

Maria Elizabeth Uchôa de Oliveira Demicheli

MEMORIAL

Belo Horizonte

1997

Maria Elizabeth Uchôa de Oliveira Demicheli

MEMORIAL

Memorial apresentado ao
Centro de Pesquisas René
Rachou da Fundação Oswaldo
Cruz, para o concurso para
Pesquisador Associado na
área de Antropologia Médica.

Belo Horizonte

1997

SUMÁRIO

CONTEÚDO	PÁGINA
I. TRAJETÓRIA PROFISSIONAL.....	1
I.1. GRADUAÇÃO E ESPECIALIZAÇÃO.....	1
I.2. SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE.....	4
I.3. CANADÁ, MALI E COSTA DO MARFIM.....	11
I.4. RETORNO AO BRASIL.....	21
II. PRODUÇÃO CIENTÍFICA.....	30
II.1. ABORDAGEM ANTROPO-PSIQUIÁTRICA DOS PROBLEMAS MENTAIS....	30
Trabalho 1	30
Uchôa, E. <i>Les femmes de Bamako (Mali) et la Santé mentale. Une étude anthropo- psyquiatrique.</i> Montréal, Université de Montréal, 1988. 370p. (Tese de doutorado).	
Trabalho 2	35
Uchôa, E. <i>Culture et santé mentale: réflexions autour d'un cas clinique au Mali. Santé, Culture, Health, 6, 2:135-147,</i> 1989.	
Trabalho 3	37
Uchôa E., <i>Espace devolu, espace désiré, espace revendiqué. Indifférentiation et folie d'Ajaratou, Anthropologie et sociétés,</i> 17, 1/2: 157-172, 1993.	
Trabalho 4	39
Uchôa E. <i>Os jinéw: destino, doença e cura de Kadiatou, (submetido)</i>	
Trabalho 5	42
Corin E., Uchôa E., Bibeau G., Harnois G. <i>Attitudes in the field of mental health: Theoretical and methodological Guidelines for an ethnographic and comparative study.</i> Who Collaborating Center, Douglas Hospital, Montreal, 1989, 69p.	

Trabalho 6.....	46
Corin E., Uchôa E., Bibeau G., Koumaré B., Coulibaly B., Coulibaly M., Mounkoro P., Sissoko M. La place de la culture dans la psychiatrie africaine d'aujourd'hui: paramètres pour un cadre de référence. <i>Psychopathologie Africaine</i> , 24, 2:149-181, 1992.	
Trabalho 7.....	47
Corin E., Uchôa E., Bibeau G., Koumaré B. Articulations et variations des systèmes de signes, de sens et d'actions, <i>Psychopathologie Africaine</i> , 24,2:183-204. 1992.	
Trabalho 8.....	50
Uchôa E., Corin E., Bibeau G., Koumaré B. Représentations culturelles e disqualifica- tion sociale. L'épilepsie dans trois groupes ethniques au Mali, <i>Psychopathologie Africaine</i> , 25, 1:33-57, 1993.	
Trabalho 9.....	51
Uchôa E., Corin E., Bibeau G., Koumaré B., Koné D. Cultural Constructs of Epilepsy in Mali and the Ivory Coast, (submetido).	
Trabalho 10.....	54
Corin E., Bibeau G., Uchôa E. Éléments d'une sémiologie anthropologique des troubles psychiques chez les Bambara, Soninké e Bwa do Mali, <i>Anthropologie et Sociétés</i> , 17, 1-2:125-156, 1993.	
II.3. ANTROPOLOGIA E EPIDEMIOLOGIA.....	56
Trabalho 11.....	56
Uchôa E., Vidal J. M. Antropologia Médica: Elementos conceituais e Metodológicos para uma Abordagem da Saúde e da Doença, <i>Cadernos de Saúde Pública</i> , 10, 4:497-504, 1994.	
Trabalho 12.....	58
Uchôa E. Epidemiologia e Antropologia. Contribuições a uma abordagem dos aspectos transculturais da depressão, in <i>Ciências Sociais e Saúde</i> , Hucitec-Abrasco (em publicação).	

Trabalho 13	60
Uchôa E., Guerra H.L., Firmo J.O. A., Lima e Costa M.F.F., Signs, Meanings and Actions associated to Schistosomiasis mansoni in a Small Village in Brazil, <i>Curare</i> , (em publicação).	
Trabalho 14	61
Lima e Costa M.F., Guerra H.L., Pimenta Júnior F.G., Firmo J.O.A., Uchôa E. Avaliação do programa de controle da esquistossomose (PCE/PCDEN) em municípios situados na bacia do Rio São Francisco, Minas Gerais, Brasil, <i>Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical</i> , 29, 2:117-126, 1996.	
II.5. CONTRIBUIÇÕES AO DEBATE ATUAL SOBRE A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO PSIQUIÁTRICA.....	66
Trabalho 15	66
Uchôa E., Teoria e prática, <i>O risco</i> , 5,1:12, 1995.	
Trabalho 16	67
Uchôa E., Desinstitucionalização: teoria e prática, in <i>Lei carlão em debate</i> , Associação Mineira de Psiquiatria, 1995:26-32.	
Trabalho 17	69
Uchôa E., Review of "A descent into African Psychiatry by Joop T.V.M. de Jong, Amsterdam: Royal Tropical Institute , 1987", <i>Transcultural Psychiatry Research Review</i> , 26:132-136, 1989.	
Trabalho 18	70
Uchôa E. , Review of "Parallel Worlds: An Anthropologist and a Writer Encounter Africa by Alma Gottlieb & Philip Graham", <i>África</i> (aceito para publicação em 1995).	
Trabalho 19	71
Uchôa E., Review of "Vieillir en Afrique by Claudine Attias-Donfut and Leopold Rosenmayr", <i>American Anthropologist</i> , 98, 1:216-217, 1996.	

I. TRAJETÓRIA PROFISSIONAL

I.1 GRADUAÇÃO E ESPECIALIZAÇÃO

Em 1976, concluí meu curso de medicina na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Há já algum tempo, eu não tinha dúvidas: queria tornar-me psiquiatra. Os estágios que realizei em psiquiatria (Casa de Saúde Santa Clara, Clínica Pinel e Hospital Espírita André Luís) durante o último ano de graduação vieram certificar-me desta escolha. O contato com os problemas mentais, com o sofrimento dos doentes e de suas famílias, com os sucessos e limites das intervenções terapêuticas e, enfim, com o exercício da clínica psiquiátrica suscitou em mim o desejo de saber mais, compreender melhor, especializar-me e intervir no campo da saúde mental.

Em 1977, fui aprovada no concurso para admissão à Residência em Psiquiatria da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). Durante dois anos (1977-1978) o Instituto Raul Soares, onde a Residência funcionava, ocupou grande parte de minha vida. O ambulatório, as enfermarias, os plantões, a urgência e as atividades do Centro de Estudos Galba Veloso preencheram completamente minhas manhãs, tardes e noites.

A proximidade com os doentes do Instituto Raul Soares colocou-me em contato com uma psiquiatria bem diferente daquela descrita nos livros. Algumas vezes, esse doente, recém-chegado do interior, trazido junto com muitos outros pela polícia ou pelas prefeituras, vinha sem um acompanhante que pudesse explicar o que se passava, e ele era amputado de seu meio e de sua história. Outras vezes, famílias exaustas traziam à urgência sua impotência e perplexidade. Esses doente e suas famílias eram recebidos por um hospital com poucos recursos, com algumas enfermarias superlotadas e com atendentes e auxiliares de enfermagem pouco preparados.

Miséria e loucura se entrelaçavam vindo desafiar o saber da psiquiatria e revelar a complexidade das interações entre a unicidade biológica do ser humano e suas diversidades econômica, social e cultural.

Ao longo de toda a residência, aulas teóricas e supervisões diárias vinham fundamentar e orientar o aprendizado e o exercício da psiquiatria. A diversidade de orientações teóricas dos preceptores da residência era, muitas vezes, angustiante, mas certamente favoreceu a aquisição de uma formação rica e aberta. Psicanálise, filosofia, neurologia, psicofarmacologia estavam presentes no dia a dia dos residentes, formando um espaço de

reflexão que marcou profundamente a trajetória profissional de cada um de nós.

