nesse campo. O jeito de nós tratarmos o doente mesmo: amônia em psiquiátrico, a generalização das dores de manifestação orgânica que anestesiámos. Aqui entra no neurônio dela, o único que deve ter e acha que sara. Ofícios da profissão".

(médico - 5 anos no município)

Ao revelar entretanto, a precariedade da assistência prestada ou mesmo o seu caráter charlatanesco, os médicos a colocam como necessária não só porque adequada ao quadro mórbido apresentado pelo paciente, mas porque requerida idiossincraticamente pelo mesmo. Seria o paciente a produzir a "doença" e a necessidade de medicá-lo ao requisitar o exame clínico e o remédio. Nesse processo, a enfermidade como "doença mental" é identificada pelas técnicas de intervenção pre-dispostas na situação de consulta que, ao pretender trabalhar psicoterapeuticamente a demanda do paciente, difunde sob essa linguagem o uso intensivo de medicamentos psicotrópicos, reafirmando e dando novos matizes à iatrogênese clínica e social.

II.4 - DIAGNÓSTICO: RACIONALISMO OU REPRESENTAÇÕES ?

Concernendo à percepção do indivíduo em sua totalidade, o paradigma epistemológico que orienta a prática médica tal como ela passa a ser direcionada para o atendimento público assistencial, tende a conceber a doença como uma reação geral do indivíduo ao seu meio social a ser tratada simultaneamente na ordem fisiológica e psicológica de sua expressão. Consequentemente mais se dissipa a realidade da doença como espécie patogênica e mais se centra a análise diagnóstica no indivíduo reagindo a sua situação no mundo de forma patológica.

Deslocando para a "personalidade", como conjunto estruturado do comportamento e das reações dos indivíduos, o objeto da investigação diagnóstica, a doença passa a ser percebida, nesse campo, como alteração dos elementos componentes ou estruturantes da personalidade. Dessa forma os conceitos de neurose e de psicose, como os dois grandes grupos mórbidos da patologia mental tendem a especificar essas alterações através de critérios indicativos do grau de perturbação ocorrido na relação do indivíduo com a realidade exterior. Genericamente, com o termo psicose indica-se as alterações globais da personalidade, tais como: incapacidade de adaptação social, perturbação das faculdades de comunicação, perda de contato com a realidade, alucinações visuais e auditivas, variações bruscas no humor. O termo neurose passaria a identificar as perturbações do comportamento, dos sentimentos e das idéias que têm como centro a "angústia" do sujeito,

e se manifestam em grau menor do que os sintomas psicóticos, não afetando a totalidade das reações do indivíduo.

Pautando-se nessas caracterizações genéricas, os médicos locais têm como critério de diagnóstico, respectivamente, o comportamento *manifesto* para a identificação do psicótico, e o comportamento *expresso*, através da verbalização de dores e sintomas não observados clinicamente e sem causas físicas patológicas presumíveis, para diagnosticar o neurótico. Nesse último grupo relacionam também a chamada Síndrome de Conversão Psicomotora (S.C.P.M.), em que a manifestação sintomática é o enrijecimento muscular do corpo:

"Psicótico é o doido declarado; totalmente desestruturado, desligado do meio. Chegam contando alucinações e delírios, de uma forma que não é o natural. Quem sofresse alucinações procuraria esconder ou reverter a explicação pro delírio, febre. Eles não, contam com a maior naturalidade, como se vivessem com aquilo. O termo usado é o tá variando. Os sintomas mais frequentes, é a fuga para o mato, a quebradeira em casa, a caminhança".

(médico - 5 anos no município)

"O neurótico tem consciência, está é em conflito com o meio. É mais reativo, insatisfeito, tenso, problema de relacionamento, multi-queixoso. Ele pode até ser calmo, mas há a presença de uma dor que fisicamente não tem, somatiza muito. Também a conversão, casos de desmaio e paralização dos membros. O principal é a dor. Afastado, o problema orgânico que é quase certo de não ter, o diagnóstico será esse".

(medico - 2 anos no município)

Foi observado que a grande parte da demanda assistencial proveria de pacientes definidos como neuróti-

cos (27). A partir da constatação da não existência de fatores patológicos físicos na observação clínica, realiza-se a experimentação terapêutica com o medicamento psicotrópico, cuja eficácia valida o diagnóstico presumido.

Subjacente ao que poderia ser chamado de "critério de racionalidade médica a partir da observação e experiência que a situação de consulta estabelece", a estratégia do médico será definida em relação às representações que ele faz sobre o paciente:

"Só pelo modo de falar, o jeito que entra no consultório, eu já sei. Se está agressivo, a resposta é seca, aí eu vou e pergunto: o senhor é nervoso? 'Nossa, nervoso demais!' Mais eu pergunto só pra confirmar. Pelo comportamento eu já vejo, se tá tranquilo, então tudo bem. A maior parte fala direto, 'que tô nervoso que só vendo!'"

Se o cara senta e fala, tô sentindo chiao desse lado aqui, doi na garganta, dor aqui, desse jeito, então é tranquilo, quadro de pneumonia. Já levo pra mesa, faço exame. Localizou o que ele sente, tava sentindo aquilo mesmo, conseguiu definir o quadro sintomatológico.

Agora, quando chega queixando dor no corpo inteiro, que doi aqui e aqui e passa pra lá eu já pergunto: Você é nervosa? 'Nossa Senhora, nervosa demais!'"

(médico local - 2 anos no município)

Boltansky (28), já havia observado que a percepção do médico sobre o doente realiza-se através de categorias tipológicas largamente difundidas entre o corpo médico

(27) Ao lado dessas categorias, mas colocadas em relação a outro tipo de causalidade mórbida, os médicos locais também observam a incidência freqüente de epilepsia e oligofrenia, como doenças de disfunção cerebral atribuídas à desnutrição e à tendência à casamentos consanguíneos na sociedade local.

(28) BOLTANSKY, Luc - *Op. Cit.*

que, ao centrarem nos aspectos psicológicos e comportamentais do paciente e observação diagnóstica, recobre uma imagem social sobre o mesmo a partir da qual é definida a sua estratégia na situação de consulta.

Pela entrevista acima relatada, essa formulação tipológica e social sobre o doente passa a ser ela própria um critério para a definição do diagnóstico da "doença mental".

Com efeito, a identificação dos sintomas expressos pelo paciente como indicativos de perturbações mentais, ao ser feita através de uma operação de exclusão da causalidade orgânica/eficácia da terapêutica psicofarmacológica, desloca o indivíduo enfermo para o centro da análise clínica, tornando-o o elemento significativo para a formulação do diagnóstico.

Desta forma, *"o modo de falar"*, o *"jeito que entra no consultório"*, o *"comportamento na consulta"*, aparecem como sinais estereotípicos, observados no decorrer da experiência clínica, avaliativos do quadro nosológico do paciente.

Se é a não correspondência entre a sintomatologia expressa pelo paciente e a patologia orgânica reconhecida na anatomo-clínica que diagnostica a neurose, de uma certa maneira isso ocorre porque a expressão verbal dos sintomas pelo paciente não é reconhecida na linguagem dos sintomas médicos. Para ser reconhecida como tal, exige-se do paciente que ele consiga "definir o quadro sintomatológico" de acordo com o critério anatomo-fisiológico: o paciente não poderia sentir o que ele sente, porque o que ele sente *"não tem sen-*

tido", *"não existe"*, *"não é verdade"* de acordo com a racionalidade médica.

Na dissociação da linguagem sintomatológica do paciente da linguagem anatomo-fisiológica do médico, a "doença mental" é identificada pela reinterpretação das expressões do "estar doente" que o paciente formula, como sintomas psicossomáticos.

Sob esse aspecto, a *"ignorância"*, o *"baixo padrão cultural"* são responsáveis pela idiosincrasia do discurso do paciente sobre sua doença como a descrição sintomatológica em termos de *"incômodo"*, *"fraqueza"*, *"calorão"*, *"algeriza na cabeça"*, *"verame no pescoço"*, *"tapume no peito"*, *"supitação no coração"*, indicando, para os médicos, um desconhecimento do próprio corpo através da formulação de *"imagens abstratas"*, e como tais reinterpretadas a nível do diagnóstico como sintomas psicossomáticos. Não são a linguagem popular da expressão dos sintomas mórbidos é desta forma, desapropriada do seu sentido e deslocada para outra configuração nosológica, como a própria concepção, dita "popular", sobre a doença sofre o mesmo processo: o estabelecimento de relações associativas entre certos fatos e a manifestação da doença, que constitui uma constante no esquema popular explicativo das casualidades mórbidas (consumo de certos alimentos, menstruação, tempo), é negada como *"cisma"*, *"palhaçada"*, *"crendices"*, e como tais um *"distúrbio do comportamento"*:

"Desconhecem o próprio corpo e somatizam muito. Nunca o que ele tá sentindo é uma doença dos nervos: é um "verame no pescoço".

Quando perguntados se são nervosos admi-

tem e aceitam calmamente. Mas sempre falam em termos de imagens abstratas: é o "vexame no pescoço", "agulhada na cabeça" e queixas sobre a área genital. E fazem as associações mais... tem um termo médico prã isso, o "comemorativo". Associam a doença com uma data ou acontecimento, o tempo das águas, lua nova, lua mingaunte... é associada com "friagem", "comida parada no estômago", "coisa encostada no intestino"... Outra coisa é a relação com os alimentos, carne, ovo, fruta... ovo provoca derrame! Isso porque algum velho, algum dia deve ter comido ovo e logo depois teve um derrame! O termo é "não se dão". Isso é uma cisma, um distúrbio do comportamento, uma neurose. Não separam o mal orgânico da sua manifestação mental. Menstruação e menopausa são associadas à rebeldia: a regra parou e o sangue subiu prã cabeça". São altamente sugestionáveis. Associam muito com contusões também, lembram de ferimentos, quedas, de anos e anos atrás como responsáveis pela doença. Sofrem a dor associada a qualquer elemento e esperam o remédio miraculoso. Chegou um aí outro dia, com o braço engessado, que aqui lo tava provocando falta de ar!"

(médico local - 10 anos no município)

Desse modo, a integração da sintomatologia psicológica à clínica médica local, é operacionalizada e reconstruída a partir das representações que o médico forma sobre seu(s) paciente(s) na situação de consulta.

Sob esse aspecto, o discurso dos médicos se desdobra e se desloca para a observação:

1. dos aspectos culturais responsáveis pelo comportamento e expressão de "estar doente",

2. das condições objetivas de vida da população local assim como para problemas familiares, sexuais e afetivos vivenciados pelo indivíduo.

II.5 - EM DIREÇÃO A UM DISCURSO SOBRE O SOCIAL

Centrando a observação das manifestações de distúrbios psiquiátricos em relação aos aspectos culturais e sociais, é postulada a influência do "meio" na conduta dos pacientes. Dessa forma, o discurso médico se articula a um conjunto de representações generalizadas sobre os pacientes como categoria social. Essas representações são essencialmente pejorativas e fundadas numa percepção geral das camadas populares, trabalhadores rurais e migrantes que constituem basicamente a clientela, como "*ignorantes*".

Salientamos anteriormente como esse designativo era incorporado ao nível da formulação do diagnóstico ao reinterpretar as sensações corpóreas dos pacientes como sintomas neuróticos, abrangendo as concepções e interpretações populares das casualidades mórbidas como manifestações de disfunções comportamentais. Pelo efeito direto sobre a conduta dos indivíduos, "o meio", ao qual eles pertencem, já os predisporia como pacientes neuróticos:

"A menstruação é um tabu; é um conceito popular super arraigado. Parou de menstruar, o sangue sobe pela cabeça e perde o juízo. A criança é criada com a mãe falando isso o tempo todo, quando a regra atrasa, ela começa logo a queixar de dor de cabeça."

---(médico - 10 anos no município)

Essa formulação não se restringe a colocação em causa de um efeito cultural na formação do comportamento, mas se articula com a observação das condições sociais de vida como fonte de conflitos e de problemas para os indivíduos. Desse modo, determinadas enfermidades como a conversão e a

somatização, aparecem como decorrentes da exposição do indivíduo às situações as quais ele não estaria adequadamente preparado para responder, reagindo a elas de forma mórbida:

"O aumento de conversão é pelo êxodo, esse povo que migrou prã cá. Às vezes o salário não é compatível com o sustento da família, causa distúrbios. É mais problemas financeiros, ou então chega aí, não tem emprego, é miséria. E também... o indivíduo ignorante quando adquire certa condição começa a virar, gasta mais para o status, começa a paquerar, a arranjar amante... São completamente desestruturados, não tem um equilíbrio emocional que sustente a mudança. Muda o comportamento, sem estar psicologicamente preparado. Dã pra ver isso pelo parto. A mulher quando morava na zona rural, ela tinha um certo comportamento. Mudou prã cá, o marido tá trabalhando na Acesita (Companhia Reflorestadora), começou a gritar mais durante parto, a fazer queixas, a exigir mais. Mulher que fez parto quando tava lá na rua, na miséria, o marido passa a ganhar em vez de uns 500 cruzeiros por dia fazendo biscoitos, a aí 30.000 por mês, ela começou: que tá doendo, que é isso, que é aquilo... antes era de graça e agora não, tem que pagar, há uma mudança financeira, fica mais exigente, quer fazer cesariana, anestesia... A mudança prã cá não deixa de contribuir, a mudança do comportamento. É nítida a mudança do comportamento desse pessoal ignorante, se julgam mais importantes, que ele tem status melhor lá na Acesita. Mas não é de passar prã aqui, a coisa vem de lá de trás. Lá no mato o negócio fica mais diluído. Na fase da adolescência é que é o aprendizado. Aquela pessoa na fase de transição é altamente influenciável. Já tinha a tendenciazinha e vem as coisas do meio que não tava conscientizado, começa a jogar isso prã fora. A influência do meio, aqui é o meio. Se vai prã São Paulo, quando volta, muda o comportamento, anda diferente, trata diferente. Quando volta já volta mudado, quer saber tudo, dá palpite em tudo. E isso não é adolescente não, são os próprios adultos".

(médico - 10 anos no município)

Postulando o meio como estruturante da persona ou do comportamento do indivíduo, é salientado que o "padrão cultural" local (ignorância, costumes, credences), predisporia o aparecimento das enfermidades mentais, particularmente frente à situação de mudança para a área urbana do município de parte da população local e as alterações subsequentes do modo de vida. Ou seja, em decorrência de uma personalidade "mal-estruturada", as manifestações sintomáticas da "doença mental" tenderiam a eclodir ou aumentar frente à mudança, pela incapacidade dos migrantes de se adaptarem às condições de vida e de trabalho na área urbana, ou de não reagirem a elas de forma adequada.

Tal proposição não se restringe à postulação de uma causalidade sócio-cultural na prevalência das "doenças mentais", mas aponta para o próprio "uso patológico" da enfermidade como forma de obter determinados benefícios pessoais. Sobre esse aspecto, tanto a precariedade da forma de subsistência quanto as relações sociais e familiares conflituosas, aparecem como elementos não só predisponentes do indivíduo às manifestações mórbidas, mas propriamente como predisponentes que os indivíduos se utilizem dessas manifestações morbidamente para usufruir algum ganho ou atenuar os conflitos daí originados.

Nessa perspectiva, a somatização, enquanto intensa vivência pelo indivíduo da doença, é referenciada a uma *"aleatória mania de se queixar"*, utilizada como recurso para *"chamar a atenção da família sobre si"*, *"uma forma de se sentir atendido e assistido"*:

"Somatização e acesso (S.C.F.M.) está ligado a problemas familiares, carência afetiva. Uma forma de chamar a atenção da família, de receber carinho. Dão importância ao fato de ter feito consulta, de ter sido internado... utilizam a gente pra chamar a atenção da família. A área que mais localizam é o coração, são cismados com o coração. São quando faz o exame e fala que o coração tá ótimo, que eles aceitam que é de nervoso. Parece que querem sofrer do coração, dizer em casa "o doutor falou que é o coração mesmo" e aí vão ter cuidado com ele".

(médico local - 2 anos no município)

Na maior parte dos casos, os médicos associam o quadro psicossomático (queixas de dores corporais, crise conversiva ou histérica) à clientela feminina. Partindo da observação da maior frequência dos casos em mulheres, a explicação, relacionada também ao recurso dramático para a assistência da família, é considerada como forma reativa às perturbações e conflitos presentes na relação familiar:

"Muita crise conversiva, mais em mulher. Tem muito homem também, mas mais é mulher: fuga da ansiedade, problema financeiro, cheia de filhos, o próprio nível de vida, intensas queixas em termos de sexo... traiu ficou com remorso, frigidez, o marido traiu, num liga mais, e aí começa... dói o corpo inteiro, ou cai durinha. Homem também tem muito, mais tem outros escapes, alcoolismo, sai pra rua, briga".

(médico - 10 anos no município)

"A grande maioria é mulher, tem muito homem também, mas a maioria é mulher. Semana passada, lá no..., me chamaram às pressas que tinha uma mulher passando mal lá fora. Cheguei lá, tinha um grupinho, fui afastando, tava lá a mulher durinha no chão e tudo normal: ausculta cardíaca, pressão, tudo normal e ela lá durinha. Perguntava e ela não respondia. Quando eu tava voltando pro consultório, ela levantou e começou um delírio de agressividade, batia em todo mundo. Precisou de seis ho-

mens pra segurá-la. Veio internar quebrando tudo por aqui! Que é isso? Chamar a atenção! Dã Haldol, é uma coisa impressionante, a pessoa melhora, fica boa, parece outra, você não reconhece a mesma pessoa".

(médico - 2 anos no município)

Frequentemente a crise conversiva (ou o "acesso" na linguagem popular) é vista pelos médicos também como simulada para a obtenção de cuidados ou ganhos secundários:

"Qualquer coisinha cai dura. A mãe dela não deixou a mocinha ir ao baile, ela vai dando petizinhos, a mãe vai cedendo. E a outra lá, vai observando. Às vezes não tinha tendência pra aquilo, mas vai usar as mesmas armas."

(médico - 10 anos no município)

O critério da legitimidade-simulação do comportamento do paciente passa a ser então reconhecida pelo estabelecimento de "regras", "testes" e "técnicas" de confirmação positiva através da manipulação do indivíduo, que assume formas até mesmo caricaturais:

"Acesso é o sentir mal, tanto na crise histérica quanto convulsiva (epilética). E a gente mesmo tem dificuldade... na crise convulsiva, depois o paciente fica confuso, tem cefaléia e vômitos em seguida... por isso associam à alimentação. O histérico não, não leva um arranhão. Os que têm convulsão saem todos machucados. Esses têm um jeito de cair que não levam um arranhão".

(médico - 10 anos no município)

"A conversão é doença. É uma arma que usa inconscientemente para obter alguma coisa. É diferente da epilepsia, que tem base física, cicatriz no cérebro, 10, 20 causas, nutricionais, genéticas. A conversão é um estado de bloqueio, que a gente entra com amônia pra diblar o paciente. Tem muita simulação. Isso você vê... tem até uma brincadeirainha que a gente usou, só pra ver. Um cliente chegou aqui em conversão, e veio pai, marido, a família inteira. Deitou aí, tô lá examinando. Aí virei e perguntei: Ela

bate com o pé assim? Não. Porque essa doença bate o pé assim. Daí a pouco começou a bater o pé; aí doutor, tá batendo. É, de pois que bate costuma morrer!"

(médico - 5 anos no município)

"E eles aprendem a simular. Pra receber a tenção. Chegou uma aí, durinha, não me-ria nada! Fui fazer o teste de controle. Você pega a mão do paciente, levanta e deixa ela cair na cara. Era pra ela ter tido algum reflexo, desviado, você não consegue não desviar, é instintivo. Essa não, a mão caiu direto no rosto, Aí, depois que o A..., comentando com ele, disse que falou que ia fazer o teste assim e tal, perto dela. Parece que ela escutou o A... explicar o teste..."

(médico - 2 anos no município)

Apontam também como freqüente o uso da simulação da doença como forma de arrecadação de benefícios previdenciários e de isenção do trabalho por licença médica:

"E gostam de se sentir doente. É sentir-se importante, atendido, assistido. São preguiçosos, tudo é bom quando é ganho, não tem que trabalhar. Tudo que é dado é aceito. Não tem iniciativa pra nada... Se um velho aí aposenta, junta 10, 15 pra viver a custa da aposentadoria, para tudo de trabalhar, tudo que faz é para o mínimo de sobrevivência.

A simulação é freqüente: São uns atores: Chega aqui ai doutor, que eu tô morrendo, num posso trabalhar não. Você dá remédio, dá tudo. Passa depois na rua, tá lá o sujeito, andando normalmente! Se queixam de tudo, é uma falta completa de informação. Consultam o tempo todo. (...) O trabalho: o indivíduo que mora na roça, se fica doente, gripe, diarreia, fica sem trabalhar, tem um ritmo próprio. A disciplina aqui é outra, na companhia tem que trabalhar, todo dia. E eles são preguiçosos, não se adaptam. E começa a simular a doença, tem dores incuráveis. Você procura, não acha nada, só cede com psicotrôpico. É muito estado depressivo, ansiedade, que a situação econômica é precária... E tem a simulação pra ganhar a licença, tentativa de manter o ritmo, o jeito de vida anterior. Tem tam

bem a debilidade mental, subnutrição, não tem educação, é uma falta total de iniciativa, é tudo meio retardado.(...)"

(médico - 10 anos no município)

Desse modo, ao deslocar a análise clínica para a observação dos aspectos sociais e culturais da formação do indivíduo, os médicos passam também a construir uma série de estereótipos negativos sobre a clientela através dos quais eles tendem a corroborar o diagnóstico da "doença mental". De fato, quem é a clientela? Trabalhadores rurais, "ignorantes", "preguiçosos", "simuladores", "sem iniciativa", "sem educação", "subnutridos", "meio retardados", "depressivos", "inadaptáveis à disciplina do trabalho", ou seja *doentes e doentes mentais*, presos que estão à inércia, "doentia", das suas próprias vidas.

Com referência a esse aspecto, incluso a enfermidade como possibilidade de estratégia de resistência, seja às obrigações sociais através do usufruto dos benefícios previdenciários e trabalhistas, seja como mecanismo reativo à determinadas situações sociais em que efetivamente a doença pode abrir um leque de satisfações a serem usufruídas, é manuseada pelos médicos, nessa postura psicologizante das inter-relações, colocando a terapêutica como necessária, já que seriam neuróticos os indivíduos que produzem, consciente ou inconscientemente, essas manifestações como enfermidade.

Dessa forma, a operação terapêutica da "doença mental" não se restringe ao atendimento dos casos socialmente reconhecidos como pertinentes ou adequados ao tratamento psiquiátrico, mas aparece fundamentalmente produzida no dispositivo de consulta pela reinterpretação que o médico faz dos

sintomas expressos pelo paciente. Reinterpretação esta, que en contra-se articulada a um conjunto de representações sobre a clientela *avaliadoras* do comportamento social ou do "padrão cultural" que orienta a conduta dos pacientes.

De fato, como estávamos observando ao longo da exposição ou da análise dos critérios médicos para a elaboração do diagnóstico da "doença mental", essa operação vem se orientando através de três "eixos básicos": a doença, sem causalidade orgânica presumida; a eficácia do medicamento psicotrópico no combate dos sintomas que o paciente apresenta; e, finalmente, a problematização do comportamento *patológico*, em relação ao "padrão cultural" local.

Procurou-se, desse modo, demonstrar que os médicos registram como enfermidade mental através do dispositivo psiquiátrico integrado à clínica, todas as manifestações comportamentais ou doências dos pacientes, que não se adequam aos critérios da *racionalidade* e *normalidade* estabelecidos segundo os cânones da Ciência Médica, ou mesmo da cultura oficial dominante: as manifestações mórbidas "*sem sentido*" e "*sem explicação*" de acordo com a racionalidade anatomo-patológica, o comportamento considerado inadequado segundo o padrão requerido de uma conduta normal. Nesse processo, a eficácia, virtual, dos medicamentos psicotrópicos, valida o diagnóstico presumido, reafirmando as proposições que sustentam a sua aplicação terapêutica.

Dentro desse contexto, a aplicação dos critérios psiquiátricos para a avaliação do diagnóstico e para o tratamento é particularmente demarcável quando a demanda as-

sistencial da medicina se modifica e, mais especificamente, quando no seu exercício ela passa a se defrontar com uma clientela que orienta a sua conduta e a sua percepção sobre a enfermidade por outros códigos estruturantes do comportamento e significantes do "estar doente". Sobre essa base inclusive, que o diagnóstico da "doença mental", passa a ser elaborado na prática médica local. Com efeito, os médicos apreendem a linguagem da clientela (por exemplo, eles só se comunicam com o paciente através da linguagem que eles normalmente usam para se expressarem, tendo mesmo um repertório completo dessas expressões e das causalidades mórvidas invocadas pelo paciente), traduzindo-a para um outro código explicativo da enfermidade, que possibilita a interpretação das manifestações sintomáticas expressas pelo paciente *nessa* linguagem como de natureza psicossomática. Observa por exemplo um médico: *"Mas geralmente eles tão sabendo que é 'nervoso', queixando que dói o corpo todo e como consultam sempre aqui sabem que é 'nervoso'. Toda semana tão no consultório que tá doendo muito. E já criou o hábito da receita"*. (médico - 2 anos no município). Ou seja, o próprio discurso do paciente sobre o "nervoso" é incorporado pelos médicos como uma espécie de "categoria nosológica psiquiátrica" à parte, através da qual, o diagnóstico da "doença mental" é formulado e o campo de significação dos sintomas que o paciente apresenta pretensamente preservado. Nessa perspectiva, o próprio processo de medicação por psicotrôpico aparece como atendendo a uma demanda originalmente formulada pelo paciente que recorreria ao médico e requisitaria o medicamento, em função desse quadro mórvido ou

para sanar uma série de mal-estares percebidos como dele decorrente. Dessa forma, caberia observar o próprio modo como a clientela recorre ao atendimento médico e qual é o sistema que informa a sua percepção sobre a enfermidade, para podermos melhor especificar não só o discurso que é reinterpretado pelo médico como sintomatologia psiquiátrica, mas também como é satisfeita ou modificada a própria demanda assistencial.

ANEXOS

TABELA CONSULTAS OBSERVADAS

PACIENTE	SINTOMAS/DIAGNÓSTICO	RECEITUÁRIO
1- Mulher	escabiose infectada. Queixa dores, insônia, coceira, afogeuamento	medicamento específico e psicotrópico
2- Mulher	artrite reumatóide. Queixa dores corporais, insônia	medicamento específico e sonífero
3- Mulher	gripe. Queixa dores corporais, dor de cabeça, fraqueza	medicamento psicotrópico
4- Mulher	contusões de briga. Queixas várias: fraqueza, dores de cabeça, inapetência	medicamento psicotrópico
5- Criança	pereba	medicamento específico
6- Criança	cólica intestinal	medicamento específico
7- Homem	alergia nas mãos	medicamento específico
8- Mulher	gastrite nervosa	medicamento psicotrópico
9- Mulher	tuberculose. Queixa insônia, dor de cabeça	medicamento específico e psicotrópico
10- Criança	diarréia	medicamento específico
11- Criança	broncopneumonia	medicamento específico
12- Mulher	gastrite nervosa. chagásica. Queixas múltiplas	medicamento específico e psicotrópico
13- Homem	verminose	medicamento específico
14- Homem	tumor externo no ventre	medicamento específico
15- Mulher	tuberculose; gripe. Queixas várias	medicamento específico e psicotrópico
16- Mulher	Queixas várias; inapetência, dores corporais, corrimento	medicamento psicotrópico
17- Mulher	controle psiquiátrico	medicamento psicotrópico
18- Mulher	inflamação nos pés. Queixas várias: dor de cabeça, dores corporais, fraqueza, calorão	medicamento específico e psicotrópico

PACIENTE	SINTOMAS/DIAGNÓSTICO	RECEITUÁRIO
19-Criança	gastroenterite	medicamento específico
20-Criança	gastroenterite	medicamento específico
21-Criança	insuficiência cardíaca	medicamento específico
22-Mulher	dores corporais, gripe	medicamento específico e psicotrôpico
23-Criança	possível problema neurológico	medicamento específico
24-Mulher	queixa fraqueza, dores de <u>cabeça</u> e dores corporais	medicamento psicotrôpico
25-Criança	gastroenterite	medicamento específico
26-Criança	gastroenterite	medicamento específico
27-Mulher	gastrite nervosa	medicamento psicotrôpico
28-Homem	problemas respiratório; dores corporais (atestado)	medicamento específico e psicotrôpico
29-Mulher	alergia	medicamento específico
30-Homem	gonorréia	medicamento específico
31-Criança	gastroenterite	medicamento específico
32-Homem	queixa dores corporais, dor de cabeça e ânsia de vômito (atestado)	medicamento psicotrôpico
33-Mulher	escabiose infectada	medicamento específico e psicotrôpico
34-Homem	controle psiquiátrico	medicamento psicotrôpico
35-Mulher	queixa dores corporais, calorão, inapetência	medicamento psicotrôpico
36-Mulher	queixa nervosismo, dores estomacais	medicamento psicotrôpico
37-Mulher	hipertensão arterial. Queixa <u>dores</u> corporais	medicamento específico e psicotrôpico
38-Criança	bronquite	medicamento específico

PACIENTE	SINTOMAS/DIAGNÓSTICO	RECEITUÁRIO
39-Mulher	anemia, pneumonia. Queixa febre, pontada, tonteira, insônia, in <u>a</u> petência	medicamento específico e psicotrôpi <u>co</u>
40-Mulher	queixa dores estomacais e tonte <u>i</u> ra	medicamento psicotrôpi <u>co</u>
41-Homem	pneumonia; alcoolismo	medicamento psicotrôpi <u>co</u>
42-Homem	ferimento na perna, alcoolismo e nervosismo	medicamento específico e psicotrôpico
43-Criança	broncopneumonia	medicamento específico
44-Criança	broncopneumonia	medicamento específico
45-Criança	broncopneumonia	medicamento específico
46-Mulher	queixas várias: aflição, coração disparado, ardência nos olhos, inchaço	medicamento psicotrôpi <u>co</u>
47-Criança	epilepsia	medicamento anti-convul <u>sivante</u>
48-Mulher	ozena; nervosismo	medicamento específico e psicotrôpico
49-Mulher	reumatismo. Queixa dores corpo <u>rais</u> e insônia	medicamento específico e psicotrôpico
50-Homem	acidente de trabalho nas pernas	medicamento específico
51-Mulher	queixas várias de dores corpo <u>rais</u>	medicamento psicotrôpi <u>co</u>
52-Homem	prisão de ventre. Queixas várias de dores e nervosismo (aposenta <u>do</u> por invalidez)	medicamento específico e psicotrôpico
53-Criança	diarréia/bronquite	medicamento específico
54-Mulher	fraqueza, inapetência, dores de cabeça e corporais	medicamento psicotrôpi <u>co</u>
55-Mulher	dores corporais, inchaço	medicamento psicotrôpi <u>co</u>
56-Mulher	dores peitorais, epilepsia	medicamento psicotrôpi <u>co</u>

PACIENTE	SINTOMAS/DIAGNÓSTICO	RECEITUÁRIO
57-Mulher	dores corporais; crise convulsiva	medicamento específico
58-Homem	hipertensão arterial	medicamento específico
59-Mulher	nervosismo	medicamento psicotrô <u>pi</u> co
60-Mulher	quisto operatório. Dores corporais	medicamento psicotrô <u>pi</u> co
61-Mulher	epilepsia, controle	medicamento anti-convul <u>sivante</u>
62-Mulher	queixa "facadura" na boca do estômago, sangue pelo nariz, nervosismo	medicamento psicotrô <u>pi</u> co
63-Mulher	chagas. Queixa dores corporais e nervoso	medicamento específico e psicotrô <u>pico</u>
64-Criança	diarréia	medicamento específico
65-Mulher	menopausa. Queixa pressão alta e nervosismo	medicamento psicotrô <u>pi</u> co
66-Mulher	infecção urinária. Queixa dores na coluna, amolecimento nas per <u>nas</u> , nervoso	medicamento específico e psicotrô <u>pico</u>
67-Mulher	queixa dor de cabeça, dor nas pernas, nervosismo	medicamento psicotrô <u>pi</u> co
68-Mulher	controle pós-operatório de cesá <u>ria</u> /ligação das trompas. Quei <u>xa</u> nervosismo	medicamento psicotrô <u>pi</u> co
69-Homem	pneumonia (atestado)	medicamento específico
70-Criança	gripe, diarréia	medicamento específico
71-Mulher	ferimentos e contusão de briga	medicamento específico e psicotrô <u>pico</u>
72-Criança	diarréia; verminose	medicamento específico
73-Criança	diarréia	medicamento específico
74-Homem	insuficiência cardíaca	medicamento específico

PACIENTE	SINTOMAS/DIAGNÓSTICO	RECEITUÁRIO
75-Mulher	inflamação intestinal, crise convulsiva	medicamento específico e psicotrópico
76-Mulher	menopausa	medicamento psicotrópico
77-Criança	anemia	medicamento específico
78-Mulher	resfriado, dores corporais, nervosismo	medicamento específico
79-Criança	paralisia infantil	medicamento específico
80-Mulher	verminose, dores corporais, fraqueza	medicamento específico e psicotrópico
81-Criança	inflamação da garganta	medicamento específico
82-Criança	diarréia; inflamação do couro cabeludo	medicamento específico
83-Mulher	menopausa	medicamento psicotrópico
84-Mulher	gravidez, controle	- - - - -
85-Criança	verminose	medicamento específico

MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS	A N O								
(comprimidos, injeções)	Dez/1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982
Akineton	-	-	-	-	210	230	40	324	533
Amitriptilina- 25 MG	-	-	-	-	-	-	400	400	40
Clorpromazina- Sol - 25 MG	-	-	-	-	-	2	1	24	10
Clorpromazina- 100 MG	-	175	240	160	817	460	856	690	1520
Clorpromazina- 4% - 10 ML	-	-	-	-	30	-	6	1	-
Diazepan - 2 ML	10	46	41	-	94	-	54	-	-
Diazepan - 10 MG	60	67	19	200	400	1085	795	1507	893
Fenobarbital- Sol - 5 MG	-	73	-	-	-	33	92	10	-
Fenobarbital- 100 MG	80	332	1107	1875	2405	800	880	640	1380
Fenobarbital- 4% - 20 ML	-	-	-	-	-	-	2	3	-
Haloperidol- 5 MG/ML	-	-	-	-	25	330	12	31	33
Haloperidol- 1 MG	-	-	-	-	810	660	600	1200	1800
Imipramina-25MG	12	77	142	155	950	156	-	-	320

FONTE: Boletim de controle mensal de Remessa e Saída de Medicamentos.
Posto de Saúde - Itamarandiba.

