

POLÍTICA PSIQUIÁTRICA E AGÊNCIA RELIGIOSA: NOTAS SOBRE CAIXAS-PRETAS, O LÚDICO E A NOÇÃO DE IN(TER)VENÇÃO EM SAÚDE MENTAL

Alberto Groisman

Resumo: Este artigo reflete sobre complexidades e caixas-pretas como Bruno Latour elaborou, aqui para as políticas de saúde mental no Brasil. Caixas-pretas são ‘máquinas’ que não se consegue destrinchar, panaceia de complexidades. O que abordo é uma caixa-preta dos estudos, e como decorrência, da intervenção, em saúde mental. Discuto a (des)articulação deletéria entre atitude e conduta a partir de um olhar semantizado pelas noções de práxis psiquiátrica, práxis terapêutica e agência religiosa. O ponto de partida digamos explorativo da reflexão é considerar que há nesta (des)articulação um regime estabelecido por inconsistências empíricas e epistemológicas, condicionado pelo jogo que chamei in(ter)venção, partindo da contribuição de Roy Wagner, e para considerar que intervenção e invenção são dispositivos articulados e inseparáveis.

Palavras-chave: Práxis psiquiátrica, práxis terapêutica, agência religiosa, in(ter)venção.

Psychiatric politics and religious agency: notes on black boxes, the playful and the notion of in(ter)vention in mental health

Abstract: This article reflects on complexities and black boxes, as Bruno Latour elaborated, here for mental health policies in Brazil. Black boxes are ‘machines’ that cannot be unraveled, a panacea of complexities. What I’m talking about is a black box of studies, and as a result, of the intervention in mental health. I discuss the deleterious (dis)articulation between attitude and conduct from a semantized view by the notions of psychiatric praxis, therapeutic praxis and religious agency. The starting point of the reflection is to consider that there is in this (de)articulation a regime established by empirical and epistemological inconsistencies, conditioned by the play I called in(ter)vention, based on the contribution of Roy Wagner, and to consider that intervention and invention are articulated and inseparable devices.

Keywords: Psychiatric praxis, therapeutic praxis, religious agency, in(ter)vention.

Política psiquiátrica y agencia religiosa: notas sobre las cajas negras, lo lúdico y la noción de in(ter)vención en salud mental

Resumen: Este artículo reflexiona sobre las complejidades y las cajas negras que Bruno Latour elaboró, aquí para las políticas de salud mental en Brasil. Las cajas negras son ‘máquinas’ que no se pueden desenredar, una panacea de complejidades. De lo que estoy hablando es de una caja negra de estudios, y como resultado, de la intervención, en salud mental. Discuto la deletérea (des)articulación entre actitud y conducta desde una mirada semantizada por las nociones de praxis psiquiátrica, praxis terapéutica y agencia religiosa. El punto de partida de la reflexión es considerar que existe en esta (des)articulación un régimen establecido por inconsistencias empíricas y epistemológicas, condicionado por el juego que llamé in(ter)vención, basado en la contribución de Roy Wagner, y considerar que intervención e invención son dispositivos articulados e inseparables.

Palabras clave: Praxis psiquiátrica, praxis terapéutica, agencia religiosa, in(ter)vención.

Abertura

Abro este trabalho com três notas:

A primeira sobre complexidade e caixas-pretas. A complexidade desafia e dificulta a vida de pesquisadores e interventores, se é que é possível em saúde mental separar pesquisa de intervenção. Bruno Latour (2016) recorre à noção de caixa-preta para transpor para os assuntos sociológicos a forma como os engenheiros eletrônicos classificam particularmente as máquinas que não conseguem destrinchar. Estas caixas-pretas são para Latour uma espécie de panaceia de complexidades. O que vou abordar aqui me parece ser uma caixa-preta dos estudos, e como decorrência da intervenção, em saúde mental. Esta última penso dependente da curiosidade e da pesquisa.

Devo dizer que uma primeira versão desta reflexão foi apresentada no “XI Encontro Catarinense de Saúde Mental”, realizado em Florianópolis, em 2015, e que é importante registrar este

aspecto da vida dos objetos do pensamento e da práxis, porque o meu era o único trabalho – num congresso que recebeu centenas de contribuições – que aborda saúde mental, psiquiatria e religião. E mais num evento científico de caráter nacional que ocorre num país como o Brasil, conhecido e afamado por uma substancial e intensa vida religiosa. Será que profissionais de saúde e pesquisadores não se deparam no seu dia a dia com eventos consistentemente associados com religiosidade?

A segunda é sobre a abordagem da biomedicina no Brasil. Como pesquisador do Instituto Brasil Plural, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), tenho sido questionado por colegas, particularmente Márcia Grisotti, Sônia Maluf e Jean Langdon quando elaboro minha perspectiva crítica em relação à biomedicina no Brasil. Minhas colegas digamos me estimularam a pensar que não posso generalizar, que há médicos e médicos, enfim, me desafiam, de certa forma arriscando um estigma, a sair de uma postura ativista, radical e tornar-me digamos 'mais científico', e reconhecer que nem tudo é tão problemático assim.

Para responder a minhas colegas, e claro a outras pessoas interessadas em refletir sobre estas questões, resolvi elaborar notas como as que apresento aqui. Trata-se de um quadro de questões que possa constituir um eventual projeto de pesquisa. Aqui este projeto de pesquisa seria levado a cabo entre profissionais de psiquiatria no Estado de Santa Catarina, é claro que se eles e elas estivessem dispostos a colaborar, o que tem sido dito para mim que não é algo tão possível. E também que os comitês de ética permitam a realização do projeto, coisa que também tem sido um desafio para pesquisadores do campo das ciências sociais quando interessados em abordar questões e tensões em saúde mental.

