

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS – UNICAMP  
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS – IFCH  
MESTRADO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL - PPGAS

“Não é psicológico” ou “enrolados pela doença”: uma  
abordagem antropológica sobre um atendimento aos  
“somatizadores”

ANGELO AUGUSTO DA SILVA

CAMPINAS  
2007

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA DO IFCH – UNICAMP

**Silva, Angelo Augusto da**

**Si381n**            **“Não é psicológico” ou “enrolados pela doença”: uma  
abordagem antropológica sobre um atendimento aos  
“somatizadores” / Angelo Augusto da Silva. - - Campinas, SP:  
[s.n.], 2007.**

**Orientador: Guita Grin Debert.  
Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas,  
Instituto de Filosofia e Ciências Humanas.**

**1. Saúde mental – Aspectos antropológicos. 2. Psiquiatria –  
Aspectos antropológicos. 3. Distúrbios de somatização.  
4. Serviços de saúde pública. I. Debert, Guita Grin.  
II. Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Filosofia e  
Ciências Humanas. III. Título.**

**Título em inglês: “It isn’t psychological” or “tangled by illness”: an  
anthropological approach about attendance to “somatizers”.**

**Palavras-chave em inglês (Keywords):    Mental health – Anthropological  
aspects;  
Psychiatry - Anthropological  
aspects;  
Somatization disorder;  
National health care.**

**Área de concentração: Cultura e poder**

**Titulação: Mestre em Antropologia Social**

**Banca examinadora: Guita Grin Debert (orientadora)  
Marina Denise Cardoso  
Ana Maria Canesqui**

**Data da defesa: 24/02/2007**

**Programa de Pós-Graduação: Pós-graduação em Antropologia Social**

**Angelo Augusto da Silva**

**“‘Não é psicológico’ ou enrolados pela doença: uma abordagem antropológica sobre um atendimento aos ‘somatizadores’”**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Departamento de Antropologia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas sob a orientação da Profa. Dra. Guita Grin Debert.

Este exemplar corresponde à redação final da Dissertação defendida e aprovada pela Comissão Julgadora em 27/02/2007

**Banca:**

Profa. Dra. Guita Grin Debert (Presidente) – DA/IFCH-UNICAMP

Profa. Dra. Ana Maria Ganesqui – FCM-UNICAMP

Profa. Dra. Marina Denise Cardoso - UFSCar

Prof. Dr. Luiz Henrique de Toledo – Suplente – UFSCar

Profa. Dra. Iara Aparecida Beleli – Suplente – UNICAMP

Campinas  
Fevereiro 2007

## DEDICATÓRIA

Aos meus pais

## **AGRADECIMENTOS**

Qualquer trabalho – inclusive e talvez principalmente os que envolvem e exigem dedicação intelectual – não é possível de ser feito sem apoio de diversas ordens para sua condução e conclusão: institucional, material, pessoal, afetiva e familiar, entre outras. Este não foge à regra.

Assim, sou extremamente grato aos meus familiares e a várias pessoas mais próximas e outras mais do que especiais – consangüíneas ou não, envolvidas com a academia ou não - pelo apoio e expectativa de ver o trabalho realizado e concluído: meus pais sempre, pois sem a vontade e apoio deles desde o início, essa trajetória talvez nem tivesse principiado ou fosse possível; aos meus tios que me acolheram numa fase crucial em São Paulo e me possibilitaram as condições materiais mínimas para terminar o trabalho; Alessandro (Tiriscão) pela acolhida e orientação inicial em Campinas e na Unicamp; Rodrigo e Camila que convivi por um tempo em Campinas e dividi as angústias iniciais de ser um mestrando e compartilhei bons momentos na casinha da D. Antonia; Aos colegas da turma do mestrado 2004 e outras turmas com as quais foi possível ter contato, fazer boas amizades e manter discussões e diálogos o mais antropológicos possíveis; nisso o pessoal ‘sancarlense’ sempre esteve presente e sempre estará. Aos amigos e amigas que acompanharam mais de perto uma fase meio turbulenta da vida, as reviravoltas e a trajetória final do trabalho, possibilitando-me muitos bons momentos e força para conseguir levar adiante a escrita da dissertação. Meus agradecimentos e reverência pois todos sabem que

foram e são fundamentais e para não cometer a injustiça do esquecimento não os nomeio.

Desde o início presente dando incentivo e apoio fundamental, desde os rascunhos do projeto de pesquisa, sou grato a Profa Marina Cardoso da UFSCar, bem como minha orientadora na Unicamp Profa Guita Debert que me acolheu e apoiou para a realização da dissertação, abrindo espaço para interlocução com colegas, ainda que a temática mais específica da pesquisa não estivesse diretamente ligada às suas pesquisas. Da mesma forma à Profa Ana Maria Canesqui e seus alunos do curso de Antropologia e Saúde ministrado no Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Unicamp e o grupo de leitura e discussão mantido posteriormente, sou muito grato pelo espaço, interesse e incentivo. Sou grato também às professoras pelas valiosas contribuições e empurrões tão necessários tanto na qualificação como na defesa. Espero ter incluído minimamente as sugestões e lacunas.

A Profa Cynthia Sarti também foi muito gentil no contato inicial na Unifesp (e ao Prof Luiz Fernando Dias Duarte que a me indicou, incentivou-me e inspirou com seus trabalhos), meus agradecimentos pelo apoio e incentivo. A todos que de uma forma ou de outra contribuíram ou possibilitaram - cada um de acordo com o apoio em seu âmbito e dentro de suas possibilidades - este trabalho. Sem dúvida, ao coordenador e membros da equipe de atendimento aos “somatizadores” que foram muito gentis e receptivos nos seus locais de trabalho, de supervisão e, inclusive, no espaço denominado ‘contra-transferencial’, permitindo o meu acompanhamento durante alguns meses dos atendimentos, das reuniões, discussões de casos e acesso aos relatórios, prontuários e outros dados da pesquisa. Embora não constituindo em

fontes diretas nessa pesquisa, os pacientes sempre estiverem presentes nos dados, nas discussões, nas reflexões e no objetivo último da pesquisa. Que nada mais é do que uma tentativa de contribuir para o entendimento das questões e dificuldades de atendimento dos sofrimentos e dramas apresentados por essas pessoas, desde o ponto de vista da antropologia.

Por fim, sou grato ao CNPq pela bolsa de Mestrado.

## EPÍGRAFES

“Saída da religião, a ciência tende a substituí-la em tudo o que concerne às funções cognitivas e intelectuais. Já o cristianismo consagrou definitivamente esta substituição na ordem dos fenômenos materiais. Vendo na matéria a coisa profana por excelência, ele facilmente abandonou seu conhecimento a uma disciplina estranha (...) Mas ele não podia despojar-se tão facilmente do mundo das almas; pois é sobre as almas que o deus dos cristãos aspira, antes de tudo, reinar. *Foi porque, durante muito tempo, a idéia de submeter a vida psíquica à ciência tinha o efeito de um tipo de profanação; mesmo hoje, ela ainda repugna a numerosos espíritos.* (...) A grande maioria dos homens continua a crer que ali existe uma ordem de coisas onde o espírito não pode penetrar senão por vias muito especiais. Daí as vivas resistências que se encontram quando se tenta tratar cientificamente os fenômenos religiosos e morais. Mas, a despeito das oposições, (...) a ciência se estabelecerá como senhora também nesta região reservada” .

(Durkheim, 1973: 534 – grifo meu)

“Certamente a Psiquiatria coloca um problema para a percepção médica do homem como máquina corporal, formulando um limite para este processo tecnológico ‘desumanizante’, que esqueceu coisas fundamentais como de que o doente é antes de mais nada uma pessoa, que sente e sofre como qualquer outro humano (...) Entretanto, esta enunciação da questão é parcial, sublinha a dimensão enaltecida do projeto, porém desarticula-o de suas ligações essenciais. E, por isso mesmo, este discurso é mitológico, como pertence ao mesmo registro o discurso ‘revolucionário’ da transformação das estruturas asilares”.

(Birman, 1978: 73)

“Esta forma moderna da técnica xamanística, que é a psicanálise, tira, pois, seus caracteres particulares do fato de que, na civilização mecânica, não há mais lugar para o tempo mítico – senão no próprio homem. Desta constatação, a psicanálise pode recolher uma confirmação de sua validade, ao mesmo tempo que a esperança de aprofundar suas bases teóricas e de melhor compreender o mecanismo de sua eficácia, por uma confrontação de seus métodos e de suas finalidades com os de seus grandes predecessores: os xamãs e os feiticeiros”

(Lévi-Strauss, 1975: 236)

## **Resumo**

A pesquisa teve como objetivo inicial apreender as re-configurações dos saberes e práticas médico-psiquiátricas, no contexto atual de expansão da procura e oferta desses serviços e de uma rebiologização nas explicações destes saberes. Paradoxalmente os 'fenômenos não explicados organicamente' constituem um grande desafio ao campo e são descritos freqüentemente pelo fenômeno de "somatização", nome dado a um programa de pesquisa e atendimento à população e objeto dessa pesquisa.

Se no referido contexto o trato a estes sofrimentos a partir de uma visão organicista e unidirecional mostra-se insuficiente, a incorporação de psicoterapias e da psicanálise no tratamento cotidiano da clientela também não se mostra isenta de dificuldades e dilemas. Buscou-se compreender também como a própria classificação e elaboração do diagnóstico e prognóstico são realizadas segundo as representações e visão de mundo dos profissionais do programa, estreitamente coadunada com a visão psicologizante de Pessoa, configurando universos de valor diversos que são fundamentais de serem apreendidos para melhor compreensão e reflexão das questões e dificuldades em jogo no atendimento.

**Palavras-Chave:** Antropologia Social, Antropologia da Saúde; Saúde Mental; Psiquiatria, Somatização, Serviço Psiquiátrico Público.

## **Abstract**

The aim of this research is to capture the re-configurations of the several kinds of medical and psychiatric knowledge and practices in the current context of demand and offer enlargement of those services and also of a re-biologization of the explanations related to this kind of knowledge. In a paradoxical way, the phenomena which are not explained in an organic way constitutes themselves a great challenge and are often described by the “somatization” phenomenon, name attributed to a research and support program to the population, and also the purpose of this study.

If in the context mentioned, the treatment of these sufferings from an organicist and unidirectional point of view proves to be insufficient, an incorporation of psychotherapies and psychoanalysis in the daily treatment of clients also presents difficulties and dilemmas. We tried to understand how the very classification and elaboration of diagnosis and prognosis are made according to the representations and perspectives of the professionals of the program, strictly linked to their psychological view of the world, setting up universes with different values which have to be captured in order to find a better understanding about the issues and difficulties in the treatment.

Dedicatória

Agradecimentos

Epígrafes

Resumo

<u>SUMÁRIO</u>	Página
I. <u>Pesquisa Adentro: Um Universo ao Redor</u>	01
II. <u>Uma Abordagem Antropológica sobre Fenômenos de Saúde e Doença</u>	14
a. <u>Antropologia e Saberes “Psi”</u>	23
III. <u>Contexto Etnográfico e Questões Metodológicas e Éticas</u>	
a. <u>“Etnografando” o Programa de Atendimento</u>	33
b. <u>As Sessões</u>	47
IV. <u>“Somatizando” ou Deslocando, a “Somatização”</u>	55
V. <u>Conclusões</u>	66
<u>Bibliografia</u>	70

## I- PESQUISA ADENTRO: UM UNIVERSO AO REDOR <sup>1</sup>

O objetivo deste trabalho certamente não é o de dar conta da amplitude e complexidade das questões levantadas pelas epígrafes acima, principalmente em relação à dinâmica interna de disciplinas como a psiquiatria e a psicanálise. Mas levantar e discutir algumas questões em torno desses campos e de sua instrumentalização cotidiana nos atendimentos realizados no programa de “somatização”, objeto dessa pesquisa.

Contudo, as epígrafes fazem menção a pelo menos dois grandes temas colocados, direta ou indiretamente, diante da pesquisa durante sua trajetória. A atividade científica em si mesma, tanto do ponto de vista da pretensão desse trabalho como enquanto objeto e tema de pesquisa antropológica. E o debate corporalmente em suas diversas faces, principalmente no tocante a investigação científica por meio de saberes psiquiátricos e psicológicos e saberes populares e representações sociais acerca dessa dualidade tão característica da noção de pessoa moderna, a qual a antropologia tem pesquisado e debatido.

As ambições científicas de conhecer, compreender e explicar a vida humana em seus mais diversos âmbitos, dimensionalidades e denominações estão de alguma

---

<sup>1</sup> A expressão do título “não é psicológico” é retirada tanto de fala presente no material etnográfico, como de uma fala numa reportagem feita sobre o assunto pela mídia. Já o termo “enrolados pela doença”, vem de um informante da dissertação sobre itinerário terapêutico em saúde mental de Reinaldo (2003:75-9) quando tenta descrever sua situação e afirma que se viu “*enrolado pela doença*” por não conseguir “*seguir o curso normal da vida*”, após uma “*crise nervosa*” que foi como “*uma explosão de raiva que eu sentia dentro de mim por ta daquele jeito sem saber porque*”; “*a doença é só sofrimento, ela te enrola, está dentro e fora, e se não vigiar ela toma conta de você*”.

A idéia do título foi ressaltar com o primeiro termo a diferença de concepção presente ou, como afirma Duarte (1986:12), a representação da noção de “psicológico” é diferentes de reconhecer a existência de emoções que se desencadeiam no plano pessoal. E, com o segundo, a situação de estar envolvido num sentido “crônico”, no qual os sujeitos se envolvem e estão envolvidos para além da sua “compreensão”, “vontade” ou capacidade de se “desenrolar”.

forma presentes na fala de Durkheim ao quase ‘profetizar’ um possível reinado da ciência sobre a religião no que concerne às funções cognitivas e intelectuais. Também denominado em outras situações e contextos de ‘mundo das almas’, de ‘psicológico’, de ‘mente’, ‘ cabeça’, o referido âmbito tem se tornado cada vez mais objeto de estudo e debate, apesar dos reconhecidos limites, ambivalências e paradoxos das ciências nesse e em outros campos. Embora, ao mesmo tempo, se reconheça a sua profundidade, especialização e divulgação crescente por meio dos saberes e técnicas ‘psi’ e da nova onda biotecnológica sobre ‘a mente humana’.

As diversas disciplinas científicas, cada vez mais ramificadas e especializadas, buscam compreender alguma faceta do ambiente, da vida e da experiência humana e integrá-la num conjunto mais ou menos sistemático de teorias, conceitos e significados. Guardadas as especificidades de cada área ou disciplina, nas ciências humanas e sociais – particularmente na antropologia - esta ambição não está ausente. Pelo contrário, há uma demanda de compreensão e explicação de certos fenômenos, seja por constituírem ou terem se constituído no decorrer do tempo em objetos da área, seja por ausência de explicações ou ainda por explicações insuficientes de outras disciplinas. Poder-se-ia dizer também, numa visão o mais multidisciplinar no reino das disciplinas, que cada uma teria algo a dizer a partir de seu ponto de vista o que justificaria a incursão por temas e objetos menos clássicos ou legitimados. Essa é uma forma que se pode entender o movimento cada vez maior - digamos - “centrípeto” da antropologia em relação a temas e áreas consideradas mais importantes ou centrais em nossa cultura e não explorados anteriormente.

É um pouco nesse sentido que a antropologia e demais ciências sociais têm se debruçado sobre as questões ligadas à saúde/doença e dentre elas às relacionadas ao ‘mundo das almas’ e também aos saberes especializados em investigá-las. Num esforço de revelar os processos sociológicos, políticos e culturais que estão subjacentes a psicologização, patologização e medicalização da vida no mundo contemporâneo, mas também como a própria ciência está imbuída das idéias e valores mais gerais da cultura ocidental contemporânea da qual é um fruto.

Ao se debruçar sobre temas e questões historicamente mais legítimos de outras áreas, além de buscar revelar as questões mais problemáticas e lógicas presentes, parece ser tarefa sociológica evidenciar as próprias construções científicas em suas matizes, ambigüidades e valores como propõe, entre outros, Latour & Woolgar<sup>2</sup>. E aqui a proximidade maior já é com as outras duas epígrafes citadas, pois, como afirmam Birman (e em algum sentido parecido Lévi-Strauss sobre a psicanálise), se o conhecimento psiquiátrico-psicológico coloca um problema para a percepção biomédica cartesiana do homem como máquina, seu discurso também deve ser cuidadosamente analisado e contextualizado diante do quadro sociológico e cultural mais abrangente.

Pois uma das particularidades e tarefas da antropologia é, sem dúvida, *contextualizar* os diversos pontos de vista ou lados da moeda, na acepção advertida e defendida por Sarti, de que

Contextualizar não significa situar o fenômeno estudado no âmbito mais geral da sociedade onde se insere, explicando o particular pelo geral, como uma leitura rápida e rasteira poderia sugerir, mas requer um passo cuidadoso e atento noutra direção. É um movimento que diz respeito à relação com o outro. Requer escutar a explicação do outro sobre o mundo

---

<sup>2</sup> Latour, & Woolgar, 1997.

social do qual faz parte. Contextualizar é adentrar o outro, confrontar-se com seu ponto de vista. Pressupõe o reconhecimento de seu discurso como um saber, o que põe em questão nossas formas de pensar, relativizando-as<sup>3</sup>

E como se trata aqui de uma pesquisa sobre um programa de atendimento em saúde, o pressuposto é a relação entre, no mínimo, duas pessoas, dois pontos de vista e na maior parte das vezes duas trajetórias distintas no contexto aqui referido e que podem representar dois mundos sociais e simbólicos distintos presentes na sociedade. Mas sem antecipar o conteúdo adiante exposto e para também se 'contextualizar' ou adentrar melhor na trajetória tomada por esta pesquisa e suas diferentes perspectivas é necessário dizer que, sem dúvida, se foi a partir destes dois conjuntos de questões referidos e do quadro mais geral e teórico que surgiu e a idéia da pesquisa desta dissertação, ao mesmo tempo, são as experiências cotidianas e a nossa inserção em suas aflições e conflitos que balizam a trajetória deste trabalho e a própria escolha do objeto.

Conforme dito, ainda que os debates teóricos e de pesquisas tenham sido fundamentais na trajetória e escolha do objeto, fui percebendo ao longo do tempo a importância que minha própria trajetória tinha na escolha da temática, nas dificuldades enfrentadas na tentativa de compreensão e análise do material e que poderia não só ser interessante mas importante explicitar essas condições e circunstâncias em que a pesquisa também transcorreu.

Então, o que se segue poderia quase despercebidamente não estar presente na dissertação ou apenas ter se mantido no nível das reflexões, anotações pessoais ou anedotas que seriam um modo muito envergonhado de não assumir o lado humano,

---

<sup>3</sup> Sarti, 2003b: 26-7.

subjetivo ou fenomenológico da antropologia como diz DaMatta<sup>4</sup>. Não só porque o cotidiano da vida, a temática e a pesquisa em si foram me aproximando cada vez mais dos saberes e práticas ‘psi’, do debate corpo-mente e suas questões em relação às subjetividades e intersubjetividades, ou em razão da crítica de alguns textos considerados ‘pós-modernos’ sobre as ausências das condições de pesquisa, escrita e interpretação em muitos trabalhos. Mas também, e talvez principalmente, porque fui remoendo e buscando entender cada vez mais as palavras de Lévi-Strauss de ‘*A introdução à obra de Marcel Mauss*’, no início quase ininteligíveis, entre elas, as sobre a relação observador-observado e a especificidade das ciências humanas nas quais o “observador é da mesma natureza que o seu objeto” ou “seu objeto, [é] ao mesmo tempo objeto e sujeito” ou ainda, “o observador é, ele mesmo, parte de sua observação”, como também já destacara Duarte em seu prólogo<sup>5</sup> citando-o:

“Toda sociedade diferente da nossa é objeto, todo grupo de nossa própria sociedade, desde que não seja o de que saímos, é objeto, todo costume desse mesmo grupo, ao qual não aderimos, é objeto. Mas esta série ilimitada de objetos, que constitui o Objeto da Etnografia e que o sujeito deveria dolorosamente arrancar de si mesmo se a diversidade dos mores e dos costumes não o colocasse em presença de um desmembramento operado de antemão, a cicatrização histórica ou geográfica jamais seria capaz de, com risco de aniquilar o resultado de seus esforços, fazê-lo esquecer que procede dele, e que sua análise, por mais objetivamente conduzida, não pode deixar de os reintegrar na subjetividade”<sup>6</sup>

Por isso, a percepção da importância desse aspecto e as dificuldades advinham não só do recente movimento mais geral da disciplina de estudar o ora mais, ora menos ‘familiar’ e do esforço por transformá-lo em ‘exótico’<sup>7</sup>, ou ao menos estranhá-

---

<sup>4</sup> DaMatta, 1978: 27.

