

A ETNOPSQUIATRIA NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA

Marcos de Noronha¹

RESUMO: As práticas alternativas e as medicinas paralelas constituem o foco central de análise deste artigo, no qual é apresentado vários casos de como a população recorre a essas práticas, seus resultados e significados tanto para a medicina como as ciências humanas, como a sociologia e a antropologia.

PALAVRAS-CHAVES: Etnopsiquiatria; Práticas alternativas; Medicina paralela; Crenças; Sociedade.

ABSTRACT: The alternative practices and the parallel medicines constitute the central focus of analysis of this article, in which is presented several cases of as the population it runs over her/it those practices, your results and meanings so much for the medicine as the humanities, as the sociology and the anthropology.

KEYWORD: Etnopsiquiatria; Alternative practices; Parallel medicine; Faiths; Society.

Introdução

A doença e o tratamento estão longe de serem exclusivos do campo da medicina científica no seio da cultura ocidental. As medicinas paralelas eram ironizadas no passado, consideradas como primitivas algumas delas, ou totalmente desprovidas de lógica ou consideradas como charlatanismo. Até os anos 60 vários antropólogos chegaram a suspeitar que estas **práticas alternativas** dependiam do subdesenvolvimento sócio-econômico, onde não havia o oferecimento adequado de serviços médicos e hospitais (Métraux, 1958). Pensavam que com o progresso da medicina haveria também o declínio das práticas mágico-religiosas de cultura, cuja

¹ Psiquiatra e Membro da Associação Brasileira de Etnopsiquiatria.

utilização era atribuída principalmente às classes populares. Porém a história não vem confirmando tal suspeita, pois desde 1960, o que se observa é o aumento do número de pessoas na sociedade ocidental, que recorrem a curandeiros, homeopatas, psicoterapeutas, acupunturistas e outros. Além disso, observa-se até mesmo o aparecimento de novas seitas, de caráter carismático cristão ou oriental, que na comunidade acabam exercendo um papel psicoterápico (Lanternari, 1987).

Analisando as práticas de cura de Nova Iguaçu, município densamente povoado na periferia do Rio de Janeiro, Loyola (1984) também é da mesma opinião de que a medicina popular não é uma remanescência do passado, ou então relegada apenas às comunidades rurais e atrasadas e nem esta desaparecendo com o desenvolvimento humano e a urbanização. Pelo contrário, ela na atualidade é muitas vezes uma concorrente da medicina científica, considerada como a única prática legítima pelas classes dominantes.

Hoje na França 1 em cada 2 franceses recorrem as medicinas paralelas e pertencem tanto a classe popular, como a classe culta do meio urbano. Outro dado é de que 1 em cada 4 médicos utilizam-se de práticas alternativas exclusivamente ou associada, e é considerável o número de terapeutas não médicos utilizando desta mesma prática (Laplantine e Rabeyron, 1989).

Em Santa Catarina, durante um novo surto de meningite em 1989, o crescimento do número de casos em relação aos anos anteriores e a dificuldade dos serviços de saúde de resolverem o problema, fizeram com que alguns municípios optassem por aplicações de vacinas homeopáticas contra a meningite na população. Essas vacinas haviam sido testadas no interior do estado de São Paulo, mas mesmo assim a decisão foi polemizada devido a reação de setores da classe médica, através de sua associação. Apesar da polêmica gerada a vacina homeopática teve boa aceitação pela população, que compareceu com um número considerável nos postos de aplicação.

Na sociedade contemporânea a utilização das medicinas paralelas se estabelece de diversas formas. Algumas pessoas complementam o tratamento **alopático** já instituído; outras são radicais, procurando se valer exclusivamente das medicinas paralelas, como uma reação (recusa) ao tratamento oficial ou como um ideal de vida, se valendo também de alimentação, habitação e costumes **alternativos**. Laplantine e Rabeyron (1989) analisaram o sucesso das medicinas

paralelas no contexto social atual: “...uma reação a uma mutação das sociedades industriais avançadas...”. Esses autores observam um significativo movimento nestas sociedades de recusa do racionalismo científico e técnico por um saudosismo; uma recusa da tendência a globalização e unificação social por uma diferenciação e individualização dos hábitos alimentares e indumentária; recusa de uma cultura elitista patriarcal por um redimensionamento da relação de poder entre médicos e pacientes, e assim por diante, uma recusa de uma cultura intelectual pela revalorização do corpo e uma recusa do espaço urbano poluído, por uma vida natural no campo.

De fato a eficácia do tratamento alternativo não é o único fator determinante do crescimento dessa prática. Os fatores sociais acima apontados criaram facilidades para essa propagação e não poderiam ser aqui negligenciados. Portanto as medicinas paralelas às vezes consideradas como uma sobrevivência folclórica do passado, passam a servir de instrumento de contestação dos abusos e injustiças da sociedade atual e serve também como instrumento de divulgação de uma nova idéia sobre o mundo, sobre uma nova forma de viver.