A terceira nota formula o objetivo mais específico do que apresento aqui, ou seja, abordar a articulação, ou melhor, a desarticulação deletéria entre atitudes e condutas que pode ser vistas a partir de perspectivas diferentes, uma enfocada a partir de um olhar semantizado pela ideia de práxis psiquiátrica, e uma outra tendo um enfoque formulado a partir da noção de práxis terapêutica e uma terceira que olha considerando a noção de agência religiosa. O ponto de partida digamos explorativo da reflexão é considerar que há nesta (des)articulação um regime estabelecido por inconsistências empíricas e epistemológicas. E aqui levanto uma questão pensando de um lado na contribuição de Roy Wagner (2010) de que o que chamamos de cultura não é mais do que uma configuração efêmera de um processo de transformação contínua que Wagner caracteriza como invenção, de outro, que toda a intervenção consequente é derivada de um movimento transformador que se desdobra da relação entre experiência vivida, ressonância de outras experiências e práxis¹. Considerando também que o reconhecimento da relevância desta característica dos fluxos da vida humana que é a invenção é fundamental para a intervenção consequente, chamo este processo de in(ter)venção, para suscitar que invenção e intervenção são movimentos inseparáveis, e que intervir sem considerar que estamos sempre inventando não é consistente.

¹ Tomo aqui a noção de práxis de um ponto de vista que chamaria prosaicamente de dialético, como uma síntese entre 'prática', no sentido do empreendimento da experiência de viver, e 'pensamento' ou reflexão sobre, ou durante esta prática-experiência vivida.

Reforma Psiquiátrica, práxis terapêutica e os agenciamentos religiosos no Brasil

A implantação da chamada Reforma Psiquiátrica no país e seus fundamentos, estaria associada mesmo que indiretamente a uma relativização substancial da centralidade da psiquiatria e dos psiquiatras na organização da clínica em saúde mental. Mas efetivamente este ‘descentramento’ de fato esbarrou nos limites ou mesmo numa evitação do Estado em prover condições efetivas de implantação das expectativas dos reformistas. Parece mais ou menos claro que o que se poderia chamar de ‘gerenciamento medicamentoso’ ainda tem predominado no que estou chamando aqui de práxis psiquiátrica, quando se trata da questão terapêutica em saúde mental. E não estou dizendo que devemos prescindir do conhecimento sobre drogas psicotrópicas que tem sido desenvolvido e que particularmente o(a)s psiquiatras aplicam. Mas devemos admitir que esta perspectiva de certa forma envolve implicitamente uma convicção de que os tratamentos de usuários dos serviços de saúde mental não implicam num horizonte de ‘cura’, ou o que poderia ser chamado de ‘resolução profunda’ dos problemas, em contraste com a ‘resolução circunstancial’ que parece ser o que o gerenciamento medicamentoso oferece. Em suma, embora todos os esforços implementados, não houve no Brasil uma ‘Reforma Psiquiátrica’, mas de fato uma relativização do alcance da psiquiatria convencional manicomial em algumas localidades, e numa disseminação de uma retórica antimanicomial. Isto por si já se constitui em digamos uma modificação significativa. Mas ainda predomina entre os tratamentos psiquiátricos a noção de que a intervenção terapêutica está associada à busca de uma ‘homeostase química’, e assim produzir um contexto sociocultural favorável, e que parece fundamental para a promoção do bem-estar (ANDRADE, 2012), é um desdobramento buscado residual ou secundariamente.

Por outro lado, e, entretanto, se percebe que outras perspectivas de abordagem dos problemas da chamada perturbação, como o fazem alguns dos chamados ‘sistemas religiosos’ por exemplo incluem a ‘cura espiritual’ como eficaz na modificação das condições de existência das pessoas que os procuram. Os métodos utilizados por estes outros sistemas que não tem a biomedicina como único parâmetro ‘terapêutico’, em geral, sugerem que a noção de ‘cura’ está vinculada fundamentalmente à uma perspectiva de transformação pessoal e relacional. Esta visão sugere que o que se poderia chamar de gerenciamento da perturbação envolve talvez necessariamente as relações que as pessoas estabelecem no mundo e com os outros. Ou seja, trata-se de uma abordagem em que estas relações são talvez tão importantes do que a ‘psiquê’.

Em suma, este trabalho tem como fim levantar a discussão da importância de se considerar as perspectivas e o conhecimento acumulado por outros sistemas na abordagem dos estados de perturbação, tendo como parâmetro as pesquisas que tem sido feitas no campo de atuação destes ‘outros’ sistemas, procurando considerar uma inserção substancial nos sistemas públicos de saúde das pessoas envolvidas e conhecimentos produzidos nos contextos em que a biomedicina não é o único e predominante sistema que determina a práxis terapêutica.

Iniciativas digamos não biomédicas consideradas eficazes de gerenciamento de problemas de membros de grupos sociais têm sido encontradas por pesquisadores em diferentes regiões do mundo. Embora outros autores já tivessem abordado a eficácia de sistemas não biomédicos anteriormente, estudos clássicos desencadearam um olhar mais consistente sobre a práxis terapêutica destes outros

sistemas, quando relativizou etnocentrismos que desqualificavam estes sistemas de cuidado como fundamentados por 'superstição'. Me refiro aqui às contribuições de Claude Lévi-Strauss (1975) em seu trabalho "A eficácia simbólica" e Victor Turner (2005), no capítulo "O médico Ndembo em ação". O primeiro tem sido bastante citado em estudos no campo da saúde, enquanto o segundo, embora muito relevante, tem sido muito pouco referenciado.