<sup>5</sup> Duarte, 1986.

<sup>6</sup> Lévi-Strauss, 1974:18

<sup>7</sup> Velho, 1980;1985;1994.

lo e tentar se distanciar minimamente como condição de objetividade para o estatuto de cientificidade nas humanidades. Nesse caso, esse outro lado da moeda de transformar o 'exótico em familiar' tão estudado nos autores clássicos - apreendendo sua lógica, contextualizando-o e traduzindo em conhecimento na linguagem científica (processos nunca realmente perfeitos) - dizia respeito não só a estranhar ao que em parte era familiar a mim, como, de fato, às minhas próprias experiências sociais mais pessoais e talvez subjetivas devido a proximidade da minha experiência e as verificadas durante a etnografia. Além disso, o desafio de tentar buscar a lógica das relações e o conhecimento mais aprofundado do que é aparentemente familiar ou já de certo nível de conhecimento. Um misto de distanciamento do familiar e familiarização crítica do conhecimento especializado.

Afinal, reconhecer certo grau de subjetividade no conhecimento da vida social e dar certa importância à trajetória pessoal, não necessariamente significa renunciar ao trabalho científico ou o estatuto de cientificidade da antropologia. Daí o importante papel da etnografia ressaltado por Lévi-Strauss, segundo o qual ela apresenta - sob uma forma experimental e concreta - o ilimitado processo de objetivação do sujeito tão dificilmente realizável para o indivíduo<sup>8</sup>. Se a antropologia é realmente um mecanismo dos mais importantes para deslocar a nossa própria subjetividade como nos fala Da Matta, então: "O processo de estranhar o *familiar* torna-se possível quando somos capazes de confrontar intelectualmente, e mesmo emocionalmente, diferentes versões e interpretações existentes a respeito de fatos, situações"<sup>9</sup>.

---

<sup>8</sup> Ibid: 17.

<sup>9</sup> Da Matta, 1978:131. Nas palavras e opinião de Velho (1981:129): "Não estou proclamando a falência do rigor científico no estudo da sociedade, mas a necessidade de percebê-lo enquanto objetividade relativa, mais ou menos ideológica e sempre interpretativa".

Nessa direção, alguns pesquisadores têm explicitado a importância das conexões entre a história pessoal do (a) pesquisador (a) e a escolha de seu objeto de investigação. Menezes afirma, por exemplo, considerar serem focos de atenção e reflexão inerentes à elaboração da pesquisa, os sentimentos e as reações despertadas pela escolha do objeto no pesquisador e nas pessoas ao seu redor <sup>10</sup>. Dito isso, há alguns anos, iniciou-se uma trajetória pessoal quase que de ‘perambulação’ com uma familiar, em busca de tratamento para um fenômeno recente na época, por isso mal conhecido, entendido e explicado segundo os parâmetros biomédicos. Como um jovem aspirante a universitário, também suscetível ao processo em curso de exposição e divulgação crescente dos saberes médicos e psicológicos e suas técnicas, buscava informações e os tratamentos recomendados.

Ainda que a visão unidimensional e organicista do saber biomédico, e de toda a rede de serviços calcada exclusivamente neste saber, esteja desde há muito tempo, num quadro muito ambivalente, sendo criticada e desejada como fonte de resolução e explicação de muitas questões e aflições, sabe-se que é fonte explicativa detentora de maior legitimidade e recursos tanto humanos como tecnológicos para pesquisa e atendimentos à população. Entretanto, para qualquer pessoa diante da ‘não constatação’ de alguma desordem ou disfuncionalidade orgânica para as perturbações e sofrimentos apresentados (busca primordial e definidora da

---

<sup>10</sup> Os comentários em relação as suas pesquisas foram, em geral, de surpresa, reprovação e até de afastamento da ‘normalidade’ psicológica. Suas pesquisas foram respectivamente em um Centro de Tratamento Intensivo (CTI) e um Hospital do câncer no Rio de Janeiro, este no modelo de cuidados paliativos (CP) para atender pessoas consideradas ‘fora de possibilidades terapêuticas’, com base no ideal da ‘boa morte’, e aquele caracterizado pela concentração de recursos tecnológicos e pessoal especializado para atender pessoas em situação crítica. “Observação etnográfica em hospital” retirado do site de antropologia:  
<http://www.antropologia.com.br/colu/colu23-b.htm>

biomedicina), tem-se também tornado cada vez mais usual pensar numa trajetória que leve em consideração a noção de ‘psicológico’, tendo as “queixas” ou perturbações possivelmente origem ou relação com a esfera “psicológica” ou com o campo das “emoções” da pessoa. Daí um encaminhamento, e talvez o início de uma peregrinação por várias especialidades médicas e a algum (s) especialista (s) ‘psi’ (psiquiatras, psicoterapeutas, psicólogos e psicanalistas).

Embora crescentemente comum e facilmente categorizável nas chamadas “doenças psicossomáticas” ou com “alguma influência psicológica ou emocional” como muitos fenômenos “sem constatação orgânica definida”, a luta pelo processo de classificação veio a denominar medicamente de “fibromialgia”: *“uma síndrome de dor crônica e difusa pelo corpo, associada à presença de pontos dolorosos a palpação, localizados em sítios anatômicos pré-determinados. Distúrbios de sono, fadiga e alterações de humor também são sintomas que podem estar presentes nas pessoas acometidas por esta doença.”* Atinge *“de 3% a 5% da população mundial, principalmente entre a faixa etária dos 35 aos 50 anos, e com maior incidência sobre o sexo feminino<sup>11</sup>.*

---

<sup>11</sup> Pareceu-me, posteriormente, um bom exemplo do processo de construção, classificação e “descoberta” científica do qual fala Latour em *Vida de Laboratório* (melhor discutido adiante), principalmente ao se levar em conta afirmações contidas no site [www.fibromialgia.com.br](http://www.fibromialgia.com.br): “No passado, pessoas que apresentavam dor generalizada e uma série de queixas mal definidas não eram levadas muito a sério. Por vezes problemas emocionais eram considerados como fator determinante desse quadro ou então um diagnóstico nebuloso de “fibrosite” era estabelecido. Isso porque acreditava-se que houvesse o envolvimento de um processo inflamatório muscular, daí a terminação “ite”. Atualmente sabe-se que a fibromialgia é uma forma de reumatismo associada à da sensibilidade do indivíduo frente a um estímulo doloroso”. Em 2006, após alguns anos de divulgação, já ocorrera a “1ª caminhada pelo dia mundial da fibromialgia” que reunira cerca de 350 pessoas no parque Ibirapuera em São Paulo. O evento teve o objetivo de *conscientizar* e “informar a população sobre os sintomas, prevenção e tratamento”, sendo para isso distribuídos 1.500 folhetos denominados “Fibromialgia – conhecimento também é tratamento”, com informações a patologia, sinais e sintomas e foi promovido pelo Comitê de Dor e Fibromialgia da Sociedade Brasileira de Reumatologia (SBR), com apoio das Sociedades Brasileira (SBR) e Paulista de Reumatologia (SPR) e do GRUPASP - Grupo de Pacientes com artrite e Fibromialgia do Estado de São Paulo – foi, não por acaso, patrocinado pela Apsen Farmacêutica. Informações retiradas do site (desenvolvido também com o apoio da Apsen Farmacêutica): <http://www.fibromialgia.com.br>

Acontece que não tinha idéia de que os saberes referidos iam além de simples procedimentos naturalizados e universais ou universalizáveis, constituindo-se de alguma maneira também em formas de ser, agir, pensar e se comportar que são mais ou menos próximos aos valores inerentes aos mesmos e seus atores profissionais. Inquieto com a trajetória terapêutica dessa familiar e os resultados alcançados, maior atenção foi sendo despendida ao longo do tempo para tentar compreender o processo em curso e, alguns anos posteriormente, depois de iniciados os estudos de antropologia, um universo diferente foi se abrindo ao redor e o campo de possibilidades se estendendo até virar tema de pesquisa.

Por volta desse período, como símbolo da visibilidade alcançada pelo tema, uma reportagem de capa de uma revista de circulação nacional noticiava: “*Quando dói tudo. Eles reclamam da cabeça, das costas, das pernas, trocam de médico como quem troca de roupa, colecionam exames... os ‘poliqueixosos’ preocupam os especialistas*”<sup>12</sup>. E em 2005, já durante a realização da pesquisa, outra matéria foi dedicada em mais um jornal de grande circulação com temática parecida: “*Quando a doença vem da emoção*”.<sup>13</sup> Segundo as reportagens<sup>14</sup>, o termo “*poliqueixa*” seria “um jargão médico que define o comportamento do paciente que apresenta um conjunto variado de sintomas físicos, cuja origem não é detectada por exames médicos”. Já a

---

<sup>12</sup> REVISTA DA FOLHA, 12 (581), pp 08-12, 03/08/2003. Na reportagem da revista também ouviram um sociólogo que havia feito uma tese sobre os chamados ‘poliqueixosos’: Sebastião Chammé, *Poliqueixoso: metáfora ou realidade?* (Tese de doutorado/Faculdade de Saúde Pública da USP).

<sup>13</sup> O ESTADO DE SÃO PAULO, p. A12 de 14/01/2005. Interessante notar que numa busca realizada em 2006, no final da pesquisa, o resultado apresentou um aumento considerável na quantidade de endereços e informações disponíveis na rede sobre o termo “somatização”.

<sup>14</sup> Como será melhor discutido adiante, além de problemáticas as definições são operacionalizadas de maneira mais flexível pelos profissionais do programa e, inclusive, questionadas e reformuladas. O uso feito neste momento das reportagens e matérias de imprensa, internet e mídia em geral são apenas ilustrativas da visibilidade da temática na sociedade e meios de comunicação. Embora, de fato, o conteúdo seja muito próximo ao material coletado e observado na etnografia.

“*somatização*”, definida “como a transferência para o corpo do que deveria ser vivido e suportado na mente” ou de “*transtorno de somatização*” a busca sem sucesso em exame algo que explique os sintomas que se sente no corpo.<sup>15</sup>

Nos pacientes em que a ausência de constatações orgânicas para suas queixas é uma característica importante, eles são facilmente denominados no meio médico de “poliqueixosos” ou “somatizadores”, avultando-se a hipótese de alguma influência ou mesmo causa “emocional” ou “psicológica” e são caracterizados como não reconhecedores de si enquanto tais e de sua condição. Segundo um dos médicos ouvidos pela reportagem, “*as pessoas com esse problema não se reconhecem como tais e o processo acontece de forma inconsciente, já que não sabem que a causa do problema pode ser emocional*”. Além do mais, a maioria dos médicos não associaria os múltiplos sintomas do “poliqueixoso” a um problema de *ordem psicológica*, podendo esta condição estar mais ligada a um *comportamento* do que a uma “doença” propriamente dita. Com ou sem constatação orgânica o próprio *comportamento em si* pode ser enquadrado como patológico, pois mesmo quando há evidências orgânicas elas não seriam suficientes para explicar o comportamento “queixoso”, abrindo espaço pra causalidades “emocionais” ou “psicológicas”. E mesmo quando há “razão orgânica” pode não ser suficiente ou o sujeito pode estar “*somatizando*”, isto é, transferindo ou *deslocando* para o corpo o que deveria ser elaborado em outro âmbito: verbal ou mental.

---

<sup>15</sup> No site <http://www.psiqweb.med.br/somato.html> há a seguinte diferenciação: “A diferença entre os Transtornos Somatoformes e as Doenças Psicossomáticas está não fato dessas últimas comportarem, junto com a queixa, realmente alguma alteração orgânica constatável clinicamente, enquanto a somatização não. Assim sendo, havendo confirmação de alterações orgânicas e, sendo a doença em pauta influenciável (determinada ou agravada) por razões emocionais, estamos diante de Doenças Psicossomáticas.”

Por outro lado, não é incomum as pessoas terem entendimentos diferentes acerca do que se passa, como para uma aposentada de 69 anos também ouvida pela reportagem, solteira, que vive com as sobrinhas, e é enfática em questionar a *não compreensão* dos profissionais e a atribuição do problema a uma causa que ela não reconhece como tal, dizendo: meu problema “*não tem nada a ver com a cabeça, não é psicológico. É físico, dói*”<sup>16</sup>. Um subtítulo da reportagem da revista – *Dor, em vez de tristeza* – é particularmente interessante e representativo de um argumento sobre a “incapacidade” ou dificuldade que marcaria esses pacientes de se expressarem ou ‘simbolizarem os sentimentos’, “descontando” no corpo o que deveria ser elaborado verbalmente, como será discutido adiante. De fato, não só as concepções e definições sobre ‘o mundo das almas’, “o mental”, o ‘psicológico’ e as relações entre corpo-mente ou físico-mental podem ser e se relacionar de maneira distinta de acordo com o contexto, as concepções e referenciais teóricos. As concepções e representações populares podem ou não efetivamente diferir das definições, relações e hierarquizações dos saberes especializados, ou ainda se posicionarem mais ou menos distanciadas e influenciadas pelo conhecimento científico.

Ficava evidente a partir de então, uma vertente do rico material que poderia ser observado devido as diferentes concepções em jogo nas relações entre quem procurava os serviços e quem os oferecia. Possivelmente devido a entendimentos diferentes de suas perturbações e a um conjunto de representações e visões de mundo não tão psicologizadas como dos médicos e profissionais ouvidos, onde o

---

<sup>16</sup> Dessa expressão vem parcialmente o título da dissertação conforme explicado acima.

'psicológico' detém status e capacidade de ser a instância de origem de seus sofrimentos ou capaz de produzi-los. E pelo menos em parte do material da pesquisa e dessas características reconhecia semelhanças com a trajetória pessoal, que em muitos pontos era idêntica à daquelas pessoas que buscavam e recebiam atendimento, fato parcialmente esperado e que inclusive que justificava a pesquisa e o meu interesse pela temática: a dimensão social e sociológica dos fatos.

Apesar do conteúdo relativamente diverso entre as reportagens, em comum chamavam a atenção para a ausência de explicações orgânicas precisas para as dores e os incômodos apresentados e a conseqüente citação das “emoções” como elemento importante ou elemento causador de doenças; a referência a um certo tipo de comportamento característico e um itinerário básico de percorrerem várias especialidades em busca de tratamento. Mas, principalmente, um programa de pesquisa e atendimento público e gratuito direcionado a esse grupo populacional ligado a uma Universidade Federal em São Paulo. Um dos pontos possíveis da trajetória das pessoas que não encontram explicações orgânicas para suas perturbações e sofrimentos.

Assim é que sem desconsiderar o esforço das diversas classes profissionais, era imperativo buscar problematizar minimamente estas trajetórias terapêuticas e discutir estes procedimentos adotados, tanto do ponto de vista de buscar os processos lógicos e culturais na racionalidade e atividade científica em sua atividade classificatória e de produção de conhecimento, como também a socio-lógica e a racionalidade dos pacientes e das relações e conflitos em jogo nos atendimentos.

A antropologia possibilitava reler as experiências, o contato e a busca de auxílio médico que eram muito próximos da experiência da clientela do serviço de

atendimento ao 'somatizadores', possibilitando não só transcender e rever o papel como, principalmente, o desafio de tentar compreender o fenômeno de um outro ponto de vista e mais abrangente. A etnografia constituía uma via que poderia possibilitar a transformação das experiências pessoais e subjetivas em dados mais objetivos, fatos relativamente distantes que com certa bagagem teórica e metodológica vislumbrava maiores possibilidades, senão únicas, de serem pensados, analisados e quem sabe minimamente explicados.

## II - UMA ABORDAGEM ANTROPOLÓGICA SOBRE OS FENÔMENOS DE SAÚDE E DOENÇA

Diversos autores têm se dedicado a mapear e caracterizar o campo de estudos dedicado à saúde na Antropologia feita no Brasil desde os anos 60, por meio de artigos, edições especiais de revistas e coletâneas de textos<sup>17</sup>. Segundo Canesqui<sup>18</sup>, mesmo opondo-se ao modelo médico, a Antropologia tomou-o como objeto de reflexão e os desafios estão colocados seja pela multiplicidade dos recursos terapêuticos e das novas modalidades que surgem dentro e fora do campo médico oficial, seja pelo surgimento de novos saberes e práticas que se mesclam, recriam e se impõem no contexto da sociedade brasileira.

Diniz, parafraseando Roberto Cardoso de Oliveira em “O que é Isso que Chamamos Antropologia da Saúde [urbana talvez] no Brasil”, tenta classificar os antropólogos que trabalham na área em três grupos segundo as orientações dentro das vertentes da Antropologia ou ‘apropriações do idioma antropológico’, trajetórias profissionais e áreas de atuação<sup>19</sup>. O grupo dos antropólogos *Ortodoxos* é formado pelos que, com formação antropológica strictu senso, atuam em centros dedicados ao ensino e pesquisa de Antropologia e replicam o ‘léxico’ antropológico sendo facilmente alocados na matriz disciplinar, tendo suas pesquisas uma ênfase e correlação direta entre questões de saúde e teoria antropológica mais ampla.

---

<sup>17</sup> Entre eles Diniz, 1997; Canesqui, 1994 e 2003; Alves & Minayo, 1994; Duarte & Leal, 1998, Buchillet, 1991.

<sup>18</sup> Ibid, 1994: 27.

<sup>19</sup> Ibid. Além da classificação em três grupos Diniz descreve representantes de cada grupo. Diniz utiliza tanto a idéia sugerida por Cardoso de Oliveira de metáfora da língua como forma de entender as apropriações da matriz disciplinar e suas variações, como a própria conceituação de matriz disciplinar desenvolvida por ele em Cardoso de Oliveira (1988).

O grupo dos *Liminares* que podem ou não ter formação em outras áreas que não a Antropologia, atuam seja em centros de Antropologia seja em centros da área de saúde, também como professores visitantes, convidados, consultores etc e em instituições híbridas como institutos de saúde, centros de medicina social etc. Segundo Diniz exercem importante papel nas políticas de saúde sendo comum ocuparem postos no Estado, constituem a maioria dos antropólogos da saúde em atuação hoje e são, portanto, os principais responsáveis pela divulgação e pela atração da Antropologia no campo da saúde e convívio com os *Convertidos*. Já estes geralmente possuem formação básica na área da saúde e pós-graduação em Antropologia, podendo ou não continuar exercendo a profissão e, em geral, estão vinculados a institutos de saúde coletiva. Segundo uma perspectiva crítica, talvez 'radical' para Diniz, há uma diluição excessiva dos conceitos antropológicos e uma quase 'medicina na Antropologia' nesse grupo<sup>20</sup>.

Contudo, para além desta classificação sobre os profissionais da área em grupos que estão representados na maioria dos centros universitários do país, sua conclusão, neste texto, é de que há uma preferência pelo levantamento das representações sociais relativas à saúde e doença e um caráter de denúncia da hegemonia, algumas vezes opressiva, da medicina acadêmica. Ou seja, em concordância com Canesqui, conclui-se que mesmo opondo-se ao modelo médico a Antropologia tomou-o como objeto de reflexão.

Nesse sentido, Canesqui mostra um breve histórico de países que influenciam diretamente a produção antropológica nacional - principalmente EUA, França e Inglaterra - e os primeiros passos desse movimento no país, mostrando a

---

<sup>20</sup> Cardoso, 2003: 26. Cf Kleinman, 1993.

diversidade teórica que orientou os principais temas pesquisados: inicialmente a alimentação e os elos estabelecidos entre o pensamento médico e o antropológico na constituição de práticas científicas e judiciais foram temas abordados; o código do 'nervoso' em classes trabalhadoras urbanas, representações populares sobre saúde e doença, pesquisas sobre instituições e práticas psiquiátricas ou saberes 'psi' no Brasil e a própria questão da resistência à dominação médica, a imbricação de práticas religiosas e terapêuticas, além de outros temas como relação da clientela com os serviços de saúde e representações dos profissionais de saúde.