Prática corrente entre os residentes, durante o segundo ano de residência dei plantões no Hospital Galba Veloso (na época, hospital de triagem do INPS). Esses plantões me colocaram em contato com uma população de doentes, apresentando características sociais e específicas com uma distribuição de problemas também específica. Impressionaram-me, particularmente, a extensão do alcoolismo, das conversões histéricas e da depressão.

Durante esse mesmo ano, comecei a atender em consultório particular. Novamente, a distribuição dos problemas psiquiátricos, o nível sócio-econômico dos doentes, a estrutura de suas famílias, os conflitos familiares, as redes sociais de apoio e a forma como eram vivenciados e manejados os problemas, caracterizavam um universo particular.

Após o término da Residência (dezembro 1978), continuei por alguns meses (1979) minhas atividades no Hospital Galba Veloso e no consultório particular.

Esse conjunto de experiências deu um impulso às minhas reflexões sobre a influência dos fatores sociais e culturais no aparecimento e evolução dos problemas

psiquiátricos e sobre os limites de uma psiquiatria descontextualizada.

Nascida e criada em um bairro tradicional de Belo Horizonte, eu tinha sido protegida das tensões e contradições do mundo à minha volta. Tomei, efetivamente, consciência da versão extra-oficial da história do Brasil ao mesmo tempo em que me tornava consciente do papel que exercia a psiquiatria em uma sociedade plena de desigualdades sociais. Práticas psiquiátricas diferentes para diferentes camadas sociais! Se a doença era única, por que as formas de intervenção divergiam tanto?

Talvez a imaturidade dos 25 anos e o radicalismo do jovem tenham reforçado a imagem sombria que eu associava a meu próprio papel como psiquiatra. Nesse momento, minha angústia se expressava através de inúmeras questões. Eu não sabia como buscar as respostas, mas meu desejo de saber mais impulsionou uma busca incessante que implicou em viagens, cartas e grandes decisões.

I.2 SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE

Em 1979, o governo da República Democrática de São Tomé e Príncipe me ofereceu um posto de psiquiatra. Aceitei e fui contratada como voluntária das Nações Unidas (PNUD- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento).

Colônia portuguesa até 1975, São Tomé e Príncipe vivia seus primeiros anos de independência. Nesse país novo tudo estava por fazer. São Tomé tinha pouquíssimos recursos e não estava preparado para seguir sozinho. A educação, a saúde, o comércio e a agricultura deviam ser reorganizados. Os profissionais do país (médicos, engenheiros, advogados, professores, etc.) eram raros. Assim, muitos cargos de direção eram ocupados por estrangeiros e o funcionamento cotidiano de escolas, ambulatórios, hospitais, bancos e comércio era quase totalmente assegurado por cooperantes de diversos países, em sua maioria socialistas.

Apesar da urgência expressa pelo país e do meu desejo de partir rapidamente, o processo de contratação foi muito lento e a preparação da viagem também. Ninguém sabia muito bem onde ficava esse país. Ninguém sabia bem que vacinas eram necessárias, nem onde conseguir os vistos; ninguém sabia bem qual o melhor roteiro para a viagem. Só em junho de 1980 eu pude embarcar. Primeiro para o Rio, em seguida para Lisboa, depois para Luanda e, finalmente, para São Tomé e Príncipe.

São Tomé e Príncipe é constituído por duas ilhas de origem vulcânica (a maior São Tomé e a menor Príncipe), situadas a 200 milhas a oeste do Gabão. Em 1980, a população do país não ultrapassava 20.000 habitantes. São Tomé, capital

do país, é o que se pode descrever como um paraíso ecológico. Seis horas de jipe são suficientes para se contornar toda a ilha. Vegetação exuberante e praias extensas emolduram a ilha e suas montanhas. Cascatas e lagos de água salgada e doce refletem as cores magníficas do céu e exarcerbam a beleza dessa pequena obra-prima da natureza.

Fui informada de que a situação da psiquiatria era terrível. Nunca havia existido um psiquiatra em São Tomé e Príncipe; no hospital geral existia um pavilhão psiquiátrico onde os doentes ficavam a cargo de atendentes e das visitas muito ocasionais de psiquiatras portugueses.

Na realidade, o pavilhão psiquiátrico era um horror, um imóvel sombrio, com janelas quebradas e raros leitos também em pedaços. Sem supervisão médica e praticamente sem medicamentos, esse serviço era "conduzido" por dois auxiliares de enfermagem. Não se sabia ao certo o número de doentes vivendo no pavilhão. Algumas dezenas deles, nus ou em trapos estavam ali, abandonados há anos, sem nenhum tratamento e sem nenhum contato com o mundo exterior.

Era difícil saber por onde começar. O exame psiquiátrico dos doentes e a confecção de um prontuário para cada um deles foi o primeiro passo. A partir daí, foram requisitados com urgência certos medicamentos básicos e a

família de cada um deles foi contactada. Era preciso saber mais sobre suas histórias e reconectá-los com elas.

Mesmo a urgência tinha um outro ritmo em São Tomé. Medicamentos, como todo o resto não eram fabricados no país. Sendo importados, eles estavam sujeitos às vindas irregulares de barcos e aviões. Era preciso começar a fazer algo com os poucos recursos já disponíveis. Foi pedido à administração do hospital - único do país - que as mesmas normas que regiam os outros pavilhões fossem aplicadas ao pavilhão psiquiátrico. Assim, normas básicas de funcionamento, até o momento inexistentes, foram instauradas (limpeza, atendimento de intercorrências, horário de trabalho, etc).

Foi preciso convencer a administração do hospital que os "loucos" também precisam de roupas e talheres. Estas coisas não existiam no país, mas com um pouco de esforço, algumas peças de tecido destinadas à confecção de cortinas para uma nova maternidade foram requisitadas e serviram para vestir os doentes.

Quatro meses mais tarde, as mudanças nos padrões de limpeza, o direito a roupas e talheres, um tratamento medicamentoso mínimo e a consulta diária começavam a transformar o serviço de psiquiatria. A chegada de um psiquiatra cubano, Dr. Jorge Rodrigues Sanches, nesse

momento, foi de grande ajuda para mim. Passamos a ser dois nessa luta pela construção de uma psiquiatria digna em São Tomé e Príncipe.

A escassez de pessoal era um dos grandes problemas da psiquiatria. O pavilhão psiquiátrico era um lugar que ninguém conhecia nem queria conhecer. Assim, nós decidimos criar um curso básico de psiquiatria para os técnicos de enfermagem e assistência social. Instituímos um estágio obrigatório para esses técnicos. O contato supervisionado com os doentes levou alguns deles a se interessar pela psiquiatria. Assim, foi possível o desenvolvimento de algumas atividades ocupacionais.

Como é natural em uma ilha, a maioria dos doentes tinha crescido e vivido junto ao mar. Era preciso colocá-los em contato com esse mundo que eles conheciam e que era bem diferente do hospital. Conseguimos com o Ministério da Saúde que um ônibus ficasse à nossa disposição duas vezes por semana. Nesses dias passávamos o dia na praia. Foi incrível ver como o contato que não se estabelecia através da palavra em um consultório do hospital, fluía junto aos coqueiros, à areia e ao mar.

Foi instituída a consulta ambulatorial. A demanda era enorme, mas eu e o psiquiatra cubano nos revezávamos e a maioria dos casos podia ser tratada sem a hospitalização.

Foram feitas várias conferências com o objetivo de informar à população sobre os recursos existentes no país para tratar os problemas psiquiátricos, e de sensibilizar a todos sobre a importância da participação das famílias e comunidades no tratamento desses doentes.

Um ano depois de minha chegada à São Tomé, um novo ritmo, novas práticas e uma nova postura faziam parte do cotidiano do serviço de psiquiatria. Médicos enviados pela cooperação cubana poderiam continuar o trabalho.

Aos 27 anos de idade essa experiência fascinante e extremamente difícil veio aguçar ainda mais meus questionamentos. A toxicomania (incluindo o alcoolismo) praticamente não existia em São Tomé e Príncipe; talvez a rigidez da legislação do país relativa à utilização de drogas fosse, em parte, responsável por isso. Os quadros depressivos, se eles existiam, eram bem atípicos. As idéias paranóides eram a regra. Não havia no país nenhum registro de casos de suicídio.

Embora a língua falada em São Tomé e Príncipe fosse o português, eu sentia dificuldade em fazer diagnósticos. Nenhum quadro era típico, nem quanto à forma, nem quanto à evolução.