Primeiro, importante pensar que Lévi-Strauss estava preocupado em demonstrar que grupos que digamos não estão vinculados ao *modus vivendi* das sociedades urbano-industriais também desenvolveram métodos de resolução de problemas de saúde que são análogos em termos de eficácia aos métodos utilizados por camadas médias e altas destas, como a psicanálise. Em sua análise, Lévi-Strauss argumenta invertendo o sinal semântico do conteúdo das técnicas utilizadas pela psicanálise e pelo xamã Cuna cuja atuação aborda no texto. Procura demonstrar que na terapêutica da ab-reação, e assim da psicanálise, há um estímulo à narração que se desdobra do psicanalista para o psicanalisado, e que num efeito cognitivo de enquadramento da experiência vivida, a descondiciona dos efeitos embotadores e deletérios, entre outros do medo e da ansiedade. Nesta inversão, Lévi-Strauss argumenta que o xamã Cuna ao narrar e dramatizar um mito produz o que ele chamou ad-reação.

Em suma, Lévi-Strauss procura demonstrar que há na ad-reação que analisa um enquadramento narrativo que desembaraça a experiência, e que torna o procedimento narrativo do xamã Cuna eficaz para permitir um parto. O que Lévi-Strauss observa é o que torna o arranjo simbólico da narrativa, de certa forma, o que eu chamaria de seu efeito 'cog-n-ativo', ou seja, de produzir cognitivamente uma atividade-rearranjo digamos 'fisiológica' do corpo para permitir o fluir do parto, a partir do conhecimento emergente do acúmulo da experiência 'nativa', talvez sugerindo sua conhecida distinção entre bricolage e conhecimento 'técnico'.

Destaco o ativo para sugerir que o enquadramento produz ação (que para Lévi-Strauss, inundado pelas polêmicas sobre o pensamento selvagem) seria perpetrado por uma mente 'sugestionável', e para a sessão, viabilizando a eficácia da performance do xamã. Entretanto nesta nota deve-se considerar um certo descompasso entre o intento de relativizar etnocentrismos e o centro racionalista do argumento de Lévi-Strauss, para compreender mecanismos simbólicos potenciais de um suposto evento. Isto faz de seu argumento interessante, apenas uma especulação textual que supõe um evento. Seu argumento é claro muito bem elaborado, mas se você for aplicá-lo a um evento deve considerar que se trata de transformar o trabalho de Lévi-Strauss, de uma análise do discurso projetiva, em especulação. Pergunto se seriam as entidades evocadas no relato apenas uma projeção sugestiva do corpo da mulher? Se fosse o caso, será que um modelo tão pertinente de evocação da experiência do sofrimento pode ser aplicado a um ambiente hospitalar em Florianópolis? Num hospital universitário e do SUS, e com os recursos 'disponíveis' que sustentam os serviços?

Uma outra abordagem de eventos que lidam com a perturbação é relevante. Nos anos 1960, em "O médico Ndembo em ação", Victor Turner (2005) dedica-se a fazer uma interessante e consistente etnografia de um evento que acompanhou em sua pesquisa de campo na África, em que um 'doctor' Ndembo atende a ocorrência de problemas para um membro de outro grupo, e, em suma, promove um conjunto de procedimentos que articulados com pessoas da comunidade, envolvendo de uma forma o

de outra todos os seus membros, alinhava ritualmente a expressão de sentimentos e juízos pessoais em relação à pessoa que resolução de conflitos que ocasionam o mal estar da pessoa atingida.

Em seu notável artigo, Turner evoca um aspecto fundamental de qualquer procedimento resolutivo em relação a problemas que seres humanos enfrentam, que é considerar a relevância e a consistência das relações sociais e cósmicas como centrais numa práxis 'terapêutica', que difere do chamado 'tratamento', palavra funcional excessivamente carregada com a perspectiva biomédica da manipulação físico simbólica de um indivíduo.

O que Turner descreve se coloca diametralmente em oposição a uma abordagem individualizante do sofrimento, e demonstra de forma eficiente um manejo terapêutico das relações sociais e cósmicas. Este manejo, de um lado está difusamente implícito no roteiro ritual, cujos desdobramentos em diferentes níveis são do conhecimento grupal. De outro, articulado não só pela performance do doutor Ndembo, mas pelas articulações que cada membro da coletividade realiza ao cumprir algum papel no que Turner chama de drama social, e corresponder neste sentido ao 'texto dramático' que este papel requer. Assim, diferentemente da terapêutica biomédica para qual as queixas são convertidas em sintomas individualizados, ou corporalizados, entre os Ndembo as queixas são projetadas no sistema de expectativas e frustrações que envolve o indivíduo e coletividade num só processo.

Dois outros aspectos são diferenciadores destes sistemas em relação à biomedicina. Um, é o envolvimento ao mesmo tempo dramático nos eventos, tanto dos 'curadores' quanto dos 'pacientes', no sentido que é a dramatização que coordena mente e corpo. No caso da análise do 'papel' da parturiente Cuna, que é protagonista do sofrimento e da incerteza, é preciso que ela acompanhe cognitiva e emocionalmente a narrativa do xamã para que os elementos de sua própria percepção da experiência social e corporal se encaixem e se articulem. No desdobramento do argumento levistraussiano, com os movimentos corpóreo-emocionais, se produz uma espécie de relaxamento pleno, fundamental para que o parto chegue a termo. Este envolvimento não é 'místico', é cognitivo-emocional. A fé à qual Lévi-Strauss se refere como importante para o sucesso do rito não é só a fé num 'mundo imaginário', mas na digamos 'historicidade' da performance, a partir da ressonância de outras experiências.