As medicinas paralelas em confronto com as medicinas científicas

Em 1978 um relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda aos países em vias de desenvolvimento, que incentivassem a população a recorrer a curandeiros e parteiras tradicionais, para desta forma, serem supridas as carências dos sistemas sanitários oficiais. O fato acaba chamando a atenção do mundo, pois num órgão como a OMS, com respaldo oficial e científico, reconhecia a utilidade das medicinas paralelas: **medicina selvagem; charlatanismo; medicina primitiva** e outros. O próprio termo **curandeirismo**, tem a conotação pejorativa de charlatanismo. Porém essa rejeição não tem somente um sentido, pois alguns segmentos da sociedade, adeptos de uma postura humanística, também recusam qualquer procedimento terapêutico da medicina oficial, que é criticada como repressiva, paliativa e iatrogênica.

No Brasil em 1986 a divulgação de que o famoso cientista Augusto Ruschi recebia tratamento de dois pajés, repercutiu pela imprensa através de declarações entusiásticas a respeito das práticas naturalistas e por outro lado, recebia

manifestações duras e irônicas da classe médica (Jornal do Brasil, O Estado de São Paulo e O Globo entre janeiro e junho de 1986).

No cenário do confronto entre a prática da **medicina oficial e paralela**, esta última, ocupa na maioria dos países, um lugar de desvantagem perante a lei. Em algumas comunidades, a perseguição aos curandeiros é mais rigorosa do que em outros lugares, respaldando-se os perseguidores na legislação existente. Na Suíça, o Cantão de Appenzel, tem sua própria lei que protege os curandeiros. Na Alemanha eles têm seus diplomas reconhecidos e nos estado de Nova York o programa de ensino do toque terapêutico tem a aprovação *American Medical Association* (Laplantine e Rabeyron, 1989).

A ilegalidade lançada a medicina popular serve ao saber legítimo (a medicina científica) , como instrumento de dominação. Quanto à prescrição de medicamentos, outros fatos mostram estratégia de domínio de uma prática sobre a outra. Há medicamentos que não merecem a atenção dos médicos por não serem considerados científicos, mesmo que sua composição seja de elementos com efeitos comprovados. A população distingue bem **os remédios que médico receita e os que médico não receita** (Costa, 1980). Esse desprezo à farmacopéia popular pela medicina científica é mais uma tentativa de assegurar a legitimidade da medicina oficial diante de sua concorrente.

Mesmo com todas as dificuldades que o não reconhecimento e a ilegalidade possam trazer sobre a prática dessa medicina, ela sobrevive na nossa sociedade, criando formas de se proteger da opinião pública e dos órgãos oficiais de controle. Usando o exemplo de Queiroz (1980) “...*este curandeiro nunca cobrou por uma consulta, embora o caçara reclame que o preço de seus remédios se mostre sempre superior ao da farmácia...*”. Alguns curandeiros se apegam a uma doutrina e instituições religiosas para legitimarem sua ação curativa, como no caso de um renomado frei de Santo Amaro da Imperatriz em Santa Catarina. O frei é reconhecido nacionalmente pelo seu trabalho de cura através da imposição das mãos e num programa de TV (Rede Bandeirantes de Televisão em Novembro de 1989) sentiu necessidade de esclarecer que sua prática é uma proposta a todos os homens do que já fora escrito na Bíblia Sagrada. Além disso, que sua ação na cidade era gratuita e seu trabalho, complementar ao da medicina oficial.

A eficácia das medicinas paralelas

Embora consideremos as diversas linhas, tanto na medicina oficial, como nas medicinas paralelas, algumas características grosso modo, são distintas entre elas. A medicina científica é de base predominantemente analítica, enquanto que as medicinas paralelas são de base dialética, ou seja, a primeira separa, dissocia para determinar sua ação, e a segunda associa os sintomas e os fenômenos. O sincretismo e a adaptação ao contexto cultural, quanto à comunicabilidade e identificação de valores é mais evidente entre as medicinas paralelas. A medicina oficial visa diagnosticar e esfacelar os sintomas apresentados e sua ação é fundamentalmente superficial, temporária, enquanto que as medicinas paralelas procuram, com maior profundidade, atuar nas causas das doenças, que conseqüentemente necessitam de uma ação individualizada (o doente sobrepondo a doença). Nesta visão de base qualitativa, fatores sociais e culturais são considerados na gênese da doença. As medicinas paralelas, ao invés de tentarem resolver os sintomas e as doenças com seus procedimentos terapêuticos, procuram recuperar no indivíduo seu equilíbrio, para que ele próprio exerça o combate à doença.