Minha experiência como psiquiatra em dois países diferentes, primeiro no Brasil e depois em São Tomé e Príncipe (África) tinha levado a interrogar-me sobre as relações entre doença mental e fatores sócio-culturais. Através da leitura de periódicos internacionais, fiquei sabendo que minhas interrogações constituíam linhas de pesquisa principais de alguns grupos espalhados pelo mundo. Antes de deixar São Tomé, tomei a decisão de continuar minha formação. Fiquei sabendo que o Canadá era um lugar de referência nesse campo. Alguns dos precursores da Psiquiatria Transcultural estavam no Canadá. A Universidade McGill publicava o *Transcultural Research Review*, um periódico especializado na área, e em Montreal existia um grupo de pesquisas em Antropologia Médica e Etnopsiquiatria (GIRAME-Groupe Interuniversitaire de Recherche en Anthropologie Médicale e| Ethnopsychiatrie), congregando três universidades e pesquisadores oriundos de disciplinas diversas.

No final de 1981 entrei em contato com o GIRAME e com algumas universidades canadenses. Após os primeiros contatos, candidatei-me ao doutorado em antropologia da Universidade de Montreal, onde fui admitida em setembro de 1982. Minhas interrogações tinham me deslocado da psiquiatria até a antropologia e da clínica até a pesquisa.

I.3 CANADÁ, MALI E COSTA DO MARFIM

Iniciei o doutorado em setembro de 1982. Durante meu primeiro ano no Canadá, cursei disciplinas básicas em antropologia e, tendo sido aprovada nessa etapa, em setembro de 1983 comecei a preparar meu exame de qualificação.

Minha área de interesse situava-se em um campo interdisciplinar de estudos. Comecei por fazer uma revisão crítica das contribuições tanto da antropologia quanto da psiquiatria para o conhecimento das relações entre cultura e doença mental. Essa revisão apontou a urgência de uma reflexão inovadora sobre o assunto e a necessidade de transcender fronteiras disciplinares para integrar conceitos e métodos oriundos das duas disciplinas.

Minha proposta teórica visava aprofundar essa reflexão e, apoiando-se em contribuições teóricas e metodológicas recentes, elaborar um modelo teórico-metodológico para um estudo antro-po-psi-quia-tri-co dos problemas mentais.

Desenvolvi o projeto de tese, visando aplicar esse modelo ao estudo de problemas de saúde mental entre mulheres, vivendo em meio urbano africano.

Fui aprovada no exame de qualificação em outubro 1984 e o projeto de tese foi aprovado na mesma ocasião.

A opção pelo desenvolvimento da tese na África se justificava por várias razões. Primeiro, os problemas de saúde mental tornam-se aparentemente cada vez mais graves no continente africano, em particular em meio urbano; estes problemas são fenômenos ainda pouco conhecidos, apesar do número importante de estudos sobre o assunto. Segundo, as contradições que atravessavam a literatura sobre os problemas psiquiátricos na África refletem os limites de uma abordagem psiquiátrica clássica. Terceiro, o contexto das profundas transformações econômicas, culturais e políticas que caracterizam as sociedades africanas têm repercussões importantes sobre os indivíduos, seus problemas e suas maneiras de enfrentá-los, delimitando assim uma situação privilegiada para o estudo das relações entre cultura e doença mental.

Na África, as formas tradicionais de organização e os esquemas de pensamento observados em meio rural coexistem e se transformam nas cidades. O contato entre esses dois mundos, de forma alguma separados, é acentuado pelas condições precárias de existência em meio rural que favorecem a migração para as grandes cidades.

Esse processo migratório afeta de maneira particular a situação das mulheres. Muito frequentemente, depois do casamento, elas mudam para as cidades para acompanhar os maridos e são confrontadas com três principais fontes de tensão: a tradicional, as que resultam das transformações sócio-culturais e as que resultam de uma mudança, na idade adulta, do meio rural para o meio urbano. As mulheres vivendo em meio urbano parecem, assim, ser particularmente afetadas pelas transformações em curso na África. Essa é a origem de minha escolha de focalizar esse grupo em minha tese de doutorado.

Minha tese tinha por objetivo fornecer informações capazes de orientar o planejamento de intervenções no campo da psiquiatria, especialmente as intervenções junto às mulheres e, ao mesmo tempo, aprofundar o conhecimento dos fatores que intervêm na determinação e evolução dos problemas de saúde mental em uma grande cidade africana.

O Mali, por suas características pareceu-me um país ideal para realização deste estudo. No caso do Mali, as transformações sócio-culturais têm sido intensas e, isso, há já algum tempo. A penetração muçulmana é, com efeito, bem antiga. A conversão ao Islam começou no século XVIII e desde então não deixou de crescer, tendo se generalizado através do país durante o século XIX. A expansão da ideologia unificadora do Islam, a coexistência de normas,

de valores e concepções culturais contraditórias desde o início da colonização francesa, a industrialização recente e a urbanização crescente caracterizam o contexto no qual se inscreve o Mali atual.

Esse processo de transformações econômicas, sociais e culturais profundas induzem a múltiplas contradições, que têm repercussões importantes sobre a saúde mental da população. É em referência a esse processo que a questão da saúde mental deve ser abordada. Mais precisamente ainda, é preciso compreender como a mulher maliense da capital e sua condição têm sido afetadas pelas transformações da sociedade maliense. É preciso compreender como o encontro entre uma tradição muito viva, uma islamização massiva e um processo de modernização crescente se conjugam no universo da mulher maliense. Enfim, é preciso compreender como a mulher maliense da capital se insere no contexto de valores e comportamentos que lhe impõe a vida na cidade grande.

Cheguei a Bamako, capital do Mali, no início de novembro de 1984. Bamako é uma cidade jovem, que possui uma população de 700.000 habitantes. É caracterizada pelo crescimento acelerado da sua população, constituída por um número importante de imigrantes originários das zonas rurais e pela coexistência de vários grupos étnicos; a pluralidade e o movimento caracterizam a sociedade.

Uma diversidade semelhante caracteriza o conjunto de terapias acessíveis. O sistema de saúde agrupa uma rede de tradições médicas (ocidental, islâmica e indígena) que sustenta a existência de representações da doença, concepções etiológicas e modalidades terapêuticas diversas. Estas três tradições, desigualmente enraizadas no imaginário popular, fornecem aos indivíduos diferentes caminhos para a construção e a expressão das doenças, delimitam espaços particulares de intervenção e orientam de maneira específica a percepção, a interpretação e a ação dos indivíduos em períodos de doença. Com uma flexibilidade maior ou menor, os indivíduos passam de um registro etiológico a outro, substituem elementos e os integram segundo modalidades diferenciadas, tentando construir sua história e lhe dar um sentido.

Assim, desde os primeiros dias de minha estada no Mali, meus contatos com o serviço de psiquiatria e com diversos terapeutas tradicionais me introduziram em um campo de pesquisa da mais alta complexidade; ele se abria sobre o conjunto de doenças do espírito (*hakilabana*) e sobre a rede heterogênea de valores e crenças que se conjugam nas construções e interpretações culturais dessas doenças. Neste campo, a valorização de certos signos, as atribuições etiológicas e as avaliações de intervenções terapêuticas evocam modelos culturais (representações e ações) específicos. A busca de atendimento no serviço de

psiquiatria do Hospital do Point G., único serviço de psiquiatria no país (consulta ou hospitalização) parece ser apenas uma etapa dentro de uma trajetória mais ampla, onde intervêm múltiplas consultas e tratamentos junto aos vários tipos de terapeutas tradicionais que tratam as doenças mentais.

Um contexto marcado por tanta diversidade e por importantes transformações torna inoperante a idéia de sistema cultural estável e faz explodir toda idéia de cultura homogênea. Trabalhos recentes enfatizam o risco que correm os estudos etnográficos fazendo referência ao "sujeito indefinido" da cultura; estes estudos negligenciam o sujeito do discurso e o lugar social ocupado por aquele que informa, podendo confundir as disposições subjetivas do indivíduo com disposições culturais e favorecer o surgimento de uma uniformidade cultural ilusória. Esta eliminação da diversidade é ainda mais grave quando a coexistência de tradições culturais diversas é essência mesma do meio estudado. O fato de efetuar uma pesquisa em um meio com tais características tem repercussões metodológicas importantes. A originalidade desta situação só pode ser apreendida lá, onde o simbólico se contextualiza, lá onde o estrutural se particulariza, isto é em situações concretas vividas por indivíduos particulares.