Como no evento narrado etnograficamente por Victor Turner, há um componente dramático coordenador, como mencionado acima, mas há também a exploração de aspectos lúdicos, ou seja, do jogo social e simbólico, particularmente encontrado na partilha das narrativas. Aqui lembrando outra contribuição clássica como o é a abordagem de Clifford Geertz (2008) em relação às brigas de galo balinesas que constituem na sua dinâmica como um 'jogo absorvente', e cujos efeitos podem ser considerados no campo do que chamei de manejo terapêutico das relações sociais.

No caso da performance do xamã Cuna, este aspecto lúdico está, penso, associado ao acompanhamento da narrativa – que se refere à luta entre forças espirituais antagônicas, umas ameaçantes, outras protetoras, que segundo Lévi-Strauss, correspondem aos movimentos e partes do corpo feminino, particularmente associados ao ato do parto – e à expectativa e ao envolvimento com seus desdobramentos.

Já Turner (2005) apresenta uma situação na qual conteúdos da vida relacional, particularmente os conflitos interpessoais, são tornados públicos e objeto de escrutínio coletivo, estabelecendo uma espécie de tribunal social informal, que funciona a partir dos rumores e condutas simpatizantes ou antipatizantes dos envolvidos. De fato, a 'vida privada' dos conflitos parece ser objeto de interesse, na medida em que abre espaço para barganhas e dá visibilidade ao sistema de status, informando e atualizando a cada membro as formas e os critérios de tratamento aplicados na vida social.

Em suma, em contraposição à ênfase que a biomedicina dedica ao manejo do sofrimento como evento individualizado, e para o qual a abordagem da situação social é residual, e de certa forma repercutindo a 'reformulação' que Lévi-Strauss faz da psicanálise, cujo efeito ab-reativo tem um sentido do indivíduo para o mundo social, ao denominar o método Cuna de ad-reação, e considerar o mecanismo terapêutico do xamã Cuna como da narrativa conhecida coletivamente para o sofredor individual, também a terapeutização das relações entre os Ndembo é um mecanismo ad-reativo. Agora, ao invés de um mito narrado, é um acompanhamento com base numa 'retórica mítica' de expectativas e frustrações que vai permitir um enquadramento, e a resolução da situação de sofrimento individual 'coletivizado'.

Monismo e pluralismo terapêutico

O ímpeto utopicamente purificador das ideologias modernizantes (LATOURE, 2016) e um vínculo construído com uma ideologia 'cientifizante' inspiraram a biomedicina na sua trajetória, desde que os médicos substituíram os sacerdotes nas cabeceiras dos moribundos (RODRIGUES, 2006) até hoje, a estabelecer o que se poderia chamar de ruptura ou abismo epistemológico com os outros sistemas de cuidado. Este abismo foi inspirado pela presunção da cientificidade também a partir da academização profissionalizante do ensino da medicina.

Cresceu significativamente nas últimas décadas o reconhecimento do saber e das habilidades de pessoas que não foram formadas academicamente pela biomedicina no campo da intervenção em saúde. A Bolívia, para mencionar uma iniciativa relevante, é um exemplo eloquente. As habilidades dos 'médicos tradicionais' foram incorporados ao sistema de saúde oficial. Estes médicos tradicionais neste sentido são membros de grupos étnicos que praticam.

Vou revisitar e rerepresentar aqui um evento que acompanhei na religião daimista mais conhecida como Barquinha, organizada em torno do Centro Espírita e Obras de Caridade Príncipe Espadarte. Muito resumidamente, a Barquinha está localizada na cidade de Rio Branco, Acre, Brasil. A Barquinha é um dos agrupamentos religiosos fundados a partir do início do século XX na Amazônia brasileira que utilizam bebidas derivadas da ayahuasca. A cosmoteologia da Barquinha cuja inspiração está no mar é atribuída por pesquisadores à experiência com a espiritualidade do fundador Daniel Pereira de Matos, que nos anos 1940 criou um primeiro centro, e que era marinheiro. Em suma, esta cosmoteologia sugere que o daime nos leva a 'navegar' no plano espiritual, um mar sagrado.

Os participantes da Barquinha usam em seus trabalhos espirituais o daime, uma bebida psicoativa sacramental, cujo uso no Brasil parece ter derivado do uso regional de bebidas do campo da ayahuasca, ou como ficou denominada a preparação de plantas, particularmente com o cipó *banisteriopsis caapi* por populações localizadas na Bacia Amazônica. A *banisteriopsis caapi* contém

alcaloides, o mais conhecido é a harmina, um inibidor da monoamina oxidase. Entre os daimistas, o cipó é cozido juntamente com a *Psychotria viridis* que contém a *dimethyltryptamina* (DMT) considerada estimuladora de efeitos visionários. Um dos eventos periódicos que promovem para atendimento dos participantes de sessões são as “Obras de Caridade”, quando médiuns incorporam entidades e fazem o atendimento das pessoas que se consideram necessitadas de assistência espiritual. Neste sentido, o evento² evoca de forma consistente outras formas de lidar com a perturbação, e que envolvem não as dimensões ‘terapêuticas’, mas também profiláticas e socioculturais.

Durante a pesquisa de campo, entrevistei os médiuns Hita e Luis. Eles me contaram que trabalhavam com um espírito, uma preta velha, chamada Vó Nadir. Pretas e pretos velhos são entidades espirituais de escravos negros mortos, que vêm do plano espiritual para ajudar os seres humanos encarnados. O evento que eu vou abordar aqui é um bom exemplo para apoiar a perspectiva de que, antes de tudo, há uma pluralidade de formas possíveis para lidar sistematicamente com as situações associadas ao que chamamos ‘saúde mental’. Neste caso como tantos outros que se pode encontrar entre participantes das igrejas daimistas, se pode encontrar inteligência, consistência, eficiência, teorização e atenção adequadas, e para além dos serviços de saúde oficiais, que em geral são avaliados como tendo desempenho muito problemático.