Já na revisão da bibliografia da década de 90, Canesqui<sup>21</sup> aponta o aumento da produção bibliográfica com aprofundamento e aperfeiçoamento no uso de alguns conceitos e metodologias (entre eles o de representação social) e a diversificação das temáticas ao se incorporar estudos sobre gênero, sexualidade e reprodução, Aids, doenças específicas e experiências de enfermidades. Além de pontuar os impasses e tensões entre as diversas posições teóricas e vocações intelectuais na busca de uma identidade para a área: “sendo que algumas posturas, sob diferentes argumentos, são mais cautelosas quanto à partilha ou especialização dos objetos disciplinares (Duarte, 1994; Carrara, 1994), enquanto outros preferem a singularidade e identidade da nova especialidade”, ressaltando, no entanto, que é salutar a convivência de vários tipos de pesquisa.

Na mesma direção Duarte<sup>22</sup> aponta que muitas das dissensões internas do campo se armam “em face da oposição entre a perspectiva pragmática, operativa, interventiva, inevitável nos saberes médicos e psiquiátricos, e aquela concernente

---

<sup>21</sup> Canesqui, 2003: 110.

<sup>22</sup> Duarte, 1998a: 12.

aos saberes sociológicos, supostamente mais reflexiva ou relativizadora”, ou seja, seria próprio àqueles saberes o caráter interventivo e pragmático e não a estes. Mas também ressalta a importância da ‘alta flexibilidade das perspectivas metodológicas, permanentemente aliada à crítica dos pressupostos analíticos’ como uma qualidade a ser preservada nos trabalhos antropológicos dedicados a saúde e doença, numa ‘tradição’ da Antropologia Brasileira em ser plural, crítica e criativa. Para ele a Antropologia que se faz no Brasil:

tem efetivamente se caracterizado por uma exposição regular à multiplicidade das influências internacionais – inclusive epistemológicas -, o que torna com frequência sua contribuição menos nítida ou tipificada do que as antropologias nacionais metropolitanas, mas possivelmente mais ágil no enfrentamento da multiplicidade de identidades e forças sociais em jogo no Ocidente contemporâneo. Essa multiplicidade implica, necessariamente, uma sensibilidade muito peculiar às grandes tensões que atravessam, desde sua origem, as Ciências Humanas ocidentais e que continuam a energizar os desenvolvimentos contemporâneos<sup>23</sup>

Para o autor, se houvesse acordo em considerar que a riqueza de toda a tradição científica ocidental se sustenta justamente na ‘inarredável tensão’ entre posições epistemológicas antípodas em diálogo, pareceria boa empreitada a preservação dessa tensão propondo-se correções de rumo sempre que alguma das posições se aproximasse de uma hegemonização prejudicial ao fluxo proposto. Este teria sido seu intento ao realizar uma revisão crítica do ‘nervos’ na Antropologia médica norte-americana<sup>24</sup>, oferecer uma interlocução com uma ‘perspectiva mais englobante ou abrangente, capaz de reformular as contradições e aporias em que se têm dado as interpretações mais empiristas’, pois esse movimento (que ele chama de ‘empirismo romântico’ denominando o empirismo pragmaticista combinado com a

---

<sup>23</sup> Idem: 15.

<sup>24</sup> Idem, 1993.

influência ‘neo-romântica’ ou ‘interpretativista’) “representa uma reativação dos pressupostos da ideologia individualista que dá suporte ao senso comum da cultura ocidental moderna e que se opõe – como permanente resistência – à ‘percepção sociológica’ mais plena, àquilo que se pode denominar ‘universalismo romântico’”<sup>25</sup>.

Para a realização desta proposta seria imprescindível a relativização da teoria biomédica que vê nesses fenômenos a mera expressão da doença orgânica - mesmo que sob sua forma psiquiátrica, como também de uma teoria psicologizante que vê os fenômenos como expressão do funcionamento das emoções e do psiquismo individual e que permanece apenas em estado virtual por não poder desprezar a dimensão social de seus objetos (daí a necessidade da locução ‘psicossocial’<sup>26</sup>), isto para se abrir espaço a uma teoria sociológica que veja nesses fenômenos como o *nervoso* uma experiência social ao mesmo tempo mais ampla e diversificada que a da ‘doença’ do empirismo biomédico, pois o *nervoso* não é apenas uma rubrica popular para os diagnósticos psiquiátricos.<sup>27</sup>

Segundo Duarte é considerável o risco de se aceitar um empirismo ‘psiquiátrico’ ou ‘psicológico’ no esforço de fugir das formas antiquadas e lineares do empirismo médico, adotando categorias como entes reais tais como *ansiedade*, *angústia*, *somatização*, *depressão* como mostrou na *revisão crítica* da bibliografia norte-americana sobre o tema. E então, à reificação da ‘doença nervosa’ corresponderia uma reificação da versão psicologizada do homem moderno que operaria com

---

<sup>25</sup> Idem, 1998:15.

<sup>26</sup> Idem, 1993: 67.

<sup>27</sup> Para o autor, ainda que a condição nervosa básica seja amplamente marcada pelas condições de vida em que se encontram, seja no sentido material, seja no sentido moral e relacional as classes trabalhadoras urbanas (1986:193), o discurso do *nervoso* serve ao pensamento, à comunicação, à expressão constituindo-se assim como uma “língua”. O modo ou código pelo qual se enuncia fundamentalmente as perturbações físico-morais sofridas pelos membros desses grupos sociais (idem:13).

noções claras, distintas e racionais que expressam a realidade enquanto sistemas como o do nervoso – culturais ou simbólicos, e apenas eles - confundiriam planos classificatórios<sup>28</sup>.

Como afirma Canesqui<sup>29</sup>: “Para ele [Duarte] as categorias e modelos sobre os mal-estares, as perturbações físico-morais ou as doenças são sempre uma via régia de acesso à representação de pessoa e de mundo vigentes em qualquer cultura”. Nesse sentido, o autor considera sua proposta analítica antropológica por excelência na medida em que se pretende comparativa e relativista, contudo para se perceber que o ‘código do nervoso’ é solidário com uma verdadeira e integrada representação da pessoa - só possível de existir dentro de uma configuração cultural específica – é necessário superar a confusão entre sua condição de código cultural e o eventual reconhecimento da existência de nervos no corpo humano, assim como a confusão entre a representação do ‘psicológico’ e o reconhecimento da existência de emoções que se desencadeiam no plano pessoal. Trata-se também de admitir a existência de uma ‘cultura ocidental’ com sua história marcada pelo desenvolvimento e crescente hegemonização da ideologia ou configuração ideológica do ‘individualismo’ que remonta ao cristianismo<sup>30</sup>, já que:

Esta revisão da literatura médico-antropológica norte-americana sobre o *nervoso* só se justifica na medida em que possa contribuir para demonstrar que esse fenômeno é privilegiado para compreender as questões centrais da definição da cultura ocidental moderna e seus limites e discontinuidades. A noção de pessoa específica da configuração ideológica a que se tem chamado de ‘individualismo’ atravessa todo o horizonte cosmológico em que se tem movido essa cultura (e todos os saberes que lhe são associados,

---

<sup>28</sup> Como será discutido adiante, este é um aspecto importante e recorrente nas reuniões da equipe profissional, onde a própria noção de ‘somatização’ pretende se referir menos a uma classificação dos manuais e mais à dificuldade ou incapacidade das pessoas *elaborarem psicicamente* seus problemas por serem muito ‘concretas’, fazendo-as ‘somatizar’.

<sup>29</sup> Canesqui, 1994: 21

<sup>30</sup> Duarte & Giumbelli, 1995; Duarte, 1998a.

como a Medicina e a Antropologia). Os nervos dificilmente poderiam ser compreendidos a partir de uma estratégia puramente empirista, que fosse apenas superpondo dados etnográficos locais descomprometidos com uma teoria mais ampla a respeito da mudança e da diferenciação cultural dentro das sociedades afetadas pela modernização individualista<sup>31</sup>

Sendo que por detrás dessa discussão teórica estão em jogo principalmente as elaborações de Dumont<sup>32</sup> sobre um universalismo modificado face ao caráter sociocêntrico de muitos dos universais ingênuos e da conceituação do *individualismo* enquanto um sistema ideológico guia da cultura ocidental contemporânea, pensado com um sistema de idéias e valores dominantes capaz de interações englobantes por meio de uma dialética complexa, onde

as idéias e os valores individualistas da cultura dominante, à medida que se propagam através do mundo, sofrem localmente modificações que dão origem a novas formas. Ora está aí o ponto inapercebido, essas formas modificadas ou novas podem passar, por sua vez, para a cultura dominante e nela figurar como elementos modernos de pleno direito. A aculturação à modernidade de cada cultura particular pode, assim, deixar um precipitado duradouro no patrimônio da modernidade universal<sup>33</sup>

Mesmo não sendo a única e nem compartilhada por todos, esta estratégia analítica tem inspirado um grande número de trabalhos em temas diversificados pelo próprio desafio que impõe de um 'culturalismo radical',

de um estranhamento simbólico radical de todas as experiências humanas, percebendo a sua inseparabilidade do horizonte integrado de cada cultura e buscando entendê-lo a partir de categorias mais estruturantes. [Pois] A ciência social para ser ciência do social necessita de um 'relativa relativização' do sistema ideológico que sustenta o seu próprio projeto de ser ciência e deve buscar aproximar-se do modo pelo qual o homem se realiza no mundo<sup>34</sup>

---

<sup>31</sup> Idem, 1993: 66

<sup>32</sup> Dumont, 1993 e 2000.

<sup>33</sup> Ibidem: 30.

<sup>34</sup> Duarte, 1998b: 16.

Este é considerado um debate importante nesta área temática, e é por isso que o autor propõe uma perspectiva baseada no “pressuposto de um ‘holismo’ metodológico, na presunção de um estranhamento simbólico radical de todas as experiências humanas e de sua inseparabilidade do horizonte integrado de cada cultura, implicando, portanto, o permanente desafio do ‘relativismo’”. Ou seja, um ‘culturalismo radical’ que procure demonstrar que os dados empíricos ou etnografias comparadas acumuladas só poderão brilhar com toda pujança, se vierem a ser observados à luz de teoria consistente e ambiciosa no que concerne à constituição e permanência das diferenças culturais dentro das sociedades configuradas, tendo por referência a cultura ocidental moderna que perpassa todo e qualquer esforço de conhecimento ou compreensão antropológica, por isso a necessidade da percepção controlada ou o controle epistemológico como a ‘via-régia’ do trabalho da disciplina, inclusive para a produção de conceitos um pouco menos etnocêntricos<sup>35</sup>.

Ainda que não discutidas aqui, outras estratégias também têm contribuído para mostrar as lógicas culturais particulares sob as quais certos fenômenos denominados como ‘enfermidades mentais’ podem ser compreendidos de uma perspectiva sociológica<sup>36</sup>.

De outro lado, a idéia de antropologia simétrica de Latour é bastante inspiradora em relação ao pensamento científico na medida em que dirige sua crítica aos que concebem a ciência como fato adquirido, isolando a dimensão cognitiva dos fatores sociais que a circundam, apontando a necessidade de observação para uma visão sociológica da ciência que busque unir o conteúdo científico e o contexto social.

---

<sup>35</sup> Idem, 1998 e 1998b.

Como ele mesmo afirma: “Ou bem é possível fazer uma antropologia do verdadeiro, assim como do falso, do científico, como do pré-científico, do central, como do periférico, do presente, como do passado, ou então é absolutamente inútil dedicar-se à antropologia, que nunca passaria de um meio perverso de desprezar os vencidos”<sup>37</sup>, já que seu interesse era tomar o discurso científico com o mesmo cuidado que os etnógrafos têm quando estudam outras culturas, numa abordagem que denomina de ‘quase antropológica’, ou seja, fazer o que fazem os etnógrafos e aplicar à ciência a deontologia habitual às ciências humanas e familiarizar-se com um campo, permanecendo independente dele e a distância.

---

<sup>36</sup> Alves, 1994; Rodrigues e Caroso, 1998; Rabelo et al, 1999, Langdon, 1995, Uchoa e Vidal, 1994, Redko, 2001.

<sup>37</sup> Latour & Woolgar, op. cit: 23.

## A – ANTROPOLOGIA E SABERES “PSI”

“Conhecer o nosso mapa genético é nos auto-conhecer”  
Médica em entrevista<sup>38</sup>

No final do ano de 2003, Jurandir Freire Costa escreveu uma resenha do livro “Therapy Culture – Cultivating Vulnerability in na Uncertain Age” de Frank Furedi, professor de sociologia no Reino Unido, conhecido por analisar o impacto das crenças culturais na formação da subjetividade. Freire Costa afirmava que o foco do autor nesse livro seria os ataques à liberdade individual pela invasão de questões da esfera privada na esfera pública, escolhendo para tanto o fenômeno denominado “emocionalismo”, que além de representar a tendência crescente para descrever as condutas da vida cotidiana no vocabulário médico-psicológico, seria uma prática cultural incentivadora da expressão de afetos privados em público.<sup>39</sup>

Sem discutir especificamente os argumentos do autor relacionados à perda de sentido moral da esfera pública para explicar a medicalização psicologizante dos comportamentos sociais e, por conseguinte, a observação crítica de Freire Costa sobre os limites do trabalho inscrito na linha de defesa da autonomia individual, típico da crítica liberal anglo-saxônica, pode-se utilizar esse exemplo para expor retrospectivamente os interesses iniciais e alguns das questões presentes na pesquisa a que se refere este texto.

---

<sup>38</sup> Entrevista de uma médica ao programa Globo Repórter da TV Globo, no dia 26/11/04. Fala representativa de uma face da tendência das explicações hegemônicas correntes. De um lado a biologização (ou até “geneticismo”) e de outro a psicologização com a difusão dos saberes e técnicas psicológicas.

<sup>39</sup>Freire Costa, J. “A gula terapêutica”, in Caderno Mais! do jornal FOLHA de SP de 07/12/2003 pp:05-07.

Numa breve apresentação da relação entre o surgimento e desenvolvimento dos saberes psiquiátricos com a noção de Pessoa ocidental moderna, tem-se que os caminhos da ‘doença’ no Ocidente têm sido subprodutos do cruzamento dos princípios que acompanham a pessoa individualizada e constrangidos pela racionalização cientificista e pela interiorização auto-responsabilizante ou responsabilização íntima dos doentes pela ocorrência de suas ‘perturbações’.

E sendo os nervos uma típica representação relacional da pessoa, o psiquismo é, em contraposição, uma representação individualizada, associável às marcas ideológicas mais amplas da modernidade ocidental e concebido para substituir o antigo nível moral e estabelecer sobre o físico uma nova hegemonia. Esta discussão é visível na preocupação (de superação ou mesmo negação) com o dualismo ocidental cartesiano corpo/mente e a psicologização corrente, mas a hipótese de Duarte é de que os nervos - eminentemente relacionais, compondo uma teoria não psicologizada do humano – não abolem o dualismo físico-moral, mas constituem uma verdadeira teoria das conexões e fluxos possíveis entre as duas dimensões, tal como foram anteriormente no Ocidente os sistemas clássicos dos humores ou dos temperamentos. Pensados como um meio físico de experiências tanto físicas quanto morais, é possível, segundo a lógica do nervoso, que um evento físico possa acarretar reações morais ou uma experiência moral ter implicações físicas, sem que, no entanto se deixe de distinguir os dois planos, daí a denominação *perturbação físico-moral* que procura reconstituir o caráter de mediação entre corporalidade e todas as demais dimensões da vida social<sup>40</sup>.

---

<sup>40</sup> Duarte, 1986:16; 1993: 61 e 1994: 84.

Nessa caracterização teórico-metodológica, tal como explorada por Venâncio, Duarte, entre outros<sup>41</sup>, inspirada a partir principalmente do esquema teórico de Dumont sobre o amplo sistema de representações chamado *individualismo*, Duarte argumenta que os próprios conceitos de ‘doença mental’ e de ‘distúrbio psicossocial’ podem ser considerados casos culturalmente específicos do conjunto mais amplo das ‘perturbações físico-morais’, justamente por expressarem modos de sentidos próprios de nossa cultura e talvez mais de alguns segmentos do que de outros. A adoção da categoria físico-moral, só faz sentido com base na nossa peculiar concepção dualista do humano e procura justamente reconstituir o caráter de vínculo ou mediação de que esses fenômenos se cercam nas relações entre corporalidade e todas as demais dimensões da vida social, inclusive, e eventualmente, a espiritual ou transcendental podendo ser utilizada para designar um conjunto de fenômenos humanos que a cultura individualista segmenta em ‘doença mental’, ‘possessão’, ‘distúrbio psíquico’, ‘somatização’, ‘transe’<sup>42</sup>.

Na Psiquiatria este movimento quase pendular de ênfase ora num âmbito (físico), ora noutro (moral) é considerado constitutivo do campo na medida em que representa uma tensão da construção da Pessoa moderna ocidental. Há, nesse sentido, um conjunto de trabalhos que mostram o percurso pelo qual a classificação médica e psiquiátrica enfrentou no decorrer do tempo a dualidade físico-moral, oscilando entre uma versão mais fisicalista ou mais moral das perturbações - tanto do lado da influência da Psicanálise como da de alguns sociologismos<sup>43</sup>.

---

<sup>41</sup> Venâncio 1993 e 1998; Duarte 1998 e 1998b. Como também, por exemplo, Bezerra Jr, 1982; Figueira, 1978 e 1985.

<sup>42</sup> Duarte, 1998a:13 e 22 Guedes, 1998.

<sup>43</sup> Russo, 2002 e Russo et al, 2004; Duarte 1998 e 1998b; Venâncio, 1993.

Com o alienismo francês do início do século XIX (Pinel e Esquirol) houve um predomínio da vertente moral, já a partir de meados do século a concepção moreliana de degeneração e a nossografia kraepeliniana (Kraepelin) fizeram o pêndulo oscilar na direção do ‘fiscalismo’ ou ‘somaticismo’ mais estrito, de busca de uma causa orgânica para as doenças, o que também não deixou de significar certo predomínio da psiquiatria alemã sobre o alienismo francês e uma abertura para teorias que buscavam ancorar diferenças sociais na biologia. Segundo Birman<sup>44</sup>, a Psiquiatria nasceu como Medicina Social, invertendo a procura anatomopatológica da loucura e passou a fornecer modelos racionais e dispositivos técnicos para a Medicina. Esta passou a incorporar as verdades do discurso psiquiátrico e essa incorporação de dispositivos psiquiátricos no campo da clínica contou com a incorporação do discurso psicanalítico e de outros discursos psicológicos.

Segundo ele, o dispositivo das inter-relações pessoais é o paradigma desta transposição dos mecanismos de intervenção psiquiátrica para o interior da instituição médica. Com a pretensão de realizar a modernização da estrutura da clínica e da instituição hospitalar, da mesma forma como operou a mudança do sistema asilar, usando os mesmo argumentos e enunciando-se as mesmas mitologias que funcionavam como legitimadoras das transformações asilares. Pretendeu-se uma humanização da Medicina, uma reação à tecnologia fragmentadora do humano criada pela superespecialização médica.

Mas durante toda a primeira metade do século XX essas duas linhas de força – física e moral – estiveram em tensão, uma com explicações fiscalistas, marcadamente neurológicas que levavam à fragmentação do indivíduo em

---

<sup>44</sup> Birman, 1980: 72-3.

congruência com os efeitos concomitantes da representação individualizada da Pessoa, tais como à fragmentação dos domínios e universalização dos saberes e a interiorização e psicologização dos sujeitos. Outra, seguia os caminhos das teorias da Psicologia experimental e dos recentes conhecimentos psicanalíticos via uma interioridade individual não-física com base nas idéias acerca do inconsciente<sup>45</sup>.