A coleta de dados da tese foi realizada entre novembro 1984 e dezembro 1985, utilizando-se quatro métodos de investigação complementares. A observação sistemática foi realizada de forma constante durante todo o trabalho de campo. De forma complementar, 93 mulheres foram entrevistadas sobre diferentes aspectos de suas vidas e 12 grupos de mulheres participaram de discussões sobre as situações particularmente problemáticas que elas enfrentam e sobre as estratégias por elas utilizadas para enfrentar essas situações. Essas três vias de acesso me permitiram ir ao encontro da mulher maliense da capital e de seu universo cotidiano, situado na confluência entre um mundo moderno e um mundo tradicional. Esses dados etnográficos serviram ao mesmo tempo de pano de fundo e de matriz para aplicação do modelo antro-po-psi-quia-tri-co à análise de casos clínicos, que constitui o centro de minha tese. Na análise de casos clínicos eu procuro compreender como cada mulher constrói sua própria vivência nesse mundo transicional e como ela exprime suas dificuldades. Ao mesmo tempo eu procuro analisar como o grupo percebe e reage às dificuldades expressas por essas mulheres e, enfim, tento compreender como a interação entre experiência individual e contexto intervêm na construção, expressão e evolução dos problemas mentais.

Durante os anos 1986 e 1987 trabalhei na análise dos dados e redação da tese, sob a orientação do Professor Gilles

Bibeau. A defesa ocorreu em maio 1988 (trabalho no.1). Esse estudos resultou também nas publicações Nos. 2,3 e 4.

Em janeiro de 1988 comecei a trabalhar como assistente de pesquisa na Unité de Recherche Psychosociale do centro de pesquisas do Hôpital Douglas. Em colaboração com os professores Giles Bibeau e Ellen Corin trabalhei na revisão da literatura e na elaboração de instrumentos, etapas preparatórias para o desenvolvimento de um projeto comparativo internacional sobre as atitudes no campo da saúde mental.

Em setembro 1988 ganhei uma bolsa da Unité de Recherche Psychosociale do Hospital Douglas para realização de um pós-doutorado sob a supervisão da Professora Ellen Corin Titular do Departamento de Psiquiatria da McGill University. Trabalhei, então, intensamente no teste dos instrumentos e na redação final do projeto acima mencionado (Trabalho No. 5).

A obtenção de um financiamento do Conseil de Recherche en Sciences Humaines du Canada (CRSH) e do Fonds pour la formation de chercheurs e l'aide à la recherche (FCAR) viabilizou a realização da primeira etapa desse projeto em dois países africanos: Mali e Costa do Marfim.

Em julho 1989 retornei ao Mali para coordenação do desenvolvimento dos trabalhos. Os contatos estabelecidos em 1984/85 facilitaram muito a formação de uma equipe de colaboradores locais (entrevistadores, tradutores e transcritores). O Professor Baba Koumaré, chefe do serviço de psiquiatria do Hôpital du Point G, participou ativamente de todas as etapas do trabalho realizado no Mali e autorizou a participação no projeto de médicos psiquiatras vinculados a esse serviço. Além da seleção dos colaboradores, fui responsável pelo teste e ajuste dos instrumentos de investigação, pelo treinamento dos entrevistadores e tradutores e pela supervisão de toda a coleta de dados.

Após o término da coleta de dados no Mali, comecei o trabalho de codificação: elaboração de uma lista de códigos, marcação no papel e indexação no computador com a ajuda do software SATO. Em seguida, em colaboração com os Professores Gilles Bibeau e Ellen Corin, foram desenvolvidas várias linhas de análise.

Em 1990, enquanto o trabalho de análise prosseguia, inciou-se o trabalho de campo na Costa do Marfim. Tendo transferido minha residência para Abidjan, coordenei e supervisionei todas as etapas da coleta de dados. Participei ativamente da codificação e análise dos dados.

Esta pesquisa resultou em diversos trabalhos publicados, submetidos ou em preparação (Trabalhos Nos. 6,7,8,9,10).

No contexto desta pesquisa foi elaborado um método original de coleta e de análise de dados que combina as perspectivas quantitativa e qualitativa e permite identificar o que há de comum entre diferentes sociedades e as especificidades sócio-culturais de cada uma delas com relação às percepções, interpretações, reações e ações frente aos problemas mentais. Os resultados dessa pesquisa contribuem para o desenvolvimento de serviços de saúde mental culturalmente apropriados e articulados sobre as dinâmicas sociais locais.

Este método foi posteriormente adotado por equipes de outros países. O International Development Research Center (IDRC) financiou os projetos de pesquisa realizados no Brasil, Peru e Índia e, junto com os professores Gilles Bibeau e Ellen Corin, fui consultora desses projetos.

Em 1992, a obtenção de um novo financiamento do Conseil de Recherche en Sciences Humaines du Canada (CRSH) e do Fonds pour la formation de chercheurs e l'aide à la recherche (FCAR) permitiu o desenvolvimento de um estudo complementar sobre os fatores de risco e proteção em saúde mental. Este estudos conjugou três métodos de investigação: etnografias focalizadas, discussões

temáticas de grupo e histórias de vida. A conjugação de métodos permitiu examinar a maneira pela qual os fatores macro-sociais intervêm nos mundos locais e na vida dos atores e compreender melhor como se opera a articulação entre fatores individuais e coletivos na produção dos problemas de saúde mental; ela permite também colocar em evidência as estratégias protetoras elaboradas pelos atores. Este estudo foi realizado no Brasil e na Costa do Marfim. Coordenei os trabalhos de campo e os seminários de formação para os participantes do projeto na Costa do Marfim e fui consultora para a etapa da pesquisa realizada no Brasil. Em colaboração com os co-diretores do estudo participei ativamente da elaboração de instrumentos para coleta de dados, da codificação e da preparação dos esquemas de análise. O financiamento desse estudo terminou em junho 1994, mas em razão da grande complexidade dos dados, o processo de análise continua em andamento e, apesar de ter retornado ao Brasil, continuo participando ativamente desse processo.

I.4. RETORNO AO BRASIL

Em 1994, o Ministério da Saúde, através da Fundação Nacional de Saúde (FNS) e o Banco Mundial, através de consultores, selecionaram um grupo de pesquisadores em cinco estados do Brasil (Ceará, Maranhão, Pernambuco, Bahia e Minas Gerais) para que elaborassem um projeto para

avaliar a efetividade de programas de mobilização comunitária para o controle da esquistossomose mansoni nos respectivos estados ("Avaliação do impacto de programas de Informação, Educação e Comunicação (IEC)/Mobilização Comunitária (MC) em cinco estados brasileiros"). A principal característica deste projeto seria a utilização de métodos antropológicos e epidemiológicos na investigação. Embora não tivesse nenhuma experiência na área de grandes endemias, a possibilidade de participar de um projeto antro-po-epidemiológico pareceu-me tentadora. Fui selecionada como Coordenadora Antropóloga do projeto em Minas Gerais, em colaboração com a Prof^a Maria Fernanda F. de Lima e Costa, que foi selecionada como Coordenadora Epidemiologista do projeto no Estado. Este estudo foi financiado pelo Banco Mundial, através da Fundação Nacional de Saúde, e a coleta de dados foi realizada em 1995.

Em Minas Gerais, o trabalho foi desenvolvido na região do Distrito Sanitário de Montes Claros da Fundação Nacional de Saúde (FNS), com os seguintes objetivos: (1) avaliar a efetividade do programa de controle da esquistossomose em seis municípios situados na região da Bacia do Rio São Francisco (Brasília de Minas, Coração de Jesus, Engenheiro Navarro, Lagos dos Patos e São João da Ponte); (2) avaliar a adequação sócio cultural e técnica das atividades IEC/MC realizadas nesta região; (3) avaliar o impacto das

atividades IEC/MC sobre as representações e comportamentos referentes à esquistossomose, através de comparação de duas localidades situadas no município de Mirabela (Patis e Muquem), uma exposta e outra não exposta ao programa de mobilização comunitária; (4) comparar as séries temporais da prevalência da infecção pelo *Schistosoma mansoni* em Patis e Muquém; (5) determinar as variáveis importantes na predição dos contatos com águas em Patis e Muquem, com ênfase naquelas relacionadas ao conhecimento sobre a transmissão da esquistossomose (estudo antropológico-epidemiológico). Em janeiro de 1996, todas as etapas do projeto (coleta, codificação, análise de dados e redação do relatório da pesquisa) estavam concluídas. Até o presente momento, este projeto resultou em duas publicações (Trabalhos Nos. 13 e 14).