Em uma de nossas reuniões eles me convidaram para vir a um trabalho espiritual especial. Neste trabalho espiritual, me contaram, Vó Nadir ajudava jovens participantes da comunidade da Barquinha a enfrentar seus problemas. Muito brevemente, são vários os tipos de trabalho espiritual realizados na Barquinha, mas um deles, que de fato é parte dos trabalhos gerais é chamado “Obras de Caridade”. Nas “Obras de Caridade”, entidades espirituais incorporam em médiuns desenvolvidos para atender as pessoas.

Eles também me contaram sobre uma situação que aconteceu com Hita, relevante para entender em que contexto eles decidiram organizar e realizar este trabalho espiritual especial. Hita é o médium que incorpora Vó Nadir nas “Obras de Caridade” da Barquinha. Ele me disse que ele estava percebendo que sua filha não estava tendo boas experiências usando seu telefone celular. Então, ele decidiu reter o celular. Não foi uma decisão fácil. Mas um dia, após a apreensão, quando Vó Nadir incorporou nas “Obras de Caridade”, a filha, dirigiu-se à entidade para consultá-la sobre um problema que estava enfrentando, mencionando que seu pai (Hita) havia retido o seu celular. Vó Nadir comprometeu-se a resolver a situação, mas exigiu que a sua consulente se compromettesse a não se envolver nos problemas que seu pai achava que ela estava se envolvendo. A filha de Hita concordou, e em geral eles não tiveram mais problemas, afinal.

Essa situação estimulou os médiuns a dar o que definiram como ‘mesma oportunidade’, para outros participantes jovens da comunidade, principalmente aqueles que estariam enfrentando situações conflitivas como aquela. Então, a ideia era abrir um espaço ritual diferente para ajudar os participantes Barquinha. Assim, o desdobramento interessante dessa experiência fez Hita e Luis consolidar a sua ideia sobre a organização do trabalho com Vó Nadir, no Mutum, área que a Barquinha também ocupa na periferia rural de Rio Branco.

² Que aqui transcrevo de forma análoga à forma que o apresento em outros trabalhos.

Então, chegamos a Mutum no início da noite. Cerca de vinte jovens estavam lá, além de mim, Hita e Luis. Fique surpreso, e pensei o que se pode fazer para ter vinte jovens (provavelmente a partir de 15 anos a 30 anos) lá, numa sexta-feira à noite, em um lugar remoto e não muito confortável. Além disso, para tomar o daime, que tem um sabor amargo e desagradável para muitos, e, que, na maioria das vezes, faz uma 'limpeza espiritual' e 'corporal', já que pode ter efeitos eméticos e laxantes.

As pessoas colocaram roupas brancas. Tomamos o daime e nos sentamos na área à frente da pequena edificação de madeira. Alguns dos participantes armaram suas redes numa área contígua. Hita se concentra em um lugar remoto e começamos a orar. Então, seguindo esse momento, uma voz, bela, afinada e levemente rouquenha, e que me fez lembrar a voz de uma avó, soa alto na floresta silenciosa.

Vó Nadir tinha acabado de chegar do plano espiritual. Vó Nadir chegou cantando seu ponto, ou um canto com o qual que se apresenta e conta um pouco sobre quem ela é. Em minha frente está um homem de quase um metro e oitenta, vestindo uma saia e falando como uma avó. Em seguida, ele coloca uma estola no pescoço. Agora é só Vó Nadir que podemos reconhecer como presente. Ela continua cantando e executando sua coreografia cadenciada. Logo, ela desafia em voz alta e individualmente alguns participantes sem identificar diretamente, mencionando coisas sobre suas vidas – e de uma forma enigmática, quase evasiva que só permita aos envolvidos compreender. E de uma maneira direta e muito afetiva, para aqueles que já sabiam que ela está se referindo a recorrência de suas 'falhas'.

Vó Nadir menciona eventos que indicam que seu consulente estava negligenciando as relações com as pessoas mais próximas, mas sempre, mesmo com jocosidade, com 'carinho' e familiaridade, como se espera de uma vó querida que está ali para nos auxiliar em nossa caminhada na vida. A entidade se refere a cada pessoa em particular, sugerindo que conhecia a todos individualmente. Ela atua sobre os problemas relacionais, e eu diria profilaticamente em relação ao sofrimento que eu chamo de relacional.

Depois, Vó Nadir começou um atendimento individualizado. Vó Nadir fazia perguntas inaudíveis e também dava passes com sua estola. Neste caso, os processos eram geralmente em silêncio, eventualmente, com diálogos curtos e sussurros, e gestos controlados. Ela passava sua estola torno do corpo de cada pessoa e a sacudia, como se estivesse tirando algo que ela estava percebendo e que precisam ser eliminados. Parecia uma limpeza e eliminação do que devia ser descartado. Ao final, particularmente para rapazes, Vó Nadir levantava sua saia e os cobria por alguns segundos.

Sobre a inspiração e organização desses trabalhos espirituais, Hita me disse:

Depois deste trabalho com esta entidade, eu comecei a ver os nossos defeitos, nossa falta de atenção, a nossa falta de cuidado, de amor, de ternura, de cuidado com nossas famílias [...] Talvez esse questionamento abriu margem para a ação desse espírito benfeitor, que se apresentou de uma forma: 'Olha, você vai conhecer esta mulher negra velha' [...] Trata-se de reunião de duas pedras preciosas.