Quanto às medicações utilizadas de uma prática a outra, a medicina oficial é considerada mais agressiva e imediatista e seus medicamentos causam geralmente maiores efeitos colaterais que as medicações de sua concorrente. É interessante o estudo de Lefèvre (1983 e 1987) sobre a **função simbólica das medicações** fazendo parte da exploração mercantil da saúde/doença. Nestes artigos o autor mostra como a medicina oficial encara esse binômio, saúde/doença e o que faz para adaptar os fatos a essa visão.

Ele escreve :

... o medicamento, como mercadoria capaz de, numa sociedade imatura como a brasileira, encurtar a distância entre o concreto e o abstrato, entre o desejo e sua realização, necessita para executar essa tarefa, que a saúde e a doença sejam reduzidas a seu aspecto orgânico, com a omissão dos fatores causais de natureza social e comportamental...

Lefèvre vai mais longe na dimensão político-ideológica do problema e propõe uma pesquisa da oferta e procura dos bens simbólicos que satisfaçam o desejo de

saúde imediata da população. Até mesmo o “formidável” aparato visual das cirurgias é lembrado como tipo de mercadorias-símbolos conquistando a opinião e o desejo do cidadão comum.

Medir a eficácia de uma prática de cura não é uma tarefa simples, pois a saúde é algo complexo envolvendo aspectos diversos do homem, como sua integridade biológica, psicológica e sociocultural. Os fatores que influenciam o tratamento do doente vão desde aspectos pessoais à aspectos étnicos e socioculturais (Noronha, 1990). Loyola (1987) trabalha sobre a noção de **doença do corpo** e a **doença da alma** que possui a população. De modo geral a doença é algo que foge ao controle do homem, que corre em busca de recursos para se recuperar. As doenças espirituais têm origem que não podemos verificar na prática, mas compreendidas segundo a crença individual, como exemplifica a autora: mau-olhado, espírito encostado, mediunidade não desenvolvida ou castigo divino. Algumas doenças são consideradas de competência dos médicos, enquanto que outras, qualificadas como “leves” são para os rezadores ou pais e mães de santo, como as doenças causadas por medo, susto, friagem, quebra de resguardo e outros, que os médicos, segundo o pensamento popular não conseguem compreender por não ter crença.

As condições do encontro entre o praticante da cura e aquele que a busca, a qualidade de comunicação dos pensamentos e sentimentos durante a entrevista, irão influenciar os resultados terapêuticos. E não é somente a barreira lingüística ou a de classe social que exercerá essa influência, pois os curandeiros de modo geral e em diversos continentes, crêem na dupla natureza da doença, ou seja, consideram aspectos materiais e espirituais, se aproximando da própria maneira que a população encara a doença (Noronha, 1990).

A etnopsiquiatria e os sistemas de representações da sociedade brasileira

A doença mental manifesta-se diferentemente nas sociedades, que por sua vez, tem diferentes formas de lidar com ela. Na nossa prevalece o controle institucional da doença e a atribuição da responsabilidade para resolver o problema ao profissional de saúde. Algumas sociedades não usam da instituição para controlar a doença e nem atribui excesso de responsabilidade ao profissional. Elas também não se utilizam de argumentos científicos para trabalhar com o doente, mas

sim, do conhecimento tradicional que é compartilhado por todos. O “psiquiatra tradicional” se utiliza deste conhecimento e do apoio de toda a comunidade para realizar sua função.

O propósito da Etnopsiquiatria é o de estabelecer uma linguagem susceptível de ser compreendida por todos, valorizar o meio onde vive o enfermo e utilizar-se deste mesmo meio como fator de recuperação. No trabalho etnopsiquiátrico, a participação do enfermo e familiares no tratamento é ativa com o objetivo de entender a etiologia do problema e buscar soluções para o caso (NORONHA, 1986). A Etnopsiquiatria não pretende ser mais uma subdivisão de uma especialidade, mas chamar atenção para os componentes socioculturais em torno do doente mental, que no decorrer desses anos, foi subjugado por uma visão reducionista de seu problema sofrendo, por isso, sérias conseqüências (COLLOMB, 1975).

No nordeste do Brasil uma experiência em “terapia comunitária sistêmica”, considerando uma técnica original e adaptada àquele contexto, se consolidou trazendo os mais significativos resultados, transformando conflitos sociais em recursos necessários para a comunidade encontrar seu equilíbrio e encorajando a busca de soluções criativas. Trata-se do trabalho de Adalberto Barreto na favela de Fortaleza, que hoje serve como um modelo de uma ação humanitária de recuperação e prevenção, se espalhando pelo país (CONTINI, 1995).

Os *sistemas de representações da doença* da população tradicional no Brasil , não são muito diferentes dos africanos, formadores do povo brasileiro. Dentre esses povos o curandeiro não somente detém conhecimento técnico de como utilizar plantas, gestos e ritual, mas também sensibilidade para detectar a ansiedade do indivíduo e da coletividade para lidar com ela (Noronha, 1988).