Este projeto foi, de certa forma, decisivo na minha trajetória profissional, na medida em que ampliou meu campo de interesse da saúde mental para a saúde pública em geral. Ele também ilustrou a possibilidade de sistematizar e aplicar à área de grandes endemias métodos antropológicos desenvolvidos no campo da saúde mental. Finalmente, ele se constituiu em uma real integração entre as abordagens epidemiológica e antropológica na investigação de um objeto comum de estudo e demonstrou a complementaridade entre essas duas abordagens.

Logo após a minha seleção para participar no projeto acima mencionado, fui convidada pela Prof^a Maria Fernanda F. de Lima e Costa, Chefe do Laboratório de Epidemiologia e Antropologia Médica do Centro de Pesquisas René Rachou da Fundação Oswaldo Cruz, para integrar a equipe deste Laboratório. Na época, a equipe em formação, tinha como principal perspectiva o desenvolvimento do "Projeto Bambuí: diagnóstico de saúde e estudo prospectivo em idosos; com ênfase em doenças cardiovasculares e aspectos psico-sociais/saúde mental". Este convite era muito atraente porque previa a minha participação como antropóloga e como psiquiatra, o que se adequava perfeitamente à minha formação e área de interesse. Eu me senti tentada a estudar como se articulavam cultura, sociedade e saúde (mental e física) em uma pequena cidade de Minas Gerais. Como pesquisadora, tenho trabalhado em diferentes contextos culturais e estava consciente dos problemas de tradução de questionários e da necessidade de adequar os instrumentos de pesquisa às características das populações locais e via claramente qual poderia ser a minha contribuição nesse projeto. Através do convênio CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico)/FIOCRUZ (Fundação Oswaldo Cruz) obtive uma bolsa como Pesquisadora Visitante e tornei-me pesquisadora do Laboratório de Epidemiologia e Antropologia Médica do Centro de Pesquisas René Rachou da FIOCRUZ. A bolsa inicial foi concedida para o período

compreendido entre outubro de 1994 e 1996 (nível IIB) e a sua renovação, para o período compreendido entre outubro de 1996 e 1998 (nível IIA).

Entre 1994 e 1995, desenvolvi um projeto referente ao estudo antropológico sobre envelhecimento em Bambuí. O "O Estudo antropológico sobre o envelhecimento em Bambuí" tinha por objetivo avaliar as condições cotidianas de existência das pessoas idosas, vivendo nessa cidade, conhecer os principais problemas e as estratégias utilizadas por elas para enfrentá-los e identificar os fatores sociais, econômicos e culturais que intervêm positiva ou negativamente na qualidade de vida dos idosos. Os resultados deste estudo forneceriam parâmetros para a construção de um estudo epidemiológico, adequado à realidade social e cultural desta população.

A coleta de dados do "Projeto Bambuí" teve início em outubro de 1996 e está prevista para ser concluída em julho de 1997. O "Projeto Bambuí" é um projeto desenvolvido em colaboração entre o Laboratório de Epidemiologia e Antropologia Médica do Centro de Pesquisas René Rachou da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e o Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), contando com o apoio e a infra-estrutura do Posto Emmanuel Dias da FIOCRUZ, situado na cidade de Bambuí, e

financiamento da Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP). Este estudo tem por objetivo estabelecer uma comunidade laboratório, com o desenvolvimento de três principais projetos de pesquisa: (a) primeiro, implantação do sistema de informações em saúde para apoio à implantação do Sistema Único de Saúde (SUS); (b) segundo, inquérito de saúde em uma amostra probabilística da população da cidade (≥ 5 anos de idade), com ênfase no estudo da hipertensão arterial e aspectos psicossociais/saúde mental; (c) terceiro, estudo prospectivo da saúde dos idosos (população total ≥ 60 anos de idade), com ênfase em doenças cardiovasculares e aspectos psicossociais/saúde mental.

Os seguintes temas estão contemplados na fase da pesquisa executada entre 1996 a 1997: (I) *informações obtidas através de questionários (Questionário BHAS - The Bambuí Health and Aging Study Questionnaire)*: (A) Identificação e informações sócio-demográficas (*indivíduo e família*); (B) condições de saúde (*percepção sobre a própria saúde, história de hipertensão arterial, história de aumento de colesterol, história de sinais e sintomas selecionados, história de outras doenças e história familiar de diabetes e doenças cardiovasculares*); (C) uso de medicamentos prescritos e não prescritos por médicos; (D) uso de remédios caseiros; (E) utilização de serviços de saúde (*consultas médicas, internações hospitalares e cobertura*

previdenciária); (F) hábitos de vida (atividades físicas, uso de cigarros, rapé ou fumo, charuto e cachimbo, consumo de bebidas alcoólicas, hábitos alimentares); (G) aspectos psico-sociais (características da personalidade, recursos sociais e eventos da vida); (H) saúde reprodutiva (menarca, menopausa, história de gravidez, história de amamentação, uso de hormônios); (I) aspectos específicos para pessoas com 60 ou mais anos de vida (saúde inidividual, função física, ajuda nas atividades domésticas, acesso a serviços de saúde/cuidados de saúde, história ocupacional/recursos econômicos e atividades diárias); (J) saúde mental (humor e ansiedade, GHQ, hábitos de sono/insônia/sonolência, Cage, minimental; (II) informações obtidas através de exame físico: medidas antropométricas e medidas de pressão arterial; (III) informações obtidas através de exames laboratoriais: (A) contagem de hemácias, dosagem de hemoglobina, determinação do hematócrito, contagem global de leucócitos e contagem de plaquetas; (B) dosagens bioquímicas de glicose, creatinina, uréia, proteínas totais, albumina, ácido úrico, cálcio, fósforo, magnésio, colesterol total, colesterol HDL, LDL e VLDL e triglicérides; (C) pesquisa de anticorpos para o *Trypanozoma cruzi*. Aliquotas de soro, plasma e material celular estão sendo armazenadas na soroteca do Laboratório de Epidemiologia Médica do CPqRR-FIOCRUZ para investigações que se tornem relevantes no

futuro; (IV) informações obtidas através de outros exames: eletrocardiograma (Lima e Costa MFF. *Normas e Regulamentos do Projeto Bambuí*, 1996).

A Coordenadora do Projeto Bambuí é a Prof^a Maria Fernanda F. de Lima e Costa e eu sou a Vice Coordenadora. Sou a Principal Investigadora da área temática relativa a aspectos psico-sociais e saúde mental e fui responsável pela seleção e treinamento de entrevistadores do projeto. Diversas teses de doutorado e dissertações de mestrado de alunos de Cursos de Pós Graduação da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e da Escola Nacional de Saúde Pública (FIOCRUZ) estão sendo desenvolvidas como parte deste projeto. O projeto caracteriza-se pela colaboração interinstitucional, contando com a participação, além da equipe do Laboratório de Epidemiologia e Antropologia Médica do CPqRR/FIOCRUZ e do Departamento de Medicina Preventiva e Social da UFMG, do Departamento de Propedêutica Complementar, do Departamento de Psiquiatria e do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da UFMG, além de colaboração internacional com a Université de Montreal, University College London e University of London.

Em 1995, tornei-me Professora Orientadora do Curso de Pós Graduação em Saúde Pública, nível Mestrado, do Departamento de Medicina Preventiva e Social da

Universidade Federal de Minas Gerais, estando atualmente orientando duas dissertações. Em 1996, candidatei-me a uma vaga para o cargo de Professor Adjunto, em regime de 20 horas, do Departamento de Psiquiatria e Neurologia da Universidade Federal de Minas Gerais. Fui aprovada neste concurso e deverei assumir esta atividade em 1997. Este Departamento está criando o Curso de Pós Graduação em Psiquiatria, o que abre para mim a interessante perspectiva de, além das atividades de pesquisa, participar mais ativamente na formação de recursos humanos em psiquiatria e antropologia médica.

II PRODUÇÃO CIENTÍFICA

II.1 ABORDAGEM ANTROPO-PSIQUIÁTRICA DOS PROBLEMAS MENTAIS.