OBSERVAÇÃO: -

- . Akineton - neuroléptico, indicado para crises distônicas.
- . Amitriptilina - antidepressivo com componente ansiolítico.
- . Clorpromazina - neuroléptico, indicado para estados delirantes agudos e agitação psicomotora.
- . Diazepan - ansiolítico.
- . Fenobarbital - anticonvulsionante, indicado para epilepsia.
- . Haloperidol - neuroléptico, indicado para esquizofrenia e outras psicoses.
- . Imipramina - antidepressivo, estimulante do humor.

RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS CONSUMIDOS
MÉDIA MENSAL DE PEDIDOS - FARMÁCIA LOCAL - 1983

ANTIDISTÔNICOS

Bromural Adulto (KNOLL)	6 caixas
Bromural Infantil (KNOLL)	6 caixas
Calmociteno A.D. (IOC)	50 caixas
Diempax A.D. (LAFF)	100 caixas
Diazepan A.D. (EMS)	50 caixas
Kiatrium A.D. (GROSS)	100 caixas
Lexil (ROCHE)	24 caixas
Librax (ROCHE)	12 caixas
Lorium A.D. (NOVOTERAPICO)	50 caixas
Noan A.D. (FARMASA)	100 caixas
Nobrium A.D. (ROCHE)	50 caixas
Psicopaz A.D. (FARMASA)	24 caixas
Psicosedum A.D. (FARMASA)	24 caixas
Somalium (ACHE)	50 caixas
Vagostesyk (GROSS)	12 caixas

CONTROLADOS

Amplitil (RHODIA) - neuroléptico	24 caixas
Anatenol (SQUIBB) - neuroléptico	50 caixas
Akineton (KNOLL) - anticonvulsivo	24 caixas
Comital (BAYER) - anticonvulsivo	100 caixas
Diempax - 2 mg (LAFF) - ansiolítico	50 caixas
Diempax - 5 mg (LAFF) - ansiolítico	100 caixas
Diempax - 10mg (LAFF) - ansiolítico	100 caixas
Dalmadorm (ROCHE) - sonífero	24 caixas
Ethanol (PARQUE DAVIS) - anticonvulsivo	6 caixas
Epelin (PARQUE DAVIS) - anticonvulsivo	100 caixas
Gardenal 5 mg (RHODIA) - anticonvulsivo	200 caixas
Gardenal 10mg (RHODIA) - anticonvulsivo	200 caixas
Haldol 1 mg (JONHSON) - neuroléptico	100 caixas
Kiatrium 5 mg (GROSS) - ansiolítico	100 caixas
Kiatrium 10mg (GROSS) - ansiolítico	100 caixas

Lexotan 8 mg (ROCHE) - anticonvulsivo - ansiolítico	24 caixas
Lexotan 6 mg (ROCHE) - anticonvulsivo - ansiolítico	12 caixas
Lexotan Pediátrico Xarope (ROCHE) - anticonvulsivo, ansiolítico	6 caixas
Lorepan 1 mg (NOVOTERAPICA) - ansiolítico	6 caixas
Lorepan 2 mg (NOVOTERAPICA) - ansiolítico	6 caixas
Lorax 1 mg (FONTOURA WITHEY) - ansiolítico	24 caixas
Lorax 2 mg (FONTOURA WITHEY) - ansiolítico	24 caixas
Mogadon (ROCHE) - sonífero	36 caixas
Motival (SQUIBB) - antidepressivo	36 caixas
Neozine (RHODIA) - neuroléptico	24 caixas
Rovotril (ROCHE) - anticonvulsivo	50 caixas
Robyphenol (ROCHE) - ansiolítico	12 caixas
Tryptanol (JOHNSON) - antidepressivo	12 caixas
Triperidol (JOHNSON) - neuroléptico	12 caixas
Tegretol (CIBA-GEIGY) - anticonvulsivo	50 caixas
Valium 5 mg (ROCHE) - ansiolítico	100 caixas
Valium 10 mg (ROCHE) - ansiolítico	100 caixas
Valium Xarope (ROCHE) - ansiolítico	100 vidros

* Cada caixa contém 20 comprimidos

OBSERVAÇÕES:

- antidistônico** : medicamento utilizado no tratamento de distonias neuro-vegetativas, ou seja, doenças orgânicas de origem nervosa presumida.
- antidepressivo** : medicamento capaz de agir favoravelmente nos quadros clínicos depressivos, melhorando o estado de humor, reduzindo a ansiedade, desbloqueando a inibição psicomotora, atuando sobre a excitação.
- anticonvulsivante** : medicamento utilizado no controle das crises epiléticas.

- ansiolítico* : medicamento depressor do S.N.C., de ação predominantemente sub-cortical, capaz de reduzir a ansiedade e a tensão, sem interferência na atividade psíquica superior (ideação, atenção, raciocínio).
- neuroléptico* : medicamento depressor do S.N.C., de ação predominantemente sub-cortical, capaz de reduzir estados psicóticos (idéias delirantes, alucinações, distúrbios do pensamento, autismo, etc.).
- sonífero* : medicamento capaz de induzir o sono fisiológico, hipnótico.

(Definições de acordo com "Noções Básicas de Psicofarmacologia", de Maria Passos Barcala Peixoto e outros - *Curso de Atualização em Psiquiatria para Clínicos*, B.H., n.p.)

OBS.- Especificação de acordo com a classificação internacional de Doenças Mentais (OMS 8ª revisão - 1965)

Psicose (290-299)

- 290 - Demência senil e pré-senil
- 291 - Psicoses alcoólicas
- 292 - Psicoses associadas com infecção intracraniana
- 293 - Psicoses associadas com outras afecções cerebrais
- 294 - Psicoses associadas com outras afecções somáticas
- 295 - Esquizofrenia
- 296 - Psicoses afetivas
- 297 - Estados paranóides
- 298 - Outras Psicoses
- 299 - Psicose não especificada

Neurose (300-309)

- 300 - Neurose
- 301 - Perturbações de personalidade
- 302 - Desvio sexual
- 303 - Alcoolismo
- 304 - Dependência de drogas
- 305 - Transtornos somáticos de origem psíquicas presumível
- 306 - Sintomas especiais não classificados em outra parte
- 307 - Transtornos transitórios de in adaptação a situações especiais
- 308 - Distúrbios da conduta na infância
- 309 - Transtornos mentais não especificados como psicóticos, associados com afecções somáticas

Deficiência Mental (310-315)

Epilepsia (345)

Modelo de formulário enviado às Prefeituras:

Nome:

Data de Nascimento:

Cor:

Estado Civil:

Sexo:

Residência:

Naturalidade:

Profissão:

Identidade:

Pai:

Mãe:

Cônjuge:

Procedência e/ou órgão encaminhante

Foto 3x4

Endereço:

Guia nº:

Local de Trabalho:

Telefone:

Endereço:

Horário:

Telefone:

Responsável pela internação e pelo retorno:

Grau de parentesco:

Endereço:

Telefone:

História sucinta do quadro mórbido:

Localidade:

Data:

PARTE III - CLIENTELA: REPRESENTAÇÕES SOBRE A "DOENÇA DOS NERVOS"	140
III.1 - Por onde a doença aparece como uma reflexão sobre a relação indivíduo -sociedade-trabalho	165
III.2 - Corpo e doença: representações e práticas terapêuticas populares ..	179
III.3 - Tratamento médico: da legitimida- de à manipulação	192
III.4 - "Doença dos nervos" e "doença da cabeça": categorias distintivas..	202
III.5 - O desregramento da razão e o con- trole terapêutico	234

Partindo da situação de consulta como o lugar privilegiado para a observação das mútuas regras e representações que constitui a relação estabelecida entre o médico e o paciente, foi salientado o efeito de "negação-subordinação" exercido pela prática médica sobre as concepções populares acerca do corpo e dos seus processos mórbidos. Foi ainda demonstrado como esse efeito é central na elaboração do diagnóstico da "doença mental". Basicamente ao serem reinscritas as sensações corpóreas expressas pelo paciente em um outro referencial interpretativo que as definem como manifestações neuróticas ou psicóticas, deslocando-as dessa forma, do campo discursivo no qual são formuladas.

Subjacente a essa abordagem encontra-se um problema fundamental: o da natureza da incorporação das camadas populares ao atendimento médico psiquiátrico ao estar sendo subentendida a existência de pelo menos duas formas distintas de práticas terapêuticas.

Dentro dessa questão, uma outra se coloca: a do próprio estatuto do que se convencionou chamar "medicina popular", pretendendo-se contrapô-la, na diversidade das suas manifestações, a dita "medicina oficial", como conjunto científico e institucionalmente estruturado do saber sobre a enfermidade. Como tal, o termo "medicina popular" designa um corpo heteroclito de conhecimentos, crenças e práticas terapêuticas tradicionalmente identificados como compondo o repertório medicinal e as intervenções curativas próprias às camadas populares. Por esse caráter heterogêneo e assistemático, em função da forma como culturalmente se processou a difusão

e a reelaboração sincrética dos elementos que as compõem, parece haver uma certa dificuldade em determinar a especificidade do conteúdo das mesmas e, extensivamente, das relações que mantêm com a "medicina oficial".

Boltansky (1) por exemplo, recusando a denominação de uma "medicina popular" em função de: 1) o conhecimento terapêutico das classes populares estar informado pelo saber médico e constituir um movimento discursivo de aptidão - descontextualização do segundo ao primeiro e, 2) este conhecimento estar parcialmente fundamentado na difusão de um saber científico sobre a enfermidade, a medicina hipocrática, pretende realizar uma análise do discurso popular a partir do que ele denomina "condições objetivas de sua produção", entendida como o sistema de coerções presentes ao tipo de relação e de comunicação estabelecida entre o médico e o doente. De um lado, analisará as características específicas da difusão das ciências médicas atualmente e, de outro, a forma como são construídas as representações populares sobre doença, destacando as regras que possibilitam a *redução analógica*, processo pelo qual define a maneira como as categorias médicas são reinterpretadas e inseridas em um código discursivo próprio das camadas populares.

Dessa forma, a perspectiva analítica do discurso popular sobre doença está centrada na observação das próprias regras da divulgação - assimilação do discurso cien-

(1) BOLTANSKY, Luc - *As classes sociais e o corpo*, Rio de Janeiro, Graal, 1979.

tífico. Se entretanto, a análise de Boltansky é essencial e oportuno quando observa a difusão do saber médico pelos seus efeitos diferenciais em relação à maneira como as classes sociais incorporam, aceendem, integram e participam da produção cultural e científica dominante, ela é também problemática ao pressupor, particularmente da ótica das classes populares, que estas se limitam a "usufruir" o que a cultura dominante predispõe. Com efeito, ao proceder a análise da "cultura somática", própria aos diferentes grupos sociais, Boltansky sugere que esta deveria ser feita a partir da *variação do consumo médico*, mostrando como esse se dá mediado pela ordem cultural que processa, retraduz e o transforma em regras específicas em função do referencial perceptivo e designativo próprio a esses grupos.

Retendo a fundamentação teórica que informa essa abordagem, explicitamente é postulado que a perspectiva da análise do comportamento terapêutico da população em sociedades hierarquizadas e tecnificadas só é consistente pela análise da forma como o saber médico oficial se reproduz e se difunde como prática social. É, com efeito, ao desconsiderar a permanência ou sobrevivência de um conhecimento popular frente ao processo de descaracterização cultural sobre o conjunto dos esquemas explicativos e o receituário que consistia a profilaxia, que Boltansky irá definir a perspectiva teórico-metodológica que orienta a sua abordagem. Nesse sentido é que também recusará a possibilidade de uma "reconstrução arquetípica" das representações que fundamentam esse conhecimento. Basicamente ao destacar que estas, ao serem feitas através de

informações particulares e fragmentárias que denotariam a sua atual inconsistência não poderiam fornecer por si um modelo teórico de interpretação nos moldes de uma reconstituição etnográfica.

Se este tipo de enfoque salienta um aspecto analítico importante, qual seja, o de que as concepções terapêuticas populares assimilaram muito dos princípios difundidos pela ciência e pela prática médica oficial, tal fato não permite, entretanto, tratá-las como mero resultado dessa difusão. Sob esse aspecto ainda, também algumas análises feitas sobre "medicina popular" no Brasil, também salientam o efeito de desagregação que a urbanização e o processo de expansão da prática médica tiveram sobre as profilaxias populares.

Com base em estudos etnográficos, Fontenelle (2) em Aimorés (M.G.) e Marcos Queiróz (3) em Icapara (S.P.) caracterizam bem esse processo. Atentando para o que considerou como um conjunto assistemático e desordenado de crenças que não lograram a uma unicidade doutrinária, Fontenelle irá salientar o desaparecimento progressivo das práticas terapêuticas tradicionais em função da adaptação da população às condições urbanas de vida. Sob esse aspecto observa que esse processo é mais proeminente entre os grupos dominantes, os

(2) FONTENELLE, L.R.F. - "Aimorés: Análise antropológica de um programa de saúde", DASP - Departamento de Documentação, São Paulo, 1959.

(3) QUEIROZ, Marcos de Souza - "Representações de doenças e instituições de cura numa aldeia de pescadores". UNICAMP. 1978 (Dissertação de Mestrado).

quais, tendo acesso à escolarização como forma de aprendizagem, absorveram com maior facilidade os preceitos médicos. Em contrapartida, se as camadas populares ainda utilizavam desse conhecimento, e muito em função das dificuldades inerentes à sua posição social para o acesso ao atendimento médico e à cultura dita "científica", este tende a se diluir frente à grande mobilidade dessa população e a quebra da rede de relações sociais que possibilitavam no meio rural, a sua transmissão e uso terapêutico. Também em Icapara, Marcos Queiroz relata processo semelhante ao observar que a preservação da "medicina tradicional" na aldeia de pescadores devia-se principalmente às condições precárias de acesso aos médicos e ao receituário farmacêutico. Longe entretanto, de considerar essa permanência como uma "sobrevivência" de formas folclóricas ou tradicionais de cura, procura demonstrar como há uma lógica bem elaborada a ordenar a construção e o uso social dessas práticas terapêuticas, vendo-as propriamente como uma manifestação da cultura local que se presta a pensar o corpo e seus processos mórbitos em relação às propriedades medicinais da natureza. Nessa perspectiva, se a extensão dos serviços médicos à comunidade fragmenta a articulação interna e a unanimidade de crenças e uso dessas práticas ao se tornar uma alternativa mais eficaz para o controle de determinadas enfermidades, por outro lado o que é observável não é o seu desaparecimento, mas a sua transformação, na maneira como assimilam o tratamento médico e reelaboram os elementos mágicos, religiosos e fitoterapêuticos que as compõem.

Com uma linha de argumentações próxima e, con-

trariamente às teses que procuravam explicar a ocorrência das práticas terapêuticas populares nas áreas urbanas como uma sobrevivência cultural das tradições trazidas pelos migrantes rurais, outros trabalhos mais recentes têm procurado salientar que, longe de se constituir como uma característica do mundo rural tradicional a medicina popular é extensamente pratificada no meio urbano, consistindo mesmo em uma alternativa terapêutica à medicina institucional.

Loyola (4) por exemplo, pesquisando as práti-cas terapêuticas da população residente em Nova Iguaçu, Baixa da Fluminense, demonstra que o uso de certas práticas populares de tratamento curativo revela por um lado, estratégias terapêuticas frente à carência e ineficiência dos serviços médicos e, por outro, uma forma própria de resistência ao autoritarismo que representa a relação médico-paciente-instituição. Dessa forma, o recurso a essas práticas que estariam mais próximas das representações dessa população sobre o corpo, a enfermidade e da sua relação com o mundo, consistiria em uma mameira de "afirmar sua própria identidade e reivindicar um saber próprio sobre o corpo e a doença que chega mesmo a se contrapor às interpretações médicas dominantes"(5). Se entretanto, não se constata o desaparecimento das práticas terapêuticas populares frente à dominância e à legitimidade dos serviços médicos oficiais, pode ser observado que estas se transformaram consideravelmente. O que tende a desaparecer, obser-

(4) LOYOLA, Maria Andrea - *Médicos e Curandeiros - Conflito Social e Saúde*, São Paulo, DIFEL, 1984.

(5) LOYOLA, Maria Andrea - *Op. Cit.*, p. 195.

va a autora, são as práticas terapêuticas do catolicismo popular tal como eram concebidas no meio rural, dando lugar a uma medicina exercida em outros quadros religiosos tais como as associações umbandistas e pentecostalistas (6). Reconstituindo a formação e a transformação das práticas terapêuticas populares até a sua fusão e reorganização em um "produto original" como a umbanda, Paula Montero irá também salientar que esta aparece como um "conjunto de práticas mágico-terapêuticas mais adaptadas às condições urbanas por um lado, e mais condizente por outro, com as transformações que o serviço médico e a organização científica da medicina produziram na conformação do campo da saúde" (7).

Produto da reelaboração cultural dos elementos terapêuticos provenientes quer das culturas negras e indígenas quer da medicina hipocrática associada às tradições do catolicismo popular trazidas pelos imigrantes portugueses, a medicina popular constituiu-se como um conjunto de conhecimentos e práticas curativas de uso largamente difundido nas áreas rurais do Brasil, e mesmo de forma amplamente dominante na sociedade como um todo durante os três primeiros séculos da nossa história. Reconstituindo historiograficamente essa

(6) Fontenelle e Marcos Queiroz também salientam esse aspecto ao observarem que concomitantemente à desagregação do sistema terapêutico baseado no conhecimento medicinal das ervas desenvolvem-se novas formas populares de cura vinculadas ao espiritismo.

(7) MONTERO, Paula - "Da doença à desordem: as práticas mágico-terapêuticas na umbanda" - USP, 1983 (Tese de Doutorado).

formação, alguns autores (8) apontam que, em parte, a dominância e amplitude do seu exercício era devido ao número extremamente reduzido de profissionais licenciados nas instituições médicas européias e, mesmo, a inexistência de uma organização institucional ou pública de cuidados terapêuticos. Dessa forma, a carência de profissionais e instituições habilitados teria propiciado o surgimento de outros agentes terapêuticos atuando a partir dos preceitos médicos de origem européia como os jesuitas, ou pautando as suas práticas em outros referenciais culturais como os pajês, feiticeiros, benzedeiros e curadores.

Por outro lado, essa mesma carência, associada às características específicas que assumiu a forma como culturalmente se processou a difusão, a interação ou a incorporação dessas diversas práticas curativas propiciou que, tanto a medicina de origem européia incorporasse os conhecimentos medicinais indígenas tais como o uso terapêutico de ervas e raízes locais, como também favoreceu a ampla divulgação dos fundamentos legais e práticos que orientavam a sua profilaxia através da intensa circulação de manuais ou compêndios médicos durante os séculos XVII e XVIII, como o clássico Dicionário Chernoviz, possibilitando a sua assimilação por parte daqueles que exerciam o ofício terapêutico.

Dessa forma, dentro de um quadro limitado de causalidades mórbidas possíveis e do tratamento a elas adequada

(8) SANTOS FILHO, Lycurgo - *Pequena História da Medicina Brasileira*, Cadernos de História, São Paulo, Parma, 1983. Ver também MONTERO, Paula - *Op. Cit.*, e QUEIROZ, Marcos - *Op. Cit.*

do, fundado numa concepção da doença como o desequilíbrio de quatro humores básicos (sangue, fleuma, bile negra e bile amarela) em que se pautava o conhecimento médico à época, associou-se às sangrias e purgas um receituário medicinal baseado nas propriedades terapêuticas das plantas e raízes, largamente disseminado entre a população. Nesse contexto, e, particularmente nas áreas rurais e interioranas (zonas de mineração, pecuária ou pequena produção agrícola) os elementos da cultura negra pouco foram incorporados. Filiando-se às tradições do catolicismo popular fortemente enraizadas nessas áreas, o negro freqüentemente tornou-se um rezador ou um curandeiro, quando não o feiticeiro. Como observa sob esse aspecto Paula Montero (9), o "catolicismo popular", tal como era praticado no meio rural, fornecerá o referencial mágico-religioso para que, tanto esses diversos elementos terapêuticos se compo-
nam sincreticamente, quanto para possibilitar a atuação dos diferentes agentes terapêuticos que irão se constituindo nesse processo de trocas, empréstimos e fusões.

Caracterizado por ter uma dimensão "prática" do culto religioso, voltado para a solução de determinadas necessidades como a defesa, a proteção e a cura, o catolicismo popular dará de fato, campo a toda uma sorte de rezas, simpatias, chás e porções medicinais, tornando benzedores e curandeiros intermediários dessa relação com o sagrado. Particularmente, para o tratamento curativo, cada parte do corpo e cada doença que o afeta requereria de um lado, orações e rituais

(9) MONTERO, Paula - *Op. Cit.*

próprios, geralmente ao santo que a mantém sob proteção e, de outro, uma ação direta e empírica sobre a mesma, baseada nos conhecimentos comuns a respeito da sua causa e da forma como se manifesta. Funde-se nesse quadro elementos mágicos e fito terapêuticos combinados com os conhecimentos médico-cirúrgicos à época, na translação da doença-cura por intermédio do sagrado e que constituirá a típica medicina popular em meio rural.

Cabe ressaltar que, de acordo com a região, a forma como se processaram essas múltiplas interrelações e modificações das práticas terapêuticas populares é distinta e obedece às condições particulares da forma como são concebidas pelas comunidades que as empregam. Sob esse aspecto, interessa menos identificar os diversos elementos que as compõem do que a lógica interna que as reúnem e fazem do seu uso um uso social. Da mesma maneira, o "popular" não pretende especificá-las como "pura criação do pensamento do e para o povo", como questiona Boltansky, mas abordá-las da ótica da experiência significativa que adquire para os indivíduos que as praticam. Por um lado, a questão da "origem" e da "pureza" deixa de ser um problema pertinente, e por outro a análise das suas relações com a medicina oficial ganha outro enfoque. Nesse sentido é que autores, como Paula Montero ou Loyola(10), ao enfatizarem que tanto a constituição quanto as transformações das práticas terapêuticas populares no Brasil estão condicionadas e se constroem nos "balizamentos" colocados pela

(10) MONTERO, Paula - *Op. Cit.*; LOYOLA, M. Andrea - *Op. Cit.*

institucionalização da medicina científica no país não perdem de vista entretanto, seu caráter de "resistência" e por isso mesmo, de uma (re)elaboração própria a um grupo social a respeito do que é a doença e quais as formas de curá-la. Tradição e folclore ou "medicina imitativa" por um lado, cientificidade e legitimidade por outro, são dessa forma, conceitos que não dão conta de apreender a natureza e a complexidade das relações que a medicina popular estabelece com a prática médica institucional.

Como bem observa Paula Montero, "se a medicina popular age e existe enquanto tal nos interstícios do campo da medicina oficial, é no processo histórico da transformação deste campo que se pode compreender a natureza e o sentido das práticas terapêuticas subalternas" (11).

Marcados pela carência de profissionais habilitados e pela ineficiência de uma política administrativa para o controle das agências e agentes terapêuticos, a organização colonial favorece em um primeiro momento, o surgimento de outras práticas curativas provenientes de outros universos culturais, tornadas legítimas e hegemônicas pela ausência de um saber médico oficial atuante. Com a institucionalização do ensino e da prática médica no Brasil, já no século XIX, observar-se o estreitamento do espaço social de atuação dessas práticas, que tende a se modificar. Com efeito, a estruturação da medicina no campo social, jurídico e político ao tornar a coletividade o alvo sistemático de uma ação terapêutica e nor

(11) MONTERO, Paula - *Op. Cit.*, pag. 32-33.

matizadora a ser exercida através das suas instituições e agentes especializados (12), torna marginal porque ilegal e ilegítima a atuação dessas outras práticas. A sua progressiva institucionalização, notadamente a sua inserção no aparato estatal como serviço público e previdenciário nas últimas décadas, ampliou consideravelmente o espaço da sua atuação ao incorporar parcelas cada vez maiores da população ao atendimento prestado. Paralelamente, o desenvolvimento científico e tecnológico que alcança, ao propiciar um controle mais eficaz sobre as enfermidades, progressivamente restringiu a ação dos curandeiros e dos sangradores que ainda baseavam a sua terapêutica no uso das plantas medicinais e das técnicas depurativas em consonância com a teoria dos humores.

Por outro lado, entretanto, e muito em função do caráter empírico e ritualizado que essas práticas possuem, o processo de urbanização em curso, durante esse mesmo período, modifica a própria rede de relações sociais que permitia no meio rural a transmissão dos conhecimentos relativos à identificação da doença e do repertório medicinal adequado, como já foi oportunamente observado pelos estudos de cunho antropológico anteriormente citados. Desarticulado esse sistema de conhecimento frente à eficácia crescente da medicina no tratamento empírico das doenças, e, no contexto urbano, a medicina popular torna-se cada vez mais de índole mágico-religiosa, o que de certa forma lhe confere uma margem de

(12) Sobre o processo de constituição da medicina social no Brasil, ver MACHADO, Roberto - *Danção da Norma - Medicina Social e Constituição da Psiquiatria no Brasil*, Rio de Janeiro, Graal, 1978.

legitimidade ao operar nos espaços excluídos pela terapêutica oficial.

Por tal fato, é que nos estudos em torno do tema tendem a ver as transformações e conformações das práticas terapêuticas populares como essencialmente determinadas pela estruturação institucional da medicina. Mais ainda, de uma certa forma, a própria maneira como as camadas populares são incorporadas ao serviço médico assistencial, tanto em termos da qualidade dos serviços prestados, quanto em termos da natureza da relação terapêutica, já repercutiria no formato que o tratamento mágico-religioso adquire. De um lado estas, passando a operar no domínio do simbólico, mesmo que metaforicamente, de maneira transformada e invertida, resgatam o saber popular sobre a doença. De outro, oferecem a própria possibilidade de encerrar a doença na totalidade das relações do indivíduo com o mundo social e sobrenatural, na forma como ele a vive, percebe e significa. O próprio crescimento das seitas religiosas, notadamente a umbanda e o pentecostalismo, tam**ã**m aponta nessa mesma direção. O estudo de Peter Fry e Gary Howe, por exemplo, ao identificar essas duas seitas como "cultos de aflição", no sentido de que o sofrimento e a doença são pré-condições para a afiliação, relaciona o fato à pró-pria modificação da forma e do conteúdo da rede social dos indivíduos afiliados em decorrência do processo de urbanização e industrialização. Como observam os autores: "Deixar um conjunto de crenças por outro implica modificações nas relações sociais e no intercâmbio social" (13).

(13) FRY, Peter e HOWE, Gary - "Duas respostas à aflição: umbanda e pentecostalismo", in: *Debate e Crítica*, São Paulo, Hucitec, nº 6, junho de 1975.

Como é possível pensar esse mesmo processo em relação às representações e práticas populares sobre a "loucura?" Em que e como a constituição da psiquiatria como saber médico sobre a "loucura" e, extensivamente, a sua incorporação ao atendimento médico-ambulatorial na atualidade modifica essas mesmas representações e práticas? Ou ainda, como é possível pensar a cadeia de correlações formada entre a problemática da urbanização-migração-marginalidade e "doença mental"? Problemática essa, central na elaboração de uma teoria "sociologizada" sobre a "doença mental" como manifestação dos processos (des)adaptativos dos indivíduos ao meio social, historicamente vinculada ao projeto de ordenação e normatização do espaço urbano? (14).

Se a historiografia sobre a formação institucional da psiquiatria permite apreender através do projeto científico, moral e político que a constitui como ou com que métodos e meios o "louco" se torna "doente mental" a ser sujeito a tratamento especializado, pouco tem sido sistematizado sobre a forma como socialmente a "loucura" é percebida, significada e representada. Parte-se do princípio que, como instrumento terapêutico tornado legítimo, a psiquiatria passa a informar e a responder culturalmente sobre os comportamentos os quais ela adequa como sintomáticos. Ora, perceber tal fato a nível institucional-público não pode significar deixar de perceber que nesse processo digamos de "hegemonização",

(14) Remetemos a bibliografia sobre a loucura, especialmente FOUCAULT, Michel - *História da Loucura na Idade Clássica*, São Paulo, Perspectiva, 1978 e MACHADO, Roberto - *Op. Cit.*

a consolidação da psiquiatria como saber sobre a "loucura" também implicou e ainda implica a transformação das práticas e conhecimentos populares sobre os comportamentos e os sintomas que esta passa a diagnosticar como "doença mental". Poucas foram as tentativas de sistematização dessas práticas e conhecimentos, encontradas de forma difusa nos trabalhos sobre medicina popular ou quando particularizadas, vistas e tratadas como fragmentárias, destituídas de uma sistematicidade interna (15).