Após a Segunda Guerra Mundial e com o desenvolvimento da Psicanálise, foi impondo-se uma vertente ‘moral’ (que assumiu duas formas ‘modernas’: um psicologismo e um sociologismo) em reação ao reducionismo biomédico, representada pelo que alguns chamam de ‘nova psiquiatria’ ou ‘psiquiatria dinâmica’ fortemente influenciada pelos saberes psicanalíticos, pelos movimentos da ‘antipsiquiatria’/psiquiatria comunitária/psiquiatria democrática (com sua visão psicopolítica-social) e pela pretensão de uma etiologia ao mesmo tempo individual e social a respeito da *saúde mental* em contraposição a *doença mental*. Com isso o caráter *sui generis* da Psiquiatria enquanto especialidade médica foi reforçado, tendo como pano de fundo a dualidade corpo/mente ou somático/psíquico e, como ressalta Venâncio, a ‘nova psiquiatria’ trouxe de volta ao imaginário o ideal de igualdade entre os indivíduos, uma esperança de cura presente nas origens da psiquiatria e retomou a tentativa de compreender os mecanismos individuais cada vez mais na esfera do *psicológico* ao invés da orgânica, congruente com o imaginário do homem moderno sobre si mesmo enquanto um ser singular, livre e igual.

Pela consideração do que denominou *subjetividade*, a ‘nova psiquiatria’ reinvocava a possibilidade de compreensão do doente mental, reinscrevendo toda a positividade do valor-Indivíduo. Em um primeiro nível, não se tratava mais de um

---

<sup>45</sup> Venâncio, op. cit.:118; Duarte, 1998:19.

doente, mas de um sujeito que devia ser observado pela sua capacidade de ser saudável, pela sua *saúde mental*. A idéia de saúde mental abria ao chamado doente mental a possibilidade de ter um mesmo estatuto que os outros indivíduos, isto é, o de se afirmar por uma objetividade, que é a de sua própria *subjetividade*. Em um segundo nível, a assunção da idéia de que essa *subjetividade* se expressava fundamentalmente por meio de um *sufrimento*, sofrimento este não definido inteiramente, justificado algumas vezes pelas chamadas ‘condições objetivas’ de vida, mas que, em última instância, era remetido sempre à construção intrapessoal do indivíduo assim representado paradigmaticamente enquanto sujeito<sup>46</sup>.

Entretanto, o movimento tem seguido em outra direção há pelo menos duas décadas. Como mostra Henriques<sup>47</sup>, o início da década de 90 seria marcado por uma reordenação do saberes e práticas na direção de uma ‘psiquiatria biológica’, com alto desenvolvimento da indústria farmacológica, ‘alianças’ com o campo da neurociência na direção de uma hegemonia da rebiologização e remedicalização formando um quadro em que o monismo fisicalista estaria a substituir o dualismo, num movimento mais amplo denominado de “psicopatologia da pós-modernidade” por Joel Birman<sup>48</sup>. Russo tem afirmado que o ‘triumfalismo psiquiátrico’ enquanto uma “nova onda fisicalista” ou o outro lado do pêndulo, traz consigo o risco da ‘rebiologização’ de temas e discussões antes circunscritos ao campo do embate político, deslocando para fora do campo psiquiátrico mais estrito as questões relacionadas ao caráter social, cultural e político do ser humano<sup>49</sup>.

---

<sup>46</sup> Venâncio, op. cit.:131-2.

<sup>47</sup> Henriques, 2003.

<sup>48</sup> Birman, 2002.

<sup>49</sup> Russo, 2002 e Russo et al, 2004:38.

\*\*\*

Sabe-se que os saberes médico-psiquiátrico e psicológicos são estudados pela antropologia há algumas décadas, como objetos de pesquisa e também de diálogo na busca de compreensão sobre certos sofrimentos humanos<sup>50</sup>. Dados da prática clínica mostraram que entre 50 a 70% dos atendimentos clínicos realizados não se constata causalidade orgânica presumida para a explicação dos sintomas apresentados pelos pacientes, o que leva os médicos a diagnosticarem perturbações emocionais e/ou mentais como *causa* dos distúrbios somáticos apresentados<sup>51</sup>. Ao mesmo tempo, tem-se cada vez mais a versão individualista e psicologizada da Pessoa humana se difundindo e os saberes psicológicos também se popularizando, ora face à ineficácia e limites dos saberes biomédicos e outros saberes (como o religioso ou da medicina popular), ora como fonte mesma de uma causalidade e nosografia própria.

No que diz respeito ao campo médico-psiquiátrico e a eficácia de suas propostas terapêuticas, diferentes autores têm sido bastante críticos e tem apontado as condições e limites de sua aplicabilidade. Entre eles, Duarte e Ropa<sup>52</sup> questionam se ao invés de se aceitar esse sistema “a priori e in totum” como o único possível e válido, principalmente nos estudos sobre a sua eficácia terapêutica nas classes trabalhadoras, não seria viável considerar a possibilidade destas classes terem manifestações culturais próprias que pesquisas sobre as representações das aflições e suas formas de lidar com elas permitiriam a sua compreensão e diferenciação com relação a outros recursos terapêuticos dominantes.

---

<sup>50</sup> Berger, 1980; Carvalho, 1998.

<sup>51</sup> Birman, 1980 *apud* Cardoso, 2002: 90, Cardoso, 1999.

<sup>52</sup> Duarte e Ropa, 1985.

Nessa direção, trabalhos recentes discutem os desafios apresentados pela relação entre representações individualizadas dos agentes da biomedicina e as representações holistas ou relacionais dos pacientes dos ambulatórios, clínicas, hospitais e demais serviços públicos com especial atenção, no caso da Psiquiatria, na tensão entre as versões mais organicistas ou fisicalistas e versões ‘psicogênicas’<sup>53</sup>.

Pesquisas como a de Seman<sup>54</sup>, por exemplo, enfatizam como numa mesma região periférica de Buenos Aires estão em jogo três diferentes concepções de doença, cura e noção de Pessoa que ele denomina de monista (baseada na estreita relação entre as categorias física e moral), dualista (que se estrutura na distinção radical entre ordem corporal/material e espiritual) e trinitária (como uma reação à segunda, reabilitando parcial e originalmente a primeira sob a esfera do ‘psicológico’). As duas últimas podendo ser consideradas como ‘modernas’ por trabalharem com temas, linguagem e instituições que remetem à fragmentação, individualização e racionalização, processos considerados intrínsecos à modernidade. A concepção dualista com uma influência maior do cristianismo (como também mostraram Duarte e Giumbelli) e noutra nível também dos conhecimentos científicos, mas a influência desses últimos caracterizando mais propriamente a concepção trinitária com a influência dos saberes e discursos psicologizantes.

---

<sup>53</sup> Duarte, 2003: 177-8; Russo et al, 2004; Carvalho, 2004; Lougon, 1993. Sobre este ponto vale a pena atentar para as ‘transformações valorativas que podem estar operando’ em determinados grupos sociais, especialmente entre as classes populares, na sua relação com a medicina, instituições e profissionais de saúde (Canesqui, 2003: 122). Sem desconsiderar, entretanto, como afirma Duarte (1993: 54), que se os nervos constituem um sistema integrado de representação da pessoa e de suas perturbações, que se opõe ao modelo psicologizado moderno e esses relatos de confronto ou hesitação entre códigos são altamente reveladores.

<sup>54</sup>Seman, 1998.

O autor diferencia as concepções porque na primeira existe um plano de relações interpessoais e uma moralidade como pano de fundo em que a fluidez caracteriza as relações de causa e efeito, presente também uma oscilação permanente entre distintos planos de classificação. Já na segunda existem duas ordens distintas entre si e separadas, consubstanciadas no dualismo corpo/espírito; enquanto que na terceira adiciona-se a esfera psicológica, dividida e separada da esfera espiritual, mas abarcada ou englobada por esta.

Já Carvalho<sup>55</sup>, argumenta de forma interessante como configurações de valor são indissociáveis da produção concreta da realidade social e, assim, como os discursos sobre a noção de Pessoa moderna atravessam e são operacionalizados cotidianamente nos serviços de atenção à ‘saúde mental’ ou ‘psicossocial’ no relacionamento com formações relacionais/hierárquicas. Apontando ainda a necessidade de se estar atento para a configuração destes universos de valor nas relações sociais dentro de espaços terapêuticos como o CAPs (Centros de Atendimento Psicossocial), objeto de sua pesquisa. Russo et al<sup>56</sup> também mostram as formas como vertentes diferentes dentro da Psiquiatria se relacionam com a noção de Pessoa moderna, a partir da análise das classificações psiquiátricas e do processo de construção diagnóstica, uma enfatizando mais a igualdade como componente central do sujeito (orgânica), outra dando mais ênfase à singularidade combinada à frouxidão diagnóstica (psicodinâmica).

De fato, tem sido cada vez maior o interesse e demanda, por um lado, e a oferta e disponibilização de serviços psiquiátricos e psicológicos à população, por outro.

---

<sup>55</sup> Carvalho, 2004.

<sup>56</sup> Russo et al, 2004.

Diante disso, apesar da “nova onda” biologizante nas explicações, como se configuraria um programa de atendimento público que, incluso dentro de uma instituição universitária pública e nos programas de atendimento psiquiátrico-psicológico desta, tivesse por orientação a linha ‘psicodinâmica’ ou psicoterápica e influência de saberes psicanalíticos? Pois, a “cultura psicanalítica” parece não ter ainda as mesmas características e importância abrangente para funcionar como ‘linguagem social’ na sociedade brasileira face à linguagem do ‘nervoso’ entre as classes trabalhadoras urbanas, em comparação à afirmação de Duarte em relação à sociedade Argentina -em resenha sobre o livro de Mariano Plotkin<sup>57</sup>. Ademais não se pode deixar de levar em conta a existência de outros possíveis códigos ou linguagens da clientela, inclusive, nos atendimentos e momentos ‘terapêuticos’.

---

<sup>57</sup> Duarte, LFD. “A psicanálise como linguagem social: o caso argentino”, *MANA*, out 2002, v. 8, nº2 pp:183-194. O livro resenhado é: Plotkin, Mariano B. 2001. *Freud in the Pampas: The Emergence and Development of a Psychoanalytic Culture in Argentina*. Stanford: Stanford University Press.

### III – CONTEXTO ETNOGRÁFICO E QUESTÕES METODOLÓGICAS E ÉTICAS

#### A – “ETNOGRAFANDO” O PROGRAMA DE ATENDIMENTO

Conversei pela primeira vez com o coordenador do programa de somatização, por cerca de meia hora e depois participei da reunião semanal que os profissionais do programa fazem para troca de experiências, relatos de casos e outros fins.

O *consultório*, como chamam, é bem arrumado, num estilo bem próximo aos privados, com sala de espera, revistas etc. Quando cheguei havia três senhoras aguardando, duas para atendimento e a outra acompanhando, estas que estavam juntas eram senhoras orientais. A outra era, como as outras, de meia idade, clara, com cabelos loiros, meio gorda e nenhuma delas lia as revistas disponíveis ou conversavam, apenas o rádio e a secretária faziam barulho. Esta uma senhorita, negra, com seus trinta e poucos anos me perguntou se eu era *residente*, e eu disse que não, na verdade era antropólogo e pretendia fazer uma pesquisa: “hum que interessante” disse ela! (trecho do caderno de campo)

A idéia inicial da pesquisa era acompanhar as re-configurações do campo médico-psiquiátrico por meio de um atendimento público, onde seria possível apreender como pacientes e profissionais estavam lidando com o fenômeno da chamada “rebiologização” ou a “nova onda” biologizante nas explicações, frente à crescente oferta e demanda desses serviços<sup>58</sup>.

Com interesse na chamada “saúde mental” e nos estudos antropológicos sobre sofrimentos e perturbações em grupos populares, pretendia observar como as diferentes representações sobre Pessoa e aflições estariam presentes e influenciando a prática terapêutica, levando-se em consideração a bibliografia e os trabalhos já realizados sobre atendimento às classes populares e as diferenças

---

<sup>58</sup> Russo, 2002 e Russo et al 2004. Neste último trabalho, Russo et al interessadas em estudar as questões derivadas das relações entre psiquiatria biológica e a noção moderna de pessoa, optaram inicialmente por observar apenas um grupo de orientação biológica e, posteriormente, para efeitos comparativos observaram um grupo identificado com a psiquiatria dinâmica. Esta pesquisa previa inicialmente, antes mesmo de ter contato com o trabalho das autoras, acompanhar dois grupos com orientações diferentes, entretanto ficou visível a

culturais presentes nesse drama social que é a consulta psiquiátrica em grupos populares<sup>59</sup>. Contudo, trabalhos já haviam sido realizados nessa direção, ainda que já há algum tempo, e, além disso, o contato inicial com o programa de “somatização” não apresentava diretamente dados relativos a “nova onda” devido a sua orientação “dinâmica” ou “psicodinâmica”. Abria-se então um outro caminho e conjunto novo de questões também muito interessantes.<sup>60</sup>

A escolha do programa deve-se fundamentalmente por apresentar um material rico sobre as discussões corpo-mente e suas diversas formas de dicotomização, relação e hierarquização; também por ser um programa de atendimento e de pesquisa ligado a uma universidade pública e interessado, portanto, em produzir conhecimento científico; pelas influências das teorias psicológicas e da visão psicologizada de mundo e, ao mesmo tempo, por atender um conjunto de pacientes pertencentes em sua grande maioria a camadas pobres da população que atendia ao interesse mais forte inicialmente de atenção ao confronto de concepções e representações diversas sobre Pessoa, perturbações e sofrimentos. Alguns aspectos já perceptíveis desde os primeiros contatos com o programa, via matéria publicada na imprensa e simbolicamente representado na frase questionadora da senhora dizendo que “não é psicológico” seu problema.

Se, por um lado, este movimento possibilitou apreender alguns aspectos críticos desse tipo de orientação do programa, principalmente em relação ao que tem sido a orientação dominante no campo, por outro, chamava a atenção a própria tentativa de

---

impossibilidade da proposta no curto período previsto para a pesquisa de campo durante o mestrado. Optou-se por acompanhar somente um grupo e de orientação dinâmica pelos motivos referidos mais adiante.

<sup>59</sup> Conforme denominação de Duarte, 1999:16.

utilização de saberes e técnicas psicológicas e psicoterápicas (inclusive da psicanálise) em um atendimento público de um serviço universitário que atende prioritária e fundamentalmente as camadas mais pobres da cidade, formadas por pessoas mais distantes desse universo cultural atrelado que é noção psicológica de Pessoa, seus corolários, valores e comportamentos.

Assim, este trabalho tem por base a pesquisa etnográfica realizada no “Centro Clínico e de Pesquisa em Psicoterapia da Disciplina de Psicoterapia e Psicodinâmica”, onde funciona atualmente o programa de atendimento e pesquisa em “somatização” ou aos “somatizadores” vinculado à disciplina de Psicoterapia e Psicodinâmica do Departamento de Psiquiatria da Unifesp/EPM (Escola Paulista de Medicina). As observações iniciaram-se nos meses finais de 2004 como um período inicial de pré-campo e se estenderam até meados de setembro de 2005. As reuniões e atendimentos ocorriam sempre às quintas-feiras e obedeciam ao calendário acadêmico da universidade, ocorrendo interrupção nos períodos de férias.

Desde 1996 o departamento de Psiquiatria da Unifesp vem sofrendo alterações e reformulações na sua estrutura organizacional, tendo sido criadas três disciplinas segundo as principais orientações teóricas em curso no campo que orientam os cursos, as residências, os atendimentos e o programa de pós-graduação e pesquisa: ‘Psiquiatria Clínica’, ‘Psicologia Médica e Psiquiatria Social’ e ‘Psicodinâmica e Psicoterapia’. Cada disciplina tem um conjunto de profissionais responsáveis por ministrar cursos na graduação em medicina, na residência em psiquiatria e nos cursos de especialização e pós-graduação na universidade, além do atendimento e

---

<sup>60</sup> A maioria das informações a seguir sobre o departamento e o programa de somatização foram retiradas do site (<http://www.unifesp.br/dpsiq> visitado em março de 2005) e em informações colhidas com os profissionais.

pesquisa nos setores de pronto-socorro, enfermagem, ambulatório e programas gerais e específicos (como os de esquizofrenia, depressão, ansiedade, transtornos obsessivo-compulsivos, dependência de álcool e drogas, transtorno alimentar, somatização, etc).

No caso da psiquiatria clínica, o ensino de psicopatologia e de psiquiatria e o treinamento clínico no diagnóstico e no tratamento dos transtornos mentais formam o conjunto de suas especificidades; a disciplina de psiquiatria social e psicologia médica agrupa as áreas de psicologia médica, psiquiatria social e a interconsulta médico-psicológica, tendo cada uma delas um enfoque mais específico e diferencial<sup>61</sup>; já na disciplina de psicoterapias e psicodinâmica, a mais recente delas, os profissionais assistem psicodinamicamente - enquanto psicoterapeutas - aos mais variados grupos de pacientes e situações clínicas nos grupos específicos e instituições como o hospital-dia.

Atualmente o programa de “somatização” está vinculado à terceira disciplina e funcionando no referido centro ou ‘*casa de psicoterapia*’, como são conhecidos os diferentes serviços ligados a Unifesp devido à estrutura física fragmentada em vários pequenos prédios e casas na cidade de São Paulo, nas diversas ruas e redondezas do metro santa cruz e Hospital São Paulo, local este onde funcionou durante muitos anos o atendimento. Necessário notar que embora não estejam sendo omitidos o

---

<sup>61</sup> Segundo informações retiradas do site: A *psicologia médica* seria dirigida para uma visão integral do ser e seu adoecer, contemplando os fenômenos psicológicos imanentes da relação médico-paciente e o reconhecimento dos aspectos culturais, sociais e religiosos da doença; a *psiquiatria social* teria como objetivos o estudo da psiquiatria comunitária, a aplicação de métodos epidemiológicos e etnográficos em saúde mental e o treinamento dos estudantes na avaliação crítica da literatura científica; por fim, a *interconsulta* abordaria as questões da relação médico-paciente no âmbito hospitalar, adotando-se um referencial teórico que envolveria a elaboração de diagnósticos de situação, operacionalizando uma visão holística do ser humano e do processo saúde-doença. Teria ainda na multidisciplinaridade uma forma essencial de atuação em saúde mental e busca de integração de técnicas psicoterápicas, socioterápicas e psicofarmacoterápicas na abordagem dos transtornos mentais.

nome do programa e a instituição a que está vinculado – dado, inclusive, a exposição na imprensa e a utilização desse material aqui - o tratamento dado ao material recolhido e pesquisado é de caráter sigiloso e qualquer referencia a nomes de pacientes ou profissionais é fictício ou será omitido (exceto do coordenador por ser autor, inclusive, de textos pesquisados e publicados) , já que somente os profissionais têm acesso às reuniões e ao material produzido pela equipe<sup>62</sup>.

Tendo cerca de 15 anos de funcionamento, o atual coordenador trabalha a cerca de 10 anos nele, desde quando era denominado “ambulatório de somatizadores”. A criação do serviço foi inicialmente motivada e caracterizada por atender pacientes que não preenchiam os critérios classificatórios de outros diagnósticos ou eram rejeitados por outras especialidades médicas e psiquiátricas. Entretanto, apesar do caráter generalista inicial, há um esforço atualmente de criar uma espécie de perfil ou critérios para inclusão no programa com recurso a entrevistas de triagem para se evitar casos muito “diversos”, o que dificultaria o trabalho de atendimento e pesquisa. Assim, numa palavra, as pessoas que ‘somatizam’ seriam o alvo do programa, o que equivaleria dizer numa das definições operacionais: “*as pessoas que expressam através do corpo as questões da vida e vivem em função das doenças*”, “*tem um pouco esse jeito de viver*”. Esse é o objetivo das triagens realizadas de tempos em tempos, embora sem uma periodicidade fixa e de acordo com as vagas disponibilizadas pelos coordenadores dos grupos e também da “*disposição*” dos profissionais no caso de atendimento individual.