Trabalho 1:

Uchôa, E. *Les femmes de Bamako (Mali) et la Santé mentale. Une étude anthropopsyquiatrique*. Montréal, Université de Montréal, 1988. 370p. (Tese de doutorado).

Resumo:

Este estudo integra as perspectivas antropológica e psiquiátrica na abordagem dos problemas de saúde mental vivenciados por mulheres da África urbana. Esses problemas são estudados em referência à experiência e à história de algumas mulheres malienses da capital e ao contexto das profundas transformações sociais, culturais e econômicas que caracterizam o Mali atual.

Partindo dos desenvolvimentos recentes da psiquiatria cultural e da antropologia médica foi elaborada uma estratégia de pesquisa capaz de apreender a problemática de saúde mental em seus múltiplos aspectos.

Esse projeto implicou no recurso a diferentes tipos de dados. A literatura antropológica disponível serviu como primeira via de acesso à cultura bambara e, mais especificamente, ao universo feminino tradicional. Entrevistas coletivas com 12 grupos de mulheres e questionários individuais com 93 delas permitiram, em um segundo momento, situar a mulher de Bamako em seu universo transicional e identificar algumas linhas de tensão que atravessam esse universo. Estes dados permitiram, por sua vez, colocar em perspectiva e orientar a seleção de nove casos clínicos que constituem o ponto central da tese. Os casos clínicos foram identificados em diferentes espaços terapêuticos (hospital e centros tradicionais) e foram selecionados porque pareciam interrogar de forma significativa a relação entre a problemática de saúde mental e o contexto social e cultural.

O emprego de um modelo de análise "semiótico-experiencial" demonstrou que a introdução de novos valores e normas produz um obscurecimento dos limites culturalmente estabelecidos, favorece a transgressão desses limites e provoca indiretamente o aparecimento de situações de indefinição e ambiguidade. Além disso, demonstrou que transformações sócio-culturais rápidas e intensas introduzem contradições no nível simbólico, vindo comprometer a eficácia dos mecanismos que a cultura

desenvolve para reduzir a ambiguidade. Favorecendo o aparecimento de comportamentos e situações que se inscrevem mal na ordem anterior e tornando inoperantes os mecanismos culturais que facilitam a inserção social, as transformações sócio-culturais criam novos lugares de tensão que podem fragilizar os indivíduos particularmente vulneráveis.

A análise semiótico-experiencial do conjunto de casos clínicos fez surgir o dinamismo que liga indivíduos, eventos e códigos simbólicos que se superpõem em uma cultura em transformação e permitiu compreender a maneira pela qual essa cultura participa da construção, expressão e evolução dos problemas mentais.

Comentários:

Na época em que este estudo foi realizado, apesar do número progressivo de trabalhos sobre o assunto, e do amplo reconhecimento da influência exercida pela cultura no campo da saúde mental, as informações continuavam fragmentadas e as conclusões eram contraditórias com referência à extensão desta influência e aos princípios de sua ação. Dois elementos principais explicariam essa situação: a predominância das abordagens biomédicas nos estudos transculturais e a dificuldade de verdadeiramente integrar uma apreensão da cultura nesses estudos. A

revisão da literatura apontava a urgência de uma reflexão inovadora sobre as relações entre doença mental e cultura.

Minha experiência como psiquiatra em São Tomé e Príncipe e no Brasil, minha dupla formação, como psiquiatra e como antropóloga, e meu próprio objeto de tese - saúde mental de mulheres vivendo na África urbana - situavam-me na intersecção entre a psiquiatria e a antropologia e desafiavam-me a ultrapassar os limites de uma e outra disciplina e a integrar em um modelo de análise conceitos básicos das duas disciplinas. Modelos conceituais propostos, durante os últimos anos, por pesquisadores e clínicos alimentaram minha própria reflexão teórica e contribuíram para a construção de um modelo de análise que eu chamei de "semiótico-experiencial". Nesse modelo, os problemas mentais são concebidos dentro de uma dupla perspectiva: eles são encarados como desestruturações mais ou menos profundas vivenciadas por indivíduos particulares e como construções culturais e simbólicas. O ponto central da análise constitui a investigação das interações entre a experiência de indivíduos particulares e seus universos social e cultural. O modelo de análise semiótico-experiencial re-integra o sujeito e o contexto no interior do processo interpretativo, investiga as articulações entre as dimensões fenomenológica e sócio-cultural na atribuição do significado aos eventos patológicos e

examina suas repercussões sobre o processo do adoecer e sua evolução.

Este estudo trouxe algumas contribuições importantes ao campo da psiquiatria cultural. Ele forneceu um modelo original e promissor para análise antro-po-psiquiátrica dos problemas mentais. Além disso, colocou em evidência a articulação entre profundas transformações sócio-culturais que caracterizam o Mali atual e diferentes histórias pessoais que se constroem nesse contexto ultrapassando tanto o nível geral da informação contida nos estudos etnográficos clássicos quanto a postura naturalista que caracterizou durante muitos anos os estudos transculturais em psiquiatria.

Este estudo resultou na minha tese doutorado em Antropologia pela Université de Montréal. O Professor Gilles Bibeau, na época diretor do Departamento de Antropologia da Université de Montréal, e a Professora Ellen Corin, professora do Departamento de Psiquiatria da Universidade McGill, contribuíram fortemente para a realização deste trabalho, ele como meu orientador de tese e ela como co-orientadora.

Trabalho 2

Uchôa, E. Culture et santé mentale: réflexions autour d'un cas clinique au Mali. *Santé, Culture, Health*, 6, 2:135-147, 1989.

Resumo:

Dados clínicos constituem o ponto de partida para uma reflexão sobre as relações entre doença mental e cultura. A experiência de Awa, uma jovem mulher de Bamako, é re-integrada no contexto diversificado e contraditório que caracteriza o Mali atual. A análise começa com a identificação das diferentes interpretações que se alternam na atribuição do significado ao problema da jovem. A partir daí, a autora investiga as relações entre as interpretações propostas por vários agentes e a posição específica que cada um deles ocupa no contexto sócio-cultural maliense. Em conclusão, é examinado o impacto destas diversas interpretações na evolução da experiência patológica.

Comentários:

O caso de Awa é um dos nove casos clínicos analisados em minha tese de doutorado. Ele ilustra o interesse de investigar sistematicamente o processo de construção da ou

das significações dos problemas psiquiátricos vividos por um indivíduo particular.

No momento em que foi realizado esse estudo, a maioria dos trabalhos antropológicos nesse campo portavam sobre contextos homogêneos. Isto que pode ter influenciado a ênfase colocada por estes estudos na necessidade de se chegar a um consenso entre todos envolvidos (doente, famílias e terapeutas) sobre a significação dos problemas. No caso de Awa, a análise de dados coletados em um meio muito diversificado e heterogêneo leva a focalizar a diversidade de interpretações. É interessante notar como a ansiedade, a insônia e o humor depressivo dão lugar a interpretações muito diversas que evocam cada uma delas universos culturais diferentes e posições específicas ocupadas na sociedade maliense pelas diversas pessoas interrogadas. Fica claro que é em função de sua posição estrutural específica no campo social e cultural que cada um dos atores insere os sinais patológicos em um sistema interpretativo particular. Essa diversidade de interpretações ilustra a pluralidade de códigos simbólicos que coexistem na sociedade maliense, o caráter transicional dessa sociedade e reflete diferentes maneiras de inserir-se nela. O interesse desse tipo de análise se situa na possibilidade de reconstruir as interações entre indivíduo e contexto que permeiam o processo de reestruturação da experiência patológica.

Trabalho 3

Uchôa E., Espace devolu, espace désiré, espace revendiqué. Indifférentiation et folie d'Ajaratou, *Anthropologie et Sociétés*, 17, 1/2: 157-172, 1993.

Resumo:

A loucura de Ajaratou é analisada em referência ao contexto das profundas transformações sócio-culturais que caracterizam o Mali atual. Um modelo de análise antropsiquiátrico examina esse contexto mais perto e o integra na interpretação dos problemas vividos por essa mulher maliense. Dentro desta perspectiva, os dados clínicos principais foram apreendidos como signos enraizados em uma história pessoal e em um universo cultural no qual os eventos (fatos, situações, ações, sintômas) tornam-se inteligíveis. A análise propriamente dita procurou reconstruir o caminho seguido por Ajaratou, no contexto complexo e interativo de eventos, de indivíduos, de normas sociais e de códigos simbólicos, para contruir e expressar sua vivência.