A ação do curandeiro tem que ter o respaldo e a participação da comunidade. Os ritos simbólicos têm a função de reintegrar o indivíduo doente ou expulsão da violência para fora do grupo, com objetivo de restabelecer a paz e a ordem. Dentre os índios Siona, na América do Sul a realidade cotidiana e o mundo são controladas por forças sobrenaturais. Os espíritos são tanto responsáveis pelas coisas boas como pelos transtornos que acometem a comunidade. O *xamã*, o intermediário entre a comunidade e os espíritos, são dotados de ambos os poderes, do mal e do bem. O *xamã* desta população pode fazer uso de um alucinógeno para entrar em transe, e

cumprir sua função, ou então, pode apenas estar atendendo o desejo de um espírito que só pode se manifestar através de seu intermédio (Langdon, 1988).

Para a medicina ocidental (oficial) reconhecer sua incompetência em diagnosticar e intervir sobre patologias “imbricadas” na sua etiologia, nos sistemas de representações acima descritos, é ao mesmo tempo reconhecer um outro sistema causal para as doenças, que o *modelo linear unifatorial* persistente aos nossos dias. Mas os sistemas representativos compondo as causas das doenças espirituais, não só fogem a compreensão dos médicos e da religião erudita, como também os exclui. A partir dessa exclusão, a reação através da classificação pejorativa dada pela sociedade, de magia e superstição às praticas paralelas é melhor compreendida por nós (Loyola, 1987).

Comparando o papel dos xamãs entre as tribos **Kayapó e Kamayurá**, observamos que o xamã Kayapó não desempenha papel tão relevante como nas sociedades alto-xinguanas (Barbosa e Pereira, 1989). A organização de uma sociedade é diferente da outra: a cultura Kayapó conta com instâncias bem definidas para a resolução dos conflitos públicos, enquanto que a cultura Kamayurá depende fundamentalmente do sistema de crença e da ação dos xamãs. A adesão da comunidade ao jogo dramático (*ritual de cura*) promovido pelo xamã é crucial para a eficácia do processo nessa sociedade. O ritual relembra as regras sociais para a boa convivência ao indivíduo comprometido e toda a coletividade que participa.

Lévi-Strauss (1985) lança o termo *eficácia simbólica* relacionando-o com a cura xamanística e faz uma comparação da ação do xamã, com a ação do psicanalista. Tanto um como o outro ajudam o indivíduo a extravasar e superar seus conflitos, tornando inteligíveis seus componentes e reordenando-os. Para a *cura xamânica* o xamã oferece ao doente uma linguagem onde ele possa expressar seu conflito que ainda não havia sido formulada. O xamã ajuda o doente a recorrer as representações da sua doença e adaptá-las as representações da sociedade em que vive. Para a *cura psicanalítica* é necessário que o terapeuta trabalhe as resistências inconscientes do indivíduo, mas em ambos os casos o envolvimento (a relação transferencial) é fundamental. Merleau Ponty disse num artigo intitulado: De Mauss à Lévi-Strauss” (Folha de São Paulo/22 de outubro de 1989) que a neurose é um mito individual. Pelas palavras de Nathan (1986), Lévi-Strauss propõe a idéia pela qual, a eficácia tanto de uma, como da outra cura tenderá a ordenação do caos

afetivo (portanto inferior), segundo a lógica das estruturas místicas, portanto lingüísticas (por conseqüência superior) – o que ele chama a *função simbólica*.

Para problemas emocionais em nosso país, não é de se estranhar, que independente da classe sociocultural, se recorre a “terreiros” de Umbanda ou Candomblé, ou a outras práticas espirituais. A corrente religiosa baseada na mediunidade faz do Brasil o maior país espírita do mundo. Surgido através de pesquisa de um educador francês, o *espiritismo* Kardecista ou de “mesa branca” - pois se costumavam reunir os médiuns à volta de mesas habitualmente cobertas por toalhas brancas – iniciou tentando explicar os fenômenos, como aparição de fantasmas, levitação e estranhas movimentação de objetos. Ao médium, muitas vezes perseguido pela sociedade, é atribuído o poder de entrarem em comunicação com os mortos para confortá-los, como também atender os anseios de parentes. Muitos ficaram famosos pelas experiências espetaculares, ou ações bondosas para com a sociedade como Chico Xavier distribuindo gratuitamente mensagens psicografadas e alimentos para os pobres.

Sociedade Africana

Sabemos da importância dos africanos na formação étnica do povo brasileiro, e estudando essa sociedade em seu meio natural observamos que a África é um vasto continente formado por diversas etnias com características peculiares e distintos troncos lingüísticos. Trazidos ao Brasil em meados de 1850, os africanos foram obrigados a misturarem seus deuses, impedidos de serem cultuados, aos santos da Igreja Católica, religião predominante entre os “senhores de escravos”. Nesta sincretização, onde o *culto aos orixás* parecia subordinado a Igreja dominante, surgiram a *umbanda* e o *candomblé*.