Ele se referia aos jovens, e ao fato que perceberam que não estavam indo bem, e, por outro lado, se referia a outra pedra preciosa, Vó Nadir, que vinha do plano espiritual para ajudar aqueles jovens. Também é importante notar aqui a relevância conferida a um interessante processo de

interação. Que pode ser que entre a contingência da participação de um médium no cotidiano político-social – espiritual de uma organização religiosa, e o que tem a ver com a contribuição, incorporação e presença de pretas e pretos velhos num determinado contexto relacional, e uma habilidade para lidar digamos sócio-ritualmente com os problemas pessoais, sociais.

O evento narrado acima sugere a noção de que considerar a biomedicina, e a psiquiatria que está no centro do sistema de saúde mental, como única forma sistemática e eficaz de lidar com a perturbação não é só inconsistente empiricamente, mas também epistemologicamente, na medida em que não reconhece outras formas de saber e experiência consagrados em sistemas que não são biomedicalizados. Neste sentido, podemos considerar que a os psiquiatras convencionais se engajam na busca de criar um monopólio biomédico, através de um monismo terapêutico, quando nas relações sociais o que se percebe é a pluralização da busca por resolução. E quando os serviços públicos oficiais se restringem a promover o monismo terapêutico, desprezam tanto a existência quanto explorar a eficácia de outros procedimentos a serviço do monismo e do monopólio biomédico. O desprezo ou a omissão em explorar outras formas de abordagem da perturbação demonstra ao fim e ao cabo um descomprometimento com o paciente, e com a exploração das formas consagradas de resolução desenvolvidas por outros saberes, uma atitude diametralmente oposta aos princípios de uma epistemologia consistente. Neste sentido, as políticas de Estado deveriam considerar a promoção de um pluralismo terapêutico, se considerarmos que estão a serviço da população e não da consolidação da hegemonia biomédica.

Clamote apresenta uma definição do que seria o pluralismo terapêutico:

O pluralismo terapêutico configura-se, pois, como que um olhar e um mapeamento bottom-up das formas de concatenação e coabitação de valências terapêuticas plurais a partir da forma como as práticas e racionalidades leigas as organizam e incorporam na gestão plural dos seus quotidianos de saúde. O que implica que, ao contrário do conceito de pluralismo médico, o conceito de pluralismo terapêutico seja, na sua especificidade fenomenológica, apenas passível de ser declinado em pluralidade interna e dinâmica, a partir dos recortes sociais plurais que diversas lógicas de racionalidade leiga situadas operem no seu ângulo de visibilidade da montra top-down das possibilidades institucionais ainda passíveis de serem representadas (ou resgatadas na sua dinâmica histórica) pelo conceito de pluralismo médico. (CLAMONTE, 2008, p. 8).

Penso que a Reforma Psiquiátrica ainda não ocorreu de fato, ainda mais se considerarmos que o estado tem mantido a ideia de um bloco hegemônico de prescrições gerais. Também é importante considerar que as políticas públicas se constituem afinal de fato na conduta das pessoas que estão na ponta do sistema público. Ou seja, minha perspectiva aqui é que para além da escassez econômica eventual, o Sistema de Saúde finalmente supere a noção de 'único', e passe a se constituir pelo reconhecimento da pluralidade de ideias, de pessoas e de recursos envolvidos e aplicados.

Em "Doença mental e psicologia" (2008), Michel Foucault vai em busca de estabelecer uma cadeia de circunstâncias histórico-sócio-culturais e políticas que articularam uma gênese mútua e recíproca entre a emergência do conceito de doença mental e da atividade dos psicólogos profissionais e dos psiquiatras. Foucault de forma provocativa e relevante traça um paralelo entre o desdobramento na Europa da evocação e da abordagem de comportamentos peculiares das pessoas como primeiramente seres poderosos e por isso com lugar nas cortes juntamente com artistas e nobres, ou

seja, incorporados privilegiados nos grupos sociais dominantes, para mais tarde com a concorrência dos psicologistas, se tornarem doentes, perturbados, dignos do desprezo e da segregação.

Lévi-Strauss em seu “Tristes trópicos” (1996) esboçou uma tipologia dos grupos, sociedades e cultural humanas como podendo ser classificadas e assim divididas entre antropofágicas e antropoêmicas, ou seja, como sociedades que incorporam os diferentes ou peculiares no grupo social, inclusive atribuindo a eles poderes e prerrogativas especiais e sociedade que procuram expelir ou segregar os diferentes para afastas os perigos de seu comportamento. Um exemplo conhecido de sociedades antropofágicas seria a prática comum em sistemas xamânicos de considerar pessoas com atitudes que poderiam ser consideradas pela psiquiatria como psicóticas potencialmente habilitadas a ser xamãs, posição central nestas sociedades dos sistemas de relações de poder e cura.

O vínculo estabelecido entre biomedicina e academia pressupõe uma atitude de sistematização da busca do conhecimento, neste sentido curiosidade e interrogação são parte fundamental deste vínculo. Mas o corporativismo, e a mercantilização dos serviços de saúde, não mas particularmente no Brasil, tornou profissionais de saúde refratários a conhecer ou explorar métodos, sistemas, enfim saberes, que não fossem enquadrados em parâmetros biomédicos. O estado acabou por incorporar e refletir a hegemonia deste pensamento. Assim, uma multidão de pessoas e formas distintas de atender pessoas estabeleceu-se paralela e eficientemente. E os agentes do estado ou desconhecem ou desprezam ou ainda utilizam clandestina ou ilegitimamente método e técnicas destes outros saberes. Como é o caso da admissão seletiva de sacerdotes e outros agentes religiosos em hospitais públicos, ou ainda, e mais grave a requisição ocultada de profissionais de saúde, por exemplo, espíritas na cabeceira dos leitos dos moribundos em hospitais. Ou seja, promove-se o desprezo e a desqualificação, de um lado, e a hipocrisia na práxis pública.