Comentários:

O caso de Ajaratou é também um dos nove casos analisados em minha tese de doutorado. Ele ilustra o interesse de

investigar sistematicamente a interação entre indivíduo e contexto que sustenta a construção das diversas formas de experiência humana (doenças, sintomas, etc.).

Representantes da corrente interpretativa em antropologia forneceram os elementos básicos para a construção de um quadro teórico metodológico capaz de ultrapassar o naturalismo implícito nas abordagens psiquiátricas clássicas e de apreender a mediação que exercem os processos sociais e culturais na construção e expressão dos problemas psiquiátricos. Entretanto, a análise de casos clínicos dentro dessa perspectiva, era praticamente inexistente na época em que foi desenvolvido esse estudo.

O emprego do modelo semiótico experiencial ao caso de Ajaratou permitiu abordar sua loucura como uma realidade significativa e analisar a maneira pela qual as significações iam se construindo no interior de uma história e em referência a um contexto sócio-cultural específico.

Trabalho 4:

Uchôa E. Os *jinéw*: destino, doença e cura de Kadiatou, (submetido para publicação)

Resumo:

No presente artigo, a narrativa de Kadiatou sobre sua história, sua doença e sua cura serve de ponto de partida para uma análise do processo de construção do significado da experiência e de suas repercussões sobre a evolução da história pessoal.

A narrativa de Kadiatou evoca a um idioma e a um contexto cultural específicos; ela evoca, também, um conjunto original de eventos e conta como, no interior de uma história e na interação com um contexto específico, cada evento vai se tornando significativo. O presente artigo visa explorar essa conjugação entre elementos culturais e elementos pessoais na atribuição de significado dos eventos e na construção da experiência individual.

Comentários:

São clássicos os estudos sobre as interpretações tradicionais das doenças na África. Os estudos antropológicos focalizam principalmente a estruturação cultural e a função social das interpretações e terapias

tradicionais; os estudos etnopsicológicos se interessam pelo impacto psicológico dessas interpretações e terapias. O presente estudo focaliza a articulação entre elementos sócio-culturais e psicológicos que atravessa o processo do adoecer e da cura.

A narrativa que faz Kadiatou de sua evolução pessoal, de sua doença e de sua cura, evoca fundamentalmente a história de sua iniciação ao *jinéton* (culto de possessão pelos *jinéw*). Por esta razão decidi centrar-me sobre esta história, sobre as características dos *jinéw*, sobre as relações que eles mantinham entre eles e com as pessoas da família de Kadiatou e sobre o modo e o momento em que a aliança tinha sido feita para tentar compreender como o caminho seguido por Kadiatou no interior de dois cultos de possessão, tinha contribuído para que ela progressivamente resolvesse seus problemas e se sentisse curada.

Os *jinéw*, elementos centrais na narração de Kadiatou, eram o idioma cultural usado por Kadiatou para construir e expressar sua experiência; e somente ao interior desse idioma sua história se tornaria compreensível. A perspectiva antro-po-psi-quia-trica, empregada no estudo, deu acesso a esse idioma, inscreveu a experiência de Kadiatou em um contexto sócio-cultural específico e permitiu analisar o papel desse contexto na gênese, forma de

expressão e resolução conflitos vividos por essa jovem mulher maliense.

II.2 ABORDAGEM ETNOGRÁFICA DAS REPRESENTAÇÕES E COMPORTAMENTOS NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL

Trabalho 5:

Corin E., Uchôa E., Bibeau G., Harnois G. *Attitudes in the field of mental health: Theoretical and methodological Guidelines for an ethnographic and comparative study*. Who Collaborating Center, Douglas Hospital, Montreal, 1989, 69p.

Resumo:

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que, através do mundo, pelo menos quarenta milhões de pessoas sofram de problemas mentais graves como a esquizofrenia, e que não menos de duzentos milhões sejam incapacitados por distúrbios mentais mais leves e por problemas neurológicos. Uma política mundial de saúde mental centrada unicamente sobre instituições centralizadas e sobre a ação de psiquiatras, raros em várias regiões do mundo, é insuficiente para contrapor um problema com tais dimensões.

Partindo dessas constatações a Organização Mundial da Saúde adotou, nestes últimos anos, uma política de saúde

mental orientada para a descentralização de recursos. Nesse contexto, a descentralização dos serviços existentes, a integração dos serviços psiquiátricos nas unidades de cuidados gerais, a formação de não especialistas e o aumento da participação da comunidade em vários níveis são componentes principais de uma política de saúde mental, visando atingir o objetivo fixado pelos países membros da organização: *Saúde para todos no ano 2000*.

Um dos aspectos importantes dessa nova política é o fato que ela integra uma maior participação da comunidade, implicando assim na necessidade de um melhor conhecimento das atitudes e comportamentos da coletividade que podem influenciar significativamente a implantação e o desenvolvimento dos diversos programas de saúde mental. Na realidade, as orientações gerais da Organização Mundial da Saúde não se concretizam através do mundo em políticas e práticas semelhantes; as escolhas privilegiadas refletem possibilidades e obstáculos específicos aos diferentes meios; paralelamente, o sucesso das ações desenvolvidas nas diversas regiões dependem das atitudes e comportamentos específicos das populações particulares frente aos doentes mentais e aos recursos que lhes são destinados.

O presente trabalho fornece parâmetros para a realização de um estudo internacional e comparativo sobre as atitudes

no campo da saúde mental. Ele é desenvolvido em quatro partes distintas. A primeira descreve o quadro geral no qual se desenvolveram os estudos sobre atitudes no campo da saúde mental. As duas partes seguintes examinam a pertinência e a possibilidade de desenvolver um estudo sobre as atitudes em diferentes contextos culturais. A quarta parte esboça as grandes linhas de uma estratégia de pesquisa capaz de responder às exigências de tal estudo.

Comentários:

Nos países desenvolvidos, o movimento da desinstitucionalização psiquiátrica provocou um deslocamento do centro de interesse no campo das pesquisas sobre atitudes - passa-se do nível das doenças ao nível dos doentes e do plano de conhecimentos sobre as primeiras para aquele das reações e interações com os segundos. Entretanto, a distinção entre estes níveis não foi, na maioria das vezes, levada em consideração pelos vários pesquisadores, tanto na elaboração de estratégias de pesquisa quanto na análise dos resultados obtidos. Por essa razão, os resultados das pesquisas sobre atitudes eram dificilmente transponíveis em termos de políticas de intervenção na área da saúde mental.

Uma revisão crítica da literatura demonstra a pertinência de prosseguir as pesquisas sobre atitudes, mas também a

necessidade de reorientá-las radicalmente. O presente estudo responde ao desafio fornecendo parâmetros básicos para a construção de um estudo sobre as atitudes que possa servir como instrumento de planejamento no campo da saúde mental. Ele propõe uma redefinição dos objetivos específicos das pesquisas sobre atitudes em função: a) da problemática de saúde mental, tal qual ela se manifesta em diferentes contextos culturais, b) do sistema terapêutico existente e c) das características sócio-culturais das regiões. Estes objetivos implicam no desenvolvimento de uma estratégia de pesquisa capaz de apreender as particularidades locais sem perder de vista a comparação dos dados coletados em diferentes contextos culturais. Tal exigência resulta em uma proposta de sistematização de um estudo de tipo etnográfico.

Este estudo foi coordenado pela Professora Ellen Corin e desenvolvido na Unidade de Pesquisa Psicossocial do Hôpital Douglas. Como pesquisadora em pós-doutorado, participei ativamente das diversas etapas necessárias à sua realização: revisão da literatura, elaboração de instrumentos e métodos de pesquisa, contatos com equipes locais e redação do texto.

Trabalho 6:

Corin E., Uchôa E., Bibeau G., Koumaré B., Coulibaly B., Coulibaly M., Mounkoro P., Sissoko M. La place de la culture dans la psychiatrie africaine d'aujourd'hui: paramètres pour un cadre de référence. *Psychopathologie Africaine*, 24, 2:149-181, 1992.

Resumo:

Na África, o desenvolvimento de serviços de saúde mental articulados sobre os serviços de atenção primária em saúde têm se substituído às tentativas de desenvolver modelos de prática institucional sensíveis à realidade cultural africana. Essa evolução exige uma reformulação da questão da especificidade da psiquiatria africana.