Neste Brasil do passado, a socialização da criança branca pela “ama de leite” africana era ato corriqueiro. Desta condução, deste relacionamento herdamos, em nossa cultura, a sensibilidade para conduzirmos nossos afetos e a curiosidade pelos hábitos africanos. Surgiram desse envolvimento de africanos e europeus no Brasil o samba (ritmo), a capoeira (luta disfarçada em dança) e a feijoada (prato típico). Ao povo brasileiro é atribuído um temperamento coletivista; tendência a se divertir; sistemas religiosos peculiares (inclusive particularidades no catolicismo) que os negros africanos foram um dos principais a influenciar.

Diferentemente de outros países da América que sofreram imigração do negro, no Brasil observa-se maior facilidade de mistura das raças. No Brasil não se observa uma cisão étnico-religiosa como a da separação da igreja para brancos e negros como nos Estados Unidos. A intimidade existente entre *senhores e escravos* no Brasil era assegurada considerando as várias categorias de negros, com posições sociais diversas, pois alguns eram escravos antigos, outros recentes. Também o gradativo processo de abolição, onde os nascidos a partir de uma data eram livres, não resultou como nos Estados Unidos, em uma violenta guerra civil e um racismo insuperável até os nossos dias. Quando houve a abolição da escravatura no Brasil, muitos negros livres já interagiam com os brancos. Vale ressaltar, que os índios, mais difíceis de serem submetidos ao regime da escravatura, puderam mesclar com os negros suas crenças (DaMatta, 1987).

Na África, a tradição cultural reconhecida pelo curandeiro é a crença de que uma doença é *conseqüência de um ataque*, de algo externo ao indivíduo. O agressor pode ser um homem vivo ou até mesmo um espírito de um ancestral e as causas variam de afetivas a materiais. Pode ser o ataque de um indivíduo para o outro (feitiçaria-antropofagia), a “devoração” imaginária da vítima. O agressor pode utilizar também um intermediário, como por exemplo, o *macumbeiro* no Brasil que pode ser requisitado para fazer um “trabalho” contra uma determinada vítima. O feiticeiro, tanto tem o poder de realizar um trabalho maléfico, como o de neutralizar uma outra macumba, ou promover o bem. Vale ressaltar a comparação que Nathan (1986) faz do uso da palavra “trabalho” pelo psicanalista, no sentido de elaboração psíquica, estabelecimento de ligações e o uso da mesma palavra pelo feiticeiro sugerindo implícita ou explicitamente uma relação estreita. Tanto um, como outro, psicanalista e feiticeiro, teriam por objetivo analisar, ou seja, desfazer o nó (a ligação) que prende ou limita o indivíduo quando estas leis são ameaçadas (Collomb, 1978).

O *psiquiatra ocidental* é um médico, e pela sua formação faz da loucura uma doença individual, que torna o doente, provisória ou definitivamente inapto para uma vida social. Já o *psiquiatra tradicional* reconhece a complexidade psicossocial do problema, quando mostra ter consciência da agressividade e do conflito obrigatório que envolve a doença mental, e num sistema simbólico próprio, lida amplamente com o doente. Enquanto no sistema ocidental geralmente se aborda a doença dando

uma conotação de responsabilidade e culpa exclusivamente ao doente, o sistema africano localiza fora desse a agressão que levou-o ao quadro. Tanto pode estar em questão a agressão de um indivíduo, feita direta ou indiretamente pelas feitiçarias, quanto pela agressão de um espírito ancestral. Dentro deste modelo, como a culpa não é a principal questão, há facilidade de aceitação e participação, tanto do doente, como de sua família, no processo de recuperação (COLLOMB, 1972).

Um outro fator que implica numa verdadeira participação de todos no tratamento é que a *linguagem* do psiquiatra tradicional não é de sua exclusividade, ou seja, é compreendido e utilizado por toda a comunidade. Esse *curandeiro* exerce uma função de *mediador* e suas decisões são sempre um reflexo do que pensa e sente a comunidade. O paciente nunca tem que ser manipulado com o pretexto do tratamento, preservando-se com isso a autenticidade da relação, o que facilita o papel do psiquiatra tradicional para a possibilidade de re-união entre o doente e o grupo (COLLOMB, 1972).