---

<sup>62</sup> Formada por psiquiatras com formação em Psicanálise, psicólogos, psicoterapeutas, psicanalistas e estagiários do curso de Psicologia e Psiquiatria. Há alguns anos o programa contava também com uma assistente social que não está mais vinculada, tendo inclusive escrito um texto (que será discutido mais adiante) em parceria com José

Certamente não se trata aqui de buscar uma definição unívoca sobre a “somatização” e nem de tomá-la como verdadeira, mas sim observar a produção discursiva sobre o tema e os atendimentos realizados, atentando-se para as suas características principais a partir do ponto de vista de quem os produz: os profissionais. Mas como representante do debate conceitual em torno do termo é significativo que se encontre tanto os próprios profissionais debatendo e operacionalizando de formas diferentes o conceito, como a exposição na mídia se dando de forma controversa, embora com definições próximas. Seja em torno da ‘somatização’, seja em torno dos ‘transtornos somatoformes’, ou ainda da diferenciação entre eles e outros conceitos como nos trechos citados abaixo:

“Basta passar por uma situação muito difícil, estressante ou problemática que o corpo fica diferente: a cabeça dói, o resfriado a parece, a digestão se complica, a respiração fica difícil ou a pele se enche de alergias. O fato não é simples coincidência, mas um processo chamado pela medicina de somatização, ou seja, a transferência para o corpo do que deveria ser vivido e suportado apenas na mente”.<sup>63</sup>

“Em algumas pessoas o problema se acentua e aparece de uma outra maneira. Ou seja, a pessoa sente sintomas de várias doenças, é examinada pelos médicos, faz exames, mas não encontra nada no corpo que explique o que sente. Nesse caso, não há doença física com o problema emocional. É o transtorno de somatização, estudado pela psiquiatria”.<sup>64</sup>

Esse transtorno [de somatização] caracteriza-se por múltiplas, recorrentes, freqüentes, mutáveis e prolongadas queixas de sintomas físicos sem uma base médica constatável. A principal diferença entre esse transtorno e a hipocondria é a atitude do paciente. Na hipocondria o paciente revela uma intensa preocupação e sofrimento com algum problema sério; na somatização o paciente queixa-se de seus sintomas, mas não possui a mesma crença e temor do hipocondríaco.<sup>65</sup>

A característica principal dos Transtornos Somatoformes é a presença de sintomas físicos que sugerem alguma doença orgânica ou física. A base do

---

Quirino dos Santos, antropólogo vinculado à linha de “Psiquiatria Social e Psicologia Médica”, intitulado: “Aspectos socioculturais de um modo de adoecer: a somatização”, SANTOS, JQ e LEITE, ALSS (2003).

<sup>63</sup> O ESTADO DE SÃO PAULO, p. A12 de 14/01/2005, Título de capa: “Quando a doença vem da emoção”.

<sup>64</sup> Idem.

<sup>65</sup> Retirado do site: <http://www.psicosite.com.br/tra/sod/somatoforme.htm>

quadro clínico diz respeito à presença repetida de sintomas físicos associados à busca persistente de assistência médica.

Apesar dos médicos nada encontrarem de anormal nos pacientes com Transtorno Somatoforme, as queixas persistem. E quando há alguma alteração orgânica, esta normalmente não justifica a queixa.

Mas, para que haja um diagnóstico de Transtorno Somatoforme deve haver, juntamente com as queixas, algum sofrimento ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional. Caso isso não ocorra estaremos diante apenas de um traço histérico de personalidade.<sup>66</sup>

Num dos textos publicados pelo coordenador do programa, há uma clara tentativa de definir o conceito de “somatização” e delimitar campos em relação a outros conceitos, explícito no próprio título: “Somatização e conceitos limítrofes: delimitação de campos”<sup>67</sup>

O conceito de somatização tem sido utilizado com freqüência no meio médico e psiquiátrico, embora sua clara significação permaneça obscura para muitos dos seus usuários. (...) A somatização corresponde a uma tendência de experimentar e de comunicar distúrbios e sintomas somáticos não explicados pelos achados patológicos, atribuí-los a doenças físicas e procurar ajuda médica para eles. É usualmente assumido que essa tendência torna-se manifesta em resposta a estresse psicossocial acarretado por situações e fatos da vida particularmente importantes para o indivíduo. (...) A somatização pode ocorrer em variadas formas:

- a) como um modo de expressar-se (uma variação individual normal);
- b) indicando uma doença orgânica ainda não diagnosticada;
- c) como parte de outras patologias psiquiátricas (ex: depressão);
- d) como um transtorno somatoforme

Apesar de a definição acima ser uma das mais recorrentes em alguns trabalhos que tratam da “somatização”, do ponto de vista da definição e classificação diagnóstica o termo não parece possuir uma forma consensual em textos que tentam defini-lo. Pelo contrário, num texto recente discutido pelo grupo de psiquiatras norte-americanos, há a sugestão de que o mesmo seja abolido e difundido entre outras categorias como na de ‘transtorno somatoformes’<sup>68</sup>.

---

<sup>66</sup> idem.

<sup>67</sup> BOMBANA, JA., 2000.

<sup>68</sup> O texto referido é: “Somatoform Disorders: Time for a New Approach in DSM-V” publicado em *AmJ Psychiatry* 2005 162: 847-855.

Por outro lado, um diferencial do programa e da forma de trabalho adotada pelos profissionais seria justamente não ficar totalmente “preso” ou limitado às classificações psiquiátricas baseadas no CID (Classificação Internacional de Doenças – criada e difundida de Organização Mundial de Saúde) e o DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – da Associação Psiquiátrica Norte-Americana), inclusive como base e critério para inclusão no programa. Assim, mais do que o preenchimento de critérios e sintomas baseados naquelas classificações, recaem sobre o fenômeno em si observado a partir de entrevistas de triagem, certa sintomatologia baseada num *‘modo de viver em função da doença’* e um *‘comportamento queixoso’* com ou sem constatação orgânica, o critério definidor do enquadramento ou não no ‘perfil’ para ser atendido no programa. Num site tem-se que

Somatização a rigor, significa passar para o somático, físico ou corpóreo, somatizar. Normalmente essa expressão não deve ser tomada exclusivamente como se tratasse de alguma categoria diagnóstica específica. A somatização aparece na medicina em geral e na psiquiatria, em particular, muito mais como um sintoma, encontrado em muitos estados emocionais, do que como uma doença específica. Quem trabalha em saúde está familiarizado com aquele tipo de paciente que apresenta queixas múltiplas, imprecisas, confusas e difusas. Normalmente começam dizendo “... *não sei nem por onde começar doutor.*” Essas pessoas costumam se sentir inconformadas com resultados negativos dos muitos exames que se submetem. Com frequência essas pessoas somatiformes procuram vários especialistas e em diversos serviços e hospitais, sem que se sintam efetivamente melhoradas. Em resumo, somatizar significa expressar o sofrimento emocional sobre forma de queixas físicas, portanto, somatização é uma forma de histeria, embora não seja a única.<sup>69</sup>

Segundo o trecho acima retirado de um site, a “somatização” não seria nem propriamente uma “doença” ou uma categoria diagnóstica, mas um *processo de*

---

<sup>69</sup> Retirado do site: <http://www.psiqweb.med.br/somato.html>

*deslocamento* para o corpo de algo que seria próprio de outro âmbito, do “psicológico” ou “emocional”.

Assim, segundo os critérios do programa, a *“somatização”* como elemento essencial do quadro clínico é pensada como a *“transferência para o corpo do que deveria ser vivido e suportado apenas na mente”*, em que a pessoa *“descontaria no corpo uma série de problemas emocionais”* e apresentaria ainda uma *“precária capacidade de simbolizar seus sentimentos”*. Por conta de um *“psiquismo muito arcaico”*, *“que faz com que suas questões sejam vividas no corpo”*. Os ‘somatizadores’ teriam um perfil geral de serem pessoas *“extremamente ligadas ao mundo real, que dão pouco espaço para elaborações psíquicas e em cuja vida não há muito espaço para fantasias e imaginação”* e acabam *“tendo pouco contato e tempo para as suas questões psicológicas”*.

Por trás desse *“deslocamento”* para o corpo de questões que deveriam ser “elaboradas” psiquicamente, há subentendido um conjunto de noções e valores que precisam ser contextualizados para melhor compreensão desses discursos sobre os “somatizadores” e deles próprios.

O programa oferece atendimento clínico e psicoterápico (individual ou em grupo, embora este último predomine e o primeiro seja em poucos casos) às pessoas que procuram o serviço no Hospital São Paulo ou Escola Paulista de Medicina ligado à Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), ou são encaminhadas do pronto-socorro da Psiquiatria e demais áreas e departamentos, principalmente Cardiologia, Reumatologia e da própria Psiquiatria. Na maior parte do tempo da pesquisa havia dois grupos em funcionamento e no final da pesquisa um terceiro grupo foi criado, com certa ênfase no aspecto “dor” objetivando a pesquisa

com pessoas que apresentassem um quadro “crônico”. Num texto em que descrevem o programa<sup>70</sup>, são estabelecidos alguns objetivos e quesitos específicos como, por exemplo, “*aumentar a capacidade de perceber e expressar emoções*”; “*promover relações positivas e de apoio*”; “*disponibilidade semanal para participar das reuniões*” e “*certa capacidade de elaboração mental*”. O corpo fixo de profissionais que trabalham no programa oferecendo serviço de psicoterapia é pequeno e há certo número de profissionais “circulantes” que se referem a residentes, estagiários e colaboradores por se tratar de uma instituição-escola.

Durante o período da pesquisa, havia cerca de 34 pessoas em atendimento no programa. O quadro abaixo dá apenas uma idéia das pessoas que passaram pelo serviço e das atendidas que havia algum registro:

<b>Nº</b>	<b>Sexo</b>	<b>Desde</b>	<b>Grupo</b>	<b>Estado Civil</b>	<b>Idade</b>	<b>Profissão</b>
01	M	1994	SIM	solteira	23	desempregada
02	M	1985	SIM	casada	48	na caixa
03	M	1994	-	viúva	69	aposentada
04	M	1995	-	viúva	52	aposentada
05	M	1999	SIM	casada	40	parada
06	M	-	-	-	-	-
07	M	-	Indiv.	casada	41	do lar/cabeleireira
08	M	2001	-	viúva	56	na caixa
09	M	1999	SIM	-	51	do lar (trabalhava)
10	H	1995	SIM	casado	32	na caixa/gráfico
11	M	2004	-	solteira	42	do lar
12	M	1999	-	separada	57	doméstica(parou há 4 anos)
13	M	1998	SIM	casada	42	manicure
14	M	2002	Indiv -	-	62	do lar/vendedora
15	M	1994?	SIM	casada	53	do lar
16	M	1994?	-	viúva	58	do lar
17	M	1996	SIM	viúva	56	do lar
18	M	1994	SIM	solteira	42	autonoma
19	H	1994	-	casado	52	metalurgico

<sup>70</sup> BOMBANA, JÁ, LEITE, ALSS e MIRANDA, CT. (2000) “Como atender aos que somatizam? Descrição de um programa e relatos concisos de casos”, in *Revista Brasileira de Psiquiatria*, pág: 180-4.

20	M	2003	SIM	solteira	72	aposentada
21	M	1995	SIM	casada	35	balconista/doméstica
22	M	2004	SIM	casada	39	doméstica
23	M	1998	-	casada	41	do lar
24	M	2001	-	-	-	-
25	M	1995	-	casada	50	doméstica
26	M	1996	-	casada	55	do lar
27	M	1995	-	casada	28	vendedora
28	M	1997	SIM	separada	46	-
29	M	1999	-	viúva	38	aposentada
30	M	2001	-	casada	34	doméstica
31	M	2004	SIM	solteira	43	professora até 99
32	M	1997	-	separada	55	-
33	M	1994	SIM	casada	49	doméstica/ caixa
34	M	2002	SIM	casada	45	auxílio doença
35	M	1996	-	solteira	42	do lar
36	M	2001	-	viúva	67	do lar
37	M	1995?	-	casada	54	aposentada
38	M	1997	-	divorciada	55	-
39	M	2002	SIM	casada	45	-
40	M	2002	-	-	-	-
41	M	1997	SIM	viúva	52	comerciante
42	H	2001	SIM	viúvo	43	motorista/caixa
43	H	2003	SIM	casado	43	na caixa
44	M	2003?	SIM	casada	60	doméstica
45	H	2002	SIM	casado	50	aux limpeza/ caixa
46	H	2002	SIM	solteiro	49	confiteiro/afastado
47	M	2001	-	-	-	-
48	H	1997	-	casado	46	auto-elétrica
49	M	1999	-	solteira	40	desempregada

A tabela acima permite apenas uma aproximação sobre as pessoas em atendimento ou que passaram pelo programa, pois constitui um retrato momentâneo da situação ou condição dessas pessoas no momento em que foram coletadas essas informações. Além disso, esses dados não estavam sistematizados, não existiam ou muitas vezes estavam presentes nas entrevistas ou anotações feitas pelos profissionais nas fichas e prontuários que não tinham muito rigor ao serem preenchidos – quando o eram - dada a preferência pelas entrevistas. Nesse sentido,

é necessário esclarecer que a data referida como “desde” (muitas vezes colhida de uma citação ou passagem das anotações das entrevistas de triagem) nem sempre é claro se é a da data da triagem feita ou da inclusão no tratamento, embora a maioria seja relativa a data que iniciou o tratamento. Em relação a profissão, as informações também são dispersas e com mais de uma citação em alguns casos, além do próprio fato de as pessoas possuírem mais de uma profissão ou trabalharem em outra já há muito tempo, mesmo assumindo determinada profissão ou ainda conjugarem atividades domésticas do próprio “lar” e de outras pessoas, ou mesmo com outras profissões e atividades informais.

Entretanto, mesmo com a pouca sistematização de quem passa pelo serviço, ou mesmo somente pelas triagens, percebe-se que o número é relativamente pequeno se comparado a outros serviços de saúde e o tempo de permanência bastante longo, o que constitui uma preocupação e “angústia” para os profissionais. E chama a atenção o fato de a grande maioria ser constituída por mulheres: das informações coletadas 42 são mulheres e 07 homens, sendo 28 mulheres e 6 homens no momento da pesquisa. Ainda assim um quadro recentemente modificado, pois quase a totalidade era constituída por mulheres até pouco tempo atrás, num período relativamente longo de tempo.

Das 49 pessoas com as informações acima: 22 informaram estar casadas, 09 viúvas, 08 solteiras, 04 divorciadas ou separadas e 06 não conseguiram informação. Já entre as 34 pessoas em atendimento no período da pesquisa: 19 estavam casadas, 7 solteiras, 4 viúvas e 1 separada ou divorciada e 3 não obtiveram informação. Dos 6 homens em atendimento, 4 estavam casados, 1 viúvo e 1 solteiro e entre as 28

mulheres, 14 se apresentavam casadas, 6 solteiras, 3 viúvas, 1 separada e 4 sem informação.

Já a idade média no momento inicial do tratamento - que é quando são coletadas as informações - é de, no mínimo, 46 anos de idade e se deve levar em consideração que a maior parte já está há anos em tratamento no serviço, sendo que são raros os casos de pacientes com idade abaixo de 30 anos. Em geral, quando chegam na triagem são interpretados de maneira diferente e encaminhados ou para psicoterapia individual ou a outro setor da psiquiatria ou mesmo outro setor de psicoterapia. Numa triagem que acompanhei de uma mulher, 33 anos, divorciada e encaminhada por outro serviço da psiquiatria, ela afirmava se sentir com

“muito cansaço, fadiga e freqüentemente resfriada, ia nos médicos e eles diziam que não tinham nada, que era emocional”. Até que resolveu procurar uma psicóloga, mas diz ter saído pior do que entrou: “antes não tivesse falado nada”. Diz que não quer nada além de melhorar. Ao que o profissional afirmou ter ela apresentado uma história complexa, com marcas de eventos e uma coisa meio edipiana com o pai [dizia que seu pai era tudo pra ela e morreu em 1995; ela o viu “minguando” no hospital e nada pôde fazer], mas que diante de outros pacientes seu discurso se apresentava “menos árido”, com maior grau de “evolução mental” e “facilidade de associação”. Decidiu por encaminhá-la para *psicoterapia individual por estar precisando muito e por causa de suas dores e preocupações excessivas com o corpo*. (trecho do caderno de campo)

A maior parte das pessoas é “do lar”<sup>71</sup>, aposentada ou “está na caixa”, chegando a quase trinta das trinta e quatro pessoas nessas condições sendo que em geral ocupam ou ocupavam profissões pouco qualificadas como, por exemplo, faxineira, motorista, vendedor e apenas dois professores. Não é sem razão que as pessoas se encontram nessa condição e constitui, na verdade, o principal motivo de estarem ali no caso dos homens, ou seja, pela dificuldade em trabalhar por conta das

---

<sup>71</sup> Pelo fato de a maioria serem mulheres embora, evidentemente, não por uma relação intrínseca e naturalizante mas porque o trabalho doméstico está culturalmente mais associado às mulheres, em geral, na nossa sociedade.

dores no corpo. Esta questão será mais discutida adiante e constitui uma outra grande preocupação da equipe em relação aos “benefícios secundários” e pedidos por relatórios para aposentadoria ou “entrar na caixa”.

## B – AS SESSÕES

Devido a forma como são concebidas as “reuniões terapêuticas grupais” e os “atendimentos psicoterápicos individuais” e a possível “interferência” do pesquisador, acordou-se que teria acesso aos relatórios produzidos pelo grupo mas não participaria das “sessões”. Esta foi apenas uma das dificuldades e particularidades na trajetória da pesquisa. Ainda assim, fato parcialmente esperado ao se levar em conta o ambiente de pesquisa e o caráter relativamente sigiloso e “íntimo” de que se reveste o “momento psicoterápico” ou “de análise” no caso da psicanálise. Por outro lado, poderia participar das reuniões da equipe (chamadas de supervisão e “contra-transferencial”, onde são discutidos desde textos, casos, encaminhamentos, até aspectos organizacionais e burocráticos do programa e quase todo tipo de assunto), dos atendimentos clínicos, das triagens e teria acesso a todo o material necessário para, mesmo que indiretamente, pudesse pesquisar os temas e as questões em jogo nas reuniões “terapêuticas”, como os textos para discussão, os prontuários e os relatórios sobre as reuniões dos grupos terapêuticos elaborados pelos terapeutas e estagiários (dois principais, um sobre cada um dos grupos)<sup>72</sup>.

Nas triagens os profissionais “entrevistavam” os candidatos buscando saber o motivo de estar ali e pontos importantes da história de vida que pudessem ter relação ou explicar a ‘sintomatologia’ ou ‘queixas’ apresentadas. Já nos atendimentos

---

<sup>72</sup> Por isso, os profissionais também ficaram cientes da leitura e do uso que seria feito do material, ao que agradeço, mais uma vez, ao consentimento e disponibilização e reafirmo o compromisso ético assumido como é procedimento nas pesquisas etnográficas. Mais uma vez vale lembrar também que qualquer referência a fala de pacientes será feita com nome fictícios ou sem referência a nome, somente quando for necessário para explicitar o caráter de diálogo. Da mesma forma as falas dos profissionais serão referenciadas, salvo citação de textos públicos.

clínicos basicamente o que se via eram atendimentos curtos, basicamente prescrição de medicamentos ou “renovação” da receita e uma vez ou outra algum material mais interessante para a pesquisa. As vezes os diálogos detinham-se em saber se havia melhora ou não no quadro e se o medicamento vinha fazendo efeito para poder se pensar em aumentar ou diminuir a dose de acordo com o caso.

De toda maneira, a pesquisa se concentrou nos relatos e relatórios das reuniões e nas observações das reuniões semanais de supervisão e ‘contra-transferência’ da equipe (em alguns momentos quase participantes dada a curiosidade dos profissionais em saber a opinião ou o ponto de vista do pesquisador), devido a ser o momento mais propício para se ter acesso à compreensão e interpretação dos membros da equipe sobre os temas trazidos pelas pessoas nas reuniões grupais e as próprias “sessões” em si. Giravam em torno dos atendimentos grupais e individuais feitos pelos profissionais em que se debatiam as questões presentes e casos, dando encaminhamento à situação ou pessoa quando necessário. Foram observadas cerca de 35 reuniões, num período que abrange outubro de 2004 a Setembro de 2005. Um dos relatórios da equipe sobre as reuniões grupais abrange o período de fevereiro de 2003 a fevereiro de 2004 e o outro de Setembro de 2004 a fevereiro de 2005.