Ao contrário, há uma lógica bem elaborada a ordenar as concepções e práticas terapêuticas populares sobre a "loucura" e/ou sobre as manifestações sintomáticas que a psiquiatria passa a identificar como "doença mental" e que o pen

-
- (15) Por exemplo, Rosine Perelberg ao pretender analisar as representações que os familiares dos pacientes de um hospital psiquiátrico têm a respeito da origem das "doenças mentais" e de sua cura, relaciona-as somente em função do que elas permitem apreender sobre como é concebido o papel do indivíduo diante dos eventos a que está submetido. Ver PERELBERG, Rosine - *As Fronteiras do Silêncio - Um Estudo de Desvio e Ritualização*, Rio de Janeiro, Achiamê, 1980. Ou como Sonia Alves Pacheco, que pretende fazer um estudo para saber se a população da favela do Escondidinho (R.J.) tem um sistema de representações sobre "doença mental", descobre que *sim*, que o mesmo "aproxima-se do psiquiatra oficial, exceto por ter uma categoria mágico-religiosa estranha ao referencial teórico da medicina(...), o qual não se contrapõe à prática oficial e nem com ela concorre" e, que "a psiquiatria e seus representantes fazem parte do discurso popular, tendo nele um lugar definido". Observa-se que estas conclusões foram retiradas a partir de uma coleta de termos sinônimos do conceito de "doença mental" e de uma relação das "representações" que a população tinha para explicar as origens da "doença mental". Ver ALVES, Sonia P. - "Do Outro Lado do Muro - Estudo sobre Representação de Doença Mental em uma População Favelada do Rio de Janeiro" - Instituto de Psiquiatria - U.F.R.J. - 1982 (Dissertação de Mestrado).

samento popular atribui outras significações, através das categorias denominativas que lhe são próprias. Como veremos, a medicina popular concebe a "loucura" e as manifestações mórbidas que a psiquiatria diagnostica como sintomas neuróticos ou psicóticos intimamente relacionadas aos processos fisiológi-cos corporais e às influências externas-naturais ou mágico-religiosas, situando-as dessa forma no interior do quadro perceptivo e designativo que lhe é próprio.

Recuperando em grande parte as informações disponíveis na literatura e na bibliografia sobre classes trabalhadoras conjuntamente com o material de campo colhido em Jurujuba (R.J.) e nos bairros de Meio da Serra (R.J.) e Acarí (R.J.), Luís Fernando D. Duarte (16) apresentou recentemente, entretanto, um extenso estudo sobre a configuração do "nervoso" entre as classes trabalhadoras urbanas que vem nesse sentido corroborar a existência de um conjunto estruturado de representações largamente disseminadas sobre o que o autor passou a denominar como "perturbações físico-morais". Reconstruindo historiograficamente o modo como se constituiu esse saber sobre as "perturbações físico-morais" na literatura erudita entre os séculos XVIII e XIX, Luís Fernando D. Duarte procura de fato, demonstrar como a configuração do "nervoso" ao estar inicialmente articulado ao ideário liberal passou a servir, na sua difusão para o interior da cultura das classes trabalhadoras, a um modelo holista e hierárquico de pessoa e

(16) DUARTE, Luís Fernando D. - "Da Vida Nervosa - Pessoa e Modernidade entre as classes trabalhadoras urbanas", Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Museu Nacional, U.F.R.J., 1985 (Tese de Doutorado).

de mundo. Sob esse aspecto, ao propor-se um estudo sobre a "noção de pessoa" junto a essas classes através das representações, discursos e práticas sobre o "nervoso", o autor procura salientar como a "cultura dominada" (holista) aparece mesmo ordenada e axiada sobre valores e princípios próprios, opondo-se à cultura dominante (individualista) e constituindo um modo alternativo de construção do mundo e da pessoa. Desse modo, as "perturbações físico-morais" aparecem mesmo reconstruídas sobre princípios culturais opostos aos da própria ideologia na qual se originou e aos saberes sobre o psicológico emergentes no século XX. O que, de fato, torna mais proeminente o problema que passa a configurar a extensão do atendimento médico assistencial psiquiátrico à coletividade, pelo confronto entre códigos culturais diferenciados de tratar as "perturbações físico-morais"; como "manifestações nervosas" ou dentro de um quadro nosográfico oriundo da psicopatologia atual. Particularmente quando se atém ao modo como historicamente a psiquiatria passou a intervir no interior da vida social.

"Pari passu" com a constituição da medicina social no Brasil, a formação institucional da psiquiatria (17) ao dar ao "louco" um status patológico preciso no quadro de uma definição médica do que é a "loucura", não só tratou de identificar os comportamentos e sintomas susceptíveis de intervenção terapêutica, incorporando-os ao seu campo de atuação, como paralelamente se colocou como instrumento de inter-

(17) Ver MACHADO, Roberto - *Op. Cit.*

venção e normatização do social como fonte de doença. Com efeito, dos protestos morais contra o livre vagar dos "loucos" pelas ruas das cidades à questão ética das formas de seu isolamento/tratamento, o discurso psiquiátrico sobre a "loucura" ultrapassa os pressupostos médico-organicistas nos quais se pauta e irrompe em um discurso sobre o social, do pensar a "mã natureza dos elementos formadores da nossa nacionalidade"(18), como razão da frequência relativa de alienação mental no Brasil, à colocação em causa dos processos (des)adaptativos do indivíduo ao seu meio social como provocando ou favorecendo o aparecimento das perturbações mentais. Identificar o social como fator patogênico é colocá-lo como alvo sistemático de uma ação terapêutica que visa demarcar as fronteiras entre o que é o comportamento normal e o que é o patológico. Demarcar essas fronteiras é estabelecer o que é conforme a norma socialmente aceita. Pela identificação do comportamento desviante define-se o patológico. Não sem razão, ao tornar saúde mental norma psiquiatricamente definida e se colocar como instrumento dessa "ação normatizadora", paralelamente a psiquiatria desloca, para a sua área de interferência, comportamentos aos quais ela passa a adequar como sintomáticos. São conhecidas, por exemplo, as teses de Nina Rodrigues e Artur Ramos ao associarem o curandeirismo e os cultos religiosos, notadamente de origem africana como a umbanda ou os movi-

(18) Ver MEDEIROS, Tácido Augusto - *Formação do modelo médico assistencial psiquiátrico no Brasil*. U.F.R.J., Instituto de Psiquiatria, 1977.

mentos messiânicos, à propensão a doença mental (19). Correlacionando miscigenação, misticismo e degenerescência física e moral estabeleceram as bases para uma ação terapêutica que não se restringiria à adequação dos comportamentos individuais às categorias nosológicas psiquiátricas. O objeto dessa ação seria, na verdade, a própria sociedade e as manifestações culturais "primitivas" que propiciam esses comportamentos considerados anormais. Quando se observa a maneira como os médicos de Itamarandiba elaboram o diagnóstico da "doença mental", reinterpretando o discurso sintomatológico do paciente e deslocando a análise clínica para a observação dos aspectos sociais e culturais da formação do indivíduo, percebe-se a atualidade ainda dessas proposições. Não é sem razão que um dos alvos principais dessa ação tem sido as práticas terapêuticas populares. Pode-se aventar inclusive que, a exemplo da medicina social e a seu favor, o estabelecimento da psiquiatria como prática terapêutica caminhou lado a lado com o processo de desqualificação das práticas medicinais populares, elas próprias tornadas expressões de uma mentalidade patológica.

Compreende-se dessa forma o quanto uma reflexão sobre a institucionalização da psiquiatria, ao lidar com os critérios de determinação dos comportamentos normais e patológicos, revela sobre os dispositivos de coerção e controle social. Particularmente quando esta tende a ter uma área de

(19) Pode ser consultado para uma análise dessas proposições a tese de CORREA, Mariza - "As ilusões da liberdade - a escola Nina Rodrigues e a antropologia no Brasil", São Paulo, USP, 1982 (Tese de Doutorado).

abrangência cada vez maior, universalizando esses critérios e tornando ilimitado o número de comportamentos susceptíveis de intervenção terapêutica. Dentro de uma perspectiva antropológica, contra também esta abrangência e universalização das categorias psiquiátricas para a determinação das condutas normais e patológicas, autores como Ruth Bennedict e Margaret Mead (20), por exemplo, procuraram demonstrar como a diversidade dos padrões culturais que orientam a conduta dos indivíduos correspondem critérios distintos, até mesmo opostos, de determinação do que é normal e do que é patológico. Lançando as bases do que viria ser a interpretação antropológica clássica da relativização do fato mórbido, é postulado que as condutas patológicas são definidas em relação ao normal concebido socialmente e são variáveis para cada sociedade, evoluindo de acordo com a configuração cultural que historicamente estas assumem.

Permanece-se aqui, entretanto, concebendo a "anormalidade" como um *desvio*, seja em relação a uma média do que seja o normal (como em Durkeim), seja em relação ao "padrão cultural" que não integra determinados comportamentos. Definido como elemento patológico por natureza, o fato mórbido só se torna relativo em referência a uma cultura que não o integra. Se por um lado é feita uma crítica à extensão das categorias psiquiátricas às outras culturas, por outro não é questionado o próprio fundamento dessas categorias, como se

(20) BENNEDICT, Ruth - *Padrões de cultura*, Lisboa, Edições Livros do Brasil, s.d.; MEAD, Margaret - *Sexo e Temperamento*, São Paulo, Perspectiva, 1979.

o patológico fosse um critério universal. Ao contrário, o surgimento do fato patológico é dado na própria cultura que o constitui como elemento mórbido. Dessa forma, longe de se basear em critérios objetivos e científicos, a distinção do normal e do patológico é imanente à ordem cultural que a processa e designa os lugares sociais da relação doente-médico-enfermidade. Nesse sentido por exemplo, é que Lévi-Strauss (21) irá demonstrar como toda intervenção terapêutica requer a presença do grupo social sancionando o que se passa na relação "paciente-terapeuta" para que ela possa ser eficaz. De um lado, reconhecendo nos comportamentos e sintomas que o indivíduo apresenta os sinais da doença e, de outro, validando o agente terapêutico e sua técnica como instrumentos legítimos e condizentes com o horizonte cultural que lhe é próprio. Dessa maneira, o indivíduo para se reconhecer ou ser reconhecido como "doente" ou "louco" deve apresentar as características sintomatológicas e comportamentais do "estar doente" tal como são socialmente percebidas e definidas. Da mesma forma, a identificação do indivíduo como tal não é decorrente de uma ação direta dos agentes terapêuticos, mas é a sociedade que designa os enfermos a que deve tratar, cabendo aos mesmos a elaboração e sistematização de uma teoria explicativa do fato mórbido e do processo de cura. Quando se observa o processo histórico da constituição da psiquiatria como saber médico sobre a "loucura" estamos diante do mesmo fato, como atesta a

(21) LÉVI-STRAUSS, Claude - "A eficácia simbólica", In: *Antropologia Estrutural*, Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1975.

análise de Michel Foucault (22): a formulação de uma dimensão patológica da "loucura" aparece como o resultado de um processo de sua subordinação à razão; processo este que é um projeto ético, moral e político antes de ser médico e que é a própria condição da sua possibilidade.

O problema do normal e do patológico assim colocado permite apreender como a "medicalização da "loucura" e, em contrapartida, a "psiquiatrização da doença", podem apontar para formas específicas do exercício do controle político sobre a coletividade, particularmente ao se observar a progressiva expansão da atividade médico-psiquiátrica na atualidade: extensão da sua área de atuação, ampliação do quadro nosológico ao redefinir o conceito de doença, a terapêutica e a cura, ou seja, incorporando parcelas cada vez maiores de indivíduos, condutas e sintomas à intervenção terapêutica que lhe é própria.

Cabe entretanto ressaltar, que o controle social exercido pela prática psiquiátrica assume tanto uma forma ambígua quanto multivariada. Em primeiro lugar, ao "psiquiatrizar" o social, a psiquiatria depara com demandas que ela não tem condições de absorver, criando um conflito em sua própria área de especialização. Em segundo, ela pode ser retomada pela coletividade e utilizada por esta como forma de "es

(22) FOUCAULT, Michel - *Op. Cit.*

tratêgia de sobrevivência" (23) ou como forma de impunidade, pelo uso de estigma de "doente mental", frente à mesma ordem jurídica e social que a controla. E, em terceiro, a forma como vem sendo ampliada a produtividade dos serviços médicos-psiquiátricos, sustentada por uma ampla distribuição de medicamentos, está conduzindo a uma distorção entre a demanda que é feita e a prescrição que é realizada (24).

Quando pretende-se aqui, explicar como a medicina popular concebe e lida com a enfermidade e com a "loucura" através da apreensão das categorias denominativas que utiliza e das práticas terapêuticas a que recorre, interessa-nos portanto, não só compreender a lógica interna subjacente a esses "usos sociais", mas justamente como esses se modificam

(23) Sobre esse aspecto ver a tese apresentada por Simone Soares, sobre o "encosto" do INAMPS - SOARES, Simone - "Enlouquecer para sobreviver: manipulação de uma identidade estigmatizada como estratégia de sobrevivência", Brasília. ICH/UNB, 1980, (Tese de Mestrado). Dados do INAMPS, também indicam que as "doenças mentais", na massa segurada, tem o maior volume em termos de concessão de benefícios: são responsáveis por 17,3% dos auxílios-doença concedidos e por 31,4% dos benefícios em manutenção. A neurose como doença incapacitante, ocupa o segundo lugar na incidência e o primeiro na previdência - Dados in SINGER, Paul - *Curar e Prevenir*, Rio de Janeiro, Forense - Universitária, 1978.

(24) Hésio de Albuquerque já apontava o fato ao analisar os dados da Central de Medicamentos de 1971 - 3, nos quais constava que para cada consulta externa, as causas mais importantes de atendimento foram: sintomas e estados mórbi dos mal definidos (17,1%), helmintíase (8,1%), enterite e outras doenças diarréicas (7,2%), enquanto que os medicamentos mais frequentemente prescritos foram: antibióticos (17,5%), *medicamentos que atuam no sistema nervoso central* (15,6%), medicamentos que atuam sobre a nutrição (8,6%) - in ALBUQUERQUE, Hésio - "Sistemas de Saúde: O Estado e a Democratização da Saúde", *R. Adm. Publ.* Rio de Janeiro. 13(4): 39-62, outubro-dezembro-1979.

frente à incidência mais imediata da prática médico-psiquiátrica no interior da vida social. Cabe evidentemente ressaltar que não se pretende nenhuma reconstituição historiográfica ou mesmo um inventário etnográfico sobre as diversas orientações e práticas terapêuticas que genericamente está se tratando como "medicina popular". O objetivo aqui é mais restrito e referente a uma "situação de pesquisa" específica. Sob esse aspecto, o local de pesquisa aparece como um lugar privilegiado onde essas questões referentes à problemática da urbanização-medicalização-"doença mental" podem ser abordadas pela relevância empírica que assumem e dessa forma contribuir para a compreensão de um processo mais geral, largamente observado e cujas consequências sociais e políticas já puderam ser observadas.

Partindo dessa perspectiva de análise algumas observações devem ser feitas. No município focalizado a estrutura social urbana está em formação, o que permite distinguir tanto uma certa "homogeneidade" na fala social sobre o que consiste a enfermidade e a "loucura" como a sua progressiva diversificação de acordo com os estratos sociais que estão se constituindo, a proliferação de outras agências terapêuticas não restritas à prática médica como é o caso das associações umbandistas e pentecostalistas, e a integração com o padrão cultural mais geral através da maior acessibilidade aos meios de comunicação como a televisão. Oferece portanto, um quadro distinto da forma como a problemática da migração-marginalidade-"doença mental" é percebida em cidades de porte médio ou em áreas metropolitanas. Notadamente essas cidades já apresen

tam uma estrutura urbana definida e uma estratificação social ainda não observadas no município de Itamarandiba, que não só requer os serviços de manutenção da ordem pública disponíveis como serão outros os discursos postos em circulação de acordo com a representatividade social e pública de quem os esteja proferindo (médicos, juristas, população de acordo com o nível de renda e escolarização, população nativa urbana, população rural migrada, ...). Itamarandiba revela outro processo. A urbanização da cidade está ocorrendo com a migração da população rural do próprio município em decorrência das mudanças na estrutura de produção, o que permite salientar a relativa homogeneidade das representações sociais acerca da "doença". Sob outro aspecto, essas observações se tornam duplamente importantes ao se considerar que a condição para que a prática médica modifique tanto o espaço de manifestação cultural das enfermidades quanto o conhecimento dito popular sobre a sua morbidade e terapêutica é necessário: 1) que o próprio espaço social seja modificado e, 2) que haja comportamento suscetível de medicalização.

Primeiramente, a urbanização da população coloca necessariamente outras alternativas terapêuticas, dentre elas a médica institucional, ao se considerar que a doença não é apenas um conceito fisiológico mas diz respeito a formas determinadas de práticas sociais que tendem a se modificar de acordo com as mudanças ocorridas na rede de relações sociais. Em segundo, se a prática médica tende efetivamente a modificar as práticas terapêuticas populares, ela o faz no interior de um "processo de eficácia" que resvala para a estrutu

ra do discurso popular sobre a doença e a "doença dos nervos". O que torna possível a medicalização ou a psiquiatrização tanto da "loucura" quanto de determinados sintomas indicativos de "doença mental" não é só o fato do médico interpretá-los como tais, mas do código discursivo do paciente permitir que o diagnóstico e a terapêutica prescrita sejam incorporados ao mesmo ou ainda reinterpretados dentro do quadro das suas referências cognitivas.

Dessa maneira, as observações sobre o efeito "desagregador-subordinador" da prática médica em relação às profilaxias populares, comum em alguns estudos sobre o tema, devem ser relativizadas e circunscritas à forma desse efeito. Notadamente esse tipo de observação ao centrar a análise sobre o exercício da prática médica através de conceitos que especificam a forma de sua interferência na vida social, como são o de legitimidade e autoridade, prendem-se a uma visão parcial de um processo que não é unilateral e muito menos, uniforme. Sobre esse ponto específico poder-se-ia dizer que a incorporação da prática médica como técnica terapêutica não está calcada somente no uso daquilo que é *legítimo*, mas daquilo que também é ou se torna *pertinente*.

Passemos a essa análise.

III.1 - POR ONDE A DOENÇA APARECE COMO UMA REFLEXÃO SOBRE A RELAÇÃO INDIVÍDUO-SOCIEDADE-TRABALHO

Observando a situação de consulta, embora o médico dirija a análise clínica em função do quadro perceptivo

e nosográfico próprio ao conhecimento que detêm, ele o faz, mesmo que valorizando-o negativamente, em função do relato que o paciente lhe oferece sobre as suas sensações dolorosas. Paralelamente, ao fazer esse relato, implícita ou explicitamente o paciente já está produzindo a sua própria interpretação dos males que o acometem. Os múltiplos sintomas que apresenta, inter-relacionados em um conjunto de queixas várias que se associam mutuamente, longe de constituírem uma profusão incoerente de sensações indeterminadas, como acham os médicos, representam na verdade, uma maneira própria de conceber o funcionamento do corpo humano, as causas e a forma das doenças que os afligem, típica dos grupos populares (25). Dessa forma, se a dor de estômago aparece relacionada com o comer carne de porco (consulta 12) ou o caroço na perna é decorrente do fato de estar trabalhando como pedreiro (consulta 15) é porque essas manifestações mórbidas estão referidas ao sistema interpretativo-explicativo que orienta a percepção da doença.

Como tem sido observado por alguns autores (26), perceber a doença como anormalidade, antes de ser uma percepção naturalmente dada à consciência individual ou objetivamente detectada por meios técnicos, repousa, de fato, em uma série

(25) Embora essas observações estejam centradas num conjunto de entrevistas feitas a um grupo de pacientes em situação de consulta, elas são corroboradas pelas pesquisas de outros autores sobre as representações populares em torno do fenômeno mórbido, o que permite a sua generalização. Dentre eles, aos autores já citados como Marcos Queiroz, Paulo Montero e Maria Andrea Loyola.

(26) Ver Boltansky, Luc - *Op. Cit.* e Canguilhem, George - *O Normal e o Patológico*, Rio de Janeiro, Forense-Universitária, 1978.

de operações prévias que simultaneamente identificam o mal-estar sob a forma de perturbação, nocividade ou obstáculo ao exercício das funções, e o localizam aproximando as sensações físicas dolorosas com uma parte do corpo.

Tanto no registro psíquico quanto no físico esta percepção é apreendida culturalmente e referente a um estado anterior considerado como normal ou ideal.

Quando os entrevistados falam sobre doença, este não é nunca um discurso isolado, mas meticulosamente inserido na história do indivíduo, associando a sua manifestação a algum fato particular, presente ou passado, que requer a história sobre o mesmo, ou às próprias condições sociais de vida e de trabalho. Dessa forma, a doença é tanto referente a um acontecimento que a provoca (tombos, quedas, brigas, comida, sol, chuva, vento, trabalho, problemas afetivos e familiares), narrado no contexto em que ocorre (o que motivou a queda, por que tomou muito sol, data e lugar que o evento ocorre, ou ainda as pessoas que estavam envolvidas, quais foram seus atos e palavras frente ao ocorrido), quanto é propriamente decorrente das condições físicas e sociais às quais os indivíduos se acham expostos.

O "ser fraco" é uma noção que se aplica tanto para referirem-se ao estado geral de saúde quanto à precariedade das condições em que vivem. Essa correlação é explícita da ao associarem doença e lugar: "*Nós vive doente que o lugar é fraco*" ou ainda doença e pobreza. Referente a um estado de pobreza, que não só não permite um tratamento adequado do corpo e das suas manifestações mórbidas (alimentos, cuidados, me

dicamentos), quanto implica condições de vida e de trabalho adversas, que geram "*perda de saúde*", "*fraqueza*" e portanto "*doença*", essa é percebida na história do indivíduo tanto como efeito quanto como causa desse estado: ela expressa a sua relação com o mundo através do *trabalho*. De um lado, é decorrente da situação de vida do indivíduo e, de outro, o seu aparecimento ao romper a continuidade das atividades cotidianas, pode reverter em uma piora sensível dessa mesma situação ao impossibilitá-lo de exercer as suas funções. De um lado, o trabalho excessivo e as condições em que ele é realizado provocam ou predispõem à doença; de outro, a sua percepção é consubstancializada por sinais ou sensações que estão impossibilitando o exercício necessário das atividades ou reduzindo a capacidade do indivíduo de executá-las:

"A gente vive doente, cuidava da lavoura, tinha uma lavourinha, lá, quando vim para a cidade fui trabalhar na carvoaria, lá na companhia; comecei a pegar mal, fui ao médico, tirou chapa e disse que não podia trabalhar mais não: o coração tava inchado (...) eu trabalhei na companhia seis meses, sentia dor de cabeça, de entrar em forno quente. Daí pra frente senti calor na cabeça, que nunca mais parou, dor nas costas que num aguentava mais ficar deitado, não dormia mais. Lá na carvoaria, no calorão diziam que eu criava uma pessoa fraca.

Vivia pedindo licença, até vir ver Dr.... que mandou parar de trabalhar. Deu licença, chegou lá e disse para ficar parado 15 dias. Parei de tudo. Mas num tenho tido muita saúde não. Daí pra frente o fogo não é mais o mesmo.

(...) o dia que começava a trabalhar, o corpo começava a doer.

Mesmo antes, levantando, mas eu ia assim mesmo. Era muito chato faltar. Faltava ganhava menos, e tenho precisão, porque o gasto é maior que o custo. O patrão reclamava que outro fazia mais que eu, mas era

doente e ele viu depois. No começo mandava tratar três forno de carvão por mês. Se dava os três, no mês seguinte mandava quatro. Dava quatro, o outro mês era cinco. Começou a prejudicar a saúde e foi o caso de aposentar.

(...) a mocinha de dezessete anos num tem saúde. Ela sofre dor no corpo, diz que tá muito nervosa, cabeça quente. Queixa muita coisa.

A gente vê que tá doente: a cor dela muda, de moreninha fica cor de cera, emagrece, num come, fica dois, três dias de cama. O rapazinho mais velho já tem mais saúde: "trabalha".

(ex-sitiente, ex-agregado, ex-trabalhador da Companhia de Reflorestamento, aposentado por invalidez, casado, 9 filhos, residente no município)

Como é o trabalho que permite a obtenção dos meios necessários à subsistência por um lado e, por outro, é o elemento regulador das relações sociais e familiares, uma vez que o papel social do indivíduo é também atribuído por determinadas funções ou atividades que deve exercer, não é aleatório que a percepção da doença esteja direcionada pela redução da capacidade do indivíduo de executá-lo. Dessa maneira, tal como na entrevista relatada, as queixas sobre a manifestação da doença estão freqüentemente descritas a partir de situações que exemplificam a imobilidade ou a impotência a que o indivíduo foi reduzido para a execução cotidiana de suas atividades: "(...) e de hoje eu tenho sofrido, arriei, vontade de só ficar na cama", "Num tô conseguindo trabalhar não" ou ainda como a paciente ao justificar a procura do médico: "Eu tenho que consultar prá ficar boa prá trabalhar e comer".

Correlatos a essa percepção, os sintomas mais freqüentes que são apontados como indicativos da presença de alguma morbidez são também aqueles que impedem o uso regular

do corpo para a execução das tarefas, como as dores corporais, ou os que podem significar a diminuição potencial desse uso como a insônia e a inapetência. A maneira como o entrevistado acima se refere ao estado doentio da filha é elucidativa: *"sofre dor no corpo", "nervosa", "cabeça quente", "a cor dela muda", "emagrece", "num come", "fica dois, três dias na cama"*. De fato, ao lado da dor de cabeça e do "nervosismo" essas são as queixas mais frequentes que também são expostas aos médicos como indicativas de alguma morbidade (Tabela anexo na II Parte).

De um modo geral, alimentar-se bem e ter bom sono são condições essenciais para a manutenção da saúde e qualquer distúrbio relativo a essas funções tendem a refletir na capacidade do indivíduo para o trabalho. Se, ao caracterizar-se, a doença aparece como uma alteração que impede ou dificulta o "uso funcional do corpo", é porque, na verdade, ela expressa um estado de fraqueza geral do indivíduo, decorrente da *"má-alimentação", "falta de apetite", "dormir direito"*. Com efeito, dentre as expressões mais frequentes que são usadas para caracterizar o estado doentio são as que o associam com a alimentação e o sono: *"Num tenho apetite não", "sinto o estômago vazio, vontade de vomitar", "passando só com o café", "sem vontade de comer, sem dormir", "a dor piora quando tomo leite, como carne de porco. Piora quando como"*. Ou como observa uma entrevistada:

"Doença é pegar a sentir mal, doendo. Acho que muita doença é por causa do alimento pra gente que não tem, e saber alimentar."

Prã ter saúde é alimento bom e forte, que tã difícil de conseguir, tem muito tipo de vitamina, leite, carne de boi, ovo, que recupera a saúde."

(mulher casada, 43 anos, residente no município).

Sujeitos a um desgaste físico intenso do corpo, são desse modo, as disfunções das ações que visam recuperá-lo, como a alimentação e o descanso, que aparecem como a manifestação em toda a sua extensão do fato mórbido. Não é aleatório também que grande parte das queixas se centrem na área estomacal, ou que haja uma série de regras, preceitos e tabus alimentares que procuram regular as funções vitais com uma plena utilização e fortalecimento do corpo prescritas pelas tradições terapêuticas da qual ainda fazem uso.

Descrita na oposição fraqueza/força que remete diretamente às condições de uso intensivo do corpo para o trabalho, são em relação às tarefas exercidas que a doença é também frequentemente associada. Como essas tarefas são geralmente distintas para homens e mulheres, a doença ou os sintomas mórbidos que assinalam a sua manifestação estão também associados à especificidade do trabalho realizado. Dessa forma, normalmente as mulheres associam-na com o "*cuidar da obrigação*", ou seja, a realização das tarefas domésticas e a criação dos filhos:

"Trabalhava de agregado. Trabalhei demais prã ajudar ele (o marido); cuidava da casa, das meninas e da lida da roça. Trabalhei demais e perdi a saúde.

(mulher, casada, 35 anos, residente no município).

"É negócio de uma fraqueza, criei 9 fi-

lhós passando a maior falta, criando no peito sem nenhum adjutório, que eu num guento o corpo. Dá aquela dor no estômago, mas não é de alimento não que eu dou conta de comer".

(mulher, casada, 53 anos, residente na área rural, agregada).

Para os homens, essa relação entre doença e trabalho já aparece especificada em função da atividade profissional exercida: associando por exemplo, o tumor externo no ventre com o fato de ser pedreiro, a dor de cabeça ou a ânsia de vômito com o trabalhar no esgoto, ou ainda o "*calor na cabeça*" com o calor da carvoaria. Essas observações se refletem também na situação de consulta ao considerar-se (Tabela a nexo na II Parte) que os sintomas relatados por homens e mulheres tendem a se diferenciar tanto no conteúdo quanto na maneira como são expostos. Enquanto as queixas das mulheres são ricas em expressões para a descrição do mal-estar, centradas preferencialmente nas dores corporais generalizadas, nos estados de "nervosismo" e "fraqueza" provocados pelo cansaço físico, pelas preocupações em torno da casa, dos filhos e do marido e, com frequência menor, de distúrbios relativos a gravidez, maternidade, parto e menopausa, os homens já tendem a ser mais sucintos nas suas exposições, mais "objetivos" na localização da dor, predominando as doenças resultantes do desgaste físico causado pelo trabalho, acidentes, agressões físicas e alcoolismo.

Referente, em ambos os casos, às tarefas que são exercidas e ao desgaste resultante, a doença aparece também predisposta pelas próprias condições físicas (sol, calor,

chuva, frio, vento) nas quais o trabalho é exercido. Procurando explicar por exemplo, o fato de estar com bronquite e paralisia infantil, uma entrevistada argumenta:

*"Mexia com toda espécie de serviço.
Mexia com torração de farinha, no quente, no
sol quente.
Não sei porque, se foi isso. Deve de ser".*
(mulher casada, marido pedreiro, 28 anos, residente na zona rural).

Da mesma forma, outro entrevistado associa seus sintomas ao fato de:

*"Eu sou meio extravagante pra trabalhar, de
baixo de sol e chuva, no cal...
Nunca tive mais nada não ...
Não posso mais é com sol e chuva e aí dá es-
se problema de peito e que agora juntou com
a gripe".*
(homem, casado, pedreiro, 35 anos, residente
no município).

Mesmo em relação às doenças e aos sintomas que aparecem dissociados do trabalho, essa associação entre a sua manifestação e as condições ambientais é constante nos relatos: uma entrevistada observa que sua mãe ficou cega porque *"saiu do quente e do lado que abriu a porta veio um vento frio de chuva e estrupou a vista dela"*; ou ainda uma outra que relata que a sua dor de cabeça advém do fato de ter tomado *"chuva de corpo quente"*.

Longe de consistirem em meras especulações ou fantasias em torno do fato mórbido, essas afirmações, inter-relações e associações entre doença-trabalho-pobreza - alimenta-ção-clima, encerram um universo próprio de (re)conhecimento da doença. Principalmente situando-a no contexto físico e factual no qual ocorre, particularmente quando se atém a obser-

vação da forma como é contada a "doença-história de vida": é no mapeamento dos fatores predisponentes à enfermidade, dados pela situação contextual, que as causas da doença são identificadas e o tratamento requerido. Em segundo, é no próprio contexto que a doença como acontecimento adquire sentido, pois, tal como observou Paula Montero, a doença expressa a "situação-problema" do indivíduo uma vez que a sua manifestação é ao mesmo tempo efeito e causa da forma como se dão as relações desse indivíduo com o seu meio-ambiente físico e social. Por esse motivo inclusive, ela não se restringe a um sintoma apreendido na sua materialidade orgânica, mesmo sendo este o sinal distintivo que assinala a sua manifestação, mas propriamente é referente a uma situação mais abrangente vivida como problemática para o indivíduo que a sofre como um mal. Com efeito, a doença manifesta um estado de "fraqueza" que não é percebido somente ao nível do corpo, mas diz respeito a um "estado social de fraqueza" caracterizado como: pobreza, carência de recursos materiais, financeiros, médicos, educativos, alimentares, assistenciais; instabilidade na posse e usufruto da terra; condições gerais de trabalho (27).