No Senegal, África, 80% dos doentes são tratados por métodos tradicionais e quase a totalidade faz pelo menos um contato com o curandeiro. Entre esse povo há uma idéia que o médico, de formação ocidental, acalma e o curandeiro cura. Essa preferência é justificada, pelo fato do psiquiatra ocidental não considerar os sistemas de representação da doença daquele povo e de ter uma atuação centrada no indivíduo, sem atuar considerando os aspectos socioculturais implicados. Vale lembrar que a incidência de distúrbios psiquiátricos crônicos, como a esquizofrenia, é baixíssimo neste país, na população tratada por curandeiros, e as vezes esta patologia é inexistente. Não ocorre o mesmo com um senegalense vivendo num país ocidental Diminui-se a eficácia do tratamento do curandeiro com o esfacelamento cultural e o processo de urbanização ambos fragmentando a vida coletiva (DEVEREUX, 1977). Mas vamos discorrer sobre o modelo cultural africano para entendermos melhor o grande desfalque provocado pela aculturação.

A Etnopsiquiatria, ou seja, neste caso a psiquiatria das etnias africanas, se articula estreitamente com a cultura africana; muito mais que isso, faz parte dessa cultura. O **curandeiro** não somente detém conhecimentos técnicos de como utilizar plantas, gestos, palavras do ritual, como também, muitas vezes é dotado de sensibilidade capaz de detectar o problema e maturidade que o permite lidar e respeitar a ansiedade de toda a coletividade. Esta nessa relação, ou seja , na

adesão da coletividade ao problema do paciente, a condição para a eficácia do sistema africano (COLLOMB, 1974).

Esse sistema reconhece e se utiliza da tradição cultural para combater e resolver problemas. Portanto a Etnopsiquiatria é a atuação do **curandeiro** (psiquiatra tradicional) somando-se a:

- um conjunto de conceitos e representações próprios de toda a comunidade, que torna a doença mental compreensível para todos;
- a forma coletiva de vida onde o contato é facilitado e conseqüentemente a comunicação se dá entre o doente e a comunidade e vice-versa.

Os procedimentos terapêuticos contam necessariamente com a utilização destas representações, acima citadas, e a comunidade comporta-se, em relação ao doente, de uma forma a não reduzi-lo e nem excluí-lo do grupo, mantendo com ele os canais de comunicação e respeito.

Na tradição africana crê-se que uma doença é decorrente do **ataque** de um feiticeiro, e quando esse ataque não leva a morte da vítima, estaríamos diante de um distúrbio mental ou psicossomático. Doenças ditas crônicas, como a esquizofrenia, são raras nesse meio, prevalecendo crises ansiosas agudas, distúrbios somáticos, fenômenos alucinatórios ou até mesmo *bouffées délirantes* da nomenclatura francesa (COLLOMB, 1974).

Apesar das diferentes etnias que formam as sociedades africanas, podemos considerar que as sociedades primitivas têm unificadas algumas características desse sistema. Dentre elas, considera-se que nem a família ou mesmo o doente são responsáveis exclusivamente pelo problema, então o agressor veio de fora; a agressão pode estar relacionada a causas afetivas ou materiais, do passado ou da atualidade, porém o agressor é um homem vivo ou um espírito ancestral.

As formas de ataque são diversas:

1. Ataque de um indivíduo para o outro

- *diretamente*: consiste numa “devoração” imaginária da vítima. Denominamos sistema **feiticeira-antropofagia** e todos sabem que tanto podem ser vítimas desse ataque, como também podem tornar-se **feiticeiros-antropófagos**, embora este último geralmente está ligado a herança familiar (COLLOMB, 1978);

- **indiretamente**: nesse sistema uma terceira pessoa é mobilizada, como o **macumbeiro**, ou **marabu** dos muçulmanos. A **macumba** no Brasil é denominada de quimbanda, ou seja, feitiçaria a serviço do mal, e poderia exemplificar esse tipo de sistema. Enquanto que o candomblé utiliza **Exu** como mensageiro entre deuses e homens, o **Exu** da macumba é verdadeiramente diabólico. Nesse sistema o **feiticeiro** é solicitado pelo seu cliente para fazer um **trabalho** (despacho) contra determinado indivíduo. Nem sempre é uma solicitação para um trabalho maléfico, podendo o **macumbeiro** realizar benefícios a pedido, como para combater um outro feitiço, fazer ganhar sua equipe de esporte, para conquistar pessoas, ou sucesso econômico e profissional (QUEIROZ, 1983);

2. Ataque pelos espíritos : varia conforme a religião utilizada. O **espírito** esta ligado a lei social e sua intervenção surge quando alguma coisa ameaça esta lei. Ele pode ser tanto um falecido morador daquela comunidade, como espírito de determinada crença religiosa. Sua ação é procurar lembrar o indivíduo com tendência a desrespeitar a lei, ou a tradição do grupo, através do adoecimento do seu corpo. As vezes a lei geradora do conflito é apenas a lei religiosa ameaçada (COLLOMB, mars, 1974).