Então é preciso, de um lado, encontrar formas para tornar a apropriação de outros saberes uma atitude epistemologicamente mais consistente, buscando encontrar um lugar para estas outras formas e saberes nos serviços do Estado. Em suma, nestas alusões às formas como as sociedades vão definindo seus estoques de formas e ideias para a abordagem do que mesmo reificadamente se chamaria de perturbação encontramos uma interrogação relevante que é afinal o que é cura e o que é terapia. Neste fragmento de reflexão trabalho com a ideia que é o que se poderia chamar de práxis terapêutica e sua derivação urbano-industrial, a psiquiatria tem se estabelecido a partir de princípios e parâmetros produtivistas, que configuram o tratamento como um gerenciamento da perturbação. De outro lado, os terapeutas que seguem as prescrições psiquiátricas inclusive aquelas que consideram outros saberes como charlatanismo simplesmente desprezam qualquer alusão à perturbação como fenômeno que não seja fundamentalmente ‘mental’, ou seja produto do funcionamento da mente.

José Guilherme Magnani (2002) faz uma interessante contribuição para pensarmos saúde e particularmente saúde mental entre participantes da Umbanda em São Paulo com quem fez uma pesquisa ainda nos anos 1980. Por Umbanda se reconhece um conjunto rede de terreiros que se caracterizam por associar entidades do plano espiritual reconhecidas como sendo expressão de uma religiosidade africanizada, e chamadas de orixás e exus, com entidades reconhecidas como emergentes de uma religiosidade brasileira, caboclos, pretos e pretas velhas, ciganas, crianças,

pombas giras, zé pilintras, e cuja característica central é incorporar em médiuns para servir aos humanos.

Como descreve Magnani,

Na Umbanda, as entidades são consideradas espíritos de mortos que descem do astral onde habitam para o planeta terra – visto como lugar de expiação – onde, através da ajuda dos mortais, ascendem em seu processo evolutivo em busca da perfeição. Tal concepção, tributária da doutrina do carma, apresenta, contudo, algumas diferenças com relação ao Espiritismo Kardecista que, por sua vez, tomou o termo da tradição hinduísta: enquanto para este último os espíritos que descem nas sessões são individualizados e reconhecidos pela história de suas vidas passadas, as entidades umbandistas constituem categorias mais genéricas, onde a referência à vida pessoal é substituída por representações como, por exemplo, caboclos e pretos-velhos (MAGNANI, 2002, p. 4).

E afirma:

Perdida a lembrança dos traços individualizadores, os espíritos de velhos escravos e índios assumem o papel de antepassados de etnias africanas e indígenas, sendo representadas por uma série de marcas correspondentes a uma visão que se generalizou através de tradições orais e da escrita: a figura ativa do índio, amante da liberdade, popularizada pela corrente indianista da literatura romântica; o aspecto humilde do preto-velho, sábio e compreensivo com as misérias humanas e o sofrimento, visão idealizada sobre velhos escravos e escravas conhecedores de segredos, remédios e também poderosas magias empregadas contra os senhores brancos (MAGNANI 2002, p. 4).

E no qual, quanto ao transe, afirma que:

Nos três casos citados – Candomblé, Espiritismo, Umbanda – o caráter do transe é diferente: no Candomblé, ele é regulado por um conjunto de mitos que contam as sagas dos deuses e que os iniciados repetem, através da coreografia, cânticos e roupas, representando assim, uma história muito antiga, mítica. No Espiritismo kardecista, os médiuns emprestam seu corpo, sua voz, sua matéria, enfim, para que mortos possam continuar comunicando-se com os parentes, amigos, discípulos (MAGNANI, 2002, p. 5).

Magnani ainda destaca um aspecto central e fundamentado da cosmologia umbandista que é refletir os 'sintomas' não como sinais de um evento a ser eliminado, mas muito antes pelo contrário:

Em alguns casos as perturbações, tanto físicas como mentais – fraqueza, desmaios, dores de cabeça, visões, convulsões – são consideradas não doenças propriamente ditas, mas sintomas de mediunidade. A pessoa que possui essa capacidade e não sabe, ou se sabe e não quer aceitá-la pode sofrer uma série de distúrbios interpretados como resistência a dar passagem à entidade espiritual que a escolheu como instrumento para sua missão na terra (MAGNANI, 2002, p. 6-7).

Em suma, Magnani registra uma analogia inescapável entre o terreiro e o hospital, mas assinalando contrastes e descontinuidades que se estabelecem no desdobramento das particularidades e da estruturação do 'atendimento', sugerindo que um esforço de diferenciação se articula com uma busca de eficácia.

Assim, diferentemente do hospital, por exemplo, a casa da mãe-de-santo – onde está situado o terreiro, ou local do culto – não se distingue das demais edificações do bairro: o material da

construção, o estilo, os objetos e implementos domésticos, a decoração são os mesmos das outras casas da vizinhança; há roupas dependuradas no varal, não falta uma pequena horta ou jardim.

Registra de forma consistente que esta diferenciação é sutil e acaba por expressar uma localidade 'doméstica', mas 'sagrada', que rompe com a expectativa de que um lugar de atendimento requer uma assepsia digamos social. Não há neste sentido a sensação de higienização sanitária, mas a busca de expressar um outro tipo de proteção, a do sagrado. Este também se diferencia do aspecto administrativo e burocrático da fluência (ou da falta de) que se encontra nos edifícios do Estado.