Tal estado de fraqueza física e social é particularmente salientado frente à situação de mudança da estru

(27) De fato, a noção de "fraqueza" não é só aplicada à caracterização do estado da doença, mas aparece como categoria qualificadora da própria posição do indivíduo na estrutura social, tal como foi oportunamente salientado por Paula Montero a partir do trabalho de Ruth Cardoso com um grupo de favelados paulistas, que observa que a oposição forte/fraco aparece para qualificar quem detém riqueza, poder, autonomia e prestígio contrapondo-se a quem está destituído desses atributos. MONTERO, Paula - *Op. Cit.*

tura social de produção: de um lado reenviando às condições de trabalho e subsistência na zona rural; de outro apontando para a migração para a área urbana:

"Moro quase na cidade, perto da chácara do ... , tem 3 anos e agora ele fala que é prã sair. Tava fazendo horta e agora eles vão levando.

Nós num tem casa, é uma família fraca, doente...

(...)

A vida do fraco é sofrer no mundo. Tenho filho casado que tã aqui prã ali, não tem morada de jeito nenhum. Dois tã em Carbonita, num tem serviço colocado, faz serviço prã um prã outro. Pobre que num tem estudo é bater pasto, rachar lenha.

Num tenho dinheiro nem prã operar, tem 3 o peração que preciso fazer...

(mulher, lavourista, casada, 5 filhos, 52 anos, residente na zona rural).

"Nove mês que tamó morando aqui. O sítio que a gente morava foi vendido.

Era nosso, mas diziam que a gente num paga va imposto e aí quando veio a companhia, um tal de... tomou a propriedade e vendeu. É a gente tã aqui, é melhor ao menos prã tratar.

Lã a gente criava a criação da gente mas passava falta. Agora também, mas é passagem de era; muito recurso, mas muita falta".

(mulher, casada, marido aposentado por invalidez, 7 filhos, 36 anos, residente no município).

"Tem 1 ano que tô sentindo essas dor. Antes tinha saúde. Sou mãe de 14 filhos, 7 tã vivo, o resto foi fora do tempo. Um tã prã esse mundo afora, outro casou. A que casou tã muito doente. É fraqueza. Tem 3 filho. Sofre demais, ela é pobre, num dá prã alimentar.

Tem 1 ano e meio que viemo prã cidade. Morava de agregado. Quando venderam as terra prã companhia, saímo da propriedade. Meu marido e os filho tã tudo desempregado. Trabalhava de diarista (...)

Aqui na cidade tã melhor que eu tô muito doente, dá condição prã um tratamento (...)

A saúde melhorou, lá na roça eu ficava nervosa, via que tava faltando as coisa e num podia fazer nada, aqui faz serviço prã um, faz para outro, quando dá, quando a saúde deixa.

(mulher, casada, marido desempregado, diarista, 5 filhos, residente no município).

Torna-se claro a partir dessa entrevista como a fala sobre a doença encontra-se intimamente articulada com o relato da situação de vida: um discurso recorrente que ao associar a manifestação da doença com a precariedade das condições sociais de vida a recoloca na história do indivíduo como obstáculo à construção de uma situação sócio-econômica condizente com o padrão requerido como necessário. Sendo o uso da sua capacidade física e mental para o trabalho, o único instrumento que esse indivíduo dispõe para ser "normativo frente ao meio ou às adversidades do meio", utilizando uma expressão de Canguilhem (28), a doença como o "estado de fraqueza física", contribui para manter esse estado mais geral de fraqueza ao privá-lo de, através do trabalho, poder superar essa situação. Particularmente esclarecedor sob esse aspecto é esse diálogo que se trava entre uma mulher que estava sendo entrevistada a um homem que, após a sua entrevista, permaneceu no recinto participando das outras entrevistas:

Mulher: *"E nós tamo é mal, doença, mantimento que falta, tudo de ruim. Só os remédio é que ajuda e esse Dr. bom. Abaixo de Deus é eles. Vivo de remédio. Saí da Dra... e vim prã esse aqui. Tenho 9 filho e sou doente..."*

(28) CANGUILHEM, George - *Op. Cit.*

Homem: "Tá rica com esse povão dentro de casa!"

Mulher: "De que adianta! É tudo doente!
*O de 13 põe sangue pelo nariz di-
 reto. Trabalha de dia, quando
 chega de noite a cama tá empapa-
 da.*
*Que a gente sofre... doente, sem
 mantimento. Meu pai foi esperto!
 Vendeu a terra prá comer, e não
 deixou prá brigar por herança.*
*Foi prá comer, pelo menos foi
 bem empregado! "*

Retratando uma situação de carência generalizada, o estado de "fraqueza" que a doença enuncia, remete e reflete as mudanças ocorridas na própria estrutura sócio-econômica: a precaridade do nível de subsistência na zona rural, o processo migratório, as condições de vida na área urbana que aparecem como contraponto da fala sobre a doença caracterizam a desestruturação das relações sociais e de trabalho em curso. Ou seja, a desorganização do próprio modo de vida que coloca o indivíduo numa situação instável: migração, desemprego, miséria, carência, penúria, conflitos sociais e familiares. Desse modo, se por um lado a doença aparece como decorrente dessa situação que é exterior ao indivíduo, por outro lado ela personifica a incapacidade do indivíduo de lidar com essa situação e mesmo superá-la:

*"Tinha vontade que sarasse ou morresse.
 Sem trabalho, aposentado e tenho preci-
 são. Sou pai de 9 filho. Aposentadoria
 é 6 mil e pouco. Num dá prá viver. Tem
 os menino que trabalha. O que falta a
 gente dá um jeito de comprar fiado.
 Amigo meu fala que tô folgado, aposenta-
 do, eu é que sei! Num posso trabalhar!
 A melhora que eu vim prá cidade foi a
 saúde dos filho, que tava tudo caído lá,
 de lugar fraco que é. Eu fiquei pior.*

Tô parado, tenho vontade de trabalhar. A gente vivia queixando, mas lá trabalhava da lavoura, o ofício que eu tenho aqui, bateria, eu não posso fazer, parei de trabalhar. Tive melhora de conforto, mas de sorte foi pior. Tive um sosseguinho. Mas tô encostado, ganhando menos que meus companheiros".

(ex-agregado, ex-trabalhador na Companhia de Reflorestamento, 43 anos).

Dessa forma não é aleatório que, aparte os fatos estruturais que estão levando à migração, dentre os motivos alegados para a mudança para a área urbana do município está a possibilidade de assistência médica:

"Aqui ganha de vera, mas a indigência é grande, o que a gente não vê é comida. Na roça só ficou velho e doente. Que velho doente faz? Morre à mingua lá, quando chega aqui que tem o recurso já passou da hora. Todo mundo aqui pra comer fica difícil, a pobreza tá difícil. Tem o hospital, vai lá um dia, melhora um pouquinho e dá pra fazer umas coisinhas".

(homem, solteiro, aposentado, 62 anos, residente no município).

O tratamento médico ou propriamente o caráter assistencialista do qual se encontra investida a instituição médica (benefícios previdenciários, licenças, distribuição de alimentos, remédios e tratamento terapêutico) passa a ser, dessa maneira, o mecanismo privilegiado, através do qual espera-se regularizar o nível de vida pela normalização da saúde.

III.2 - CORPO E DOENÇA: REPRESENTAÇÕES E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS POPULARES

Referente a esta percepção mais ampla do que é a doença e do modo como ela aparece para o indivíduo, há um repertório comum de doenças diagnosticáveis e do tratamento a dequado a cada uma que obedece aos princípios gerais que orientam a maneira própria a esse grupo social de conceber o funcionamento do corpo humano, identificar as causas e as origens das sensações mórbidas e intervir terapêuticamente com os recursos que dispõe. Pelo fato da maior parte da população habitar em zona rural, isolados e distantes, a procura do atendimento médico até uma determinada época era restrita. Tanto pela carência de profissionais habilitados integrados em uma estrutura para prestação de serviço, quanto este era requerido como último recurso frente à precariedade e à difícildade de transporte e acesso aos centros urbanos que representava a possibilidade do atendimento:

"Era muito difícil. Desde que eu entendi por gente era ligado prá isso não, vivia pros mato, tomava raiz e folha. A estrada era difícil, tinha pouco médico, era difícil ter consulta. Depois que mudei é que vim procurar médico".

(homem, casado, 48 anos, ex-sitiante, aposentado, residente no município).

Se por um lado, o baixo consumo dos serviços médicos pode ser imputado ao isolamento dessa população e à carência de um atendimento assistencial, por outro lado, estas também são as condições históricas que, tal como foi observado, permitiram o estabelecimento das chamadas práticas

terapêuticas populares. Pelas entrevistas realizadas pode ser observado que, se as técnicas de tratamento curativo utilizadas podem se diferenciar em alguns aspectos daquelas praticadas em outras localidades ou regiões brasileiras, o conjunto das doenças reconhecidas e caracterizadas tende a se configurar mais ou menos da mesma forma.

Dessa maneira, reconhece-se um certo número de doenças que são identificadas e caracterizadas pela forma aparente que assumem ("*dor de barriga*", "*febre*", "*tosse*") e pelos sinais distintivos que apresentam ("*disando seco*", "*chido grosso*", "*bronquite frouxa*") sendo que, na maior parte das vezes, é justamente esse modo como o fenômeno mórbido aparece que constitui a própria doença, contrariamente à prática médica que o toma como sintoma de uma morbidade cuja causa está mais além e que constituiria propriamente a enfermidade. Do mesmo modo, o tratamento terapêutico visa suprimir esses sinais ou sintomas mais evidentes uma vez que, tidos como a "doença em si", eliminando-os estaria sanado o próprio mal.

A maior parte das doenças assim reconhecidas são consideradas como disfunções orgânicas, localizadas pela aproximação das sensações dolorosas com a parte do corpo afetada e explicadas por algum desequilíbrio bio-fisiológico baseado no princípio da ação diferencial sobre o corpo dos elementos classificados como "quentes" ou "frios", particularmente os alimentos. Como bem observa Marcos Queiroz (29), a lógica subjacente ao pensamento popular sobre a estrutura anatômi

(29) QUEIROZ, Marcos - *Op. Cit.*

ca do corpo humano, os processos fisiológicos orgânicos e as suas manifestações mórbidas estão fundada nessa classificação, havendo uma correspondência entre cada órgão ou parte do corpo, caracterizada como "fria" ou "quente" e a susceptibilidade de uma ação dos elementos similares sobre as mesmas, através dos quais a doença é identificada e o tratamento elaborado. De um modo geral os elementos quentes, ou aqueles que produzem uma ação diaforética sobre o organismo são indicados para o "coração funcionar", cortar o reumatismo ou a "friagem dos ossos", ou ainda, curar gripes, resfriados e problemas ligados ao aparelho respiratório, considerado como susceptível de apresentar doenças pela exposição do indivíduo ao frio ou às alterações bruscas da temperatura ambiente. Rins, fígado e intestino pelo tipo de função que exercem, ao serem considerados órgãos de depuração dos alimentos e substâncias ingeridas necessitam de elementos "frescos", ou seja, aqueles que produzem uma ação diurética ou purgativa que auxilie o funcionamento regular desses órgãos. Também o cérebro requer elementos "frescos" que neutralizem as sensações mórbidas consideradas como provocadas pela presença de um elemento "quente" que indevidamente entrou em contato com o "frio natural da cabeça". Para o estômago, órgãos genitais, sangue, pele e nervos essas indicações são relativas ao estado mórbido apresentado pelo indivíduo: os elementos quentes visam atuar no sentido de nutrir ou fortalecer o organismo através do sangue e são adequados tanto para o estado geral de "fraqueza" (*anemia* ou *"malina"*, *palidez*, *"sangue ralo"*, *"idéia ou cabeça fraca"*, *impotência sexual*, *apatia*, *desânimo*) quanto para situações em que há

"perda de sangue" como acidentes, menstruação ou parto; em contrapartida os elementos "frescos" se adequam a uma ação de purativa, de eliminação das impurezas presentes no organismo ou no sangue e que são percebidas como a causa das *feridas, inflamações, digestão difícil, sangue "grosso ou remoso", derame cerebral, enfarte, "acesso", "nervos abalados", "cabeça quente", dor de cabeça* e febres em geral.

Cabe ressaltar que essa sistematização aqui apresentada aparece de forma difusa e fragmentada nas entrevistas realizadas, uma vez que esses princípios gerais são tidos como do conhecimento comum e mesmo imanentes à própria ordem "natural", tal como ela é percebida na explicação da ocorrência-recorrência dos fenômenos mórbitos e validada pela sua eficácia empírica.

"Tem remédio quente, frio, fresco que cada parte da planta tem um clima, faz um efeito diferente, raiz, folha... Igual as gripes de antigamente tinha que tomar remédio quente, que era de pegar frio. As de agora não, é de infecção, então não pode dar qualquer chá, é vitamina, limonada. Prã sarna é chá de arruda que é quente, joga prã fora. Sarna é do sangue. Você pode tomar injeção que for que não cura. Melhora, trata na hora, mas num elimina, tem que depurar o sangue que isso vem de bisavô, de avô... O sangue não aguenta, joga prã fora, é de comer muito alimento remoso, carne de porco, coisa assim. Aí o sangue joga prã fora, o remédio é para sair a doença, por ela prã fora. Esses problema com o sangue é de alimentação e de geração, o que entra pela boca e o que vem de nascença. O estômago não, é só remédio prã limpar. O coração também, é folha de maracujá,erva-cidreira, alecrim da horta. Cada órgão tem um remédio, que às vezes tem machucado por dentro, aí você dá um chá de armica do mato que é bom prã curar. Pro sangue também tem remédio fresco, prã doen

ga venérea tem que ser fresco, limpar e re frescar e o mais também é micróbio, e indo dando banho. Prã dor de barriga é fresco, pro reumatismo é quente. E tem que ir controlando.

Se você tá com dor de barriga e gripe, como prã gripe é quente e prã barriga é fresco, você controla para não ir atrapalhando."

(faxineira, atua como benzedeira-curadora, casada, 43 anos, alfabetizada, residente no município).

Como praticante do ofício de curar, essa entrevistada oferece um relato particularmente elaborado da maneira como o tratamento curativo está baseado no conhecimento e na observação experimental das qualidades medicinais dos elementos naturais, incorporando mesmo algumas noções próprias ao "saber científico" sobre a doença. Entretanto, esse conhecimento não é restrito aos "agentes especializados" mas encontra-se socialmente difundido, fazendo parte de um repertório comum a respeito das causas das doenças e do tratamento adequado a determinados sintomas. Mesmo detendo técnicas e meios especiais para intervir terapêuticamente, o curandeiro(a) ou o benzedor(a) atuam empiricamente sobre os processos mórbitos publicamente reconhecidos, uma vez que esse conhecimento é essencialmente prático e acessível a todos os membros do grupo.

Devido mesmo à forma como esse conhecimento é adquirido, através das experiências pessoais observadas entre membros da família ou da vizinhança ou ainda, através do aprendizado no contato com os diversos especialistas e socialmente transmitido pela troca das informações assimiladas, há uma certa distância entre os conhecimentos fragmentados, obtidos por esse tipo de aprendizado, e uma concepção mais global da anatomia e fisiologia do corpo humano. Com efeito, traçam-

do um esboço da forma como é pensada a estrutura e o funcionamento do corpo, a partir das informações esparsas obtidas pelas entrevistas, distingue-se usualmente como partes genéricas: a cabeça ("*o casco, onde tá o miolo*", o lugar da "*idéia*", "*do pensamento*", "*do sentido*"); a região toráxico-abdominal (onde se localizam partes do corpo como o "*peito*", "*cadeira*", "*barriga*", "*ventre*", que abrigam respectivamente órgãos como coração, pulmão, rins, bexiga, fígado, estômago, intestino e genitália); e os membros superiores e inferiores, braços e pernas. Como a parte interna do corpo só é dada a conhecer pelas informações esparsas obtidas da existência mencionada detal ou qual órgão ou através da comparação com o corpo animal, qualquer especificação a esse respeito vem normalmente associada a uma imagem analógica: o coração, é dessa maneira descrito como uma "*pelota com ponta*" ou o intestino é "*igual fato de porco*". Nesse corpo, parcialmente conhecido, descrito como "partes", "pedaços" que se "desgarram", "soltam", "caem", o que restaura a sua integridade física é o sangue que passa pelas veias que "ligam o corpo" nutrindo o organismo, e os "nervos" que "estão no corpo todo" como fios, sustentando-o. De fato, aos nervos e ao sangue é imputado a qualidade de transmissores da "força" que sustenta o corpo, aparecendo os "fios" nervosos e as veias sanguíneas como condutores ou circuitos intra-corporais que entrelaçam as partes do organismo e mediatizam as relações deste com o exterior. Ossos e músculos aparecem antes como compondo a estrutura anatômica externa do que tendo alguma função definida no tocante aos processos fisiológicos corporais. Como o corpo é mantido

através da alimentação, são os órgãos ligados ao aparelho digestivo que aparecem como os mais importantes e, normalmente, a maior parte das doenças são associadas ou a uma disfunção desses órgãos ou a uma alimentação inadequada que, ao "prejudicar o sangue", predispõe à doença. Sob esse aspecto por exemplo, o fígado aparece como o principal órgão, responsável pela regulação dos processos fisiológicos ligados à circulação e à digestão ao ser considerado como órgão de depuração e eliminação dos alimentos e substâncias considerados prejudiciais ao organismo que foram absorvidos, e os quais poderiam afetar negativamente o sangue e, como veremos posteriormente, os próprios "nervos". De fato, quando se considera a classificação entre elementos frescos e quentes aplicada à alimentação e à manutenção da saúde, o que está sendo visado é a manutenção da "qualidade" do sangue: alimentos gordurosos, picantes, de difícil digestão tornam o sangue "grosso", "remosso", o que pode ocasionar desde uma ferida na perna a um derrame cerebral; se a alimentação é "fraca" em nutrientes, o sangue se torna "ralo", o corpo perde a sua vitalidade provindo o estado de "fraqueza" física e mental. Tendo um papel de extrema importância no funcionamento do corpo, o sangue requer dessa forma, um controle adequado da alimentação que passa a ter a um só tempo uma função nutritiva e terapêutica, a exemplo das ervas e chás medicinais.

Estando associadas em sua grande parte ao sangue, as doenças podem ser consideradas como "hereditárias", provenientes do "sangue ruim" transmitido pelos pais, ou decorrentes de uma inadequação na alimentação, tal como foi expli-

cado anteriormente. Em ambos os casos elas "vêm de dentro", ou seja, são próprias a uma disfunção orgânica interna. A essa noção "de dentro" opõe-se as doenças que "vêm de fora" ou aquelas que são tanto decorrentes da exposição do indivíduo ao meio físico ambiente ao qual também se adequam as categorias de quente/frio, quanto aquelas que são transmitidas por contágio direto, como a tuberculose, ou por agentes transmissores como chagas. Cabe observar que as doenças contagiosas ou as que o indivíduo "pega", passaram a ser reconhecidas como tais a partir da difusão dos princípios médicos higienistas e sanitaristas.

Da mesma forma, no corpo demarcado pela oposição "quente/frio" correspondendo a uma certa espacialização das áreas de atuação desses elementos, a doença também aparece como uma inversão dessa ordenação, particularmente na explicação das alterações nervosas ou mentais, em que o "quente" por exemplo, entre em contato com o "frio natural" da cabeça ou dos "nervos". Por ser o elemento circulante interno, "quente", compreende-se que, a par da sua função de nutrir o organismo, o sangue também aparece como o fator principal da predisposição e da transmissão de determinadas doenças, advindo daí os cuidados necessários, tanto para evitar que algum mal perturbe o fluxo da corrente sangüínea, quanto para resguardá-lo de substâncias consideradas impuras. Mesmo que a doença apareça localizada numa determinada parte do corpo ou seja externa como um tipo qualquer de infecção na pele, esta pode ser considerada como uma manifestação de que o sangue está "sujo", "está pondo pra fora sujeira" e necessita portanto

ser "limpo" ou "depurado". Inversamente, alguma infecção externa provocada por exemplo por um corte, pode "contaminar" o sangue e vir a se localizar nas partes internas do corpo. Dessa maneira, é também através desse elemento circulante interno que as outras categorias da oposição, tais como "dentro/fora" e "alto/baixo", descrevem o "translado da doença", ou seja, o próprio deslocamento das sensações mórbidas (a dor "passa" de um lugar para outro) quando não, a "historicidade" do ser doente" é explicitada associando o estado de saúde com fatos e sintomas ocorridos anos antes ou mesmo o seu caráter hereditário. Compreende-se assim, como essa percepção do estado mórbido está associada à precariedade do nível de subsistência ao privar o corpo de cuidados e alimentos adequados. Por essa via inclusive, permite-se encerrar o indivíduo e suas doenças no contexto global do seu meio-ambiente físico e social.

Sobreposto a esse plano da explicação — interpretação do estado mórbido, a doença também é percebida como decorrente das relações que os homens estabelecem entre si e com o sobrenatural e o sagrado. De um lado a doença concerne a um estado emocional vivido pelo indivíduo que pode aparecer tanto como predispondo a enfermidade quanto constituir ele próprio um sinal de morbididade: o fato de estar preocupado, assustado, insatisfeito, triste, desanimado ou "nervoso" não só caracteriza a própria morbidez quanto pode desencadear alguma reação física que levaria à doença, tal como o susto alterar a pressão, a batida cardíaca ou o fluxo da corrente sanguínea, provocando sensações de "falta de ar" a dores de

cabeça; ou ainda o desânimo corresponder a "perda de apetite" e portanto, a distúrbios na alimentação com as consequências anteriormente salientadas. Observa por exemplo um pai a respeito da saúde do filho:

"(...) tem 19 anos, mas não é sadio não. É difícil ver ele dá risada, não conversa com ninguém, é igual estranho dentro de casa. Sente dor de cabeça brava, fica lá, de cabeça baixa, parado. Tem hora que chego ficá até triste. Ele é enrolado demais! Trazer ele prá fazer consulta é um custo, que num quer vir. Num tem expediente não. Anteontem parou de trabalhar!"

(homem, casado, aposentado por invalidez, 47 anos)

Como geralmente esses "estados de ânimo" que também definem a saúde enquanto uma disposição geral do indivíduo para o trabalho e para a convivência social encontra-se percebida ao nível das suas relações familiares e sociais, estes também passam a expressar as perturbações sofridas pelo indivíduo no interior das mesmas, ou como salienta um entrevistado: *"viver perturbado é que fica doente"* (homem, casado, aposentado, 43 anos).

Relacionada às perturbações e conflitos presentes nas relações de vizinhança ou de parentesco, a doença também pode aparecer como resultado de um feitiço, mau-olhado e inveja, ou, como se expressam, "botaram coisa". Sob esse aspecto a interrelação entre o estado mórbido que o indivíduo apresenta e o estado das suas relações sociais é estabelecida pela mediação com o mágico e o sobrenatural, ou seja, é referente a um sistema de crenças que concebe um mundo espiritual povoado de demônios e santos que interferem na vida material, e mesmo são manipuláveis pelos indivíduos para atender deter-

minadas necessidades e intervir nas relações que estabelecem entre si. Nesse caso, há uma distinção entre a doença que é própria a uma disfunção orgânica e a doença provocada por um sentimento ou uma ação mágico-espiritual negativa de alguém que faça parte do círculo das relações sociais e pessoais do indivíduo afetado e que com ele tenha alguma espécie de rixa ou disputa. Configura-se aqui um processo largamente observado na investigação antropológica sobre a maneira como as crenças e as acusações de feitiçaria refletem as tensões e os conflitos estruturais presentes nas relações sociais (30).

Se no plano cosmológico, a doença remete a esse plano de análise a "micropolítica" das relações sociais, como parte do processo geral de vida e morte ela está necessariamente determinada por uma concepção fatalista do mundo aparecendo, em qualquer caso, como um desígnio de Deus: atribuída aos fatores naturais e contextuais ou atribuída aos fatores mágico-religiosos, em última instância a sua ocorrência é resgatada ao nível do sagrado, consistindo a cura um ato de fé: *"toma fazer chá, mas sem rezar e sem pegar com Deus não adianta nada não"* (mulher, dona de casa, casada, 38 anos, residente no município).

(30) Ver sobre: EVANS-PRITCHARD, E.E. - *Bruxaria, oráculos e magia entre os Azande*, e FRY, Peter - *Spirits of Protest* (Cambridge Studies in Social Anthropology: 14 London, Cambridge University Press, 1976. Particularmente na análise da sociedade rural brasileira ver FRY, Peter, VOGT, Carlos e GNERRE, Maurizio - "Mafambura e Caxapura: na encruzilhada da identidade", in *Dados*, Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, vol. 24, nº 3, 1981, p. 373-389.

Dessa maneira, ao lado do receituário medicinal composto de chás, infusões e "garrafadas", as simpatias, rezas e benzeções constituem também uma forma de tratamento terapêutico, e para tal recorre-se aos agentes especializados como curandeiros e benzedores, os quais detêm não somente um conhecimento e uma prática curativa pautada na manipulação das ervas, plantas e rezas apropriadas a cada caso, como também aparecem dotados de uma "força espiritual" maior para o intercâmbio com o sagrado. De um modo geral, os curandeiros e benzedores pertencem à própria comunidade, e adquiriram prestígio como tais por deterem esses "dons", desenvolvidos : na prática e na experiência cotidiana, aprendidos com os pais, ou através da leitura de livros, manuais e compêndios sobre ervas medicinais e orações miraculosas, como atesta por exemplo, o relato de uma benzedeira:

"Eu acredito e acho que as pessoas devem acreditar na Santíssima Trindade. Conforme for cada doença faz a oração, cada doença tem uma oração diferente. Tem aqui um livro de orações, eu compro tudo que eu gosto muito de saber, ler. Tem oração prá tudo, de doença tem pro deslocamento dos ossos, prá doenças desconhecidas, contra o mau-olhado e o quebranto, contra peste e outros flagelos, contra febre, prá obter de alguém cura de álcool, jogo, mau-costume. hernia, picada de cobra venenosa, ferida, dor de dente que é com Santa Apolônia, contra a peste, a estrela do céu, males da garganta São Brás, doença dos olho é Santa Luzia (...).

É de acorda, com o santo, que cada um manda numa parte do corpo. Mas eu não sigo só esse aqui não, tem outros, de curar com planta, que erva é muito bom. Outro dia tava passando e vi o menino ali de cima pura sarna, de cima em baixo. Mandeí a mãe dele, ensinei ela fazer uns banho e falei que ela desse banho que eu ia rezar. Mandeí pra desinfetar, que tava pus puro. Banhar normal primeiro, com sabão preto e depois banho de fezes de bezerro fresquinha, antes de cair

no chão. Pega aquilo, embrulha num pano limpo e põe prá ferver com camarã, e ir dando anho no menino e fui benzer. Com 3 dia já tava as ferida soltando casca que bosta de boi é bom prá desinfetar, e depois mandei dar banho de arruda e chá de arruda que é quente, prá tirar prá fora, depurar o sangue".

(benzedeira, dona de casa, 46 anos).

Portanto, é nessa experiência prática e na sua eficácia empírica que esse conjunto de conhecimentos são incorporados, atualizados e transmitidos culturalmente, fazendo parte do repertório comum das doenças reconhecidas e dos tratamentos possíveis. O curandeiro e o benzedor aparecem nesse contexto como "agentes especializados", procurados para solucionar os casos considerados difíceis ou da sua exclusiva competência. Nesse caso, o tratamento é feito pela ida do indivíduo doente ao curandeiro ou, na sua impossibilidade, o envio de uma pessoa, geralmente um membro da família que, informando sobre o estado mórbido do paciente recebia a "garrafada", ou o composto de ervas medicinais conhecido por esse nome. Poderia ser-lhe também enviado um pertence do doente, através do qual, o curandeiro identificaria o mal, principalmente em casos que os sintomas não esclareciam a doença. Há pouco mais de 3 anos, morreu o curandeiro mais famoso da localidade e, atualmente, essa prática é reproduzida mais como prática terapêutica familiar e como prestação de ajuda à vizinhança do que propriamente como atividade social. Com efeito, a partir da implantação da assistência médico-institucional na localidade esta passou preferencialmente a informar e a tratar terapeuticamente os processos mórbidos.

III.3 - TRATAMENTO MÉDICO: DA LEGITIMIDADE À MANIPULAÇÃO

Dada essa caracterização geral feita sobre a maneira como eles concebem as origens, as formas e o tratamento das doenças, cabe observar portanto, como vem sendo percebido e usufruído o atendimento médico que a população local passou a dispor regularmente durante os últimos anos. De fato, como as entrevistas versam sobre o histórico médico, familiar e pessoal, foi possível detectar o modo como esse vem sendo incorporado ao conjunto das suas estratégias terapêuticas, como por exemplo, no seu aspecto mais propriamente impressionista, pelo uso de alguns termos considerados próprios à linguagem médica tais como "*megacolo chagásico*" ou "*paralisia infantil*" aprendidos durante o período de contato com os médicos.

O aprendizado desses termos e da causalidade mórbida cientificamente formulada, é o que passa através da fala do médico ao paciente. Sob esse aspecto, os relatos incorporam alguns termos e explicações sobre o fato mórbido enquanto mantêm outros que não foram reditos pelos médicos, tal como pode ser observado nos trechos da entrevista a ser citada. Referindo-se à cegueira da mãe, a entrevistada relata o fato da seguinte forma:

"Minha mãe tá velha, tá cega. Era parteira. Quando chegou o cumpadre dela prã pegar mais ela prã cuidar do parto e o cachorro latiu e partiu prã cima dele e ela tava deitada no quente. Dormia com nós tudo e saiu do quarto e do lado que a porta abriu, veio um vento frio de chuva e estrupou a vista dela".

Estando entretanto, sob tratamento médico há algum tempo, o relato sobre a sua própria doença é feito a partir da explicação fornecida pelo médico:

"Quando era pequena, com cinco anos, levei um tombo. A mãe dizia que foi isso mas num foi não. Os médicos disseram que foi paralisia infantil e reumatismo crônico. Fiquei entevada de todo e fui agora prá tratar em Belo Horizonte. Tomo é injeção B, vitamina B12 prá dor nos ossos. É fortificante, e também aspirina, butazona, Diempax e outros de qualidade diferente".

(mulher, solteira, 37 anos, residente no município).

Foi observado que, o que o médico informa ao paciente sobre sua doença é extremamente restrito, supondo a ignorância do mesmo, e limita-se, na maior parte das vezes, ao nome da doença ou a alguma especificação sobre os medicamentos e cuidados a serem tomados. Na maior parte das entrevistas realizadas, os pacientes não sabem o que têm, quais foram os medicamentos que tomaram ou o que causou a doença, limitando-se a inferir, pelo conhecimento já formado e socialmente divulgado, o que pode estar ocorrendo. Desse modo, há uma série de termos científicos de doenças que já passaram para o vocábulo popular, normalmente os referentes às doenças regionais mais frequentes (broncopneumonia, úlcera, gastrite, gastroenterite, anemia, reumatismo, verminose, tuberculose), os quais, ao serem referidos são, entretanto, precedidos por locuções tipo: *"sofro do coração"*, *"sofro de chiado"* ou *"tenho verme"*.

Sob esse aspecto ainda, observa-se que, em relação à nosografia específica a determinadas doenças não reconhecidas dentro das categorizações populares — a não ser a-

queelas que geraram a observação médica regular —, ocorre um processo de reinterpretação do diagnóstico médico, segundo os preceitos que orientam a percepção das causas das enfermidades entre a clientela a qual, como forma de legitimar o relato e a explicação encontrada, salienta que "foi os médicos que disseram". Por exemplo, observa uma entrevistada a respeito do câncer da mãe:

"Minha mãe teve 'canço' no peito, um trem incurável no peito. Vai esmagrecendo, esmagrecendo. Os médico disseram que . . . foi por causa da criação (filho). Na amamentação o arrote entrou prá dentro, foi inflamando e num tem mais jeito de sair".

(mulher, casada, 35 anos, residente no município).