O reconhecimento do saber, ou da tradição popular por esses sistemas, faz com que se extrapole os limites da doença e se embrenhe em toda dinâmica social. Não se trata aqui de um sistema simplesmente imaginário, mas de uma vivência de cada um , que permite uma real elaboração do problema, tanto para o paciente como para os de seu meio. Em comparação com a psiquiatria ocidental que visa exclusivamente detectar os sintomas para definir a doença e tratá-la de forma paliativa ou individual, as diferenças são grandes em relação a psiquiatria tradicional africana, que utiliza dos sintomas para detectar a **causa** e amenizá-la, para integrar o paciente comprometido.

Os ritos

Como instrumento de **Terapia Sociológica** os ritos, que se diferenciam das festas tradicionais, podem ter formas distintas de acordo com a etiologia do problema a ser trabalhado:

-*Terapêutica Biológica*: através do uso de extratos de plantas somados ao encantamento do curandeiro (simpatia – benzimento – fitoterapia);

-Terapêutica Psicológica: o aconselhamento ao enfermo; a criação de um espaço que venha a facilitar a expressão dos conflitos reprimidos, permitindo o indivíduo reorganizar suas relações;

-Terapêutica Sociológica: quando os doentes são assistidos por uma comunidade, incluindo a participação dos familiares envolvidos, além do curandeiro e seus assistentes;

-Ritos Simbólicos: para reintegração do indivíduo doente ou expulsão da violência para fora do grupo, para restabelecer a ordem e a paz. Podemos aqui reconsiderar a função curativa do sistema feitiçaria-antropofagia sobre o indivíduo e a prevenção das tensões do grupo com a expulsão da violência através do rito;

-Ritos De Passagens: que visam proteger o grupo da ansiedade, diante de mudanças significativas previstas como o nascimento, o batismo, o desmame, a circuncisão, iniciação sexual, o casamento e a morte. Essa tensão sobrevem da insegurança do indivíduo ao deixar seu antigo “estatus “ para passar a um novo.

Na concepção dos selvagens africanos por exemplo, o recém nascido acaba de deixar o mundo dos **espíritos** , porém ainda não faz parte do mundo dos vivos. O adolescente que partiu para a escola após a circuncisão (Senegal) para ser iniciado, deixou de ser criança, mas ainda não é considerado um adulto. Nestes ritos há um processo de formação onde o indivíduo deverá aprender a se comportar na sua nova posição e para o grupo, de encará-lo respeitando seu novo “estatus” (COLLOMB, mars, 1974).

A penetração do homem branco nestas sociedades e o enfraquecimento das tradições; a desvalorização ou abandono dos ritos pelas comunidades selvagens, afetam os mecanismos existentes para o reequilíbrio social. A Etnopsiquiatria tem por objetivo resgatar a tradição esfacelada, ou então, permitir a criação de outros mecanismos de acesso amplo, quanto a compreensão e participação, que permita a auto-regulação da sociedade comprometida.

Porque a população procura as medicinas paralelas ?

Na população estudada por Loyola (1987) os itinerários terapêuticos iniciam pela tentativa de recorrer aos conhecimentos terapêuticos familiares. Se estes conhecimentos mostrarem-se insuficientes ou ineficazes, o especialista religioso, o farmacêutico e o médico serão acionados, não importa a ordem de preferência, ou se isolados, ou concomitante. Conforme o uso que o indivíduo faz do seu corpo para a manutenção de suas atividades de sobrevivência, a doença é valorizada e o tipo de assistência é eleito. Queiroz (1980) afirma que dentre os caiçaras (litoral paulista) a escolha do terapeuta depende se a região oferece assistência médica, ou curandeiros; a repercussão do trabalho de cada um e as condições econômicas que envolvem o trabalho. Os índios resistem as terapias ocidentais por estas desprezarem a dimensão mística, psicológica e social da doença, preferindo ser tratados pelas terapias tradicionais em muitos casos (Langdon, 1986).

Outros fatores ajudam a determinar a preferência da população pelas medicinas paralelas, como por exemplo, o fator tempo. Na assistência médica promovida pela Previdência Social no Brasil e em alguns países, o tempo que o médico dispõe para atender o doente é muito pequeno e insuficiente para absorver sua ansiedade e atender sua expectativa. Já a atenção do curandeiro para com seu cliente pode ser bem maior. Outro fator, apontado por Boltanski (1979) é a distância social entre o médico e o doente das classes populares. O médico usa geralmente um vocabulário técnico, alheio ao vocabulário de seu cliente, e ainda assim, procura manter-se reservado quanto as informações de seu quadro. A barreira lingüística e a reserva de informação conotam a ignorância dos membros das classes populares, tornando desagradável a confrontação. A difusão do saber médico (o detentor legítimo de um saber legítimo) sofre um prejuízo considerável com esta atitude, gerando dependência e insegurança na população.