O poder que o pai ou mãe-de-santo exercem sobre a 'loucura' dos outros tem como base e garantia o domínio sobre a própria loucura, provados através de seu desenvolvimento, a partir da feitura de cabeça, ou seja, de sua iniciação nos segredos e práticas sagrados, sujeitos ao controle e à contestação por parte da comunidade. Madrinha Lourdes 'delira' junto com sua paciente, revive, com ela, sua própria crise; só que sabe como entrar e sair desse estado, e o faz ritualmente, de forma codificada.

Inscribe também a consistência de uma autoridade performática da mãe-de-santo no reconhecimento de outra simetria, a de ter vivido a mesma situação e assim estar habilitada a lidar com ela por a ter superado.

Sua estratégia não consiste em tentar eliminar a loucura, mas abrir um espaço para que esta possa expressar-se: para tanto, constrói, de maneira vívida e convincente, as imagens dos encostos a partir de fragmentos de informações que vai recolhendo durante o processo; ainda que não estejam totalmente 'verdadeiras', isto é, em conformidade com o que realmente aconteceu, essas imagens são, com certeza, verossímeis – e é isso o que importa, para sua eficácia e poder de convencimento.

Recompõe-se a biografia daquela mulher e o que era vivido, dolorosamente, como 'loucura', adquire inteligibilidade: em vez de ser reprimida encontra, agora, lugar num espaço ritual ao lado da de outras pessoas com experiências semelhantes, passando a manifestar-se através de um código legitimado por referência aos mitos que lhe dão sustentação.

Por último, de certa forma repercutindo o argumento que Paula Montero (1985) elaborou em seu estudo sobre a Umbanda como dispositivo expressivo-experiencial da incorporação, Magnani afirma que:

A iniciante terá à sua disposição, para desenvolver-se, todo um espectro de possibilidades: será uma mulher sedutora e debochada, através de sua pomba-gira; arrogante e independente, por intermédio do caboclo; sábia e conformada, com seu preto ou preta-velha e assim por diante. Sua 'loucura' não será mais a explosão incontrolável de forças desconhecidas e perigosas: começará e terminará ritualmente (MAGNANI, 2002, p. 18).

E sintetiza:

O tratamento realizado no terreiro, em vez de isolar o louco do convívio dos sãos, é integrador em vários níveis, pois fornece-lhe uma linguagem para exprimir sua loucura; ensina-lhe a conviver com ela, permitindo um reordenamento de tendências e pulsões desagregadoras; integra-o no grupo dos demais praticantes e o re-situa no meio de um grupo que não o vê como anormal, mas, ao contrário, como portador de uma missão (MAGNANI, 2002, p. 18).

Colocada desta forma, a situação que envolve mal-estar e sofrimento requer uma intervenção equilibrante, que não é condicionada pela ideia de que o desequilíbrio se constitui e é causado por uma característica genética, ou modificação ecológica do funcionamento do corpo, e que se configuram digamos bioquimicamente. Neste sentido, quando se trata de abordar 'saúde mental' na Barquinha e na Umbanda, o desequilíbrio não é só resultado de uma espécie de 'descompensação' bioquímica, afinal toma-se o daime. Mas também de uma 'descompensação relacional' em relação ao social e ao espiritual, ou seja, o cósmico. Sim e tudo isso pode corresponder e ser associado à dinâmica do sistema de substâncias do corpo humano. Sim nosso corpo funciona compensando a necessidade de determinadas substâncias, particularmente a serotonina e a dopamina.

Voltando à experiência que relatei antes, destaco particularmente a inventividade da intervenção e da atuação dos médiuns e da preta velha Vó Nadir na Barquinha. Estas que muito bem poderiam ser projetados para um espaço de 'práxis terapêutica'. E cujos fundamentos relacionais colocados no jogo absorvente da incorporação mediúnica poderiam muito bem serem incluídos nos estudos, na formação dos agentes públicos, e na rotina dos serviços de saúde.

Referências

- ANDRADE, Ana Paula Müller de. *Sujeitos e(m) movimentos: uma análise crítica da reforma psiquiátrica brasileira na perspectiva dos experientes*. 208f. Doutorado em Ciências Humanas pela Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2012.
- CLAMOTE, Telmo Costa. Entre pluralismo médico e pluralismo terapêutico: contributos para a revisão de uma narrativa sociológica. In: Congresso Português de Sociologia, 2008. *Anais...* Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, 2008, p. 1-12.
- FOUCAULT, Michel. *Doença mental e Psicologia*. Lisboa: Texto & Grafia, 2008.
- GEERTZ, Clifford. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC, 2008.
- LATOUR, Bruno. *Jamais fomos modernos: ensaio de antropologia simétrica*. Rio de Janeiro: Editora 34, 2016.
- LÉVI-STRAUSS, Claude. A eficácia simbólica. In: LÉVI-STRAUSS, Claude. *Antropologia estrutural*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975, p. 215-236.
- _____. *Tristes trópicos*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.
- MAGNANI, Jose Guilherme. Doença mental e cura na umbanda. *Teoria e Pesquisa*, n. 41, p. 1-19, jan./jun. 2002.
- MONTERO, Paula. *Da doença a desordem: a magia na umbanda*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- RODRIGUES, José Carlos. *Tabu da morte*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.
- TURNER, Victor. *Floresta de símbolos: aspectos do ritual Ndembu*. Niterói: EdUFF, 2005.
- WAGNER, Roy. *A invenção da cultura*. São Paulo: Cosac Naify, 2010.

Recebido em: ago. 2019.

Aceito em: set. 2019.

Alberto Groisman: Doutor em Antropologia Social pelo Goldsmiths, University of London. Docente do Departamento de Antropologia e do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). E-mail: alberto@cfh.ufsc.br