Através do relato pessoal do dia 04-12-03 de um desses relatórios profissionais é possível vislumbrar um conjunto de questões importantes discutidas adiante:

Ao ser proposto a alta para paciente 1 (mulher), o que é recebido, aparentemente, sem muita reação por ela, Paciente 2 (mulher) diz que ela “melhora quando fala”. Falo da consulta com o psiquiatra para o retorno das férias, em fevereiro. Sinto cada vez mais forte a sensação de estagnação, como se aquele grupo funcionasse como um “encontro de comadres” que se reúnem para falar mal da “vida alheia”.

A irritação que sinto ao ver que esta atitude é quase geral é possivelmente correlata da impotência que sinto diante de uma atitude que parece ter se constituído e se sedimentado ao longo dos anos da existência do grupo. O grupo, dessa forma, pode cumprir a função de ab-reagir às tensões de um cotidiano marcado por dificuldades de relacionamentos (mortes, bebedeiras, violência sexual, etc) se configurando “uma ajuda” para um equilíbrio possível; algo porém parece permanecer imutável, emudecido ...

Na discussão (supervisão) aponto também para o fato de que o grupo muda (mudou) de terapeuta e isto não parece significar uma mudança; foi apontado que talvez seja possível que a transferência se dê com a instituição (o hospital) como um todo (para paciente 1 “o hospital é a sua alma!!!”)

Paciente 3 (homem) fala de sua história de dor nas pernas sobretudo; repete que já fez muitos exames e que passou a acreditar que pode haver uma causa psicológica para suas dores. Fala sempre dos 19 anos de psicoterapia e da relação com o terapeuta que se estendeu para além dos limites do setting terapêutico. Em determinado momento, relata que um dia teve vontade de ser psicólogo ou filósofo. As poucas vezes que faz comentários sobre alguém do grupo, parece assumir uma atitude interpretativa, tomando como referência sua experiência com a psicoterapia. Não sei até que ponto esta atitude tem algo a ver comigo. Ele diz que desde que o pai foi embora, além de sustentar a família, passou a ser referência para eles. O psicólogo foi a pessoa que passou a ser referência p/ ele. Relata que tem receio de perder o “benefício” do INSS, pois consegue trabalhar durante uns 15 dias, e depois, sente que não tem mais condições. Entre a perda do benefício e a impossibilidade de trabalhar há talvez o medo de não ser mais referência; ou quem sabe esteja aí a vontade de deixar de ser referência para seus familiares?

Paciente 4 (mulher) faz questão de dizer que o problema dela não é psicológico e apresenta seu ‘trunfo’ de ser portadora de tantos e tão “problemáticos” problemas de saúde. Volta a atacar a filha que saiu de casa e que deixou (abandonou) ela e o irmão e que este é revoltado com esta situação. Digo que acusar a filha não resolve seu problema (novamente irritação me pegando).<sup>73</sup>

Com o trecho acima é possível notar questões importantes e, conforme se observou, recorrentes sobre o entendimento e as interpretações estabelecidas pelos profissionais sobre os discursos dos pacientes e atendimento; a visão profissional sobre a própria dinâmica do grupo, as sensações e sentimentos em decorrência da mesma e do tempo de existência do grupo; as interpretações sobre as falas e posturas no grupo; assim como os pacientes pensam a possibilidade de alto ou

---

<sup>73</sup> Optei por nomear por ordem numérica os paciente nesse momento para se ter idéia da continuidade as vezes dos relatos.

mesmo a melhora, a relação com os profissionais, o atendimento e a causa “emocional” ou “psicológica”.

O sentimento de incompreensão e mesmo indignação em relação aos médicos e as vezes terapeutas (que se estende à rede de relações e familiares em alguns pontos) é uma questão sempre presente nos discursos da clientela. Na continuação de mesmo relatório citado acima se vê como podem aparecer e serem interpretados, na semana seguinte, dia 11-12-2003:

Relato da Paciente 4 (mulher) sobre seus males, sempre naquele tom que parece falar de um grande troféu; fala de seus problemas no fígado, no estômago, artrose ... e o desfecho com o tumor cerebral ...

Hoje está particularmente consternada, indignada com um médico (acho que o gastro) que havia lhe pedido um exame de sangue, pois ela queixa-se de uma diarreia. O médico não se lembrava que lha havia pedido o exame e, quando ela está lá, no consultório, ele atende o celular ... é uma com câncer. A briga com o médico envolve muitos elementos: a falta de lembranças do pedido do exame, o telefonema da paciente com câncer, mas acima de tudo, ela se refere ao fato de que o médico havia lhe dito que “ela não tem nada”. Queixa-se também do marido que a acompanhava e que nada fez. Fala da ligação deste médico (se não me engano o irmão dele) que teria ocasionado a “morte do filho do Lula”. Pensa na possibilidade de fazer o exame de ‘colonoscopia’ (não sei se é assim que se escreve) com este médico e do risco que poderia correr, inclusive de que ele pudesse perfurar seu intestino (não me lembro se esta possibilidade foi sugerida pelo marido). Parece estar numa condição sem saída, pois diz que no convênio só tem este médico.

Sinto-me exaurida e uma sensação de não saber o que fazer, o que dizer, sobretudo porque sua fala causa-me uma profunda irritação. Pergunto se alguém quer dizer alguma coisa. Ela continua falando; todas parecem prestar muita atenção. Ela emenda a fala sobre os sintomas, o médico ... com sua condição pessoal, a filha que foi embora, o marido que não muda mesmo depois de 50 anos de casado, o filho que é revoltado com a irmã que foi embora, a desconfiança em relação ao marido que parece ter um caso com a filha, a mãe que deverá vir de Minas para ficar com ela, as irmãs ... fala em suicídio...

Falo desta situação sem saída que ela trás em sua fala. Falo da necessidade dela procurar pensar numa solução, pois se seus problemas de saúde existem, é preciso aprender a conviver com eles. Refiro-me também ao fato de que sua postura de se sacrificar pelas outras faz com que ela acabe cobrando do outro (penso aqui na questão da relação com a filha – um dia a Paciente 4 revelou-me que permaneceu com o marido, mesmo não querendo, por causa dela).

Paciente 3 (homem) parece reafirmar esta questão, dizendo que é preciso saber se o outro quer que nos sacrifiquemos por ele – fala que ela mistura muito as coisas e que em relação ao médico, ela deveria procurar outro, já que não confia neste. Diz que, mesmo pelo SUS, é possível fazer os exames necessários, e dá seu próprio exemplo.

Quanto à possibilidade de tomar uma atitude, pergunto se ela gostaria de se separar do marido. Ela diz que sim, mas, ao mesmo tempo, coloca muitos impedimentos, particularmente a falta de condições financeiras. As pessoas iniciam uma discussão sobre benefício e aposentadoria, tentando ver as possibilidades ... Digo que não é apenas uma questão financeira ... Alguns concordam.

A história da Paciente 4 chamou-me tanto a atenção que até esqueci de falar do início da sessão, quando Paciente 2 fala de sua tristeza pela lembrança do filho; chora ao lembrar, fala de seus sintomas (tremedeiras, feridas na cabeça, palpitação ...) os remédios que toma para evitar ir para o pronto-socorro. Suas lágrimas vêm misturadas com as lembranças do jeito do filho ao arrumar a árvore de natal ... Parece que há uma diferença neste relato. O que sinto é que suas lágrimas trazem a dor da perda e que, como todas as perdas significativas, precisam de lágrimas; é isto que procuro dizer-lhe.

Associado a esse sentimento de incompreensão e muitas vezes conflito com os médicos, que não “acham nada”, não “lembram do pedido de exame” e ainda atendem ao telefone durante a consulta de uma pessoa que está “realmente doente”, com câncer, a fala traz também a descrição sobre a percepção das condições familiares, ou seja, *“Ela emenda a fala sobre os sintomas, o médico ... com sua condição pessoal, a filha que foi embora, o marido que não muda mesmo depois de 50 anos de casado, o filho que é revoltado com a irmã que foi embora, a desconfiança em relação ao marido que parece ter um caso com a filha, a mãe que deverá vir de Minas para ficar com ela, as irmãs”*. Diante da situação o benefício é pensado como um elemento que pode ajudar a criar uma saída diante de tantos “impedimentos, particularmente a falta de condições financeiras” ou a dependência financeira em relação ao marido. E ainda que se reconheça que “não é apenas uma questão financeira”, nem paciente nem profissional parecem muito bem o que fazer diante de tal drama aparentemente “sem saída”.

Para fechar o esboço de um quadro inicial com algumas das questões que serão discutidas e problematizadas, abaixo há um relato do caderno de campo sobre uma triagem observada com a Paciente 5 (mulher) no dia 09-12-2004 que foi

incorporada ao atendimento e encaminhada a um dos grupos (de dor) já em sua primeira entrevista, sem necessidade da segunda como é comumente feito. Como sempre é feito nas entrevistas de triagem, uma rápida história sobre sua vida é contada e ela diz que veio da Bahia para São Paulo aos 8 anos de idade quando sua mãe, que era separada do pai, foi visitá-las na Bahia (melhor parte da vida) onde morava com a avó na roça e seu pai na cidade que só vinha aos finais de semana e sempre com mulheres. Ela e sua irmã mais velha vieram enquanto os outros ficaram, vindo a morar com tios e tias e outras pessoas e começou a trabalhar aos 12 anos passando então a morar em casas de amigas da escola, do trabalho, etc.

Conta que ficou com medo de casar por causa da história de seus pais e da dificuldade que seria em caso de separação, então preferiu se juntar e morar junto e que parou de trabalhar em seguida, embora tivesse mantido alguma atividade como vendedora pois gosta de trabalhar com público. *Seu marido então começou a beber e tudo a ficar ruim, tendo deixado faltar coisas dentro de casa e por volta de 1988 separou-se.* No ano seguinte conseguiu emprego com carteira registrada o que trouxe alguns benefícios e melhorou um pouco as condições de vida até 1999, além disso, sempre contou com ajuda de muitos amigos na ausência de familiares. Não se envolveu mais seriamente com outros homens porque resolveu se dedicar só aos filhos, ser mãe e pai, dar o carinho e atenção que ela não teve dos seus.

Ela diz que começou a ter problemas na coluna há 10 anos e há 5 nos 'ossos', sentindo muitas dores, insuportáveis, que *dá até vontade de morrer.* Mora na Zona Sul e trata reumatismo e fibromialgia e toma medicamento antidepressivo (neurologia e reumatologia) pelo convênio da empresa que trabalhava até se afastar e receber pelo INSS. Mas conta que parou de receber faz alguns meses (julho) porque o médico do INSS lhe tirou o benefício dizendo que o que ela tinha não era problema grave não e mostrou seu problema nas costas levantando a camisa e dizendo que aquilo sim era problema (um inferno de lugar em que ela diz se sentir humilhada e tem ódio; disse que tem vontade de chegar com uma

faça pra fazer alguma coisa a alguém). Ela diz que sente dificuldade para dormir, se sente uma inútil por não poder trabalhar e *humilhada* pelas coisas que têm passado. Tanto que diz ter tomado em agosto vários remédios para tentar acabar com a própria vida, e há um mês cortou com gilete os pulsos e algumas veias dos braços e das pernas nesse intento.

Ela se sente muito *envergonhada por isso, inclusive perante Deus*, o que faz com que nem pra ele tenha coragem de pedir ajuda *porque ela atentou contra a própria vida e isso para ele é ruim*, ela considera que fraquejou. Mas ela sente um peso, *uma vontade de jogar fora os documentos* e deixar de viver, já pensou em se jogar debaixo de um ônibus porque ela não consegue fazer as coisas e não gosta de ficar incomodando os dois filhos que moram com ela, pois ela sempre foi *forte, lutadora, gostou muito de trabalhar* e agora só sente dor em todos lugares que dificultam até a locomoção, sua articulação é prejudicada, sente tonturas etc. Além dos dois filhos que moram com ela, compram os medicamentos e sustentam a casa agora que ela está sem receber (um deles faz bicos apenas), tem uma filha que mora na casa da família do namorado há três meses porque é mais perto do seu trabalho e namoram há 3 anos e é de boa família, etc. Diz que inclusive melhorou sua relação com a filha depois disso porque ela é *muito nervosa* como a mãe que é assim devido a *engolir tanto coisa em tantos lugares* diferentes e toma muito chá como os baianos que gostam de chá, pois considera que está se tornando muito agressiva e tem vontade de agredir, destruir as coisas. Conta que esteve melhor uma certa época quando estava de licença e recebendo do INSS porque tomava os medicamentos, fazia caminhada, RPG (?) e hidroginástica, mas depois que parou de receber tem tido dificuldade para comprar os medicamentos *às vezes tomando, outras não e parou com tudo* que fazia.

Ao término da entrevista de triagem, lançou a pergunta que lhe incomodava: “Dr pelo que o Senhor viu hoje, ainda que tenha ficado um monte de coisas de fora, eu tenho, assim, tendência a ficar louca?” E suspirou com alívio quando a resposta foi de que achava que não e sim de que havia uma *porção de emoções guardadas* que poderiam estar causando esses problemas nela. Perguntada se teria disponibilidade de participar das reuniões grupais psicoterápicas e se conhecia o que era psicoterapia, ela respondeu que sim porque está inutilmente em casa e imagina que seja *tipo reunião AA* que chegou a conhecer quando queria levar seu marido. Após a saída da paciente ainda ouvi que poderia haver uma situação de *desamparo* que poderia estar gerando estas dores, mas não havia conseguido fazer relações da história de vida dela ou de algum período ou fato de sua vida com os seus

problemas. O que ficaria para a reunião no grupo pois achou melhor encaminhá-la de imediato.

#### IV – “SOMATIZANDO” OU DESLOCANDO, A “SOMATIZAÇÃO”

A saúde individual de espírito implica a participação na vida social, como a recusa em prestar-se a essa participação (sempre, porém em obediência às modalidades por ela impostas) corresponde ao surgimento das perturbações mentais<sup>74</sup>

Fernández em sua dissertação de mestrado intitulada “*A prática da psicanálise lacaniana em centros de saúde: psicanálise e saúde pública*”, está empenhada em demonstrar que a psicanálise é possível e viável às “camadas populares” nos atendimentos públicos e que os membros pertencentes a essas camadas não estariam *a priori* impedidos ou incapacitados de se submeterem a um tratamento psicanalítico que siga realmente as proposições freudianas e contribuições de Lacan.

Fazendo o procedimento inverso, com base na frase de Freud de que “o pobre não tem menos direito à terapia quanto os que já tem em matéria de cirurgia básica”, toma a noção de “psíquico” como um *a priori* desde que “descoberto” por Freud e argumenta contra o suporte “racionalismo” e certo “organicismo” presentes na Saúde Mental em defesa do “determinismo do inconsciente”. Isto seria motivo suficiente para não se negar o “direito de escolha” dos sujeitos de serem escutados na sua “singularidade” o que justificaria a disponibilização dos serviços em estabelecimentos públicos.

Reafirmamos não desconhecer que, se o inconsciente sempre se manifesta, suas formas de expressão não deixam de estar relacionadas aos condicionantes sócio-culturais. No entanto, isto não justifica que, em virtude do contexto sócio-cultural das chamadas classes trabalhadoras, se coloquem obstáculos ao exercício da prática psicanalítica nas instituições públicas de saúde, de acordo com os princípios que a fundamentam. Ao

---

<sup>74</sup> Lévi-Strauss, 1974 em “Introdução a obra de Marcel Mauss”.

fazerem-no, não estariam alguns sérios pensadores da Saúde Mental contraditoriamente discriminando o sujeito justamente naquilo que o particulariza como tal?

Segundo a autora, Ropa e Duarte<sup>75</sup> ao argumentarem em favor de uma política de Saúde Pública mais eficaz aos pobres, estariam paradoxalmente fazendo isto, dificultando “a escuta das diferenças inerentes ao discurso particular de cada sujeito” ao afirmarem “que os pobres não podem se submeter a um tratamento psicanalítico devido a limites sociais e culturais que os deixariam, então, como sujeitos não passíveis do inconsciente”[sic]. Não percebe a autora que o argumento sobre os “limites sociais e culturais” é contra aos que afirmam a “incapacidade” da clientela (objetivo comum ao seu) ou incompetência de tal ou qual terapeuta, contudo não para – como ela – ratificar a universalidade do “inconsciente” e do “psíquico”, até porque essa não parece ser tarefa para antropólogos, nem dizer que os “pobres não podem” se submeter a tratamento psicanalítico, como se a afirmação fosse nesse sentido.

Embora no programa de “somatização” não encontre a defesa tão entusiasta da aplicação dos saberes psicológicos e psicanalíticos como da autora acima, ele pode permitir discutir e evidenciar justamente o que ela não reconhece: que podem estar em questão efetivamente noções de Pessoa, causalidade e visão de mundo distinta. Algumas diferenças importantes em relação a essa postura e a do “programa”.

Ainda que a autora se apóie numa perspectiva extremamente universalista e não relativista, e talvez até por isso mesmo, seus sujeitos são “iguais”, sujeitos às mesmas noções, percepções e visões de mundo. Já no programa, os sujeitos não só

---

<sup>75</sup> Em referência ao texto “Considerações teóricas sobre a questão do atendimento psicológico às classes trabalhadoras” escrito em conjunto pelos autores.

não teriam “consciência” de sua condição ou da causa “psicológica”, mas também muitas vezes não seriam vistos como realmente “doentes” e sim como incapazes de “simbolização”, de expressão das emoções e afetos pela palavra e, por isso, “somatizam”<sup>76</sup>. Se não há doença orgânica constatada ou mesmo quando há não justifica o *comportamento e a “preocupação excessiva com o corpo”*, leva-se a discussão para o nível de um possível “status” diferenciado e até mesmo inferiorizado de capacidade humana de “simbolização” e “expressão dos afetos”, por conta de “um psiquismo muito arcaico”, “extrema ligação com o mundo real”, “vivência em função das doenças”, “pouco espaço para elaborações psíquicas” e um movimento de “jogar os conflitos no corpo”.

Como em Fernández, há de alguma maneira nessas afirmações o pressuposto de que os seres humanos são “psíquicos” por natureza e que a verbalização numa linguagem psicologizada o estilo de comunicação por definição<sup>77</sup>, e não resultado do processo histórico e cultural de individualização e psicologização. Outra face disso parece ser justamente a sensação por parte dos profissionais de que as pessoas “não se vêem” implicadas nas situações, assumindo posturas “passivas” e vitimizadoras diante de seus problemas e da vida e colocando sempre a “culpa” nos outros pelos seus problemas.

Se, como afirma Frank Furedi, através de resenha de Freire Costa já citada<sup>78</sup>, há uma tendência crescente para descrever as condutas da vida cotidiana no vocabulário médico-psicológico e uma prática incentivadora da expressão de afetos

---

<sup>76</sup> Tentando fugir de uma elaboração ou termo pejorativo que veja essas pessoas apenas como “queixosas” ou “poliqueixosas” (Cf Chammé, 1992), ou que têm “piripaque”, parece ocorrer uma classificação e nomeação com base na ausência ou possível incapacidade.

<sup>77</sup> Cf Freire-Costa, 1989.

privados em público que ele denomina de “emocionalismo” esse processo pode não estar ocorrendo de maneira homogênea e, sobretudo, talvez esteja menos ligado a cerceamento à “liberdade individual” com a invasão de questões privadas na esfera pública e sim ao aprofundamento do processo de individualização e psicologização também por meio do que Foucault chama de dispositivo da confissão.<sup>79</sup>

Abaixo exemplos de como muitas vezes existem diferenças nas formas de entendimento sobre os sofrimentos e perturbações de que essas pessoas são acometidas e dificuldades de comunicação que podem gerar situações constrangedoras quando não diretamente conflituosas. Afinal, a representação do “psicológico” é algo diferente do reconhecimento de emoções que se sucedem no plano pessoal.