Desse modo, se por um lado, a interpenetração entre formas discursivas sobre a doença tende a se constituir como uma constante no modo como a clientela se refere às suas experiências terapêuticas, por outro, a formação da maior ou menor "competência médica" (31), representada pelo uso do receituário e da terminologia nosográfica médica, está de acordo com o tempo de moradia urbana, pela possibilidade do contato mais regular com a assistência prestada. Como a maior parte da clientela provém da zona rural há pouco tempo, na maior parte das entrevistas aparece ainda a descrição sintomatológica popular "clássica" como "*incômodo*", "*bolo*", "*pontada*", quando não, os sintomas são descritos comparativamente

(31) Com o termo "competência médica" Boltansky procura, oportunamente, referir-se à forma pela qual a clientela passa a incorporar os preceitos terapêuticos da medicina científica e a regular as intervenções curativas de acordo com os mesmos. Ver BOLTANSKY, Luc - *Op. Cit.*

com os fatos cotidianos observados: "... dor no peito, parecendo uma pasta de cinza no peito; 'uma papa de sal em volta do coração' ". .

Do mesmo modo, se tendencialmente o costume de tomar remédios caseiros dilui à medida que a "competência médica" se aprimora, permanece ainda o uso terapêutico das ervas e chás, a serem administrados conjuntamente com os medicamentos farmacêuticos: "*Começou a sofrer, caço a erva prá tomar pro incômodo ficar prá dentro, que quando tomo benzeta-cil, ela (a injeção) joga prá fora, dá coceira em volta da ca-beça*". (mulher, casada, 53 anos, residente no município).

Por um lado, se tal fato pode ser explicado pela precária situação financeira para a aquisição dos medicamentos na farmácia ("*tomo um chá, quando n'um dá prá vir ao médico e comprar remédio por causa do recurso*"), por outro, tal como no modo de descrever a doença, passa a ocorrer uma interpenetração entre os recursos terapêuticos pautados na ação diferencial dos elementos sobre o organismo que, paradoxalmente ao reconhecimento da maior eficácia dos "remédios dos médicos" ("*os chás dão alívio no momento, os remédios dos médicos são melhor, dá mais efeito*") e a tendência crescente ao seu consumo, afirma-se sobre os preceitos profiláticos que orientam a percepção da clientela sobre as reações orgânicas.

Dessa forma, o "aprendizado" da linguagem técnica e da terapêutica médica, limitado o suficiente para que a ele permaneça ligado às concepções populares, quando ocorre vem sendo feito através da divulgação social dos termos e dos sintomas que identificam o fato patológico cientificamente

formulado, diretamente proporcional à constância e à regularidade do atendimento prestado.

Tal aprendizado também inclui normas higiênicas e sanitárias que passam a aparecer no discurso dos residentes a mais tempo no meio urbano e, de acordo com essa variável, podendo significar uma certa "autonomia terapêutica" frente ao médico, a qual permite a compra e o uso de medicamentos sem receita tais como aspirina e anti-têrmicos, assim como o recurso à consulta somente em casos considerados graves e de urgência. Em sua maior parte entretanto, eles não possuem essa farmacopéia familiar e só tomam medicamentos com prescrição médica, raramente sabendo informar sobre a mesma. Não sabendo que medicamentos tomam, a sua identificação passa pelo tipo (injeção, comprimido), qualidade (tamanho, cor, geralmente identificados para a dosagem diária pelo farmacêutico como "*cor de rosa é para tomar depois do almoço*" ou "*este marcado pela cruz pela manhã*") ou para que doença servem: coração, vermes, prisão de ventre.

Frente a esse universo desconhecido e, de uma certa forma constrangedor, não deixa de haver uma clara percepção sobre a maneira como o atendimento médico é prestado, sob aquilo que ele representa em termos de autoridade e legitimidade:

"Hoje tem mais remédio. Antes adoecia ficava lá prã roça mesmo. Agora é diferente, parece que quanto mais remédio toma, mais doente fica".

(mulher, solteira, empregada doméstica, 29 anos).

"O remédio de farmácia cura rápido: quem é nós prá adular a natureza?"

(mulher, casada, 47 anos, residente na zona rural).

"Trabalhei demais e perdi a saúde: sinto tonteira, a vista escurece; outra hora é um trem que ataca o estômago. Fiz consulta três vezes mas num sei dizer os medicamentos: uma foi por causa de resguardo temporão, outra, de uma febre que deu; a derradeira vez que tomei remédio que o médico deu foi quando senti uma quentura no estômago. Tomei tudo mas não se dei. Tomei raiz de mato, de horta, papaconha dizem que é muito bom para a febre.

Fiquei internada, mas não tive melhora não. Dr. ... queria que eu ficasse, mas deu medo de morrer, tava com febre e tremura. Acho que o sangue cozinhou demais no sol. Tomei duas semanas a papaconha e já fui melhorando. Uso muita erva pro chá, prá gripe e febre. A mãe foi que ensinou a preparar. Nos tempo antigo nós não tinha mexida com consulta, médico e remédio, mas a doença de hoje mudou, nem erva do mato tá cortando mais. Não sei o que é, num passa com nada. Num tenho dinheiro prá consultar direito. Num tendo dinheiro é sofrendo mesmo".

(mulher, casada, 37 anos, residente no município).

Dessa forma, devido ao caráter assistencialista e institucional do qual se encontra investida a prática médica e o fato dela efetivamente se constituir como uma técnica terapêutica considerada mais eficaz no tratamento de algumas doenças, a coloca necessariamente como a intervenção curativa legítima e dominante. Entretanto, a forma como esta passa a ser incorporada pela clientela não exclui o uso das experiências e conhecimentos terapêuticos tradicionais, mas compõem-se com estes: na maneira como reinterpretam o diagnóstico médico, no modo como associam o uso do receituário farmacêutico à manutenção do costume de tomar chás e ervas medicinais e

ainda como recorrem concomitantemente aos curandeiros, benzedores e médicos. Se, por um lado, tal fato pode ser explicado por certas dificuldades de acesso ao atendimento médico prestado, por outro lado, trata-se da manipulação do próprio "campo" de tratamento curativo. Dentre um conjunto de recursos técnico-terapêuticos disponíveis, a recorrência a um ou a outro está em última instância determinada pela adequação entre os sintomas que o paciente apresenta e o tipo de formulação e tratamento que o agente curador determina, sob um ponto fundamental: a eficácia. Com efeito, o fato da doença poder ser identificada em relação a múltiplos fatores ou em diversos planos, possibilita um campo extremamente amplo de ação terapêutica, e a escolha de uma ou outra prática de intervenção está determinada pelos fatores considerados possíveis causas a serem confirmados pelo agente requisitado e comprovada na eficácia do tratamento prescrito. Por exemplo, considerando um quadro mórbido em que há vômitos, desinteria e "olho fundo", dois procedimentos possíveis seriam: *"Manda no médico, se não cura, então é prá benzer. Benzeu 3 vezes, não sarou, então é prá ir ao médico. Se o menino tá com dor de cabeça, queixando dor de ouvido, vai ao médico, ele falou que num é nada, então..."* (mulher, casada, dona de casa, 46 anos). Dessa forma, há uma postura bastante pragmática a respeito dos recursos terapêuticos que dispõem e, é pela correlação entre a eficácia obtida por um determinado tratamento e o mapeamento dos fatores físicos e contextuais nos quais a doença ocorre, que esta passa a ser interpretada, ao lidar simultaneamente com os fatores físicos-orgânicos e mágico-religiosos na explicação do

fato mórbido. Ou seja, o fato da doença ser percebida e classificada em diferentes planos nos quais ela pode se expressar, intervêm também no recurso a um tipo ou outro de tratamento, a ser validado pela sua eficácia empírica e compreendido no quadro de suas referências cognitivas, prático-experimentais e até mesmo religiosas.

Procurou-se até aqui traçar os aspectos gerais que estão presentes nas concepções populares sobre a doença e a maneira como o atendimento médico passa a ser incorporado ao quadro das suas experiências terapêuticas, dado que, é pelo modo como a sintomatologia mórbida é expressa pelo paciente e, implicitamente, sobre as concepções que a fundamentam, que o diagnóstico da "doença mental" tem sido elaborado e a terapêutica medicamentosa prescrita. Cabe desse modo, observar o modo como a terapêutica clínica da "doença mental" encontra-se absorvida dentro desse quadro mais geral traçado pela análise da forma como sendo utilizado o serviço assistencial prestado. Particularmente ao este ser feito pela "psiquiatrização" de determinados quadros sintomáticos, aos quais adequa-se uma eficácia medicamentosa cujas consequências, mais imediatamente perceptíveis, têm sido a medicalização de alguns sintomas anteriormente não sujeitos a esse tipo de intervenção terapêutica, e um alto consumo de medicamentos psicotrôpicos, cujas propriedades *percebidas* (calmante, sedativo, "*remédio prá dormir*"), vêm sendo largamente difundidas, seu uso se tornando regular, e mesmo sendo criada a sua necessidade, ao adequar-se ao quadro mórbido genericamente designado como "nervosismo", passando a ocorrer uma procura ex-

plícita do médico para a obtenção do medicamento que fará "acalmar", "dormir", "controlar os nervos":

"Fui ver o médico porque tava nervosa e receitou calmante. Só quando venho aqui é que tomo remédio, só com receita"

(mulher, casada, 29 anos, residente no município).

"O remédio que eu tomo é o da receita. Um deles é prá dormir. Se não tomar não durmo. Logo que eu vim (morar na cidade) tomo esse remédio. Ele é bom. Os outros não melhorou nada no corpo não. A primeira consulta que eu fiz com Dr. ... ele receitou esse prá dormir".

(mulher, casada, 37 anos, residente no município).

"Quando paro de tomar não durmo não. Faz quatro anos que tomo. Quando tô muito ruim, dá injeção de reação. Essa é boa, dorme direto. Quando passa uns dias melhora, dá prá cuidar da criação".

(mulher, casada, 32 anos, residente no município).

Particularmente relevante sobre esse aspecto é o modo como membros de uma mesma família passam a ser medicalizados pela sintomatologia do "nervosismo", inclusive crianças, demonstrando a abrangência e a gravidade do problema:

"Sofro nervo demais. Em setembro que fiquei ruim, depois que ganhei menino melhorou. Tava Haldol e a dor de cabeça passava. Mas agora tô esperando de novo e aí o médico mandou parar e ficar só com o Diempax. Tem dia que eu tomo e alivia, tem dia que não alivia não. Agora, tô ruim demais, vomitando, num para nada no estômago. Eu sinto esse nervoso desde solteira. Depois casei e mudei prá cá. Consultava, falava (médica) que era nervo, mas não chegava a prejudicar não. De setembro prá cá fiquei ruim e no hospital eu tremia da cama balançar, tomando remédio e injeção e fui melhorando. Quando eu tô de dieta (grávida) que parece que a cabeça vai ficar fraca.

É esse problema mesmo de nervo que eu sinto.

Se dou muito com erva cidreira pros nervo e os remédios que o médico receita. O que eu tomo mais é remédio da farmácia mesmo. Desde lá da roça que eu tinha esse problema de nervo. De uns tempo prá cá foi alterando mais. De um ano prá cá passou o nervoso, que fiquei ruim gritava quando enfezava, batia nos meninos. Em setembro fiquei com o corpo todo duro. Sentia pontada e dor na boca do estômago. Internei e foi indo passou. Tomei muito remédio. O meu marido também é nervoso demais, é quando bebe pinga.

Veio consultar uma vez e o médico receitou calmante prá ele. O meu menino mais novo também tem problema de sentir mal. Toma Gardenal (anticonvulsivo/epilepsia), desde um ano e quatro meses. Tem que tomar até cinco anos. Disseram que era prá fazer exame de fezes, que podia ser lombriga. Tomou lombrigueiro parou de sentir. Ele ficava nervoso, passei a dar um Gardenal, antes dava meio. Ele ficava nervoso de querer avançar prá bater. Toma xarope calmante, também. Dou uma colherada prá ele de noite e ele dorme... do jeitinho que dorme amanhece. A menina tem dor de cabeça. Dr. ... falou que podia das Diempax, ficou boa, tem 13 anos.

Os outro tã tudo sadio.

Aqui na cidade o mais achado é isso. De primeiro evitava receita de remédio controlado e agora é direto.

O médico falou prá mim num pensar, ficar despreocupada e ir controlando o nervo por si. Tem dia que até esqueço. Só quando dá dor de cabeça que tomo. Dos que tomo o melhor é o Haldol.

Parei que tô grávida. Na cidade é melhor da gente se curar. A gente se virava melhor lá na roça, mas quando dá doença, as vezes que dava prá trazer já tinha passado da hora.

Quando tava nervosa na roça num tomava na da não. Passava por si, que quando dá essa dor de cabeça tem é que sair. Ia dando aquela contrariedade que quando saía esparecia!"

(mulher, casada, 35 anos, residente na área rural).

Imputar o alto consumo de medicamentos psicotrópicos, e o uso que dele vem fazendo a clientela, tal como

na entrevista relatada, a forma como vem sendo prestada a assistência médica entretanto, é salientar apenas um dos aspectos do problema. Se, a "psiquiatrização da doença" ou a "medicalização do nervosismo" ocorre no quadro institucional definido pela forma como se encontra estruturado o saber médico na atualidade, o próprio conhecimento popular também estabelece certos quadros mórbidos susceptíveis desse tipo de intervenção terapêutica. Com efeito através de categorias e esquemas interpretativos-explicativos que lhe são próprios, a população concebe o "nervosismo" e suas seqüelas como passíveis de determinadas ações curativas que se adequam aos casos reconhecidos como pertinentes a determinados tipos de intervenção terapêutica. Observemos portanto, a partir da análise do que a medicina popular formula sobre o "nervosismo", como o atendimento médico-psiquiátrico vem sendo utilizado nesse contexto.

III.4 - "DOENÇA DOS NERVOS" E "DOENÇA DA CABEÇA" : CATEGORIAS DISTINTIVAS

Para se referirem ao "nervosismo" e/ou à "loucura", algumas das expressões utilizadas já sugerem como percebem esses estados, tais como: "*ser nervoso*", "*ter cabeça ou idéia fraca*", "*ter cabeça quente*", "*estar com o sentido passado*", "*ser doído*" ou "*estar maluco*".

Em princípio, há uma identidade entre esses termos, mas uma identidade genérica que postula a relação do

homem com seu ambiente físico social imediato, e a "loucura" aparece, tal como a doença, a expressão ou consequência dessa relação:

"Num tem ninguém doido não. Tem eu. Eu sinto calor na cabeça. Acho que o sentido não é bom. É por causa que sinto calor, tenho que andar, tô nervoso tem que andar. Sou pai de nove filho é num gosto de bater, nenhum menino meu apanha. Se fico em casa posso até bater, do nervoso, então eu saio. Fico pensando que a gente é doente, desde pequeno pensava nos irmãosinho que tinha prá cuidar. A gente sabe que filho sofre, prá que bater? De pensar fico com a cabeça quente (...)

Eu acho que é as pessoa igual eu mesmo. Posso fazer passar sentido contando de mim. Quando eu era criança trabalhava demais, acompanhando minha mãe na chuva e no sol, comecei a pensar demais naquilo e acho que a gente é louco. Primeiro, os meus irmãos prá olhar, o trabalho duro. Filho apertou, cuidar da família. Num tem sossego. Quando eu penso nisso, fico com a cabeça quente. Tem é que conformar, viver perturbado é que fica doente".

(homem, casado, 43 anos, aposentado por invalidez, ex-sitiante, ex-empregado no re-florestamento)

O dizer que *"num tem ninguém doido não"* ser equivalente ao dizer que *"é as pessoas igual eu mesmo"* sugere uma reflexão que, ao ser pautada na caracterização de determinadas sensações (*"calor na cabeça"*, *"nervoso"*, *"cabeça quente"*) as colocam como imanentes ao próprio processo de vida (*"ser criança"*, *"trabalhar"*, *"cuidar dos irmãos"*, *"cuidar dos filhos"*) que é em si, doentio, perturbador; ou seja, sugere propriamente uma reflexão sobre o "ser no mundo" particularizada em relação à maneira ou às condições mais gerais nas quais este ser se constitui. Outras expressões tão ou mais eloquentes que estas aparecem sucessivamente em vários rela-

tos: "*O homem sofre de bronquite asmática, sofre do sistema nervoso, que todo brasileiro sofre do sistema nervoso*" (paciente psiquiátrico); "*Prá pobreza, a loucura é pouca*" (atendente posto de saúde); "*Hoje doença dos nervos é a doença do povo*" (dona de casa benzedeira). Para explicitar tal quadro, entretanto, é necessário especificar que ele é susceptível de variações na forma e grau como ele se manifesta e apareça em decorrência de determinadas causas que estabelecem, em diferentes planos, a relação entre o estado mórbido do indivíduo e seu "estado social".

O próprio modo como essas expressões são usadas na exposição também revelam o mesmo fato. De um lado, essa identidade genérica é marcada pelo uso conjunto de termos que se referem mutuamente, explicando e compondo a descrição do comportamento e da sintomatologia, tal como: "*sou nervoso e dá aquela cabeça fraca*" ou "*tenho cabeça fraca e de vez em quando fico doido*". Por outro lado, mesmo utilizando conjuntamente esses termos no relato, cada um deles se refere a um conjunto de comportamentos e sintomas, indicando um quadro diferencial evolutivo entre o "*sofrer dos nervos*" e o "*sofrer da cabeça*".

"*Sofrer dos nervos*" caracteriza primeiramente o tipo de comportamento que o indivíduo apresenta, o "*estar ou ser nervoso*" é com efeito uma expressão utilizada para referirem-se a certos estados emotivos pessoais ou para explicar os comportamentos, próprios e de outros, descritos como indivíduos que brigam, "*perdem a paciência*", "*perdem a cabeça*", "*se zangam*" e "*se ofendem*" facilmente:

"Os irmãos (do marido) tudo tem idêia quente. As irmãs nem se importa de xingar o outro, parece que sofre dos nervo, tem uma até que sente mal, passou a fazer consulta aqui".

(mulher de lavrador, 37 anos, residente no município).

"A filha é doente demais, sofre dos nervo que Nossa Senhora! Brabeza, xingando o marido, qualquer coisinha ela perde a paciência e dá a xingar. Tomava remédio bastante. Agora não que o marido tá fraco, era remédio pra sono e úlcera".

(mulher de ex-lavrador, 49 anos, residente na área urbana do município).

Ao mesmo tempo que caracteriza esse tipo de comportamento, o "nervoso" é também uma doença, e como tal, o estado mórbido é descrito a partir de determinados sintomas ou sensações que configuram o seu lado propriamente patológico do qual o comportamento aparece como a expressão externa. De um modo geral esses sintomas são especificados como: "dor de cabeça", "idêia ou cabeça quente", "tremura nas pernas", "bateção no coração", "pressão alta", "repuxo nos nervos", "falta de apetite", "dor de estômago", "vômito", "tonteira", "falta de sono", "manchas no corpo", "falta de ar":

"Começou que eu não posso ficar nervosa que começo a inchãr. Sofro de pressão e dor no corpo, a cabeça queima e as pernas também tão queimando. Num consigo me alimentar direito, dô pra vomitar, num fica nada no estômago! Dor no coração, mancha de preto, é nervosismo de contrariedade (...). Ficã nervosa eu fico tonta, o coração começa a doer, tremura, num posso nem andar".

(mulher, casada, marido desempregado, 53 anos, residente há 1 ano e meio no município)

Ou ainda configura o quadro conversivo, ou o "acesso" e o "sentir mal":

"Sou muito doente, tomo Gardenal direto. Num tenho sono prá dormir (...). Sinto mal, tô conversando, andando, roda tudo, caio no chão. Quando num vê tô caída, levo tombo, machuco toda. É nervoso! A carne treme, de noite num consigo dormir, dá aquele choque e o coração dispara. Essa doença é ruim que é sem confiança, num dá prá andar pros mato sozinha. Tem gente que sabe a hora que vai dar nele e abaixa no chão, prá passar... Eu num sei não. Sô fico fraca, a cabeça fraca, num dou por eu. É hora que eu penso que cai. Quando eu volto tomo 2 Gardenal, um de noite, ou tro de dia. Tomo, fico aquele trem bobo, esquisito e também num durmo".

(mulher, solteira, 36 anos, residente na zona rural).

Perguntar sobre como a "doença dos nervos" enquadra sintomas aparentemente tão díspares quanto "*manchas no corpo*" e "*acesso*" remete à própria maneira como concebem o funcionamento do corpo no plano bio-fisiológico e o relacionam com o plano emotivo-sensorial. "Os nervos", como "ligações" que estão no corpo todo, são responsáveis pela coordenação e controle dos atos, ações e movimentos, voluntários ou não, do corpo e, dentro de uma noção mais ampla, do indivíduo. Como parte energético-ativadora dos processos mentais (cérebro), vegetativos (área gastro-intestinal) e motores (movimento dos braços e pernas), os "nervos", mais que parte integrante, são parte constitutiva da corporalidade dos indivíduos, atuando como regulador do bem estar físico e emocional que estes apresentam. De fato, todos os sintomas relatados referem-se às sensações mórbidas percebidas nessas partes do corpo, que ao representarem mesmo a composição anatômica básica do corpo humano (cabeça, tronco e membros) já expressam a abrangência da manifestação da "doença dos nervos". Com efeito, os

sintomas relatados, longe de aparecerem como sinais distintos e isolados, retratam um mesmo quadro mórbido que se expressa simultaneamente nessas partes do corpo, particularmente descritas através da descoordenação das funções que lhe são próprias: *"a idéia ou o sentido passa"*, *"não para nada no estômago"*, *"o jogo das pernas acaba"*, ou, como relata uma entrevistada:

"Sofro tanta coisa: um fogo na cabeça, sofro de coluna, as pernas vai amolecendo, tem dor aqui... Dr... falou que era de nervo, pressão vai prã 33 (...). Tem hora que os braço e as perna acaba o jogo, amoleço. ... Passa um filho meu não conheço, as vista escurece. Se eu caminho as parede tremê e fica aquela coisa amarela, tonteira de dor. É dos nervo e de inflamação; que deu uma inflamação no útero. Dr. falou que era nervo, num tem cura não, a gente controla ele. E só dor que dana viu, num quero alimentar, tô cheia até aqui. Mas é só nervo não, é de inflamação, ponho aquele trem amarelo de manhã... Dr. falou que tou sem comer, tô fraca, mas de cair eu nunca senti não, só tonteira. Os nervo vai enfraquecendo, falta de comida, vai acabando o jogo das pernas, as vista atrapalha, que olho é da cabeça, vai perdendo e de noite o sono não vem, dá um trem ruim, que tá despaecendo. O calor da cabeça eu não sei, num penso que não é ... queimando, queimando, incha... Outra coisa, zoa, coisa que tem bicharada, coisa que atormenta o meu sentido. Ô minha Nossa Senhora da Aparecida, não deixa eu ficar ruim da cabeça não, que eu prefiro morrer que ter cabeça ruim".
(mulher, 49 anos, casada, residente na área rural).

Por realizarem ou serem o nexos ou a ligação entre aquilo que no plano físico é uma morbidade e aquilo que no plano emocional aparece como um distúrbio da conduta socialmente adequada, a "doença dos nervos" configura um quadro extremamente amplo de sintomas e comportamentos, cujo epicen-

tro é a área gastro-intestinal, como matriz das reações orgânicas aos distúrbios físicos e emocionais de qualquer natureza que afetam o indivíduo. Como foi anteriormente observado, o funcionamento adequado do aparelho digestivo e dos processos fisiológicos a ele relacionados, aparece como fundamental para a manutenção da saúde e, de um modo geral, as doenças tendem a ser percebidas e explicadas a partir de algum distúrbio relacionado a essa função que, ao afetar o sangue, elemento vitalizador do corpo, predisporia à doença. Como elemento circulante interno, é com efeito, através do sangue que as manifestações somáticas da área gastro-intestinal, particularmente por algum distúrbio hepato-biliar, são correlacionados ao estado do "nervoso". De fato, pautando-se ainda na teoria dos humores que concebe o "nervosismo" como estando correlacionado às alterações do complexo humoral (32), são os distúrbios, tanto internos quanto externos, que afetam a parte humoral que incide sobre os processos vegetativos, que aparecerão como a causa principal ou os elementos predisponentes ao "nervoso", ao modificar a composição qualitativa e o movimento regular e rítmico dos líquidos pelo corpo, particularmente o sangue.

Por exemplo, qualquer distúrbio relativo à área gastro-intestinal, por inadequação ou carência de alimen-

(32) Luis Fernando Dias Duarte, ao rever a construção genealógica sobre a configuração do nervoso observa que esta correlação foi elaborada dentro das teorias emergentes entre os séculos XVII e XVIII, pelo princípio segundo o qual as "faculdades da alma" ou os "temperamentos" seriam derivados do Complexo Humoral do Corpo - Ver DUARTE, Luis Fernando D. - *Op. Cit.*

tação, ao afetar diretamente a composição sangüínea predispõe à "doença dos nervos"; se a alimentação é "*fraca*" em nutrientes, o sangue se torna "*ralo*" e os "*nervos enfraquecem*"; se o sangue está "*grosso*", "*remoso*", o "*calor*" do sangue "*passa*" para "*os nervos*" e "*dá calor e queimação na cabeça*". Particularmente esclarecedor sobre esse aspecto, é a maneira como relacionam o "*acesso*" aos distúrbios digestivos provocados pela alimentação:

"Meu irmão sentiu acesso quando era rapaz; ficou perturbadozinho; diz que acabou de almoçar, comeu carne de porco e chupou meia garrafa de mel e saiu andando; quando chegou sentiu mal, deu acesso: dobrava a língua e ficava todo duro, pretinho. Tomou remédio de curador e melhorou, num sentiu mais nada disso. Uma sobrinha que é casada e agora tá em São Paulo sentiu muitas vezes: 4, 5, 6 vezes lá no mato, quando ia buscar lenha. Eu, da cama deitada, escutei os gritos, que foi cobra que pegou ela! Quando mãe chegou, eu ouvindo aqueles gritos, que em hora que ela tava morrendo, levou eu escorando pelo toco até chegar lá. Ela tinha sentido mal e ficou por costume, dando acesso de um dia pro outro sem parar. Mandou buscar remédio de curador, sarrou. A mãe disse que era verme brabo e ela tava em jejum, chupou manga, que ela nunca havia sentido nada, haveria de ser isso".

(mulher, solteira, 37 anos, residente na área urbana do município).

De um modo geral portanto, quase todas as manifestações mórbidas do "nervosismo", tal como as doenças em geral, encontram-se geralmente determinadas pelas alterações orgânicas que afetam o sangue, tornado o elemento central na manutenção do equilíbrio bio-fisiológico, e para as quais dispõem dos recursos terapêuticos a ele destinado. Essas alterações não se restringem às provenientes da alimentação inadequada, mas dizem respeito ao conjunto dos fatores susceptí-

veis de exercerem um efeito negativo sobre a circulação sanguínea ou de contaminação do sangue. Referente a esse aspecto encontram-se aqueles fatores que produzem tanto o estado de exacerbação do sangue como "pancadas", "quedas", "alcoolismo", quanto aqueles que predispõem-no à "doença dos nervos". Sob esse último aspecto, tanto as doenças parasitárias ou infecciosas, quanto determinados estados físicos (o período menstrual, parto, resguardo e menopausa) aparecem também como "estados" propiciatórios à "doença dos nervos" ao gerarem o "enfraquecimento" do corpo ou provocarem alterações na composição (por contaminação) e no fluxo (por obstrução) da corrente sanguínea: Com efeito, não raro os relatos especificam esses estados (alcoolismo, doenças infecciosas e parasitárias, parto, menstruação, resguardo, menopausa) como causas das manifestações nervosas:

"Consulto sempre quando tô sentindo esse nervoso. Alcool num posso beber. Bebo fico passado da idéia, fico doido, surdo que tem falar alto prá poder escutar. Começo a bater a cabeça na parede e aí não vejo mais nada".

(homem, separado, 49 anos, aposentado, trabalhador diarista na área urbana)

"Desde muito tempo eu sofro dos nervos. Eu também sofro vomitação. Já tive umas vinte vezes internada, dos nervos. Fico fora de sentido. Comecei a sofrer com a ferida na perna. Dã ataque demais, aquele nervo atoa (...). Eu acho que pode ter enfraquecido meus nervos é a ferida na perna, que vertia muito sangue e enfraqueceu que nem engordar eu num engordo".

(mulher, solteira, 38 anos, residente no município).

"Sinto acesso demais (...) as vezes é um verme que ataca a cabeça da gente. Sinto

uma coisa subindo, que faz cõcegas na espinha, quando chega na nuca sai andando que eu sinto bulindo, subindo (...) quando eu fico assim, a mãe me pega e põe na cama e passa álcool e Santa Maria que é bom prá lombrigueiro. Mãe fala que é lombrigueiro, passa Santa Maria que se for lombriga a erva atrai e a lombriga volta".

(mulher, solteira, 35 anos, residente na área rural).

"Todo mês venho pegar remédio no posto. Depois que ganhei menino, fiquei ruim (...). Tô em uso de remédio tem um ano. Tinha mais doença que complicou. Negócio de nervoso, dor nas costas, dor nas cadeiras e o fogo que num tenho ... O nervoso é triste, tem que xingar, não durmo, tomo direto comprimido (...). Tem 5 anos que tomo direto. Depois do terceiro menino atacou demais, falta de força, batidão no coração. Resguardo é que dá isso, é coisa muito fina...

(mulher, casada, 29 anos, residente na área urbana do município).

"Desde moça que eu era doente. Sentia melancolia nervosa, aquele disparate, mancha no corpo... na travessia quando estava espamado... travessia de regra, e vinha aquele mundo de sangue e tinha que ficar de cama, empapava o lençol. Tive três desmaio quando era moça. Depois que parou as regra a cabeça tá fraca, esqueço as coisas..."

(mulher, casada, 53 anos, residente na área urbana do município).

Como observou Luis Fernando Dias Duarte (33), os nervos, ao aparecerem nessas representações, como uma "rede de algum tipo de fio condutor", têm como papel centralizar os "fluxos simpáticos" entre os órgãos e os humores corporais, entre estes e os elementos ingeridos, ou ainda entre o indi-

(33) DUARTE, Luis Fernando D. - *Op. Cit.*

víduo e o mundo exterior através das relações com os outros, com os lugares, os ambientes e os acontecimentos. Por esse aspecto, que caracteriza "os nervos" como elementos das *repre-sentações simpáticas* que medeiam a relação do corpo com o exterior, o "nervosismo", como o estado de perturbação *nessa re*lação, aparece então, de acordo com as observações do autor, como causado por uma espécie de "*irritação sensível*" provocada por fatores exógenos (algo "ataca os nervos", "*os nervos estão atacados*" ou alguém está "atacado dos nervos") ou ainda por uma "*síndrome de obstrução*". Ou seja, a associação do "nervoso" como os fluxos regulares do sair/entrar (particulararmente pela alimentação) e do subir/descer, no qual o sangue aparece, como observamos, como o elemento primordial dessas *re*presentações. Por esse prisma inclusive, que a menstruação, o resguardo, a menopausa e mesmo o aspecto sexual são pensados como fatores predisponentes ao nervosismo. Os períodos menstruais, de resguardo ou em que a mulher está na menopausa são percebidos como períodos em que as funções fisiológicas estão alteradas e o corpo "enfraquecido" pela "perda de sangue" (no caso da menopausa, pela irregularidade do fluxo menstrual até a sua cessão), devendo portanto serem tomados cuidados especiais durante os mesmos para evitar a interrupção (ou obstrução) da "saída do sangue" que poderia "recolher" e "subindo prá cabeça", "enfraquecê-la": "*a regra parou, o sangue sobre prá cabeça*". Ou como observa um entrevistado sobre o "problema da cabeça" da mulher:

"A dona não é dadia não. Tem problema de cabeça. Tem vez que tem de levar pro hospital fora de hora. Dizem que é pressão,

que dá nela vexame, fadiga, esse negócio de querer sair. Tem vez que fica gritando dor de cabeça demais, nossa! Arranja um trem nas pernas... Ela diz que sofre do coração, aquela bateção. O que ela tem é bom sono, mas sono demais não é saúde não. Não tem saúde boa de jeito nenhum... foi desde que aconteceu isso, que ela tava de resguardo e com o susto que deve de ter levado começou a ficar ruim. Dessa ocasião prá cá não curou mais saúde não. (...) Esse negócio de doideira... da mulher é resguardo, resguardo faz isso, passa raiva ou susto e o sangue sobe:

De fato, tudo se passa como se a partir, e em decorrência desses fatores, sucedessem uma série de reações em cadeia: *"a pressão fica alta"*, *"dá bateção no coração"* e o *"sangue sobe e vai prá cabeça"*. Nervos e cabeça são frios, em contato com o elemento quente, sangue, provêm os sintomas mórbidos característicos como *"cabeça quente"*, *"calor na cabeça"*, os quais aparecem frequentemente nas entrevistas, causados por esta inversão da ordem corporal natural baseada na oposição quente/frio, que demarca uma outra oposição, qual seja: corpo, lugar da circulação do sangue, quente, vermelho/cabeça, centro dos nervos, frios e brancos. Do mesmo modo, essa inversão aparece também correlacionando as condições ambientais de trabalho com o aparecimento das manifestações mórbidas do "nervosismo", como por exemplo, pela exposição do indivíduo ao sol (que *"queima os miolos"*), ou pelo fato de ter tomado *"chuva de corpo quente"*:

"Depois de março tomei chuva e veio a dor de cabeça que quase parte a cabeça. Tive três internações. Pressão alta e que depois baixava demais e por causa da dor de cabeça braba, que senti dor no ouvidos e os ossos da cabeça estalando, parecendo

que ia quebrar e o chiado na boca do estômago. Tomei chuva de corpo quente parece que o sentido passou. Ficava de pe, rodava e caía. Trabalhei demais, os nervos ficaram frouxo, fraco".