Para Sontag (1984) *“grande parte da natureza persuasiva da psicologia decorre do fato de que ela é um espiritualismo sublimado: um modo leigo e pretensamente científico de afirmar o primado do espírito sobre a matéria”*. Nesta crítica a autora despreza a eficácia da ação das psicoterapias que não se vale necessariamente da espiritualidade, e nem da sublimação dos impulsos do indivíduo, mas sim da vivência psicoterápica gerando melhores condições para elaboração e troca de suas emoções.

Bibliografia Utilizada

- BARBOSA, R. e PEREIRA, R. – “Xamanismo e Medicina”. *Ciência Hoje*, Rio de Janeiro, vol.9/nº50, p.p. 40-47, 1989.
- BOLTANSKI, L. – “*As Classes Sociais e o Corpo*”. Rio de Janeiro, Graal, 1979.
- COLLOMB, H., “*La Psychologie Sociale en Afrique : Le Point de Vue du Psychiatre*”; Ver. Int. Sc. Soc.; vol XXIV, nº 1 ; 1972.
- COLLOMB, H., “*Le Fou et La Société ou La Defense Sociale Contre Le Fou*”; *Afrique Médicale*, XIII, 124, 923-930, 1974.
- COLLOMB, H., “*Psychiatrie Traditionnelle en Afrique*”; Conference à La Havane, mars 1974 (Rev. de Psiquiatria – Cuba – ms, 18p.).
- COLLOMB, H., “*Contradictions et Difficultés pour une Formation en Psychiatrie*”; Communication au IVème Congrès Panafricain de Psychiatrie – Abidjan – 1975.
- COLLOMB, H., “*La Sorcellerie-Anthropophagie (Génese et Fonction)*”; *Evolution Psychiatrique*, tome XLIII, III, 494-520; 1978.
- CONTINI, E., “*Un Psychiatre dans la Favela*” – (Synthélabo/France – 1995).
- COSTA, A.M. – “*Riqueza de Pobre*”. Salvador, Fundação de Saúde do Estado da Bahia, 1980.
- DAMATTA, R., “*Relativizando – Uma Introdução à Antropologia Social*” – (Rocco – Rio de Janeiro – 1987).
- DEVEREUX, G., “*Essais d’Ethnopsychiatrie Générale*” – (Gallimard Paris – 1977).
- LANGDON, E.J. – “*O Xamanismo como a História da Antropologia*”. Trab. Apres. no “12 th International Congress of Anthropological and Ethnological Sciences”, Zangreb, Iugoslávia, 24 a 31 julho, 1988.
- LANGDON, E.J. – “*Saúde Indígena: A Lógica do Processo de Tratamento*”. Conferência Saúde e Índio, Min. da Saúde, Brasília, dez., 1986.
- LANTERNARI, V. – “*Religion et Thérapie dans les Nouvelles Sectes Charismatiques*”. *Nouvelle Revue d’Ethnopsychiatrie*, nº7, p.p. 95-111, 1987.
- LAPLANTINE, F et RABEYRON, P.L. – “*Medicinas Paralelas*”, São Paulo, Brasiliense, 1989.
- LEFÉVRE, F. – “*A Função Simbólica das Medicções*”. Ver. De Saúde Pública, São Paulo, 17:500-3, 1983.
- LEFÉVRE, F. – “*A Oferta e a Procura de Saúde Imediata Através do Medicamento: Proposta de um Campo de Pesquisa*”. Ver de Saúde Pública, São Paulo, 21:64-7, 1987.
- LÉVI-STRAUSS, C. – “*Antropologia Estrutural*”. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1985.
- LOYOLA, M.A. – “*Médicos e Curandeiros, Conflito Social e Saúde*”. Rio de Janeiro, Difel, 1984.

LOYOLA, M.A. – “Rezas e Cura de Corpo e Alma”. *Ciência Hoje*, Rio de Janeiro, vol 6, nº35, p.p. 34-43, 1987.

MÉTRAUX, A. – “Le Voudou Haitien”. Paris, Gallimard, 1958.

NATHAN, T. – “L’Utérus, Le Chaman et Le psychanalyste”. *Nouvelle Revue d’Ethnopsychiatrie*, nº5, p.p. 17-48, 1986.

NORONHA, M. “Hospitalismo – Sintoma da Doença Institucional – Contribuições Etnopsiquiátricas”; Ver. ABP-APAL, vol 8, nº 4, pp. 144-147, 1986.

NORONHA, M. – “Fatores que Influenciam a Eficácia do Tratamento do Doente”. *J bras Psiq*, 39(4):203-207, 1990.

QUEIROZ, M.I.P., “Roger Bastide”; (Ática – São Paulo – 1983).

QUEIROZ, M.S. – “Curandeiros do Mato, Curandeiros da Cidade e Médicos: Um Estudo Antropológico dos Especialistas em Tratamento de Doenças da Região de Iguape”. *Ciência e Cultura*, 32(1):31-47, jan., 1980.

SONTAG, S. – “A Doença como Metáfora”. Rio de Janeiro, Graal, 1984.