Numa das triagens observadas, por exemplo, a entrevistada afirmou: “os médicos conversaram lá na língua deles e depois falaram com a gente”. Outra, afirmou numa das sessões grupais que “um médico mandou que plantasse bananeira”, por isso fica receosa de dizer o que sente e “já foi xingada de hipocondríaca”. Numa das primeiras reuniões profissionais observadas, discutia-se que a Paciente 4 faltava muito no grupo que participava (vinha uma vez por mês) e os profissionais *não entendiam muito bem*, já a paciente se sentia *incompreendida* e chegou a dizer: “vocês se formam médicos, mas não entendem o que eu falo, os *meus problemas*”. Num trecho de relatório da sessão grupal, esta mesma paciente é retratada: “Paciente 4 fala da ‘lista’ de suas doenças; parece haver uma satisfação nisto, ao mesmo tempo que diz que tem que aprender a conviver com a doença.

---

<sup>78</sup>Freire Costa, J. “A gula terapêutica”, in Caderno Mais! do jornal FOLHA de SP de 07/12/2003 pp:05-07.

Ressalta que o que tem não aparece nos exames. Diz: ‘o psicológico não sai nos exames’. E em outro trecho já citado também: “Paciente 4 faz questão de dizer que o problema dela não é psicológico e apresenta seu ‘trunfo’ de ser portadora de tantos e tão “problemáticos” problemas de saúde.”

Se um dos objetivos das sessões psicoterápicas grupais é fazer as pessoas “falarem e refletirem sobre o que falam”, a paciente 6 chega a afirmar que a “psicoterapia lhe fazia mal por se envolver muito nos problemas das outras pessoas do grupo” e reflexões profissionais sobre a paciente 4 afirma: “parece que a terapia que nós propomos é o inverso do que ela acha que é melhor”.

Estas circunstâncias evidenciam enormes diferenças entre os dois lados ou as duas faces do que ainda continua ser um “drama social” a consulta psiquiátrica em contextos populares. De um lado, pacientes insatisfeitos com a não compreensão dos seus sofrimentos demonstrados de maneira particular e não na linguagem pretensamente universal dos “sentimentos”, “das emoções” em sua versão psicologizada, ainda mais em um programa com orientação psicodinâmica/psicoterápica/psicanalítica. De outro, profissionais “*angustados*” e “*com a sensação de imobilidade*” devido a tendência de “cronicidade” do quadro dessas pessoas. E nestes, o sentimento de inércia não é menos incômodo já que estão diante de formas e maneiras diferentes de ser, pensar e agir no mundo que partem de pontos diferentes e geram expectativas também diversas.

Essa possível identidade ou cronicidade da situação gera na equipe sensações de imobilidade, dependência e mesmo impaciência com as falas em torno de

---

<sup>79</sup> Agradeço a Prof Marina Cardoso por ter chamado a atenção para a ratificação desse aspecto que parece ser uma tendência crescente.

doença, dores e queixas como declarou um profissional: “só se reclama, fala de doença, dos maridos”.

Uma sensação de imobilidade freqüentemente perpassa o grupo de trabalho. Sabe-se que os quadros somatoformes numa proporção elevada constituem-se em condições crônicas; às vezes também os profissionais envolvidos se sentem sem mobilidade, como que identificados com essa tendência a cronificação. Um recurso importante para lidar com essas dificuldades tem sido as reuniões de equipe e supervisões, que possibilitam uma certa elaboração dos aspectos contra-transferências<sup>80</sup>

Ao mesmo tempo ressalta do material o poder e a responsabilidade atribuídos ao indivíduo pelo seu estado de saúde<sup>81</sup>. Paradoxalmente, se é a incapacidade, a inconsciência e a ausência de tributos, valores e comportamentos que marcam esses sujeitos, a *consciência, a responsabilidade e a vontade* são atributos por definição da noção de indivíduo e muitas vezes os profissionais se perguntam se essas pessoas “querem realmente melhorar”. Se não falta “vontade”, já que se “implicam” pouco nas situações e muitas vezes no próprio atendimento, vivem “responsabilizando” os outros e nunca a si próprio pelas situações e seu estado. Se a representação “psicológica” traz em si a noção de indivíduo como um valor fundamental, o que se espera como “resultado” positivo é o posicionamento e ação de acordo com os valores correspondentes. No trecho do relatório abaixo é possível observar como a lógica de pensamento dos profissionais e pacientes podem divergir e, em seguida, o que é considerado uma mudança efetiva na forma de se posicionar, implicando-se e trazendo para si a *responsabilização* da situação e a não atribuição “da culpa” a outros ou a causas externas à esfera individual:

Profissional questiona como é isso de achar que o outro é que está com problemas e não a gente. Paciente 7 (mulher) diz que é assim mesmo, que os

---

<sup>80</sup> BOMBANA, JÁ, LEITE, ALSS e MIRANDA, CT. (2000).

<sup>81</sup> Cf Debert, 1999.

problemas estão fora. Reclama do próprio marido, diz que “os homens acham que a gente é cachorro”. Prossegue contando que, semana passada, quando em ocasião de MAPA, teve que carregar o aparelho, que era pesado, o dia todo e que ele sequer ofereceu carona. À noite, quando iam para a formatura do filho, acusou-a de ter “batido perna o dia inteiro” e que ela não tinha o direito de reclamar. Profissional intervém, questiona se os problemas vêm sempre de fora para dentro, como era isso dos maridos serem tão maus. Paciente 7 diz que às vezes também ela era má. Paciente 8 diz que, se era pra falar dos maridos, que ela então queria contar que o dela tinha saído de férias. Que, na ocasião, tomou vinho, ficou bêbado e tinha sido mordido por um cachorro. Conta o fato rindo muito. Paciente 9 (mulher) pergunta se ele não tinha ido procurar um hospital, comenta que mordida de cachorro era muito perigoso. Profissional reintervém tentando recolocar a questão dos problemas serem sempre externos às pessoas do grupo. Paciente 8 diz que era uma questão de paciência e que ela já não tinha mais nenhuma. Que isso acontecia porque seu passado foi muito brutal, porque isso a deixou doente. Que ela tem problemas crônicos, como o médico já disse pra ela. Que tudo o que sofre é proveniente das coisas que viveu, por ter dormido na rua após uma cirurgia, por dormir com o filho nos braços, por ter sido cortada com tesoura, por ter apanhado na cabeça, por ter quebrado “dieta de resguardo”. Profissional convida o grupo a pensar sobre isso, sobre de onde vêm essas coisas que se sente. Paciente 10 (mulher) diz que concorda com Paciente 8, que os problemas aconteceram no passado. No caso dela, por ter vendido a infância. Por ter engravidado 17 vezes, ter tido 10 filhos e ter sofrido na vida. Que no início não tinha nem água pra dar banho no primeiro filho, que tinha que carregar água do chafariz num balde de 18 litros carregado na cabeça. Conta que lava roupa no rio pra sustentar os filhos. Conta que acha que ter quebrado a dieta na gravidez também contribui para seus problemas. Diz que quis ter muitos filhos, teve a casa com crianças à vontade, tudo para ter uma família como não teve e que ela mesma, com seu humor, acabou espalhando os filhos no mundo. Paciente 11 (homem) comenta que se pergunta de onde vêm as coisas que sente, pergunta por que é que as coisas que ele sente vêm para o corpo e não vão embora.

Entretanto, a questão é que as perturbações nas classes trabalhadoras são muito mais físico-morais, ou seja, os nervos são pensados como um meio de experiências tanto físicas como morais e é possível que um evento físico possa acarretar reações morais ou uma experiência moral ter implicações físicas sem que, no entanto, se deixe de distinguir os dois planos. Afinal a dualidade corpo-mente, físico-psicológico, racional-emocional ou o “eu dividido” é constitutivo da cultura ocidental moderna.<sup>82</sup> O que é característico dos grupos populares, como foi discutido, é o valor no tocante a família e as relações sociais em geral, um modo

mais relacional de vida, vemos isso na citação e a presença do assunto relacionado aos maridos, filhos e vizinhança nas sessões, mostra, entre outras coisas, a importância da família e do cotidiano na vida dessas pessoas, pois ter a família como um valor fundamental reflete-se também nas questões, preocupações e temas trazidos à tona nas sessões<sup>83</sup>.

Tanto é que os resultados positivos são vistos como “uma mudança do lugar em que a pessoa se coloca na vida”, como aponta Fernández com a fala de um profissional sobre um paciente

“tive uma paciente de 43 anos q vinha com essa tal crise de pânico. Ficou comigo um anos + ou – (...) Quando iniciou o tratamento, era uma pessoa extremamente dependente, que não dava um passo sem pedir ao marido. Quando saiu, já estava trabalhando e já ocupava um outro lugar na própria vida, pois antes vivia apenas para os filhos e o marido. Ela dizia sempre: ‘eu não quero ser a Maria esposa do José, que uero ser Maria da Conceição’. E ela saiu dizendo assim ‘Olha eu sou Maria da Conceição, eu tenho a minha vida e eu acho que já posso parar’.<sup>84</sup>

O que está em jogo não é só uma mudança de vida, ou melhor, é uma grande mudança de vida, muitas vezes de padrão conjugal e valores sociais associados à família, ao marido, aos filhos e a forma de ser e se perceber no mundo e o próprio mundo ao redor. Se não ao que é valorizado pelo menos a forma e intensidade do que é valorizado. A isso se deve grande parte da dificuldade e realização da proposta terapêutica de fazer as pessoas serem capazes de “expressar os afetos e emoções”, da “pessoa se responsabilizar pela sua própria vida”, de se perceber “o quanto é responsável por aquilo de que se queixa e que faz sofrer”, Enfim, que

---

<sup>82</sup> Venâncio, 1998.

<sup>83</sup> Fonseca, 1991 e 2000; Sarti, 1989 e 2003; Duarte, 1981 e 1986; Villares e Mari, 2001; Martin, 2003; Machado, 1986.

<sup>84</sup> Fernández, 2001:118.

deixem de ser *incapazes* de expressarem as emoções e tomem *consciência* do processo e da possível causa “emocional” ou “psicológica”.

Ora, Figueira já considerara todos os recursos que uma sociedade põe à disposição dos sujeitos que estão doentes ou que, por diversos motivos, atravessam períodos críticos de vida, como terapêuticos. Para o autor, a eficácia terapêutica de um recurso depende da sua possibilidade de funcionamento enquanto sistema simbólico, isto é, de oferecer uma perspectiva coerente para a apreensão subjetiva dos seus estados, vivências e fases da vida, fornecendo ao paciente uma representação do seu estado, permitindo-lhe tornar compreensível e, portanto, assimilável uma experiência antes desagregadora. Nesse sentido, os processos terapêuticos têm uma natureza eminentemente simbólica onde a eficácia só é possível se o paciente compartilha da versão que lhe oferece o “médico”, se este acredita no poder de suas técnicas que, por sua vez, possuem credibilidade ou consenso na sociedade. Ainda assim, a possibilidade de um sistema funcionar enquanto recurso terapêutico depende do grau de vinculação a ele.<sup>85</sup>

Estudos de diferentes interpretações teóricas têm indicado características culturais que levariam os sujeitos a se aproximarem mais ou menos do sistema médico-científico, contribuindo para mostrar as diferenças existentes dentro da sociedade moderna. Uma delas seria a própria noção de causalidade ligada ao fenômeno da problematização, em que se associa o sentido de historicidade da doença e do vivido em geral, implicando que todos os eventos seriam passíveis de explicação lógica, de uma causalidade científica, devendo ser buscada e encontrada a qualquer custo. Em contraposição, entretanto, nas classes trabalhadoras, esta

noção histórica e genética seria inexistente e a doença tendendo a ser interpretada segundo um modelo de temporalidade e causalidade não-linear, abrangendo diferentes níveis na lógica da sua explicação.

Outra característica seria referente à teoria da verbalização de Bernstein<sup>86</sup>, segundo a qual as classes trabalhadoras teriam dificuldade em reproduzir um discurso sobre suas experiências íntimas porque não possuiriam o equipamento lingüístico, o vocabulário da introspecção e a linguagem das emoções. Boltanski, a partir de pesquisas realizadas na França, argumenta também que o grau de reflexividade da cultura somática varia conforme a classe<sup>87</sup>. Embora contribua para mostrar as diferenças culturais presentes nas sociedades de classe, para este autor, tudo se passa como se “a aptidão a verbalizar as sensações mórbidas e, talvez, de maneira mais geral, as sensações corporais” fossem “repartida desigualmente entre as diversas classes sociais”; logo, “os membros das classes populares, inábeis em transmitir o que se imaginaria ser sua ‘experiência vivida’ (...) freqüentemente contentam-se em repetir ao pesquisador o que guardaram do discurso médico”.

Já Duarte e Ropa<sup>88</sup> argumentam que se a inadequação do sistema médico-psiquiátrico e psicoterápico passa por uma diferença de categorias de linguagem, não se trata de uma “privação lingüística”, como argumenta Bernstein, e sim, de uma verdadeira diferença. Da mesma forma, não se trata de perceber graus de reflexividade, como sugere Boltanski, mas diferentes tipos para sua expressão. Num caso, a apreensão da diferença dos códigos lingüísticos apontaria que a dificuldade

---

<sup>85</sup> Figueira, 1978: 47 ss; Duarte e Ropa, 1985: 182-4, Lévi-Strauss, 1975a, 1975b.

<sup>86</sup> Bernstein, 1980.

<sup>87</sup> Boltanski, 1989: 128-129.

<sup>88</sup> Op Cit: 187ss.

ou fracasso do tratamento não está necessariamente ligado nem à incompetência do terapeuta, nem à incapacidade inata da clientela como foi dito, mas sim aos limites sociais e culturais de tal ou qual modalidade terapêutica. Em outro, os discursos sobre pessoa e doença nas classes trabalhadoras não representariam uma versão empobrecida ou degradada dos modelos tradicionais, ou modelos dominantes, mas espelhariam sistemas simbólicos diferentes, articulados e complexos.

#### **IV- CONCLUSÕES**

O interesse inicial nas questões relacionadas a `saúde mental' e perturbações que afligem pessoas e grupos de nossa sociedade se deu por meio do campo médico-psiquiátrico, tendo em vista a predominância fisicalista e os possíveis debates com a antropologia. Contudo, as discussões corpo-mente, recorrentes inclusive nas ciências sociais e humanas, mostraram-se fortemente presentes quando do contato com o programa de “somatização” e influenciadas pela chamada vertente “psicodinâmica” do campo psiquiátrico. Se este movimento permitiu apreender, por um lado, alguns aspectos críticos da influência psicanalítica e um debate sobre a autonomia (ainda que relativa) ou não de processos psíquicos, por outro, o atrelamento dos saberes ‘psi’ e da noção psicológica de Pessoa, sua configuração de valores e sua ideologia ficaram mais evidentes.

Retomo aqui nas conclusões o agradecimento inicial feito aos profissionais do programa e suas contribuições gentilmente feitas, sem as quais o trabalho não poderia ser realizado. De fato, o debate e a problematização em relação aos saberes psicológicos e psicanalíticos instrumentalizados no cotidiano dos atendimentos feitos pela equipe objetivam mostrar como a antropologia pode contribuir para a relativização dos mesmos através da contextualização histórica e socio-cultural mais abrangente.

Este movimento tanto parte das questões, ambivalências e dificuldades vividas por ambas as partes no atendimento como pode contribuir para evidenciá-las e, assim, de alguma maneira clarificar e tentar contribuir tanto para um atendimento

mais rico, como para políticas públicas de saúde que levem em consideração os aspectos levantados em relação aos valores sociais e aspectos culturais particulares de cada grupo ou segmento da sociedade ainda que inseridos dentro de um contexto cultural mais amplo em comum.

A ambivalência e o caráter paradoxal em que se encontram tanto profissionais como clientela são visíveis no pêndulo entre não se ver reconhecido na sua condição de “doente” gerando um sentimento de incompreensão muito grande e a cronificação de seu estado que se, de um lado, traz certa legitimidade, por outro, repele a possibilidade de cura ou melhora para adiante e criando uma forma de identidade com a condição.

Também estão em jogo efetivamente são formas de ser, se perceber e perceber o mundo ao redor e é para isso que Fonseca<sup>89</sup> tem chamado a atenção em relação ao “silêncio discursivo” na produção antropológica recente, perguntando-se onde estão os debates capazes de aprofundar a compreensão das alteridades inscritas na sociedade de classes contemporânea. “Somatizar”, nesse sentido, é não só compartilhar uma linguagem em comum que permite a comunicação entre as pessoas, o compartilhar de suas questões e dificuldades na vida - geralmente referidas à família, relacionamentos e dificuldades de sobrevivência e trabalho, haja vista as condições que a maioria dessas pessoas vive, mas também é um instrumento pelo qual essas pessoas têm acesso ao mundo: a linguagem que permite o acesso ao diálogo com outras pessoas, aos serviços de saúde e apoio e atenção de um grupo. Embora pouco explorado nesse momento, se nesta linguagem

---

<sup>89</sup> Fonseca, 2000.

o corpo ocupa um lugar privilegiado não é sem razão, é também uma forma de comunicação ou linguagem.

Como afirma um profissional clínico-geral das reportagens citadas, “é muito difícil detectar uma doença orgânica quando uma pessoa apresenta tantas queixas”, e nessas condições o saber médico tem se esforçado cada vez mais em elaborar e aperfeiçoar instrumentos que possibilitem isso. Contudo, não é preciso muitos argumentos para expandir o quadro para além da organicidade universalista do discurso biomédico e os próprios profissionais da medicina, psiquiatria e psicologia têm utilizado-os em alguma medida como nos mostra, por exemplo, Roudinesco com o discurso psicanalítico<sup>90</sup>.

Ainda assim, a expansão feita está remetida a uma noção e uma lógica longe de ser universal mesmo dentro de um contexto cultural mais específico e localizado, onde pensar que “todas as doenças são de algum modo psicossomáticas” pode levar a afirmações nas quais a responsabilidade pela situação e sofrimento depende, em última instância, das atitudes e comportamento das pessoas e a reversão do quadro da ‘tomada de consciência’ desse processo para tornarem-se completamente humanas, como afirma um psiquiatra em reportagem: “As pessoas que represam os afetos são limitadas do ponto de vista humano. Daí, estão muito mais suscetíveis a manifestarem no corpo o que não estão conseguindo resolver no coração”.

O entrelaçamento com a visão de mundo individualista se mostra presente, seja pela postura de trazer cada vez mais para dentro de si, as responsabilidades, “culpas”, seja pela propagação de valores como “independência”, “autonomia”, responsabilização.

Os limites, vicissitudes e dificuldades desse tipo de abordagem e estratégia ficam mais claros pela contextualização dos saberes psicológicos acionados pela equipe, por expressarem não só saberes mas também valores e práticas dos profissionais muito próximas da noção de indivíduo como um valor central, quanto pela compreensão da lógica que orienta as percepções e entendimento das pessoas em atendimento. Muito menos psicologizada que os saberes psicológicos e seus agentes profissionais pressupõem diante de uma clientela com noções e vidas muito mais relacionais, imbricadas em reciprocidades e obrigações morais e familiares no seu cotidiano. Ou como afirma uma paciente num trecho anotado no caderno de campo: “Só Deus pode fazer algo ... quando a gente nasce com um destino’. Afirma estar tomando um comprimido e meio de Bromazepan pra ficar calma e que: ‘não é doença nenhuma não que está acabando comigo não ... é a minha família!’”.

---

<sup>90</sup> Roudinesco, 2000; Violante, 2002.