(mulher, 43 anos, separada, lavourista, residente na zona rural).

Pelo limiar da obstrução das "saídas" regulares das substâncias pelo corpo, Luis Fernando D. Duarte observa que o sexo ou melhor "a ausência ou a falta de sexo", são também pensadas como predispondo o estado de "nervosismo", e sob esse aspecto, o orgasmo e principalmente a ejaculação, aparecem como mecanismo de "desobstrução" do esperma ou de "algo" que, se não for "descarregado", poderia provocar perturbações nervosas, do mesmo modo que o seu "abuso" poderia gerar o "enfraquecimento" do corpo. Dentre o conjunto das entrevistas realizadas, pela ambivalência que cerca o tema, as referências ao sexo nas manifestações nervosas aparecem de forma esparsa e muito difusamente feitas, através das "meias-palavras" ou das observações de que tal ou qual pessoa é "*assim nervosa por não ter casado*", "*ter precisão de casar*" ou referindo-se, no caso das mulheres, ao fato do marido "*não procurar mais*".

Desse modo, os nervos também "funcionam" como elementos reguladores dos excessos - bebida, sexo, alimentação, sangue e, como veremos posteriormente, idéias, problemas, contrariedades, preocupações, o "sentir demais", "pensar demais" - e das carências, aparecendo mesmo como o regulador, físico e moral dos indivíduos, *pelo* comportamento que apresentam e *frente* aos acontecimentos aos quais eles se encontram expostos. Por esse aspecto inclusive a ênfase em circunstân-

cias límiares (como o período menstrual, por exemplo), atitudes (conversar, distrair, repousar, espairecer, xingar, brigar) e cuidados corporais (como a "depuração do sangue" ou o controle das funções hepato-biliares) procuram demarcar, ao mesmo tempo, medidas terapêuticas para manter a regularidade do fluxo dos elementos pelo corpo, quando retratam propriamente a possibilidade da configuração e da caracterização da "doença dos nervos". De fato, tal como estamos observando, a "doença dos nervos" aparece fundamentalmente causada por determinados "estados físicos" que o indivíduo apresenta em decorrência dos distúrbios nesses fluxos que produzem modificações no equilíbrio do corpo, particularmente pela alteração da qualidade da corrente sangüínea. Quando não, encontra-se predisposta, hereditariamente, pelo "sangue ruim da família".

"Na família tudo dá prã sentir mal. Minha cunhada sentiu mal da idade de 1 ano até 17 quando morreu. É de família, já nasceu desse jeito. Meu marido já sentiu também e agora os menino nosso é a mesma coisa... é nervoso demais. Tem uns broto que cria e estoura que é do sangue ruim. Sem paciência e quando fica assim pinga umas gota de Novalgina e Deus ajuda que eles calma (...) Eu fico pensando que é de família. Eu acho que é do meu sogro, morreu com ferida na perna, virou aquele mundo de pus, a perna ficou toda inchada, é o sangue ruim..."

(mulher, casada, 35 anos, residente na área rural).

Tal estado, pode estar ainda referido a um plano cosmológico que correlaciona as fases lunares com os efeitos diferenciais que estas produzem no comportamento, salientando as alterações que os eflúvios físicos provocam na corrente sangüínea, ocasionando pontos críticos de exacerbação dos quadros mórbidos durante o trânsito da lua:

"A lua torna o sangue remoso, a lua cheia, enchendo, governa a gente. A força da lua até nós faz o sangue subir".

(mulher, viúva, 53 anos, aposentada por invalidez, residente na área urbana).

"Quase toda passagem da lua ela fica fraca do juízo. Fica impressionada com umas coisa que num é".

(homem, casado, 61 anos, pedreiro, residente na área urbana)

"A lua prejudica muito, é aquele período... se já foi atrapalhada da idéia, naquele tempo, toda época daquela, volta de novo. A gente diz que a pessoa tá luada nesse período. Minguante e por volta da cheia. Dá aquele período, a pessoa muda".

(mulher, casada, 45 anos, residente na área urbana)

Das influências cosmológicas aos distúrbios orgânicos originários da alimentação inadequada, o "nervosismo" aparece dessa forma, como uma manifestação mórbida referente a múltiplos fatores e planos de relações, centralizados em torno do elemento básico que é circulação sangüínea. Por esse fato também, a maior parte dos remédios caseiros destinados aos "nervos" são também aqueles destinados ao sangue ("depuradores" ou "fortalecedores") ou à regularização dos fluxos, como por exemplo, "colocar a regra prá fora", "tomando duas colher de cachaça com 2 ou 3 folha de remédio ardiloso que folha com folha é bom prá colocar regra prá fora", ou evitando alimentos considerados frescos pois "friagem no útero recolhe o sangue, vai prá cabeça". Cabe agora analisar como esses processos que ocorrem no plano físico-biológico aparecem no plano propriamente emotivo e comportamental dos indivíduos.

Observemos como essa questão é colocada a partir da análise de uma entrevista:

"Sofro nervo demais! Fiquei preocupada, dá nervoso. Se não tiver preocupação num tempo nada. Perco a paciência, dou pra falar muito, judeio com as crianças, a paciência acaba, desespero... quando passa, dá é sono, acho que a pressão abaixa. Os nervo faz muita coisa, faz cair, fica dura, dá pra esquecer. Ataca tanto que altera no coração. Minha mãe tinha muito, de aborrecimento, dava nervo e caía. É só quem tem problema de nervo. Faz ficar com a cabeça fraca. Quando é demais aquilo sobe pra cabeça, alguma coisa que sobe pelo sangue e dá na cabeça. Sangue ruim, cabeça ruim. Do meu irmão a fraqueza é do álcool que ele toma demais. Que... as veias são ligadas pelo corpo, os nervo tem precisão de passar então afeta que os nervo que nós temos no corpo nós temos na cabeça. Se não alimenta bem não pode ser forte. Pouca alimentação dá fraqueza, fica fraca da cabeça que é falta de alimentação no estômago, no intestino. Como essa minha neta, é a alimentação que faz mal, fora de hora, mal feita. Sangue fraco dá nervoso. O intestino tem que saber levar, controlar, que os nervos enfraquece também, acaba a idéia. Nervo fraco é falta de funcionar o sangue... Se caiu de pequeno o sangue sobe e prejudica. Pressão alta os nervo fica agitado. Tem um primo que é nervoso, preocupação de serviço, preocupação de arranjar mão-de-obra e aí passou a idéia... Nervo fraco não aguenta preocupação, Qualquer coisa o juízo vai embora. Fincar sentido numa coisa de mais dá nos nervos. (...) O pensamento é na cabeça, vem da cabeça e do coração. Tudo que a gente pensa o coração tem que resistir. Todo pensamento prejudica o coração da gente e dá pra enfraquecer... que o coração manda o sangue pros nervos, que é uma ligação que a gente tem pelo corpo... igual relógio de pilha: acabou, acabou a idéia e atrapalha tudo. Que o pensamento tá afixado na cabeça, o miolo é o mestre da cabeça, é onde passa nosso pensamento todo, se ele virou..."

(mulher, separada, 41 anos, residente na área urbana)

Pela entrevista relatada pode ser observado que a maneira como é retratada a estrutura anatômica e o funcionamento do corpo humano, localiza os "nervos" como o elo da relação entre os processos fisiológicos orgânicos ocorridos no corpo e os processos mentais e sensoriais que têm como sede a cabeça, lugar da racionalidade. Concebido como uma "ligação que a gente tem pelo corpo", a exemplo de uma "pilha" que faz funcionar o "relógio/corpo", os "nervos" encontram-se por um lado, articulados ao outro circuito corporal, o sangue, que passa pelas veias e é o elemento de sustentação física do corpo; e por outro, alocados à cabeça que, dentro desse conjunto de representações, aparece como centro vital que, tal como observou oportunamente Luis Fernando D. Duarte, opõe e encopassa o próprio corpo, ao ser concebido prioritariamente como o "elemento mais moral" da "fisicalidade" do corpo: "... ambos esses circuitos de comunicação (o sangue e os nervos) têm uma dimensão "físico-moral", em que o sangue é algo mais físico do que moral e os nervos algo mais moral do que físico, reconstituindo a oposição hierárquica que faz com que a cabeça, por ser também mais moral do que física, emcompasse o corpo (mais físico, por sua vez, do que moral)" (34)

Desse modo, "os nervos" não só processam a unidade entre o corpo e a cabeça como também são os elementos mediadores reagentes da relação do indivíduo constituído, como essa unidade, com o meio físico e social nos múltiplos planos em que essa relação ocorre e afeta simultaneamente o orgânico

(34) DUARTE, Luis Fernando D. - *Op. Cit.*, p. 401.

e o mental. Ou seja, como elementos integrantes da corporalidade, os "nervos" capacitam e controlam a expressividade externa ou a realização do indivíduo — corpo físico como indivíduo — pessoa dotada de idéia, pensamento, sentido, juízo, vontade, disposição e emoção de maneira socialmente adequada e requerida como necessária, de acordo com os padrões culturais nos quais ele se constitui e é constituído como pessoa. De fato, o "nervoso", ao aparecer associado ao conjunto das disfunções ocorrentes nos fluxos e nas qualidades dos elementos corporais, aparece mesmo como avaliador da capacidade mental e moral dos indivíduos.

Procuramos até então caracterizar o "nervosismo" pela base bio-fisiológica que é imputada à sua manifestação como enfermidade. Por outro lado, é justamente em relação aos papéis definidos socialmente (função e comportamento) que a "doença dos nervos" configura a morbidade em toda a sua extensão ao revelar a maneira como está estruturada essa relação do indivíduo com o meio físico e social, aparecendo mesmo como constitutiva ou inerente ao padrão das relações sociais, familiares e de trabalho. Particularmente para se referirem ao grau e à forma como o "estado nervoso" manifesta esse aspecto, como expressão descritiva usada, o "*ter cabeça fraca*" especifica por exemplo, o comportamento ligado ao esquecimento-alheamento de algumas normas de convívio familiar e social, e também das atividades diárias. Sobre esse aspecto o "nervosismo" passa a aparecer associado à capacidade para o trabalho e o "*cuidar da obrigação*".

"Sou doente da cabeça e meu marido também: dá aquela cabeça fraca. Se coloca as coisas num lugar esqueço, paro com a obrigação da casa, chego a ficar trinta dias de cama, sem comer nada, só tomando leite e água com açúcar".

(mulher, casada, 47 anos, residente na área urbana do município)

De fato, caracteriza-se aqui a doença em toda a sua gravidade, uma vez que não só se passa a apresentar disfunções orgânicas (não estar se alimentando) como as próprias funções mentais encontram-se afetadas sob um ponto fundamental: a perda da capacidade do indivíduo de atuação no mundo através do trabalho e do exercício das suas atribuições ao se ver privado dos valores morais constituintes dos papéis que exerce, tais como, senso do dever, responsabilidade, atenção, eficiência, resistência e inteligência. Com efeito, a ênfase na caracterização do estado mórbido procura ressaltar esses aspectos, tais como: *"num tem idéia prá nada"; "a idéia dele não dá prá dormir no barulho"; tenho homem e ele num tem idéia, travaia, travaia e nós num tem nada, passando falta"; "tem hora que eu caminho de lá prá cá, só dando hora dos menino chegar pra comer e a idéia num dá pra fazer o comer"; "num põe sentido no que tá fazendo"; "fui fazer o negócio com o sentido perturbado"; "num sabia o que tava fazendo".*

Dentro do quadro mórbido do "nervosismo", o "estarou ter cabeça fraca" representa dessa forma, um estado de perturbação maior que, ao afetar o desempenho das funções, afeta naquilo que elas valorizam positivamente o indivíduo, ou seja, a demonstração da capacidade, discernimento e responsabilidade pessoal frente às atribuições e aos acontecimentos.

De fato, esses atributos aparecem como as qualidades maiores que o indivíduo deve possuir, culturalmente dadas e idealmente valorizadas como necessárias e constitutivas das funções e papéis a ele atribuídos.

Luis Fernando D. Duarte observou, em um artigo sobre o tema (35), que as representações dos trabalhadores de pesca em Jurujuba (Niterói-Rio de Janeiro) sobre a "doença dos nervos" aparecem como fundamentais para a compreensão da construção da identidade pessoal justamente ao associar a sua manifestação com o elemento moral, a obrigação, da trindade constitutiva da "noção de pessoa" que comporta dois outros elementos, a força e a inteligência, atributos naturais do "homem adulto". Os recortes e aproximações entre esse modelo constitutivo do padrão cultural da "noção de pessoa" e as funções e papéis sociais segundo sexo e idade, tornam particularmente marcante o problema ou a crise que a "doença dos nervos" possa vir a representar. De acordo com as observações do autor, por ser a obrigação o único atributo que define socialmente a mulher, ela própria associada as atividades interiores (o "cuidar da casa" e a "criação dos filhos"), torna-a facilmente susceptível de ser a presa da "doença dos nervos", que aparece quase que de forma endêmica e "natural" ao estar associada ao próprio atributo que a constitui.

De fato, ao observarmos os dados disponíveis

(35) DUARTE, Luis Fernando D. - "Doença dos Nervos - Um estudo de representações e visão do mundo em um grupo de trabalhadores", *Ciências Sociais Hoje*, nº 1, CNPq, ANPOCS, 1981.

sobre a relação entre sexo e diagnóstico da "doença mental" a incidência entre as mulheres é consideravelmente superior. Da mesma forma, os médicos locais observam por exemplo, que a Síndrome de Conversão Psicomotora (S.C.P.M.) é um fenômeno geralmente observado entre as mulheres e sugerem que esta teria um papel análogo ao alcoolismo entre os homens como forma de extravasamento das tensões presentes nas relações sociais e familiares. Dados fornecidos pelo estudo de Marcos Queiroz em Icapara (36), indicam também que 80% das mulheres casadas dizem sofrer "dos nervos", sendo que para os homens esta incidência é de 10%. Configura-se aqui um quadro extremamente sugestivo que, ao relacionar essas manifestações à posição inferior e submissa da mulher na sociedade, dá margem a múltiplas interpretações: quer como mecanismo psicológico de reação dos problemas e conflitos vivenciados na esfera doméstica no quadro de uma explicação mais psicologizante; quer como mecanismo socialmente adequado de apresentar determinados comportamentos considerados inadequados ou negativamente valorizados pela comunidade como o excesso de agressividade; ou ainda vindo-se a aparentar com as situações políticas informais descritas por Lewis (37), nas quais essas manifestações (posseção, histeria, conversão), articuladas a um discurso mórbido ou religioso, aparecem como estratégias manipulatórias das regras do poder e dominação socialmente estabelecidas.

Considerando o tipo de causalidade que é invo-

(36) QUEIROZ, Marcos - *Op. Cit.*

(37) LEWIS, Ioan - *Extase Religioso*, São Paulo, Perspectiva, 1978.

cada para explicar o "estado de nervosismo", este não só se encontra associado à condição social da mulher, mas aparece como constitutivo da sua própria conformação biológica e psicológica. De fato, a maneira como correlacionam a sua manifestação, simultaneamente com os processos fisiológicos e os acontecimentos exteriores, já estabelece uma propensão maior das mulheres à "doença dos nervos". De um lado, caracterizada como o elemento interno a casa, a mulher é também o elemento moral e emocional, estando mais sujeita às aflições e preocupações que afetam a estabilidade da organização familiar, em comparação com o homem, que deve demonstrar força, coragem e discernimento, estando, portanto, mais apto a lidar com o mundo exterior através do trabalho, da provisão dos bens à família, da condução dos negócios. Por esse caráter ainda, que as associam com uma certa fragilidade emocional, se alia o fato de que a sua constituição biológica predispõe determinados estados como a menstruação, parto, resguardo e menopausa que aparecem, como observamos anteriormente, como estados propiciatórios, em conjunção com determinados fatores, da "doença dos nervos" e mesmo, da "doença da cabeça".

Por estar associada a essas características que determinam a sua quase cronicidade entre as mulheres, compreende-se o quanto a "doença dos nervos" aparece como mais grave quando se manifesta no homem. Grave em dois sentidos: tanto em relação à forma e grau como se manifesta, quanto as implicações e distúrbios ocorridos no plano da organização familiar serão maiores ao estar sendo afetado o elemento provedor-intermediário da relação com o mundo externo à casa.

Significativamente, os homens entrevistados que apresentam o quadro sintomático do "nervosismo" estão aposentados por invalidez, por outra etiologia mórbida ou por distúrbios psíquicos. No primeiro caso, adequam-se à categoria dos doentes socialmente inválidos e o nervosismo aparece em decorrência da doença que o acometeu ou da incapacitação a que foi submetido.

*"Recebi uma pancada na cabeça. Tava bêbado e juntou quatro pra bater. Quebrei a perna e fiquei surdo desse ouvido aqui e tapou o olho: noventa dias que fiquei internado. Hoje tô é com dor de barriga tem três dia. O menino veio pegar a guia, vim correndo pra chegar na hora... Trabalhava na roça, muita amolação e prejuízo, vim embora. Era fichado na Acesita quando aposentei. Tomo comprimido de dormir quando tem, que acaba comprimido, acaba o dinheiro, acaba tudo. É muito nervoso tem de tomar calmante. Antes num tomava não, tinha bom sono, num tinha medo de serviço nenhum. Tem na base de quatro anos que comecei a sentir essas dor. Tem ocasião que a cabeça dana a rodar, aí tem que sair pro mato, num fico dentro de casa, num posso escutar barulho.
(...)*

Fico pensando, pensando e vai dô um arranco: tenho de sair, fico com aquela agrura de ir pra roça. Mas faz três dias que tô lá, fica vontade voltar. Pensar não adianta, não chama comida. Queria viajar, procurar recursos. Conversa distrai um pouco, só de vim consultá já melhora".

(homem, casado, 45 anos, aposentado)

O relato que esse entrevistado fornece é elucidativo. Aposentado por invalidez em decorrência dos ferimentos e contusões do espancamento que foi vítima, o estado de "nervosismo" aparece não só como causado por essas contusões e ferimentos, como é decorrente das condições de vida à qual foi submetido, representando mesmo a impotência de modificá-las. Mais do que isso, o "espancamento" com a consequente debilitação física e emocional, passou a afetar a própria estabili-

dade e "saúde" da família: a mulher passou a ter *"problema de cabeça desde que aconteceu isso, que tava de resguardo e com o susto que deve ter levado começou a ficar ruim. Dessa ocasião prá cá não curou mais saúde"*, um menino *"sofre dor de cabeça, quase morre, tem tonteira"*, o outro tem *"gripe, chiado, febre"*, mas, *"num tinha isso não, foi tudo dessa época"*. Com referência ao segundo aspecto, antes de estar se constituindo como um meio privilegiado para arrecadação de benefícios previdenciários, o "encosto no INPS" (38), a "doença dos nervos" aparece em sua extensão e gravidade máxima: o enlouquecimento.

Luis Fernando D. Duarte sugere, sob esse aspecto que, frente as qualidades e condições diferenciais atribuídas ao desempenho dos papéis e tarefas de homens e mulheres para a reprodução físico-moral da família, como valor estruturante das relações e da própria concepção de mundo dos trabalhadores (no caso, o autor refere-se explicitamente aos trabalhadores urbanos), impõe-se também modos diferenciados

(38) De fato, dados estatísticos do INAMPS, assim como pesquisas mais recentes em instituições psiquiátricas como a tese já citada de Simone Soares, ou mesmo aquelas realizadas junto à população como os trabalhos de Maria Andréia Loyola e Luis Fernando D. Duarte, têm observado, que a frequência de casos de aposentadoria por "doença dos nervos" está relacionada a um recurso estratégico para o aumento da renda familiar, uma vez que o aposentado passa a se dedicar a trabalhos esporádicos tendo uma pensão fixa fornecida pelo Estado. Tal procedimento parece não ser frequente em Itamarandiba. Dados do FUNRURAL local atestam a época da pesquisa que em um total de 149 processos, 3 casos de aposentadoria eram por "doença mental" (2 mulheres e 1 homem). Como empregados assalariados da Acesita, em regime de CLT, havia um total de 12 casos entre aproximadamente 1.300 funcionários sob controle psiquiátrico entre afastados temporariamente e aposentados. Provavelmente o tipo de controle e exercício da prática médica local e a própria difusão dessa prática comprova esse uso "estratégico" da doença.

de reação às perturbações. Desse modo, a mulher, associada à *interioridade* da casa, adequa-se a uma perturbação interna e privada, representada pela "crise dos nervos"; o homem associado à *exterioridade* da rua e do trabalho manifesta a perturbação de modo externo e público, como através das brigas e do alcoolismo. Sob esse aspecto, caberia mesmo ressaltar que as causalidades percebidas como disruptoras das perturbações também aparecem demarcadas por essa esfera ou espaço diferencial atribuída aos homens e às mulheres que tendem, respectivamente, associá-las com o trabalho e às condições mais gerais nos quais ele se exerce, e aos problemas e preocupações em torno do marido (descumprimento da "obrigação" por não "botar comida dentro de casa", bebedeira, pancadaria, abandono) e dos filhos (acidente, morte, doença, "desgosto").

De um modo geral, entretanto, a "doença dos nervos" acomete tanto a homens quanto a mulheres em todas as faixas etárias, sendo comum a sua manifestação em crianças (principalmente o "acesso" associado aos vermes, quedas, pancadas, problemas decorrentes do parto e da amamentação, que predispõem o estado de fraqueza da criança ou como observa uma entrevistada: "*filho criado com pouco sangue*"). De fato, os dados sobre a situação de consulta e outros coletados durante as entrevistas permitem caracterizar esse grupo como: mulheres casadas, na faixa etária de 30 a 50 anos, donas de casa e residentes no período de 1 a 5 anos na área urbana do município.

A aparente contradição entre a elasticidade/a brangência da categoria "doença dos nervos" e a tendência à

sua fixação/demarcação a um grupo social definido segundo sexo e idade, remete ao próprio modelo de causalidades presumidas, que estabelece uma relação de subordinação entre as regras gerais da composição e do funcionamento do corpo humano e a forma como este é afetado pelas condições, eventos e acontecimentos exteriores, pensados e articulados como determinantes.

"Ser ou estar nervoso", como expressão genérica que qualifica estados dispostos hierarquicamente segundo o grau e a forma como se manifesta a morbididade; é inerente às condições sociais de vida às quais o indivíduo se acha exposto: o "*passar falta*", "*ter preocupações*", "*sofrer contrariedades*". Ou seja, encontra-se determinada pelos problemas situacionais de diversas ordens de causalidades que aparecem como manifestações dos conflitos e contradições latentes na estrutura social. Análogo ao estudo de Maria Sílvia Carvalho Franco (39) que analisa a violência como fenômeno constitutivo da forma de organização social e do padrão de valores nas "sociedades camponesas" através de alguns aspectos — vizinhança, cooperação no trabalho, relações lúdicas, parentesco e moralidade que predisporiam-na como comportamento esperado e valorizado, a "doença dos nervos", em todos os "estágios" da sua manifestação, aparece como constitutiva das condições de vida objetiva — deslocamento espacial, privações, forma de trabalho — e do padrão de relações familiares e sociais — a estrutura familiar que especifica papéis, vizinhança e princípios

(39) CARVALHO FRANCO, Maria Sílvia - *Homens livres na ordem escravocrata*, São Paulo, Ática, 1974.

que orientam a cooperação, herança e ocupação da terra. De fato, a estrutura narrativa da fala sobre a "doença dos nervos" é montada de forma a salientar esses aspectos estruturais que compõem a biografia do indivíduo e são responsáveis pelos problemas situacionais vistos como fatores predisponentes ou mesmo causa do estado mórbido apresentado:

"Sinto falta de ar e uma dor de cabeça que na parte da manhã tá mais afiada, lá prás 10 horas. Já consultei 4 a 5 vezes no Hospital, dizem que é problema dos nervos. Eu acho que eu tô sentindo é problema de útero, uma queimação assim que eu não aguento. Tem 6 anos que moro aqui. Na roça eu sentia só dor de cabeça. Depois que mudei começou a bateção no coração e costume manchar o corpo, fica aquelas mancha roxinha. Quando eu sinto perco a fala, a mão enrola. Trabalhava na roça mais era só dor de cabeça que num prejudicava. Sinto isso principalmente dia que eu tenho alguma contrariedade que me prejudica. Tenho uma filha que contraria, é que ela não é muito certa do juízo, é muito nervosa, toma calmante direto. Ela sofre problema de por sangue pelo nariz, que chega a sufocar nele, que tem vez que ela vem morta pro Hospital. Já teve internada 3 a 4 vez por esse problema. O médico diz que é um verme brabo que ela tem no miolo, que prejudica os miolo dela e falou que era pra tratar em Belo Horizonte, mas num dá pra levar ela ainda. Repuxo ela num sente. Eu sinto demais, repuxa meus nervo que eu sinto eles estalando. Outra filha também sente repuxo, falta de ar, num tem um ano que ela deu pra sentir isso. Toma direto comprimido. Eu comecei a sentir e senti também. Na roça trabalhava demais, mas andava mais despreocupada. Trabalhava, cuidava da lavoura... vim pra cá contrariada, desapareceram com coisa minha e sou obrigada a ver certas coisas. Vim pra fazer gosto do marido que vendeu tudo e agora nós vive de esmola, num trabalha mais, vive só de aposentadoria, que num dá pra nada. Vendeu que era um pedacinho de terra, herança e ele tava brigando com o irmão, em tempo de acontecer uma coisa mal feita. Então vendeu, deu pra comprar a casinha

mas vivemo mal, piorou demais que na roça a gente passava mal mas aqui tá pior. O filho caçula tá doente, fraquinho, que é anemia. Os outro tá casado, cuidando da família, num dá pra valer nada não. Os cal mante não adianta nada. Tem 10 dia que eu tô assim, tomando calmante pra ver se passa, mas não adianta nada não. A menina num posso com ela zangando pela casa ... tem que sair pro terreiro, pro ar correr. Quando eu tô nervosa ela fica calma. Hoje ela tá num nervo danado e quando tá assim tem que deixar pra lá, que se quer fazer as coisa faz, se num quer deixa pra lá, que é doente, que se não, começa a botar sangue pelo nariz (...) O problema é com a menina, que ela também é doente. Duas nervosa dentro de casa é difícil. Como eu tenho mais juízo que ela eu saio, vou conversar com as colegas e aquilo vai passando e fica essa falta de ar e bateção no coração".

(mulher, casada, 59 anos, residente na área urbana do município)

Dessa maneira, se por um lado parece inegável que a difusão da sintomatologia do "nervosismo" e o papel que o "ser doente" adquire no contexto das relações familiares, desculpando comportamentos e contendo reações, vem assumindo função crescente como maneira de se representarem socialmente, por outro lado, a "doença" é descrita em relação a fatos, acontecimentos e situações que se articulam em torno de um problema fundamental: a mudança meio rural-cidade. De fato, a grande parte das entrevistas relacionam o estado mórbido aos fatores migratórios, à desagregação das relações familiares, de vizinhança e patronais, através das quais se realizava a continuidade da produção dos meios necessários à subsistência, à precariedade de manutenção e reprodução na área rural e, consentâneo a esses fatores, o desemprego, a miséria e a

marginalidade da área urbana (40).

Dentro de tal contexto, "a doença dos nervos" pensada e articulada como uma reação aos fatores e condições externas, realiza no indivíduo — corpo físico — as transformações ocorridas a nível macro-estrutural: o que ela anuncia é uma crise generalizada, a desorganização no interior das relações sociais e familiares, do próprio "modus vivendi"; e ao fazê-lo revela os problemas, conflitos e contradições fundamentais presentes na sua estruturação. Concebida como intrínseca à constituição do indivíduo, parte de sua constituição física, biológica, hereditária, comportamental e moral, é no quadro dos problemas situacionais que os fatores predisponentes são correlacionados, quando não, a causalidade imediata é estabelecida. Mesmo quando existe uma pré-disposição inata à "doença dos nervos", por causas hereditárias ou pelo "estado de fraqueza" do indivíduo, há sempre uma situação que é da da como antecedendo ou provocando a "crise", que aparece como um desdobramento dos sucessivos, pequenos e grandes acontecimentos, quando não configura propriamente o estado do indivíduo no mundo. O caso de D.M.... é particularmente revelador.

(40) Sob esse aspecto, Luis Fernando D. Duarte sugere que entre os trabalhadores urbanos, como é no plano da relação familiar/local que se aglutina, se expressa e se consolida a visão de mundo deles, pressupondo uma relação de reciprocidade e complementariedade através da qual se constrói a identidade do grupo, a "crise dos nervos" aparece nesse contexto como uma consequência da desruptura das relações de complementariedade e reciprocidade no trabalho, ou seja, o desempenho da "obrigação" pelo trabalho sem a contrapartida que assegura as condições de reprodução física desses trabalhadores. Ver Duarte, Luis Fernando D. - *Op. Cit.*

Descrevendo o estado de "fraqueza na cabeça" que apresenta, simultaneamente o mesmo é relacionado a múltiplas causas em ocasiões diferentes (tiro no filho, brigas com a família do marido, resguardo temporão de uma filha), descrito em relação às condições materiais de vida (trabalho na lavoura, migração para o centro urbano) e o estado das suas relações familiares (problemas com o marido e os filhos), pensado como hereditário (vários membros da família morreram enlouquecidos) e atualizado no presente como configurando a sua situação-problema:

"Dinheiro faz falta, num tá fácil pra nós não. Eu tinha binôculo de retrato! Gostava de ver meu marido com meus filho, tudo arrumadinho e o pai no meio. Se eles tava na cidade, eu sentia saudade e via eles no retrato. Casei não foi por gosto não. Casei porque tinha que casar... nem achava ele bonito nem ativo. E ele me chamava de patranha... eu achava que o Diabo aparecia pra mim... Eu tô sofrendo demais, tô com a cabeça fraca. Se eu num tivesse a cabeça fraca ia pra Belo Horizonte, aprender a escrever meu nome. Acho que meu marido me acha boba porque num sei escrever meu nome. Corria friagem na cabeça, igual uma água, uma dormência esquisita. Tô esquecida, dá zoera. Tô até com vergonha de falar, num tô falando direito. Antonio ri de mim, que eu tô com conversa atrapalhada... É preocupação, fraqueza no juízo. Esqueço o nome das pessoa ... Eu fraqueei a cabeça tem muito tempo. Fiquei com a cabeça enfraquecida de repente! O cumpadre deu um tiro no meu filho... o dô que deu! Fiquei preocupada, chorei demais, perdi o juízo de uma vez. Tem mais de 6 anos. Ruindade dele... briga com mulher... Eu fico me lembrando e que triteza! E eu sozinha cuidar de tudo... Eu tenho que consultar pra ficar boa pra trabalhar... Dois menino meu trabalha na Acesita, mudemo pra cá... Morei dezesseis anos no terreno dos outros, quase vinte ano perto de meu sogro. As cunhada era solteira e vivia me atazanando. Num gostava de mim não... Meu marido ralhava comigo, ficava nervoso. Foi daí que fui ficando

com a cabeça fraca. Eu sentia aquelas gota fria, aquela friagem na cabeça, purgação no ouvido, pereba na cabeça. Coço, aquela dor danada da lasca, quase pra rancar o casco da cabeça de tanto coçar, e tem hora que dá aquele calor esquisito... Já briguei muito. Casar sem combinar num dá não. Meu marido diz que eu falo bobagem, aí eu digo pra ele que sô doente... que eu tô conversando demais... Mais eu gosto de amizade! Se eu fosse ativa mesmo, ele ficava comigo. Com esse negócio de criação de família... queria fazer filho em mim, fez doze. Agora que eu aposentei falei quando eu aposentã ocê tem que aposentar comigo. Tô achando que ele num gosta mais de mim, vai desprezar eu... Tá fortão ainda... E eu aguento tudo... eu sozinha pra cuidar da casa, comida pronta na hora, roupa lavada... a gente precisa de um dia de descanso na vida... Pagava arrendo na roça, ano passado nós saimo de lá. Saimo de lá. Ele (o fazendeiro) num tava achando bem de nós não. Num tava querendo deixar botar roça, ele gosta é da terça e do serviço. Tinha ano que dava enchente, acabava com as plantação no rio... o mandiocal tirava a terça. Antonio bateu capim pros boi todo. Invadia a plantação da gente, aquela porcajada e o gado. Demo lucro pra ele. Dava mandiocal de terça pros outro fazer farinha de meia! Na beira do rio é danado pra dá prejuízo! e eu doente... Oh! meu Deus, eu queria morrer, ter coragem! A irmã de le (do marido) entrou no rio pra morrer. Era doida varrida, vivia batendo nos outros, rasgava a roupa do corpo. Toninha morreu doidinha... A mãe dela era doida, tomou formicida! Quem era eu pra pular lá dentro! Meu pai foi pro milharal e botou fogo debaixo da guela, garrucha de chumbeiro (...) Meus tio quase tudo tem falta de juízo, duas irmã minha ficaram como juízo atrapalhado também. A minha cabeça fraca é do resguardo da Terezinha. Fico conversando muito, mas dá pra cuidar da obrigação, cuidã da... fico escutando coisa e num tem nada não. Antonio diz que eu vejo coisa que num tem... é cabeça fraca".

(mulher, casada, 53 anos, residente na área urbana do município)

Por esse relato é possível observar que as causas da manifestação da doença são situadas em vários momentos, indicando o deslocamento do motivo aparente. Ou seja, as causalidades se sobrepõem a um momento ou vários momentos da história pessoal, desviando e ao mesmo tempo se referindo ao *continuum* do estado das relações familiares e sociais. De fato, o discurso sobre o "nervoso" permite que se estabeleçam conexões entre os sintomas mórbidos apresentados pelo indivíduo e os múltiplos fatores situados em planos diferenciados, através dos quais as manifestações nervosas são percebidas e relacionadas, mantendo-se ao mesmo tempo a especificidade das situações que aparecem como esclarecedoras do quadro que é descrito. Trata-se, como observou Luis Fernando D. Duarte, de situações nas quais o corpo, ao ser submetido às condições que o "enfraquecem", predispõe ao "nervosismo"; ou que a pessoa, ao ser moralmente perturbada pelo acirramento da "sensibilidade nervosa" pelos problemas e preocupações decorrentes da esfera das suas relações, "enfraquece a cabeça".

Essas situações se sobrepõem, entretanto, na explicação que é feita. Procura-se ressaltar os fatos considerados mais relevantes para o estado de "nervosismo" ou de "fraqueza" descrito, ao mesmo tempo que mantém-se a referência aos planos gerais através dos quais opera-se a percepção do modo como se encontra estruturada e articulada as relações constitutivas do modo de vida da pessoa.

Sob esse aspecto, se, de fato, o "nervosismo" aparece como afetando particularmente as mulheres (a entrevista acima citada é reveladora), ou é em relação aos papéis atri-

buídos na estrutura social que a determinação do estado mórbido é dada, é porque esta contém ou dispõe os fatores patogênicos. Ou seja, os fatores predisponentes à enfermidade nervosa tal como são concebidos e correlacionados ao mundo exterior são constitutivos do padrão de relações do indivíduo e das condições sociais que o mesmo apresenta. De uma certa forma, espelha-se, através da doença, a forma como a relação indivíduo-sociedade é apreendida, pensada e significada. Por esse aspecto, a situação de mudança, ao ser ou exacerbar a crise generalizada da totalidade das relações do indivíduo — o seu mundo estruturado — refere-se e é referente ao estado e grau de morbidade nervosa por ele apresentado, particularmente em relação à "loucura".

III.5 - O DESREGRAMENTO DA RAZÃO E O CONTROLE TERAPÊUTICO

O uso das expressões denotativas de alguma morbidez nervosa, mesmo quando compondo a descrição de um mesmo quadro sintomatológico, procura especificar a gravidade ou a intensidade das manifestações sintomáticas pelos efeitos que estas causam no comportamento manifesto do indivíduo. Pautando-se sob uma mesma base, a ação dos nervos, é com efeito, formada em uma escala hierárquica que diferencia os estados mórbitos, segundo o "*sofrer dos nervos*" e o "*sofrer da cabeça*" ou então "*estar nervoso*", "*estar com a cabeça fraca*" e "*estar doído*". Portanto, a "loucura", como a expressividade máxima da enfermidade nervosa, não é pensada em relação ao pa-

drão de normalidade socialmente definido, mas em relação ao intervalo de variação do comportamento normal: há quem seja "esquisito", e tenha a "cabeça fraca", há quem é "nervoso", "dá acesso", briga e bebe muito, mas o *louco* apresenta uma sêrie de comportamentos que fazem dele figura singular:

"tem doido que num faz arte de nada com a gente. Outros são desatinados, tem que ficar amarrado. Parente de dona minha, doido que morreu louco, um desse avança. Irmão da dona, já nasceu doente, nem conversava. Meu afilhado. Tinha 17 anos. Saia pros matto, andando, vagando... Num demora foram procurar, tinha caído dentro do poço. Num era certo não, nem falava, num tinha idéia pra nada, passava lama na cabeça..."

(homem, casado, 43 anos, aposentado)

Dessa maneira, o comportamento invocado como critério de nomeação do "louco" varia do retardamento mental (pouco frequente como sinal de "loucura", geralmente dizem "nasceu bobo" ou "ficou abobado") a certas ações consideradas impróprias, extravagantes e destituídas de sentido. As entrevistas oferecem relatos tipo: "*comia carne crua*", a avó "*amanheceu cantando ingual galinha, quando tava pra morrer desendoidou e entristeceu*", "*parou de falar, ficando no canto só cismando*", "*desconhecia os outros*", "*conversava com os santo, rezando o dia inteiro*", "*tava achando que os outro tava cercando a casa pra matar ele*", sendo que os comportamentos mais freqüentemente apontados são: a excessiva agressividade resultando em quebradeira, mutilação pessoal, agressões físicas a terceiros e o vaguear, andar sem rumo, correr para os matos e chapadas, ou a "caminhança" — o desregramento completo da razão: "*enfesava dentro de casa, dava aquela sem razão, e vontade de sair pro mato*".

"Uma irmã por parte de mãe ficou louca uma ocasião. Minha mãe tava em casa não, tinha saído pra negociar e deixou ela torrando farinha. E ela saiu, deixou a panela e tudo e saiu com um pente e fita na mão. Aí Rita (a sobrinha) xingou ela que tava deixando a farinha grossa e que ia ver quando mãe chegasse.

Eu disse: Rita, larga ela que a idéia dela tá mudando! Pelo jeito dela, eu já tava percebendo que ela tava enfraquecendo a cabeça. E ela ficou passeando, de um lado pro outro olhando pro lado de lá com o pente na mão... era viúva, tinha 3 filho e morava com a gente desde a viuvez.

De noite, acordou eu, tava chovendo, e disse que tava vendo o padrinho, que ele tinha chegado na porta da sala e perguntou onde tava a rapadura pra ir tirar açúcar pro café.

Eu fingia que tava dormindo pra ela não fazer nada não. Ela gostava muito de mim e eu dela, ela obedecia só eu, quando dizia pra comer, pra tomar café...

E passou a ficar noite assim, acendendo fogo de palha e indo lavar perna na chuva, acendendo fogo e lavando perna na chuva e tornava a fazer.

Eu já encontrar com a mãe na virada da estrada pra contar pra ela, pra ela não dizer nada com ela não, para não aborrecer e ela, que ela tava de cabeça fraca.

E foi passando, que quando chegava de noite tinha que trancar ela no quarto que ela queria ficar queimando a gente; fazia a gente ajoelhar, jogava coberta em cima da gente que era pra ajoelhar e ficava rezando a noite toda.

Mãe trancava a gente no quarto pra ela ficar livre na casa e nós não dormia mais com ela, nós trancada no quarto e ela pegando fogo e jogando por cima, no quarto. Mãe mandou internar ela no Instituto Raul Soares. De lá ela fugiu e a polícia pegou ela na rua e levou ela de volta, depois mandou pra Contrato (distrito local). Toma remédio que os médico do Raul Soares deram direto. Quando ela dana a zangar o filho dela vem pegar remédio. O irmão nosso é que levou, a mãe mandou ele e os médico que veio ver mandou levar ela pra Belo Horizonte, tem uns 15 anos isso.

Começou com uma história de casamento.

Mãe tava puxando massa e ela ajudando mãe e foi dizendo que Miguel, filho do padri-

nho Afonso queria casar com ela. Mãe virou e disse pra ela: deixa de bobagem, viúva velha casar com rapazinho novo! Foi a idéia que passou nela e ela foi ficando doida.

De noite pelejava para fazer café pra eles, que eles tavam na soleira. Ela via era o espírito deles, que eles num tava lá não.

Nós acha que foi isso mesmo que assucedeu. Hoje ela zanga, mas não é de ficar fraca da cabeça. Fica meio perturbada e o filho corre a pegar receita. O Dr... é que passa. Fica triste, preocupada, sem querer comer, questão porque eu não chego a ver".

(mulher, solteira, 37 anos, residente na área urbana do município)

Desse modo, no quadro das perturbações nervosas, a "loucura" passa a ser reconhecida como tal, pela avaliação moral da gravidade dos atos praticados, feita através de uma "lógica situacional" que demonstra publicamente a inconsciência da pessoa ao cometê-los. Por esse fato, quando se manifesta, a loucura é vista como algo de insólito e inesperado. É no decorrer do acontecimento que uma série de relações passadas são estabelecidas procurando, pela reconstrução dos sinais iniciais de mudança de comportamento, um fato explicativo que passa a ser transmitido e reconhecido como a causa de determinada pessoa ter ficado "louca". O fato assim determinado é portanto, aquele selecionado dentre um conjunto de circunstâncias que envolvem o caso específico e que se adequa a uma das formas possíveis de explicação da "loucura", como na entrevista relatada, que a associa com a "idéia", "imprópria", que "passou" na irmã. Observemos por outro relato como é operada essa reconstrução (factual) - construção (explicação) da "loucura" como entidade mórbida:

"Tem uma comadre que é doida, ela fica variando, variadinha na passagem de lua. Não faz nada, amarra é as mãos dela pra trás, fica com medo dela fazer maldade com as crianças. A mãe dela morreu doida. Na ocasião de lua, queimava as coisa da casa, andava, mas num fazia nada pra agredir não. Uma irmã dela casada fica doida depois de ter menino; aquietava e num olhava o menino, o outro ela nem quis, a sogra é que cria e fica falando aquelas coisa esquisita, atrapaiada. Falava que num queria menino, que ia sair pro mundo. O homem dela trancava ela no quarto. Um irmão dela também é doido, tem 3 irmão, que um num é doido, mas num tem a cabeça certa não. Acho que anda ficando doido que é coisa de família, num firma a idéia pro serviço, num tem idéia não, fica negociando.

Essa outra teve 3 filho, depois do quarto é que ficou assim. Ela tem até terra, muita terra, mas o homem dela não põe nada dentro de casa não, fica negociando, ele pega a sentir falta das coisa e fica com a cabeça fraca e endoidece. A comadre, o homem dela trabalha na Acesita e é ele que cuida dela, num deixa faltar nada não, que é mesmo de família. Fica por lá, até melhorar. Tem a lua que passa ela melhora.

Dizem que a lua é que muda as idéias da pessoa: quando ela tá cheia zanga, quando a lua passava ela melhora.

Teve outra doida que sarou foi no raizeiro e curou ela, que era coisa de espírito. Essas outras não, é de família.

Os homens delas vão no raizeiro, trás remédio pra elas, melhora um tempo, passa um mês volta a zangar".

(mulher, casada, 35 anos, residente no município)

Primeiramente, o comportamento é associado a uma ocasião: "fica variando na passagem da lua", "fica doida depois de ter menino". Mas o fato ainda não é a explicação; ele só se torna quando outros fatores são correlacionados e não compõem o quadro esperado; a irmã da comadre enlouqueceu depois de ter tido o quarto filho, mas, apesar de terem terra o marido "num põe nada dentro de casa, fica negociando, ela

*pega a sentir falta das coisas, fica com a cabeça fraca e en-
doidece*". Enquanto que, se a comadre não tem os mesmos problemas que a irmã, uma vez que o marido não deixa faltar nada em casa, portanto é a lua que influencia o seu comportamento, dado que a coincidência entre a mudança de um e a "passagem" da outra já tinha sido observada. O fato em específico da "passagem da lua" influenciar o comportamento de uma das irmãs e dos problemas familiares "enfraquecerem" ou "endoidecerem" a outra são explicados por um argumento eficiente e comprobatório em relação à mãe e aos irmãos: *"é de família"*. O fato de ser *"de família"* ainda explica o porque que o remédio do curador não curou o mal das duas irmãs, contraposto ao caso de uma outra pessoa cuja causa da "loucura" era *"espírito encos-tado"*, e, desta forma, é colocado outro fator explicativo possivel, recusando-o para as duas irmãs e reafirmando o caráter hereditário.

Desse modo, tal como a "doença dos nervos" e pautando-se sobre os mesmos princípios explicativos que orientaram a sua percepção, há uma cadeia de causalidades possíveis e particularizadas da "loucura" como acontecimento, através da qual realiza-se a operação interpretativa que determina a configuração de cada caso, pela avaliação situacional que é feita sobre o mesmo.

De fato, as alterações nervosas e o "enfraquecimento da cabeça" trazem em si a possibilidade da "loucura" e, de um modo geral, as causalidades invocadas são as mesmas:

*"Eu só posso pensar que a gente que bebe
enfraquece e o enfraquecimento gera. Ou-*

tros sofrem do estômago, dá acesso e traparia na cabeça".

(mulher, viúva, 67 anos, residente no distrito municipal).

"Loucura é doença, dizem que cai um pingo de sangue na cabeça e dá loucura".

(mulher, casada, 57 anos, residente no município)

"Da mulher é resguardo. Resguardo faz isso, passa raiva ou susto e o sangue sobe. Homen é de menino novo: gripe e resfriado que já lá vai pra cabeça e se a pessoa não tratar, fica gravado no miolo da pessoa que nem pedaço de madeira que tira lasca e o pau cresce com aquela marca. Eu acho que a cabeça e o coração são a vida da pessoa".

(homem, casado, aposentado por invalidez)

"Fui lavar o ouvido com água quente e a água despassou pra cabeça queimando os miolo que tem hora que eu num vejo nada, dá aquele zumbido que eu tenho que sair, senão dá quebradeira, chego a bater nos menino sem ver nada, sem escutar nada".

(homem, casado, 36 anos, empregado na Companhia Reflorestadora).

"Acho que impressiona com alguma coisa que entra no sentido. É doença não ter idéia de fazer as coisa, fazer algo sem sentir. Negócio do sentido é muito perigoso. Deve ter alguma coisa, pode ser aborrecimento".

(mulher, casada, 35 anos, residente no município).

"(...) sou fraca de cabeça, é nervo, mas é nervo calado, não é de xingar não. É de família. Minha mãe morreu doida, passou 10 a nos fechada no cômodo de tábua, a vó dela também, tem uns tio meu que morreu doido... já passei mal demais, com a idéia ruim demais, um nervo na idéia! Já chego aqui e falo pro doutor que tô é doida, mas não... não, é cabeça fraca mesmo (...) Vovô Bernarda morreu doida fechada. Quando minha mãe casou, criou os 12 filho, da primeira já ficou meio doida, cada filho ela ficava

doida e quando a derradeira nasceu, já num tinha cura, morreu fechada num cômodo de tábua. Cantou da 1 da tarde até o dia seguinte. Falam que é de resguardo, mas se a mãe morreu doida também, deve ter puxado do lado. Os primo quase tudo é puxado da idêia, parentada de gente doida, tudo meio fraco da idêia. Dois foram pra Barbacena, morreu por lá mesmo, tinha que ficar amarrado, dava pra zangar e zangava mesmo".

(mulher, casada, 61 anos, residente na área rural).

Relacionada desse modo, aos distúrbios de ordem fisiológica (sangue, doenças na área estomacal ou infecciosas; alcoolismo, resguardo; o elemento quente água em contato com o "miolo" da cabeça; "de família") ou provocado por problemas, preocupações ou algum fato ou acontecimento perturbador, a "loucura", mais que a "doença dos nervos", ou justamente por consistir no estado exacerbado do "nervosismo", aparece como valor de denúncia, a sua emergência suscitando a aproximação ou correlação com os conflitos e contradições presentes na ordem social. Particularmente esclarecedor sob esse aspecto é o modo como a recorrência situacional aos sistemas lógicos da sua explicação, ao evidenciar a compreensão circunstancial na qual os fatos ocorrem, revela a sua relação com as questões políticas latentes no âmbito da vida social. Três exemplos ilustrativos:

1. Antonio está separado da mulher, Luisa, com quem tem 5 filhos. Dois deles vivem com o pai e os outros com a mãe na casa dos pais desta. Há cerca de 3 anos, Antonio foi internado sucessivamente em hospitais psiquiátricos, estando atualmente sob controle psiquiátrico no Centro de Saúde. Para Luisa e

seus pais, a "loucura" de Antonio foi causa da pelo veneno com que ele trabalhava na Companhia de Reflorestamento que "subiu à cabeça e prejudicou". Para os pais de Antonio entretanto, a sua "loucura" foi causada pelas sucessivas brigas com a mulher que, a lêm de alcoôlatra, não cuidava da alimentação para Antonio levar para o trabalho, o que foi "enfraquecendo-o". Dessa maneira, em um relato há uma explicitação das relações familiares perturbadas; em outro, o deslocamento de uma situação conflituosa e constrangedora para sua associação causal com um fator externo (o veneno). Configura-se aqui, um quadro em que a doença aparece como um acontecimento moral e político no quadro das relações inter-pessoais dos indivíduos.

2. Relatando o aparecimento da sua doença, João afirma que ela é decorrente do fato de ter lavado o ouvido com água quente que "*queimou os miolo*". No entanto, ao especificar esse fato como *causa*, explicitamente está acusando o atendente da Companhia de Reflorestamento, onde trabalha, de tê-lo feito lavar o ouvido com a água quente e, ao fazer essa acusação, questiona o próprio tipo de trabalho exercido na carvoaria, cujo calor, ritmo e intensidade, provocaram a lavagem do ouvido. Nesse caso, a loucura aparece sob a forma de um erro praticado por outrem, relacionada às concepções sobre o papel do indivíduo frente aos acontecimentos. Particularmente, o trabalho e as condições em que ele é exercido.

3. Do mesmo modo, há sempre uma situação crítica que antecede a primeira manifestação, seja esta considerada como uma predisposição inata da pessoa ou não. A família Rodrigues Pinto é tida por exemplo, como uma família "tudo de gente doida", tendo sido vários dos seus membros internados em instituições psiquiátricas. Por esse motivo espera-se ou é possível que outros venham a enlouquecer. O relato do processo mórbido de Miguel entretanto, especifica que: bebeu uma pinga à noite, sentiu que estava com dor de cabeça muito forte, a língua embolava, endurecia. Como a dor de cabeça não passasse, foi ao hospital e internado por não estar "bom da idéia". Mas, dias antes, ele havia vendido o gado por 400.000 cruzeiros e o comprador revendido por 1.000.000 de cruzeiros. A partir daí não se conformou: "*só falava nisso. Era a aflição*".

Particularmente os conflitos originários da disputa de terra com os parentes, os vizinhos e os grandes proprietários aparecem com relativa frequência como essa situação crítica, ao dispor o estado de "nervosismo" ou o "enfraquecimento da cabeça", quando não é a causa imediata da própria "loucura", como relata uma entrevistada a respeito do tio: "*Meu tio morreu no mato... correu pro mato, ficou lá pra mais de 1 ano. Virou bicho, barba e cabelo grande. Deu de sal nele e ele inchou todo, caiu e morreu. Cabeça fraca. O dono invadiu a chácara; pôs boi lá dentro de espingarda em punho, pôs a mãe dele pra correr, aí esquentou... correu pro mato*". "Correr para o mato" é com efeito, um dos aspectos comporta-

mentais mais frequentes apontados como sinal de enlouquecimento e, de uma certa forma, é o próprio ato de evadir-se da sociedade, dispondo da sua condição de humanidade ("virou bicho", "estranho") ao renegar a obrigação: no caso o enfrentamento da discórdia, da disputa, a contrapartida da violência que caracteriza as relações familiares e de vizinhança como valor moral e socialmente reconhecido.

Por esse prisma, o reconhecimento da "loucura" ou do "louco" opera-se pela avaliação entre um estado grave de perturbação, que se encontraria ainda percebido como implicado no plano das relações familiares e sociais, e um estado que, por se colocar além de qualquer aproximação com o plano das relações, escaparia à própria configuração do "nervoso" para deslocar-se para outro plano, eminentemente moral, centrado na questão da responsabilidade pessoal, frente ao qual a loucura passa mesmo a ter uma qualificação negativa:

"Ela num quer falar porque tá com vergonha, vou contar uma coisa prã senhora, ela fica dum jeito... meu pai num fala nada, mas já tentou matar ele duas vezes. As duas lá na roça. Ele tava deitado e ela fincou com o pilão no queixo dele. A outra foi pouco antes da gente vir prã cá. Ela pediu a faca a ele, que ela tava indo arrumar o toicinho que a gente tava vindo prã cá. Ele foi falou que tava ocupado. Ela foi pegou a foice debaixo do braço, indo prã cortar o toicinho. Meu pai falou se lembrando que aquela menina menor tinha chorado a noite inteira, e foi ver ela tava com quatro bicho na cabeça. Falou, é por isso que a criação toda morre. Ela suspendeu o machado, eu vi e gritei. Com o susto deu menos velocidade mas acertou ele. E meu pai fica calado. Quando foi a irmã dela tirou ela de lá e levou prã Belo Horizonte. Elas passa uns tempo lá e depois volta. Vou contar uma coisa procê moça, prã nós que é filho...

médico lá falou com o meu pai: essa dona não tem jeito não, o senhor tá perdendo sua saúde. Examinou ele e ela, viu que ela tava mais forte que ele. Falou que ela precisa é trabalhar, ficar à toa num coloca coisa na cabeça. Que meu pai tá se acabando, se sumindo. Ele fica calmo, nós que é filho... perde dia de aula, dia de serviço prá tomar conta. Tem dia que resolve sair como veio ao mundo. A gente tem de tá caçando ela na casa dos outros. Periga dela matar alguém ou matar nóis mesmo. Briga demais, vive caçando briga com os vizinhos. Antes não era assim não. Ficava calada, num canto, aquela coisa esquisita. Dava de levar ela no curador e ela melhorava. A primeira internação foi lá, quando tentou matar meu pai".

(homem, 18 anos, solteiro, pedreiro)

Configurando tal estado de perturbação, a "loucura" escapa também ao controle terapêutico e social da prolaxia do "nervosismo" tal como o concebe as práticas terapêuticas populares e para o qual se adequam os chás de ervas calmantes (erva-cidreira, folha de chuchu, folha de algodão, folha de laranjeira), os medicamentos caseiros destinados à regularização das funções vitais consideradas como causa das manifestações sintomáticas (particularmente os destinados ao sangue), as garrafadas, rezas e orações, particularmente se houvesse a suspeita de que "botaram coisa". Recorria-se para tanto ao conhecimento dos curandeiros e às preces e simpatias das benzedadeiras para a cura física e espiritual, quando o tratamento doméstico parecia ineficaz. De fato, os poucos dispositivos empregados para controle são aqueles que visavam a contenção e o isolamento em quartos ou lugares especialmente construídos, ou amarrá-los nos períodos de "crise", quando não a internação, via Prefeitura e Delegacia, em instituições psiquiátricas, motivada pelo grau de desordem provocada (que-

bradeiras, incêndio, destruições, possibilidade de assassinato ou suicídio acentuada) e a maior ou menor facilidade de acesso às mesmas.

Como e em que a urbanização e o acesso ao atendimento médico modifica esse quadro? De um lado, o diagnóstico de uma "sintomatologia do nervosismo" pelo médico significou a psiquiatrização de comportamentos antes não pertinentes a tratamento clínico, que reelabora, ao pautar-se em outra ordem de causalidades, o quadro mórbido e terapêutico da "doença dos nervos".

Exemplar sob esse aspecto, é a incorporação do "acesso" ao atendimento clínico que, ao ser tratado como manifestação psicopatológica, passa a ser medicado por anticonvulsivos em lugar dos líquidos purgatórios até então destinados ao seu controle. Particularmente esclarecedor sob esse ponto, é o modo como uma entrevistada relata os procedimentos terapêuticos diferenciais dados ao marido e ao filho para um mesmo quadro mórbido, ou, pelo menos, descrito como tal, o "sentir mal":

"Meu marido deitou, acordou com rouquidão e desacordou, voltou lá prás cinco da manhã. Deitou com a barriga cheia, ficou fora de si, acho que foi a comida que fez mal prá ele, assim deitar logo depois vomitou... arranjei remédio, foi chá de erva-cidreira com bicarbonato, vomitou e melhorou (...) O menino foi assim, sentiu mal, nós deitamo e eu dei canjica com açúcar queimado com leite prá tomar no café da manhã, nós acordou e o menino vomitando, tava lá zangado... cerrou o queixo que ninguém abria, trouxemo correndo pro doutor, ele receitou Gardenal. Emagreceu, num pode ver claridade que fala que a vista dele tá doendo, deu de zangar. Eu acho que os Gardenal tá fazendo mal prá ele".
(mulher, casada, 35 anos, residente na área rural).

De fato, passa a haver uma inversão entre aquilo que é a causa/fator patológica e o efeito/manifestação da morbidade. Dentro do quadro de suas referências cognitivas, a "doença dos nervos" é decorrente de determinados distúrbios fisiológicos aos quais, em princípio, o tratamento terapêutico deve se adequar para suprimi-los, mesmo porque, se são as causas externas localizadas nas inter-relações dos indivíduos que predispõem a "doença dos nervos", esta se manifesta no jogo moral e político de causa-efeito *por sintomas físicos*. Dessa maneira, ao mesmo tempo que informam o diagnóstico médico do "nervosismo" é salientado que: "*acho que é a pressão*", "*sofro mesmo é do coração*". De uma certa forma, o diagnóstico médico estaria predispondo a manifestação do "nervosismo" como entidade mórbida "em si" com consequências ao nível do uso social e político que a "doença dos nervos" possibilita, além da excessiva e indiscriminada medicalização da clientela consultada, que passa mesmo a requerer o uso do psicotrópico em contrapartida aos recursos terapêuticos do "conversar", "xingar", "correr o ar", o "espairecer", como eles mesmo salientaram no conjunto dessas entrevistas. Sob esse aspecto, como observamos anteriormente no item III.3, passa a haver uma procura explícita da assistência médica para a obtenção do "calmante", seu uso de tornando regular e mesmo necessário:

"Vou trocando de calmante, fico 2 anos com um depois num serve mais, quando troca melhora. De Valium 5 passei para Valium 10 e trocou pra Diempax. Comecei a dormir, mas agora já num tá valendo mais nada não!"

(mulher, casada, 47 anos, ex-lavourista, residente atualmente na área urbana do município).

Do mesmo modo, como o processo de urbanização é coincidente à incorporação da prática psiquiátrica à clínica médica, é através desta que passa-se a ter o controle do indivíduo "louco" pela sedação e uso contínuo da medicação psicotrópica, tal como pôde ser observado pelas entrevistas e dados citados. De fato, poder-se-ia até mesmo inferir a existência de um grau de tolerância maior, por parte da família rural em relação à urbana na convivência com seus "loucos", dada por exemplo, a existência de um espaço maior para "soltá-los", formado pelo sítio, matos e chapadas, que tende a ser reduzido assim como o espaço da convivência, a casa no meio urbano e, evidentemente, porque o padrão de comportamento aceitável tende a ter limites mais precisos naquilo que se convencionou chamar de "manutenção da ordem pública" e encontra esses limites nas relações de vizinhança e convívio social.

Particularmente relevante para a caracterização desse processo, é o depoimento de uma entrevistada que exerce o ofício de benzedeira, e, por esse fato mesmo oferece, de maneira clara e expressiva o contraponto entre o código discursivo do "nervoso" e a reinterpretação que os médicos operam sobre os mesmos:

"Problema de nervo eu não mexo não. E esses médicos daí não entende de problema de nervo. Tô falando por mim mesmo que me mandaram tomar calmante, tomei um dia e joguei fora. Eles perguntam se eu tomo, falo que tomo e num tomo não. Diz que é prá relaxar, relaxar como? Nervo é alimentação, fortificante... Se eu como bem, eu durmo bem e é claro que se pessoa não se alimenta bem, fica sem sono, fica fraca... Fica os coitado aí tomando comprimido calmante. Isso é prá louco, tomá calmante e fica dormindo a vida inteira, não traba-

lha, não faz mais nada e aí, como é que vai fazer? Em vez de comprar uma carne, vai comprar comprimido e ficar dormindo? A mãe desse menino aí, fui visitar ela ontem, que ela sofreu um aborto e tá lá na cama, o marido sem trabalho, filho um atrás do outro, tudo em escadinha, ela faz um aborto e que eu encontro lá? Diempax! Quer dizer... eu falei pra ela, cê vai tomar isso? Ai, tô muito nervosa! Mas é claro que tem que tá nervosa, tem que desesperar, e daí? Vai tomar comprimido e ficar dormindo? É um abuso. Eu condeno mesmo, passando fome, sem trabalho, filho pra criar e tomando remédio pra dormir. E isso estraga a pessoa, fica velha, amarela, e vai tomando e ficando abatido. Fraqueza da cabeça é alimento, não é só falta de comida não, é saber comer alimento forte... (...) Receitaram pra mim. Eu tava com dor forte demais. Você descreve a dor e eles não acreditam, falam que aquilo não é dor não, é nervo! Pode? Se eu tivesse... tem uma vez que uma irmã minha tava aqui e eu tava lavando roupa, muito frio. De noite, me deu uma dor horrível desse lado. As costas começaram a doer, dor na coluna, parecendo um espartilho me apertando. Aí saí pro terreiro e perdi a fala. Minha irmã me deitou, fez massagem e falou: que eu faço com ocê? Eu falei: vamo pro médico. Fomo pro médico e lá eu tive outra crise, a dor muito forte e as lágrimas escorrendo. E ele foi falou pra mim: ocê tá muito nervosa. Aí a fala já tinha voltado e eu falei: não, não tô nervosa, tô até tranquila, lavei roupa o dia inteiro, tava muito bem, não tive nenhuma contrariedade. Mas você tá nervosa, vamo te internar. Aí eu falei, internar não, se é pra ficar deitada eu deito em casa, num vai precisar de soro, de internamento, vou pra casa. E ele queria me internar. Internar eu e dar calmante. Nada disso! Tudo neles é nervo, qualquer coisa lá vai Diempax. Tomei Somalium muito tempo, aí eu falei, remédio de gente doida que eu tô tomando? Tudo o que você sente é porque você tá nervosa, e lá vai comprimido. Dor de dente, dor de cabeça, o coração, tudo é nervoso. Eu fiz um eletro e deu problema de coração. Mas o paciente tem que saber explicar o que tá sentindo, não sabe toma comprimido calmante, vai dormir e isso estraga a pessoa. Eles deveria perguntar: o que ocê tá alimentando? Que horas? Como? Mas não... que que ocê tá sentindo? Dor de cabeça, ba-

teção no coração. ... Tem sono? Não senhor! Receita Diempax... e o bobo vai tomar comprimido em vez de alimento, vai comprar comprimido prá dormir em vez de comprar carne. E é claro que a fraqueza tira o sono da pesoa. Eu condeno, condeno mesmo".