## BIBLIOGRAFIA

- ALVES, PCA. (1993) "A Experiência Da Enfermidade. Considerações Teóricas" *Cadernos De Saúde Pública* 9 (3) Jul/Set.
- ALVES, P.C. e Minayo, M. C (1994). De S. *Saúde E Doença: Um Olhar Antropológico*. RJ: Fiocruz
- BOLTANSKI, Luc. (1989) *As classes sociais e o corpo*. Trad. de Regina A. Machado, RJ: Graal, 3ª edição.
- BERGER, Peter. (1980) "Para uma compreensão sociológica da Psicanálise", in: Figueira, S. (org) *Psicanálise e Ciências Sociais*. RJ: Francisco Alves.
- BERNSTEIN, B. (1980) "Classe Social, Sistemas de Fala e Psicoterapia", in: FIGUEIRA, S. (Org) *Psicanálise e Ciências Sociais*, Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- BEZERRA Jr, Benilton Carlos. (1982) *A noção de indivíduo – reflexão sobre um implícito pouco pensado*. Rio de Janeiro [Dissertação de Mestrado – IMS - UERJ].
- BIRMAN, Joel. (1980) *Enfermidade e Loucura: sobre a medicina das interrelações*. RJ: Campus.
- \_\_\_\_\_ (2002) "Relançando os dados: a Psicopatologia na Pós-Modernidade, novamente", in: Violante, Maria Lúcia (Org), *O (im) possível diálogo psicanálise e psiquiatria*, SP: Via Lettera.
- BUCHILLET, D. (1991) "A Antropologia da doença e os sistemas oficiais de saúde", in: BUCHILLET, D (org) *Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia*. Pará: Ed. CEJUP.
- CANESQUI, Ana M. (1994) "Notas sobre a produção acadêmica de antropologia e saúde na década de 80", in: Alves, P.C. e Minayo, M. C. de S. *Saúde e Doença: um olhar antropológico*. RJ: FIOCRUZ.
- (2003) "Os estudos de antropologia da saúde/doença no Brasil na década de 1990", in: *Revista Ciência & Saúde Coletiva* v.8 (1): 109-124.
- CARDOSO, Marina D. (1999) *Médicos e Clientela: da assistência psiquiátrica à comunidade*. São Carlos: FAPESP/EdUFSCar.
- \_\_\_\_\_ (2002) "Psiquiatria e Antropologia: notas sobre um debate inconcluso", in: *Ilha - Revista de Antropologia*, Florianópolis, V 4(1): 85-113.
- \_\_\_\_\_ (2003) "Antropologia das emoções ou 'somatização' da teoria social? Em defesa da Sociologia", in: *Revista Olhar* 05 (09) ago-dez, São Carlos.

- CARDOSO, M D e CABRAL, N A (1998) "O suicídio na cultura ocidental: notas para uma antropologia sobre o valor", Caxambu: ANPOCS.
- CARDOSO DE OLIVEIRA, Roberto. (1979) "Introdução a uma leitura de Mauss", in *Mauss*, SP: Ática (Col Grandes Cientistas Sociais; 11).
- \_\_\_\_\_(1988) "Tempo e Tradição: interpretando a Antropologia", in: *Sobre o pensamento antropológico*, RJ: Tempo Brasileiro.
- CARDOSO, Ruth C L (org). (1988) *A Aventura Antropológica. Teoria e Pesquisa* RJ: Paz e Terra.
- CARVALHO, C A (1998) "Introdução", in: *Os psiconautas do Atlântico Sul: uma etnografia da psicanálise*. Campinas, SP: EDUNICAMP/ Centro de Memória-Unicamp.
- CARVALHO, EM. (2004) "A reforma psiquiátrica no Brasil: limites e impasses dos processos de cidadanização e singularização no atendimento às classes populares" *Paper apresentado na ANPOCS*.
- CHAMMÉ, S J. (1992) *Poliqueixoso: metáfora ou realidade?* São Paulo (Tese de doutorado/Faculdade de Saúde Pública da USP)
- DA MATTA, Roberto (1978) "O Ofício de Etnólogo ou como ter 'Anthropological Blues'", in: NUNES, E de O. (org) *A Aventura Sociológica: Objetividade, Paixão, Improviso e Método na Pesquisa Social*, RJ: Zahar Editores.
- DEBERT, G G. (1999) "Problema Social e Responsabilidade Individual", in: *A Reinvenção da Velhice: Socialização e Processos de Reprivatização do Envelhecimento*. São Paulo: EDUSP/FAPESP.
- DINIZ, Débora. (1997) "O que é Isso que Chamamos Antropologia da Saúde no Brasil?", in: *Revista Múltipla*, Brasília, 2 (2): 41-61, Julho.
- DUARTE, Luiz F. D. (1981) "Doença dos nervos: um estudo de representação e de visão de mundo de um grupo de trabalhadores" *Ciências Sociais Hoje*, Brasília, v. 1, p.368-376.
- \_\_\_\_\_(1986) *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*. RJ: Zahar Editor/CNPq.
- \_\_\_\_\_(1988) "Classificação e valor na reflexão sobre identidade social", in: *A Aventura Antropológica. Teoria e Pesquisa* RJ: Paz e Terra.
- \_\_\_\_\_(1993) "Os nervos e a antropologia norte-americana: uma revisão crítica", in: *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, RJ, 3(2), p.43-47.
- \_\_\_\_\_(1994) "A outra saúde: mental, psicossocial, físico-moral?", in: Alves, P.C. e Minayo, M. C. de S. *Saúde e Doença: um olhar antropológico*. RJ: FIOCRUZ.
- \_\_\_\_\_(1996) "Ensaio bibliográfico: Distanciamento, reflexividade e interiorização da pessoa no ocidente", *Mana*, 2(2):163-176.

- \_\_\_\_\_ (1998) “A investigação antropológica sobre doença, sofrimento e perturbação: uma introdução”, in: Duarte, LFD e Leal OF (orgs). *Doença, sofrimento e perturbação. Perspectivas etnográficas*. RJ: FIOCRUZ.
- \_\_\_\_\_ (1998b) “Pessoa e dor no Ocidente”, in: *Horizontes antropológicos* 4: 13-28.
- \_\_\_\_\_ (1999) “Prefácio”, in: Cardoso, Marina D. *Médicos e Clientela: da assistência psiquiátrica à comunidade*. São Carlos: FAPESP/EdUFSCar.
- \_\_\_\_\_ (2002) “A psicanálise como linguagem social: o caso argentino”, *Mana*, 8(2) out 2002:183-194.
- \_\_\_\_\_ (2003) “Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença” in: *Revista Ciência & Saúde Coletiva* v.8 (1): 173-183.
- \_\_\_\_\_ e ROPA, Daniela (1985) “Considerações teóricas sobre a questão do atendimento psicológico às classes trabalhadoras”, in: Figueira, S. *Cultura da psicanálise*. SP: Brasiliense.
- \_\_\_\_\_ e GIUMBELLI, E. (1994) “As concepções de pessoa cristã e moderna: paradoxos de uma continuidade”. *Anuário Antropológico*, 93 – UNB, Brasília.
- \_\_\_\_\_ e LEAL OF (Orgs) (1998). *Doença, Sofrimento E Perturbação. Perspectivas Etnográficas*. Rj: Fiocruz.
- DUMONT, L. (1993) *Homo Hierarchicus: o sistema de Castas e suas implicações*. Trad. de Carlos Alberto da Fonseca. SP: EdUSP, 2ª edição.
- \_\_\_\_\_ (2000) *O Individualismo: uma perspectiva antropológica da ideologia moderna*. Trad. por Álvaro Cabral. RJ: Rocco.
- DURHAM, Eunice R. (1988) “A pesquisa antropológica com populações urbanas: problemas e perspectivas”, in: *A Aventura Antropológica. Teoria e Pesquisa* RJ: Paz e Terra.
- DURKHEIM, E. (1970) “Representações Individuais e Representações Coletivas”, in: *Sociologia e Filosofia*, RJ: Forense Universitária.
- \_\_\_\_\_ (1973) “As Formas Elementares da Vida Religiosa”, in: *Comte/Durkheim*. São Paulo: Abril Cultural (Coleção Os Pensadores).
- FERNÁNDEZ, Myriam Rodrigues. (2001) *A prática da psicanálise lacaniana em centros de saúde: psicanálise e saúde pública*. Escola Nacional de Saúde pública/Fundação Oswaldo Cruz [Dissertação de Mestrado] Rio de Janeiro.
- FIGUEIRA, S. (1978) “Notas introdutórias ao estudo das terapêuticas I: Lévi-Strauss e Peter Berger”, in: Figueira, S. *Sociedade e doença mental*. RJ: Campus.
- \_\_\_\_\_ (1980) “A ‘Representação Social’ da Psicanálise”, in: FIGUEIRA, S. (Org) *Psicanálise e Ciências Sociais*, Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- \_\_\_\_\_ (1985) “Modernização da família e desorientação: uma das raízes do psicologismo no Brasil”, in: *Cultura da psicanálise*. SP: Brasiliense.
- FONSECA, Cláudia. (1991) “Cavalo amarrado também pasta: honra e humor em um grupo popular brasileiro”, *RBCS-ANPOCS*, nº15, pp27-39.

- \_\_\_\_\_ (2000) *Família, Fofoca e Honra: etnografia de relações de gênero e violência em grupos populares*. Porto Alegre: Ed da Universidade/UFRGS.
- FOUCAULT, M. (1978) “O círculo antropológico”, in: *História da Loucura na idade clássica*. SP: Perspectiva.
- \_\_\_\_\_ (1979) “Soberania e disciplina”, in: *Microfísica do poder*. RJ: Graal.
- \_\_\_\_\_ (1980) “Scientia sexualis”, in: *História da sexualidade I: A vontade de saber*. RJ: Graal.
- \_\_\_\_\_ (1981) “O Nascimento da Medicina Social”, in: *Microfísica do poder*. RJ: Graal.
- FREIRE COSTA, J. (1989) “Psicoterapia e doença dos nervos”, in: *Psicanálise e Contexto Cultural*. Rio de Janeiro: Campus.
- \_\_\_\_\_ (2003) “A gula terapêutica”, in Caderno Mais! do jornal FOLHA de SP de 07/12/2003 pp:05-07.
- FRY, Peter e HOWE, Gary N. (1975) “Duas respostas à aflição: umbanda e pentecostalismo”, in: *Debate e Crítica*, SP, v. 6, julho/1975.
- GOLDMAN, M. (1995) “Antropologia Contemporânea, Sociedades Complexas e Outras Questões”. *Anuário Antropológico*, UNB, Brasília.
- GUEDES, S (1998). “Os Casos De Cura Divina E Construção Da Diferença”, *Horizontes Antropológicos* 4 (9): 42-62.
- HENRIQUES, Rogério da Silva Paes. (2003) *A remedicalização da psiquiatria: uma reflexão crítica sobre a revolução nosológica do DSM-III*. [Dissertação de Mestrado- Instituto de Medicina Social-UERJ] Rio de Janeiro.
- KLEINMAN, A. (1993) *Patients and healers in the context of culture: on exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*. Berkeley/ Los Angeles/London: University of California Press (pp. 01-118).
- LATOUR, Bruno & WOOLGAR, Steve. *A vida de Laboratório: a produção dos fatos científicos*. [Tradução Angela Ramalho Vianna] Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997. [1979]
- LANDGON, E. Jean. (1995) *A Doença como experiência: A construção da Doença e seu Desafio para a prática médica*. Palestra oferecida na Conferência 30 anos Xingu, Escola Paulista de Medicina, SP, 23/08/1995 (retirado em set/2003, do site: <http://www.cfh.ufsc.br/~nessi/A%20Doenca%20como%20Experiencia.htm> ).
- LOUGON, M (1993) “Desinstitucionalização da Assistência Psiquiátrica: uma perspectiva crítica”, in: *PHYSIS* 3(2).

- LÉVI-STRAUSS, C. (1974) “Introdução a obra de Marcel Mauss”, in: MAUSS, M. *Sociologia e Antropologia*, V I, São Paulo: EPU/EDUSP.
- \_\_\_\_\_ (1975a) “A eficácia simbólica”, in: *Antropologia Estrutural*. RJ: Tempo Brasileiro.
- \_\_\_\_\_ (1975b) “O feiticeiro e sua magia”, in: *Antropologia Estrutural*. RJ: Tempo Brasileiro.
- \_\_\_\_\_ (1986) “Introdução”, in: *A Oleira Ciumenta*. SP: Brasiliense.
- LOYOLA, Maria A. (1974) *Médicos e Curandeiros: conflito social e saúde*. SP: DIFEL.
- MACHADO, LZ. (1986) “Família, honra e individualismo”, *Anuário Antropológico* 85, RJ, Tempo Brasileiro.
- MARTIN, D. (2003) “Depressão em mulheres na periferia de São Paulo: um olhar antropológico”, in: *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, p. 1-7.
- MAUSS, M. (1974a) “Uma categoria do espírito humano: a noção de pessoa a noção do ‘eu’”, “Relações reais e práticas entre Psicologia e a Sociologia”, in: *Sociologia e Antropologia*, V I, São Paulo: EPU/EDUSP.
- \_\_\_\_\_ (1974b) “Técnicas corporais” e “Efeito físico no indivíduo da idéia de morte sugerida pela coletividade”, in: *Sociologia e Antropologia*, V II, São Paulo: EPU/EDUSP.
- \_\_\_\_\_ (1979[1921]) “A expressão obrigatória de sentimentos”, in: *Mauss*, SP: Ática (Col Grandes Cientistas Sociais; 11).
- MENEZES, Rachel Aisengart. “Observação etnográfica em hospital”, retirado do site: <http://www.antropologia.com.br/colu/colu23-b.htm>
- NICOLI-DA-COSTA, A. M. (1985) “Mal-estar na família: descontinuidade e conflito entre sistemas simbólicos”, in: Figueira, S. (org) *Cultura da psicanálise*. SP: Brasiliense.
- NUNES, Edson de Oliveira. (1978) “Pequena Introdução à Aventura Sociológica”, in: NUNES, E de O. (org) *A Aventura Sociológica: Objetividade, Paixão, Improviso e Método na Pesquisa Social*, RJ: Zahar Editores.
- RABELO, MCM; ALVES, PCA; SOUZA, IM. (1999) “Signos Significados E Práticas Relativas À Doença Mental”, In: RABELO, MCM Et Al *Experiência De Doença E Narrativa*, RJ: FIOCRUZ.
- REDKO, Cristina. (2001) “Cultura, esquizofrenia e experiência”, in: SCHIRAKAWA, I., CHAVES, A. C. & MARI, J. J. *O desafio da Esquizofrenia*. São Paulo, Lemos Editorial.
- REINALDO, Amanda M S. (2003) *Conhecendo o itinerário terapêutico em saúde mental pela história oral de vida do paciente psiquiátrico*. Ribeirão Preto [Dissertação de Mestrado – Enfermagem/USP-RP]

- RODRIGUES, NB; CAROSO, CA (1998) “Idéia de ‘sofrimento’ e representação cultural da doença na construção da pessoa”, in: Duarte, LFD e Leal OF (orgs). *Doença, sofrimento e perturbação. Perspectivas etnográficas*. RJ: FIOCRUZ.
- ROUDINESCO, Elisabeth. *Por que a Psicanálise?* Trad. de Vera Ribeiro – RJ Jorge Zahar Ed, 2000.
- RUSSO, J. (2002) *O mundo psi no Brasil*, RJ: Jorge Zahar.
- RUSSO, J; VENÂNCIO, AT; FERREIRA, AS. E HENNING, MF. (2004) “Entre o corpo e a mente: a noção de indivíduo na assistência de um hospital psiquiátrico universitário”, in: LEIBING, A. (org) *Tecnologias do corpo: uma antropologia das medicinas no Brasil*, RJ: NAU Editora.
- SADER, Eder e PAOLI, Maria Célia. (1988) “Sobre ‘classes populares’ no pensamento sociológico brasileiro (Notas de leitura sobre acontecimentos recentes)”, in: *A Aventura Antropológica. Teoria e Pesquisa* RJ: Paz e Terra.
- SARTI, Cynthia A (1989) “Reciprocidade e hierarquia: relações de gênero na periferia de São Paulo”. *Cadernos de Pesquisa da Fundação Carlos Chagas* (70): 38-46, agosto.
- \_\_\_\_\_(2003). *A família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres*. 2ª ed. rev. São Paulo: Cortez
- (2003b). *O Reconhecimento do outro: uma busca de diálogo entre ciências humanas e ciências da Saúde*. São Paulo [Livre Docência - UNIFESP/Escola Paulista de Medicina].
- SEMAN, P. (1998) “La heterogênea construcción del sufrimiento en el Gran Buenos Aires. *Horizontes Antropológicos* 4 (9): 9-29.
- SILVA, M. B. B. (2006) Reforma Psiquiátrica e Formação de Redes de Suporte Social: sobre a responsabilização pelo cuidado nos Centros de Atenção Psicossocial, in: 25ª Reunião Brasileira de Antropologia, Goiânia.
- SOARES, Luiz Eduardo. *A Ética e o Intelectual, no Século XXI ou A Arte de Cultivar Desertos Privados*, texto retirado do site: <http://www.luizeduardosoares.com.br/em set/06>.
- UCHÔA, Elizabeth e VIDAL, Jean M. (1994) “Antropologia Médica: Elementos Conceituais e Metodológicos para uma Abordagem da Saúde e da Doença”, in: *Caderno de Saúde Pública*, RJ, 10 (4): 497-504, out/dez.
- VELHO, Gilberto. (1980) “Projeto, Emoção e Orientação em Sociedades Complexas”, in: Figueira, S. (org) *Cultura da psicanálise*. SP: Brasiliense.
- \_\_\_\_\_(1981) *Individualismo e Cultura: Notas para uma Antropologia da Sociedade Contemporânea*. RJ: Zahar Editores.

- \_\_\_\_\_ (1985) “A busca de coerência: coexistência e contradições entre códigos em camadas médias urbanas”, in: Figueira, S. (org) *Cultura da psicanálise*. SP: Brasiliense.
- \_\_\_\_\_ (1994) “Unidade e fragmentação em sociedades complexas”, in: *Projeto e Metamorfose: antropologia das sociedades complexas*. RJ: Zahar.
- VENÂNCIO, A T. (1993) “A Construção Social Da Pessoa E A Psiquiatria: Do Alienismo A ‘Nova Psiquiatria’, In: *Physis* 3(2).
- \_\_\_\_\_ (1998) *O Eu dividido moderno: uma análise antropológica da categoria esquizofrenia*. Rio de Janeiro [Tese de Doutorado – MN - UFRJ].
- VILLARES, Cecília C. & MARI, Jair J. (2001) “Esquizofrenia e contexto familiar”, in: SCHIRAKAWA, I., CHAVES, A. C. & MARI, J. J. *O desafio da Esquizofrenia*. São Paulo, Lemos Editorial.
- VIOLANTE, Maria Lucia Vieira. (org) (2002) *O (im) possível diálogo psicanálise e psiquiatria*. São Paulo: Via Lettera Editora e Livraria.

### **Textos pesquisados**

- BOMBANA, JA e DUARTE, CS. (1997) “Somatizadores: a possibilidade de uma abordagem grupal”, in: *Percurso – Revista de Psicanálise*, São Paulo, 19:65-72.
- BOMBANA, JA. (2000) “Somatização e conceitos limítrofes: delimitação de campos”, in *Psiquiatria na prática médica*, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 17-19.  
[http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/atu2\\_01.htm](http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/atu2_01.htm)
- BOMBANA, JÁ, LEITE, ALSS e MIRANDA, CT. (2000) “Como atender aos que somatizam? Descrição de um programa e relatos concisos de casos”, in *Revista Brasileira de Psiquiatria* São Paulo,; 22(4):180-4.
- Gureje, Oye MBBS, MSc, PhD; Simon, Gregory E. MD, MPH; Ustun, Tevfik B. MD, PD; Goldberg, David P. FRCPsych (1997) “Somatization in Cross-Cultural Perspective: A World Health Organization Study in Primary Care”, in *Am J Psych* 1997; 154: 989-95.
- MAYOU, Richard; KIRMAYER, Laurence J., SIMON, Greg, KROENKE, Kurt, SHARPE, Michael (2005) “Somatoform Disorders: Time for a New Approach in DSM-V”, in *Am J Psychiatry* 2005 162: 847-855
- NINA, Milton Della. (2004) “O Psicanalista, a clínica e o ‘psicossomático’”, in *Rev. Brás. Psicanálise*, vol. 38 (3): 693-710.
- SANTOS, JQ. “Adesão a tratamentos médicos”, in *Psiquiatria na prática médica*, retirado do site: [http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/atu1\\_01.htm](http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/atu1_01.htm)
- SANTOS, JQ e LEITE, ALSS. (2003) “Aspectos socioculturais de um modo de adoecer: a somatização”, in *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, jul-2003; nº74 Ano XXIV:05-30.