(benzedeira, dona de casa, 46 anos).

Paradoxalmente, o que esse depoimento revela, é a inadequação do diagnóstico e do tratamento médico sobre as enfermidades, ao reduzir *todos* os sintomas que o paciente apresenta aos "nervos", obscurecendo a complexidade do modo como percebem as doenças em geral e, em particular a "doença dos nervos", cujos sintomas, encadeados numa rede complexa de significações e determinações, tem um sentido bastante particular para os indivíduos que os apresentam. Sob esse aspecto, não é aleatório que o depoimento se inicie declarando que os médicos *"não entende de problema de nervo"*. Ou que, em outros relatos, os entrevistados observem que os médicos *"falam que é nervo, mas eu acho que sofro do coração"*, ou ainda, declarem a eficácia relativa dos "calmantes" sobre as suas sensações mórbidas. De fato, o uso explícito do "calmante" para "relaxar" e para "dormir" demonstra, na verdade, o uso por vezes bastante pragmático que a clientela faz do receituário terapêutico. Desse modo, se por um lado ela passa a recorrer ao atendimento clínico prestado para o tratamento de determinados quadros sintomáticos e acesso aos recursos terapêuticos disponíveis à prática médica, por outro, essa recorrência pauta-se ainda sobre os princípios etiológicos e profiláticos que orientam a percepção das enfermidades entre essa clientela, através dos quais, o atendimento prestado passa a ser avaliado (notadamente pela eficácia) e reutilizado. O que não

significa que não ocorram modificações, reinterpretações, con tradições e até mesmo situações conflituosas para pacientes e médicos, nesse confronto, latente, disposto pela situação de consulta. Pelo contrário, tais processos configuram e caracterizam mesmo, o modo como se estabelece a própria relação terapêutica, assim como a maneira como a prática médica passa a intervir e a ser incorporada dentro do campo dos seus recursos terapêuticos. De fato, pelas reinterpretações e modificações qualitativamente heterogêneas possibilitadas pela inter-relação no dispositivo de consulta, os sintomas apresentados pelo paciente são por um lado, reduzidos a uma manifestação psicopatológica, a do "nervosismo", e, por essa via, ao quadro psiquiátrico da "doença mental". Por outro, a clientela tende a reelaborar, ampliando, a esfera de manifestação da "doença dos nervos", paradoxalmente a redução que o médico opera dos seus sintomas; e, incorporar, modificando, os recursos terapêuticos psiquiátricos à configuração profilática do "nervoso". Sob esse aspecto, a contrapartida da aceitação do diagnóstico e da terapêutica médica é também a sua colocação em dúvida e, particularmente, sob esse ponto, é que irá se operar e diversificar a recorrência aos outros agentes terapêuticos, tradicionais como curandeiros e benzedores, ou recentes, como umbandistas.

De fato, o "nervoso" configura-se dentro de um sistema complexo de interações entre os diversos planos fisiológico, familiar, social, cosmológico, religioso — que medeiam as relações do indivíduo com a natureza, a sociedade e a ordem geral do mundo, pensada como essencialmente de ca-

rãter simpático, mágico ou religioso. Tal possibilidade de ordenação múltipla dos planos causais nos quais o nervoso pode ser percebido, possibilita dessa forma, também uma certa diversidade e flexibilidade na recorrência às mais variadas práticas terapêuticas e, sob esse aspecto, o "calmante do médico", o "chá de folhas de algodão", "a conversa", "as simpatias", "os passes espirituais" e "a fé em Deus", compõem um amplo leque de estratégias terapêuticas possíveis, às quais vai se adequar a compreensão circunstancial na qual esses múltiplos planos são correlacionados para a explicitação situacional da configuração da "doença dos nervos".

Desse modo, a adequação do atendimento médico-psiquiátrico à demanda assistencial dessa clientela, passa necessariamente pelas contradições inerentes aos seus respectivos campos de atuação terapêutica, assim como pela marcada diferença que se estabelece entre os mesmos, com referência às formas de se perceber e tratar terapeuticamente as enfermidades.

Observamos por exemplo, que o diagnóstico médico da "doença mental" pauta-se sobre o postulado das causalidades psicossociais na configuração da etiologia mórbida, reduzindo, por essa via, as manifestações sintomáticas dos pacientes a distúrbios psíquicos oriundos dos problemas financeiros, familiares e sexuais que estes apresentam, ou seja, problemas decorrentes ou situados no plano das suas inter-relações. A efetiva realidade desses problemas, claramente expressos e percebidos como causas do "nervoso", não autoriza, entretanto, a sua redução a uma problemática psicopatológica,

tal como as manifestações mórvidas do "nervosismo" passam a ser reinterpretadas pelo paradigma terapêutico que informa na atualidade a prática dos médicos. De fato ao operar essa redução, os médicos desqualificam a experiência social do "nervoso" tal como ela é culturalmente significada. Obscurece-se, na verdade, o próprio sentido que têm para os indivíduos os sintomas que apresentam, interligados numa rede complexa de significados da linguagem corporal, qualitativamente distinta da prática médica.

Dessa forma, se por um lado, a incorporação dessa clientela ao atendimento médico prestado modifica o campo das suas experiências terapêuticas, particularmente em relação ao conjunto das manifestações "nervosas", por outro essas modificações incorrem dentro de um campo suficientemente amplo para absorvê-las e reelaborá-las. Primeiramente, a possibilidade de ordenação múltipla dos planos causais nos quais o "nervoso" pode se configurar permite, como já observamos, uma certa diversidade de tratamento terapêutico. Ou seja, possibilita a recorrência simultânea e/ou situacional aos mais diferentes agentes que encarnam ou instrumentalizam a mediação com os planos aos quais o "nervoso" pode ser correlacionado: físico, mágico ou religioso. Sob esse aspecto tendemos a concordar com a formulação sugerida por Luis Fernando D. Duarte, segundo a qual, esta "estratégia múltipla", caracteriza propriamente o modo como, através da "fragmentação" e "intermitência" do tratamento terapêutico, mantém-se a coerência e a capacidade articuladora do sistema simbólico que configura o "nervoso".

Em segundo, o próprio modo como passa a ser realizado o diagnóstico na clínica médica já repercute nessa recorrência às outras agências terapêuticas. De fato, a prática médica ao não absorver (por razões intrínsecas até a sua área de conhecimento) a complexidade e a riqueza do discurso sobre o "nervoso", desconhecendo-o ou reduzindo-o a uma manifestação psicopatológica de "somatização", "histeria", "conflito psíquico" (41), pela abstração do conteúdo dos sintomas apresentados pelo paciente fixando somente a forma como eles se apresentam — procedimento pelo qual o critério de classificação nosológica que permeia o conhecimento médico-psiquiátrico é estabelecido e a terapêutica medicamentosa prescrita, permite que, do ponto de vista da clientela, os aspectos do "nervoso" que não se adequam a essa intervenção física (porque avaliada na sua eficácia incontestável mas incompleta e

(41) Sob esse aspecto, um artigo de uma médica psiquiátrica do INPS do Recife por exemplo, ao atentar para o aumento do número de consultas por parte de pessoas que se dizem "doente dos nervos" nos serviços da previdência social, louvável pelo seu esforço de relativização das categorias psiquiátricas, observa entretanto que, a partir de uma série de entrevistas realizadas com os beneficiários para esclarecer as relações que existem entre as condições sócio-econômicas e a "doença dos nervos", que esta assume a *"característica estratégica para a solução ou atenuação dos conflitos sociais e psicológicos com que se defrontam as pessoas"* (SOUZA, Maria Cristina Queirós - "Doença dos nervos, uma estratégia de sobrevivência", in Ministério da Saúde - *A saúde no Brasil*. vol. 1, nº 3, julho/setembro de 1983). Desse modo, vincula-se a assistência psiquiátrica a uma demanda originalmente formulada pelo paciente, sem atentar que, os códigos de representação do discurso psiquiátrico e do discurso sobre o "nervoso" estruturam-se de modos diferentes, não podendo ser reduzido o primeiro à linguagem psicológica do segundo, a qual atribui-se uma qualidade do operador universal.

transitória do medicamento psicotrópico) passam a ser tratados com outros recursos terapêuticos.

Pode-se aventar inclusive, que, por essa razão, um dos aspectos mais salientados nas modernas investigações (42) sobre cultos religiosos – processos de afiliação e tratamento curativo, tem sido o grande número de "casos psiquiátricos" que passam a ser tratados e interpretados segundo os preceitos que orientam esses cultos. Ou seja, pelo fato mesmo da "loucura" e das manifestações sintomáticas associadas ao "nervoso" estarem correlacionadas ao modo como as práticas terapêuticas populares concebem o funcionamento do corpo humano, e lidam com os fatores mágico-religiosos na explicação do fenômeno mórbido, predispõe também que, a exemplo das enfermidades, as modificações ocorridas no exercício da "medicina popular", frente à conformação dos serviços médicos assistenciais, levem a uma reformulação das estratégias e ações curativas em relação aos fenômenos do "nervoso", tal como é o caso da umbanda, por exemplo. Como tem sido observado pelos trabalhos realizados sobre o tema, ao tender a centralizar as explicações sobre as "perturbações nervosas" no plano religioso ("encosto", "maus fluidos", "manifestação de mediunidade não desenvolvida"), a umbanda passa também a exacerbar as representações que estabelecem a relação do estado de "nervosismo" do indivíduo com o estado das suas inter-relações, mediatizadas pelo sagrado e pelo sobrenatural, em detrimento das causas

(42) Além dos estudos anteriormente citados de Maria Andrea Loyola e Paula Montero, ver também GUEDES, Simoni - "Umbanda e loucura", in VELHO, Gilberto (org.) - *Desvio e divergência - uma crítica da patologia social*, Rio de Janeiro, Zahar, 1981.

lidades físicas da perturbação, as quais se diluem no conjunto das representações que passam a ser feitas pelos adeptos.

Qu, como salientou Luis Fernando D. Duarte a partir da análise dos trabalhos referentes ao tema, a "proeminência do nervoso como discurso físico-moral só se mantinha em "situações" não contagiadas por uma forte adesão religiosa. Nesses últimos casos, a flexibilidade e capacidade articuladora do discurso do "nervoso" fica subordinada e diminuída ante uma articulação mais holista e também mais "rigorosa", por assim dizer — que preenche a maior parte de suas funções" (43):

Para Luis Fernando Dias Duarte, que estudou esse discurso entre os "trabalhadores urbanos", se admirando da sua persistência e resistência frente à configuração de outros saberes sobre as "perturbações físico-morais" na modernidade, a mudança qualitativa operada no discurso sobre o "nervoso" passaria pois, por uma reordenação estrutural desses saberes para atender as exigências de uma visão holista de mundo em contraposição à interiorização individualizante, que o "psicologismo", identificado como o saber sobre as "perturbações físico-corporais" que informa a cultura dominante, passaria a operar. De acordo ainda com o autor, essa exigência de uma totalização hierárquica que o discurso sobre o nervoso articula, ao estar centrada na *reprodução da família* como "valor axial" para essas classes, se mantêm e persiste conquanto esse valor também se mantenha como o centro canalizador das

(43) DUARTE, L.F.Dias - *Op. Cit.* - p. 558.

inter-relações que se processam na organização social do trabalho e como articulador das suas representações de mundo.

Possibilitando desse modo, a abertura de um am plo e fecundo campo de especulação em torno da constituição da visão de mundo e da construção da "noção de pessoa" entre os trabalhadores urbanos, através do discurso sobre o "nervoso", o autor entretanto, não chega a apontar os fatores ou mo vimentos que passariam a dispor por exemplo, que, na área urbana, o discurso sobre o "nervoso" tenda a se tornar mais hol lista e rigoroso pela sua vinculação a uma seita religiosa, particularmente a umbanda, da qual tem-se maiores informações disponíveis. Sugeriríamos, a par da bibliografia já citada e a exemplo particularmente do texto de Peter Fry e Gary Howe (44), que, se é a configuração estratégica da rede de rela ções sociais que funciona como uma espécie de "campo de gravi^{ta} ção" no qual se definem e se situam as relações com a doen ça, com a modificação desta que, tanto as mudanças quanto as resistências, recorrências e persistências do discurso sobre o "nervoso" podem ocorrer. Sob esse ponto, a urbanização passa a ter uma importância fundamental nesse contexto ao dispor, dentro de um mesmo espaço físico, lugares diferenciados que possibilitam a recorrência estratégica às diversas agê ncias terapêuticas, médicas, mágicas ou religiosas. Por exemplo em Itamarandiba, lado a lado com a implantação dos

(44) FRY, Peter e HOWE, Gary - *Op. Cit.*

serviços médicos assistenciais, a umbanda e as seitas pentecostalistas (45) vêm se organizando como fenômenos recentes e tipicamente urbanos, apontando para uma modificação qualitativa do "espaço de cura" que a "doença dos nervos" possibilita.

Ou, justamente, por ser ou estabelecer a mediação significativa das experiências pessoais e sociais tal como são representadas pelo pensamento popular, a estrutura conceitual que informa a percepção sobre a "doença dos nervos", tenderia desse modo, a ser modificada pelas alterações das relações dos indivíduos com o mundo, operada através da modificação do padrão das suas inter-relações.

(45) Dado; a mais antiga umbandista montou seu terreiro há doze anos quando chegou de uma viagem de São Paulo, onde "dizem" que aprendeu seu "ofício". Os outros dois centros foram formados por pessoas provenientes de outras localidades, que instalaram-se nos últimos anos na cidade. Apesar de detectado o início da penetração das seitas pentecostais no município pela informação de que tal ou qual pessoa se tornou "crente", não foi possível estabelecer a proporção em que esse fenômeno vem ocorrendo. De todo modo, pelo menos em relação à umbanda, pelas informações disponíveis, a frequência aos terreiros ainda parece ser relativamente pouca e o quadro de adeptos e membros dos cultos ainda está em formação nos três terreiros já existentes.

CONCLUSÃO

Médicos e clientela. Dois discursos sobre a etiologia das enfermidades que configuram concepções diversas acerca da natureza de determinadas manifestações sintomáticas: diagnosticando-as como distúrbios de origem psíquica no quadro da psicopatologia atual ou percebendo-os como estando correlacionadas aos estados físico-emocionais da "doença dos nervos" e da "doença da cabeça". Pela exposição analítica desses dois discursos procuramos observar como a percepção de determinados estados mórbidos encontra-se diversamente orientada entre a clientela e os médicos de um município do Estado de Minas Gerais, dando lugar a um extenso processo de medicalização dos pacientes por psicotrópicos, com a integração dessa clientela ao atendimento médico-psiquiátrico na forma como este encontra-se atualmente estruturado pelas políticas de saúde pública no setor.

Dentre as justificativas para a extensão do modelo assistencial psiquiátrico modificado a coletividade, a correlação entre o aumento da incidência dos casos de "doença mental" com a migração das populações rurais para as cidades tem sido uma das mais enfatizadas. Os processos adaptativos dos indivíduos ao meio social, particularmente a sua integração à moderna sociedade industrial e urbana passam a ganhar relevância fundamental nesse contexto, procurando-se enfatizar os efeitos perturbadores sobre o "equilíbrio psíquico", das precárias condições sociais de vida e de trabalho às quais estão sujeitas as populações migradas para a área urbana.

Dentro desse quadro as transformações do modelo assistencial orientam-se para atender a mudança da demanda

por serviços médicos, representada pelo número cada vez maior de pessoas que procuram os médicos, sem apresentarem contudo, qualquer enfermidade, segundo os critérios de avaliação clínica instaurados pela medicina moderna. De acordo com Birman, a recorrência contínua desse fenômeno, observado e registrado por diversos médicos, desde a década de 50, constituiu a base para as formulações teóricas que reorientando o campo da percepção e do tratamento das enfermidades, possibilitando a introdução do dispositivo psiquiátrico à clínica médica (1).

Desse modo, pela avaliação de uma demanda assistencial que não se fixava nos limites demarcados pela racionalidade anatomo-patológica, ocorreram as transformações no caráter do atendimento médico prestado, que passou a incluir no registro das causalidades patológicas, os aspectos psicossociais da etiologia mórbida para explicar os sintomas sem causa orgânica definida apresentados pelos pacientes.

Pouco caberia a esse trabalho discutir a veracidade ou não da natureza psicossomática das enfermidades. O que nos parece discutível entretanto, é que determinadas manifestações sintomáticas que não se adequam aos princípios da etiologia médica, sejam consideradas "disfunções psíquicas", ou ainda, que as pessoas que as apresentam, sejam diagnosticadas como "doentes mentais" por serem mental ou emocionalmente perturbadas. Como observamos, a enfermidade pode inserir-se em um campo de significações extremamente amplo e qualitativamente diferente do da medicina. Entre um paciente que se diz

(1) BIRMAN, Joel - *Enfermidade e loucura - sobre a medicina das inter-relações*, Rio de Janeiro, Campus, 1980.

doente e um médico incapaz de reconhecê-lo como tal pelos critérios clássicos da ciência médica, não é empiricamente comprovado que esse paciente seja um "doente mental" ou que apresente "distúrbios psíquicos". Ele pode estar se orientando por um código perceptivo e designativo da enfermidade, de natureza diversa do da prática médica. Referenciado inclusive, a esse código, que ele requisita o atendimento médico. Pode-se mesmo inferir que, se a demanda assistencial mudou, foi porque a clientela incorporada ao atendimento assistencial também mudou. Não é aleatório que o registro sobre pacientes "funcionais" ou "psicossomáticos", comece a ocorrer, quando o serviço assistencial médico passa a ser dirigido ao atendimento da coletividade. Modificando por um lado, a sua estrutura para a incorporar aos grupos sociais que até então permaneciam excluídos do atendimento terapêutico e, por outro, criando uma mentalidade preventiva assistencial para a promoção amplamente divulgada da "saúde" como o usufruto de um bem estar social, a prática médica possibilita a mudança da demanda por seus serviços. Ou como observa Birman (2) esta tende a se alterar porque a medicina transforma o lugar social da sua inserção ao ser colocada como depositária das expectativas sociais em relação à saúde e das "benesses" da assistência pública e previdenciária.

Desse modo, a hipótese "psico-sociológica", que procura explicar as alterações da demanda assistencial, pela crescente "angústia" e "frustração", dos indivíduos frente às tensões decorrentes da ordem social requereria o questionamen

(2) BIRMAN, Joel - *Op. Cit.*

to do próprio modo como os processos institucionais ocorren-
tes, colocam a prática médica como "canal" de expressão des-
ses estados. Postular que estes se expressam por manifesta-
ções sintomáticas de caráter mórbido, mesmo considerando que
isso seja verdade, não explica ou justifica o papel da medici
na como suporte de uma intervenção terapêutica que correlacio
na o indivíduo doente ao desviante social. Tal questão inse-
re-se em uma problemática político-cultural precisa que, des-
de o século XVIII, procura articular o comportamento desvian-
te ao comportamento patológico pela medicalização em grande
escala da rede de relações sociais. Com a introdução dos re-
cursos e métodos psiquiátricos à clínica médica, esse fenôme-
no tende a se ampliar, produzindo distorções no próprio modo
como o atendimento terapêutico é realizado. Com efeito, esse
passa a ser prioritariamente feito através da intensa e in-
discriminada medicalização da clientela por psicotrôpicos, tal
como estávamos observando ao longo dessa dissertação. Parado-
xalmente, os princípios promocionais da saúde, como o "comple-
to estado de bem estar físico, mental e social" adquirem a
forma de um estado contínuo de atenção à doença, colocando o
indivíduo como sujeito de uma intervenção terapêutica constan-
te. Como as causas das enfermidades estão também situadas no
plano das relações interpessoais, qualquer problema oriundo
desse plano passa a ser manipulado na clínica médica para o
atendimento terapêutico. Procura-se, através da manifestação
sintomática do corpo do indivíduo enfermo, regularizar o modo
como devem se processar as relações, pela sua adequação aos
princípios sobre o funcionamento psíquico que informam na a-

tualidade a prática clínica. Ocorre dessa maneira, uma reinversão do processo terapêutico e das próprias conquistas trabalhistas no setor, ao transformar-se a prática médica em depositária de outras demandas sociais que modificam o seu caráter. De fato, esta passa a ter a função de *prática normatizadora* da relação do indivíduo com o meio social, ao problematizar a enfermidade como reação psicopatológica dos indivíduos aos problemas decorrentes da esfera das suas relações. Se o discurso sobre o "nervoso" permite apreender o modo como a clientela recorre dos serviços assistenciais para sanar uma série de mal-estares percebidos também como referentes a essa ordem de causalidades, reduzir essa problemática a um "distúrbio" de natureza "psíquica", é procurar tratar terapêuticamente, aquilo que o "nervoso", em toda a sua complexa articulação, exprime ou traduz da experiência concreta que tem os indivíduos dos processos sociais ocorrentes.

BIBLIOGRAFIA E DOCUMENTOS CIJADOS

ALBUQUERQUE, J.A. GUILLON. "Elementos para uma análise da prática institucional" in: *Metáforas da desordem*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1973.

ALVES, Sonia P. "Do outro lado do muro - Estudo sobre representação da doença mental em uma população favelada do Rio de Janeiro". Rio de Janeiro, Instituto de Psiquiatria, UFRJ; (Dissertação de Mestrado), 1982.

BENNEDICT, Ruth. *Padrões de cultura*. Lisboa, Livros do Brasil, s/d.

BIRMAN, Joel. *A psiquiatria como discurso da moralidade*. Rio de Janeiro, Graal, 1978.

_____. "Demanda psiquiátrica e saber psicanalítico" in: FIGUEIRA, Sêrvulo (org.). *Sociedade e doença mental*. Rio de Janeiro, Campus, 1978.

_____. *Enfermidade e loucura - sobre a medicina das inter-relações*. Rio de Janeiro, Campus, 1980.

BOLTANSKY, Luc. *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro, Graal, 1979.

CÂMARA MUNICIPAL DE ITAMARANDIBA. Lei 620 de 14 de fevereiro de 1973, Itamarandiba.

CANGUILHEM, George. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1978.

CASTELS, Robert. *A ordem psiquiátrica: o idade do ouro do alienismo*. Graal, 1978.

CARVALHO FRANCO, Maria Sílvia de. *Homens livres na ordem escravocrata*. São Paulo, Ática, 1974.

CENTRO DE SAÚDE - Boletim de Controle de Remessa e Saída de Medicação. 1974 a 1982, Itamarandiba.

CORDEIRO, Hésio de Albuquerque. "Sistema de Saúde: o estado e a democratização da saúde". *R. Adm. Publ.*, Rio de Janeiro, 13(4): 39-62, outubro-dezembro de 1979.

CORREA, Mariza. "As ilusões da liberdade - a escola Nina Rodrigues e a antropologia no Brasil". São Paulo, USP, (Tese de Doutorado), 1982.

DONNANGELO, N. Cecilia F. *Medicina e a sociedade*. São Paulo, Pioneira, 1978.

_____. *Saúde e sociedade*. São Paulo, Duas Cidades, 1975.

DUARTE, Luis Fernando Dias. "Doença dos nervos: um estudo de representação e visão de mundo em um grupo de trabalhadores", Brasília, ANPOCS/CNPq, Ciências Sociais Hoje, nº 1, 1982.

_____. "Da vida nervosa - pessoa e modernidade entre as classes trabalhadoras urbanas". Rio de Janeiro, PPGAS-Museu Nacional/UFRJ, (Tese de Doutorado), 1985.

_____. "Considerações teóricas sobre a questão do atendimento psiquiátrico às classes trabalhadoras" in: FIGUEIRA, Sêrvulo. *Cultura da psicanálise*. São Paulo, Brasiliense, 1985.

EVANS-PRITCHARD, E.E. *Bruxaria, oráculos e magia entre os Azande*. Rio de Janeiro, Zahar, 1978.

FONTENELLE, L.R.F. "Aimorês: análise antropológica de um programa de saúde". São Paulo, DASP - Departamento de Documentação, 1939.

FORTI, Laura (org.). *La otra locura - mapa ontológico de la psiquiatria alternativa*. Barcelona, Tusquets Editor, 1976.

FOUCAULT, Michel. "História da medicalização". Conferência no Curso de Medicina Social. Rio de Janeiro. I.M.S., Centro Biomédico/UFRJ, mimeo. 1974.

_____. *História da loucura na idade clássica*. São Paulo, Perspectiva, 1978.

_____. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1979 (1ª ed. bras.).

FRY, Peter. *Spirits of Protest*. (Cambridge Estudios in Social Anthropology: 14). London, Cambridge University Press, 1976.

_____. "Mafambura e Caxapura: na encruzilhada da identidade" in: *Para inglês ver - identidade e política na cultura brasileira*. Rio de Janeiro, 1982.

FRY, Peter & HOWE, Gary. "Duas respostas à religião: umbanda e pentecostalismo" in: *Debate e Crítica*. São Paulo, Hucitec, nº 6, julho de 1975.

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO - DPSU. "Assistência psiquiátrica em Minas Gerais". Belo Horizonte, 1980, n.p.

FUNRURAL - Boletim Mensal de Serviços Médicos. 1979 a 1980. Itamarandiba.

GEERTZ, Clifford. "Uma descrição densa: por uma teoria interpretativa da cultura" in: *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro, Zahar, 1978.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo, Perspectiva, 1984.

GUEDES, Simone. "Umbanda e loucura" in: VELHO, Gilberto (org.) *Desvio e divergência*. Rio de Janeiro, Zahar, 1981.

HOSPITAL DE ITAMARANDIBA. Registro de Internação Hospitalar. 1968/1982, Itamarandiba.

IBGE. Censo Demográfico de 1970.

IBGE. Censo Agropecuário de 1970.

IBGE. Censo Demográfico de 1975.

IBGE. Sinopse do Censo Demográfico de 1980.

IBGE. Sinopse Preliminar do Censo Agropecuário de 1980.

LEVI-STRAUSS, Claude. "A eficácia simbólica" in: *Antropologia estrutural*. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1975.

_____. "O feiticeiro e sua magia" in: *Antropologia estrutural*. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1975.

LEWIS, Ioan. *Extase religioso*. São Paulo, Perspectiva, 1977.

LOYOLA, Maria Andrea. *Médicos e curandeiros - conflito social e saúde*. São Paulo, Difel, 1974.

LUZ, Madel T. "A saúde e as instituições médicas no Brasil" in: GUIMARÃES, Reinaldo (org.) *Saúde e medicina no Brasil*. Rio de Janeiro, Graal, 1978.

MACHADO, Roberto (et al.). *Danação da norma - medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro, Graal, 1978.

MALINOWSKI, Bronislaw. "Introdução" in: *Os argonautas do Pacífico Ocidental*. São Paulo, Abril Cultural, (Coleção Os Pensadores), 1978.

MALLOY, James. "Política de bem-estar no Brasil: histórico, conceitos e problema", *R. Adm. Publ.*, Rio de Janeiro, 10(2): 5-29.

MAUSS, Marcel. "As técnicas corporais" in: *Sociologia e antropologia*. São Paulo, EDUSP/EPU, 1974.

MEAD, Margaret. *Sexo e temperamento*. São Paulo, Perspectiva, 1979.

MEDEIROS, Tácito Augusto. "Formação do modelo assistencial psiquiátrico no Brasil". Rio de Janeiro, Instituto de Psiquiatria/UFRJ, 1977.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Portaria Ministerial 32/BSB de 22 de janeiro de 1974.

_____. Portaria Ministerial nº 1369, de 15 de fevereiro de 1979.

_____. "Diretrizes programática de saúde mental" in: *VI Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, 1977.

_____. DINSAN - Modelo programático de saúde mental.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL - CONASP - Programa de Assistência Psiquiátrica Previdenciária. Org. 1982.

MONTERO, Paula. "Da doença à desordem - as práticas mágico-terapêuticas na umbanda". São Paulo, USP, (Tese de Doutorado), 1983.

MOURA, Margarida M.; LACERDA, Sonia M.S.; EIGENHEER, Stela C. F. "A reprodução do pequeno produtor no Vale do Jequitinhonha mineiro". Relatório de Pesquisa, Rio de Janeiro, Centro de Pós-Graduação em Desenvolvimento Agrícola, EIAP/FGV, Horto Florestal, 1979.

MUNDIM, Walter E. "Curso de atualização em psiquiatria - Introdução e histórico". Belo Horizonte, 1981, n.p.

O.M.S. Classificação internacional de doenças mentais. 8ª revisão, 1965.

PEIXOTO, Maria P. Barcela. "Noções básicas de psicofarmacologia" in: "Curso de atualização em psiquiatria". Belo Horizonte, n.p.

PERELBERG, Rosine. *As fronteiras do silêncio - um estudo de desvio e ritualização*. Rio de Janeiro, Achiamê, 1980.

POLLACK, Jean Claude. *La médecine du capital*. Paris, Francois Maspero, 1971.

QUEIROZ, Marcos de Souza. "Representações de doenças e intervenção de cura numa aldeia de pescadores". Campinas, IFCH/UNICAMP, (Dissertação de Mestrado), 1978.

ROSEN, George. *Da polícia médica à medicina social*. Rio de Janeiro, Graal, 1980.

SANTA CASA DE ITAMARANDIBA - Relatório de 1949.

_____. Relatório de 1952.

SANTOS FILHO, Licurgo. *Pequena história da medicina brasileira*. São Paulo, Parma (Cadernos de História nº 2), 1983.

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA DE MINAS GERAIS. OF.CGC/73, Belo Horizonte, 10 de janeiro de 1973.

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA DE MINAS GERAIS - OF.CGC/73,
Belo Horizonte, 30 de outubro de 1973.

SIMÕES, Ronaldo. "Barbacena - 1900/1980". III Congresso Mineiro de Psiquiatria, Belo Horizonte, novembro de 1979, n.p.

SINGER, Paul. *Curar e prevenir - o controle social através dos serviços de saúde*. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1978.

SOARES, Simone, S.F. "Enlouquecer para sobreviver: manipulação de uma identidade estigmatizada como estratégia de sobrevivência". Brasília, ICH/UnB, (Dissertação de Mestrado), 1980.

SOUZA, M. Cistina Querós. "'Doença dos nervos', uma estratégia de sobrevivência" in: Ministério de Saúde - *A Saúde no Brasil*. vol 1, nº 3, julho/setembro de 1983.