O programa de pesquisa apresentado no presente trabalho visa traçar um perfil da maneira como os problemas de saúde mental são social e culturalmente elaborados (isto é, identificados, percebidos, interpretados) em uma África em transformação; ele visa, também, precisar o lugar ocupado pelos serviços psiquiátricos no conjunto mais amplo de ações terapêuticas. Esta abordagem foi experimentada e testada no Mali em um estudo focalizando três grupos étnicos em meio urbano e para um deles em uma comparação urbano-rural.

As orientações gerais do estudo são discutidas em referência aos debates recentes sobre o estatuto da cultura na prática psiquiátrica atual. As orientações propostas são situadas no contexto do interesse e dos limites de trabalhos realizados dentro de quatro orientações de pesquisa: abordagens epidemiológicas, etnopsicológicas, clínicas e antropológicas.

Trabalho 7:

Corin E., Uchôa E., Bibeau G., Koumaré B. Articulations et variations des systèmes de signes, de sens et d'actions, *Psychopathologie Africaine*, 24,2:183-204. 1992.

Resumo:

A metodologia do programa de pesquisa desenvolvido no Mali deveria alcançar um duplo objetivo: 1) dar acesso à especificidade das representações e práticas em um meio particular; 2) permitir a comparação com dados coletados em outros meios. Os autores examinam a possibilidade de alcançar esses objetivos delimitando o campo dos problemas de saúde mental. O estudo dos sistemas de signos, significados e ações é realizado a partir de uma análise da prática dos atores; essa prática é reconstruída com base nas narrativas de informantes chave relativas a casos

conhecidos e através da história de pacientes em tratamento. A identificação dos casos é feita a partir de onze registros de manifestações ou de comportamentos potencialmente psicopatológicos; um estudo piloto permitiu exprimi-los em expressões locais. Os autores apresentam a maneira pela qual foram explorados os signos identificados para decidir se existe um problema, a gravidade percebida, as causas invocadas para explicar esses problemas e as reações e ações desencadeadas por eles. Os autores indicam as grandes linhas da análise, visando identificar os organizadores dos sistemas de signos, significados e ações e sua articulação com o contexto social e cultural global. O lugar e a função atribuídos ao hospital psiquiátrico são examinados nesse contexto. Para investigar a diversidade urbana e as transformações ligadas à urbanização foram estudados três grupos étnicos vivendo em Bamako: os Bwa, os Bambara e os Soninké, assim como os Bambara, vivendo em meio rural. Foram coletados 122 casos conhecidos e 24 histórias de casos em tratamento.

Comentários dos trabalhos 6 e 7:

O programa de pesquisa apresentado nesses trabalhos tinha por objetivo desenvolver uma abordagem dos problemas mentais na África capaz de integrar uma dupla perspectiva: assumir plenamente a prioridade dada à política de cuidados de atenção primária nos países africanos e

introduzir nesse quadro a questão da especificidade do contexto africano.

Tendo em vista tal objetivo foram definidos conceitos e instrumentos metodológicos para investigar a construção cultural e social dos problemas de saúde mental em diferentes contextos regionais. Esta abordagem foi desenvolvida e testada no Mali, onde ela permitiu a coleta de dados empíricos. Os trabalhos 6 e 7 apresentam os princípios teórico-metodológicos e alguns resultados preliminares que já ilustram o grande potencial do programa.

Este estudo é o resultado de uma colaboração entre clínicos pertencendo a uma equipe psiquiátrica maliense e pesquisadores vinculados ao Centro colaborador da OMS localizado em Montréal. As duas equipes compartilham a preocupação comum de aumentar a adequação social e cultural dos serviços de saúde mental. Este estudo constitui também a base do estudo internacional e comparativo sobre as atitudes no campo da saúde mental (ver trabalho no 5). Equipes da Costa do Marfim, da Índia, do Peru, do Brasil e da Itália foram progressivamente integrando o estudo.

Esses trabalhos foram coordenados pelos Professores Ellen Corin e Gilles Bibeau. Eu coordenei os trabalhos de campo,

fui responsável pela seleção e treinamento dos entrevistadores, assim como pela adequação e teste de instrumentos e participei ativamente da codificação, análise e interpretação dos dados.

Trabalho 8

Représentations culturelles e disqualification sociale. L'épilepsie dans trois groupes ethniques au Mali, *Psychopathologie Africaine*, 25, 1:33-57, 1993.

Resumo:

Este artigo analisa dados coletados junto aos Bambara, Soninké e Bwa do Mali no quadro de uma pesquisa realizada na África sobre os *sistemas de signos, significados e ações* em saúde mental. A análise de narrativas de 15 casos de epilepsia permitiu identificar três registros principais, organizando o conjunto de percepções e interpretações relativas a essa afecção: o carácter imprevisto e repetitivo da crise, a aparência (da crise e do doente) e o sofrimento do doente. Esses três registros se abrem sobre uma rede de significações culturais associadas à epilepsia e sobre uma grande diversidade de reações frente às pessoas sofrendo dessa doença. Só a referência às regras regendo as relações sociais nos

grupos estudados permite compreender a maneira diferencial pela qual essa rede de significações é traduzida em ações e reações concretas frente aos epiléticos. Os autores discutem as implicações desses dados para as intervenções.

Trabalho 9

Uchôa E., Corin E., Bibeau G., Koumaré B., Koné D.
Cultural Constructs of Epilepsy in Mali and the Ivory Coast, (submetido).

Resumo:

O presente artigo focaliza narrativas sobre casos de epilepsia na África e procura entender como as características das sociedades africanas pode influenciar a maneira como as pessoas lidam com essa doença. Os dados foram coletados através de entrevistas abertas com informantes chave selecionados em seis grupos étnicos, três do Mali e três da Costa do Marfim. Termos locais foram utilizados para identificar casos conhecidos pelos informantes. Para cada caso identificado foram investigados os signos associados ao início e à evolução da doença, as interpretações, as reações expressas frente ao doente e as ações terapêuticas realizadas. A análise antropológica dos discursos sobre os signos permitiu

identificar três registros organizadores: a imprevisibilidade e o carácter repetitivo da crise, a aparência e o sofrimento do doente. Esses registros conjugam redes de significações culturais que modelam percepções, explicações etiológicas e comportamentos relativos à epilepsia. A heterogeneidade de ações e reações frente à epilepsia pode ser entendida em referência às regras sociais e condições específicas do contexto que vem mediar as relações entre lógicas culturais e comportamentos concretos. A partir daí, os autores discutem as implicações para as intervenções.

Comentários dos trabalhos 8 e 9:

A epilepsia é um grande problema de saúde pública na África; apesar do baixo custo e da eficácia do tratamento biomédico, a maioria dos epiléticos continuam sem tratamento. Crenças culturais e práticas terapêuticas específicas existentes no contexto africano podem ser responsáveis por isso. Entretanto, ainda hoje, muito poucos estudos focalizam episódios atuais da doença o que esclareceria como as crenças culturais modelam situações concretas e reações específicas frente aos epiléticos.

Os dois trabalhos referidos acima focalizam precisamente casos concretos de doença reconstruídos através de minuciosas entrevistas realizadas no quadro do programa de

pesquisa referido nos trabalhos 6 e 7. A investigação sistemática dos encadeamentos de signos, explicações, reações e ações resultou em um conjunto de 25 narrativas de grande riqueza. A análise do conjunto de narrativas revelou que a desvalorização, a não adesão e a descontinuidade que caracterizam as relações entre doentes e tratamento biomédico, assim como as atitudes de rejeição, discriminação e medo que caracterizam as reações da comunidade frente aos epilépticos são profundamente arraigados nas culturas locais. Entretanto a análise revela também que diversos elementos do contexto pessoal e social podem influenciar as reações e ações concretas frente à epilepsia e aos epilépticos. Tais resultados são de grande importância tanto para o planejamento de intervenções eficazes quanto para o aprofundamento do conhecimento atual sobre a questão.

Trabalho 10

Corin E., Bibeau G., Uchôa E. Éléments d'une sémiologie anthropologique des troubles psychiques chez les Bambara, Soninké e Bwa do Mali, *Anthropologie et Sociétés*, 17, 1-2:125-156, 1993.

Resumo:

A coleta de narrativas de casos de pessoas, sofrendo de problemas psíquicos, permitiu mostrar que a semiologia popular (marcadores que servem para determinar a presença de um problema) se organiza em torno de algumas categorias chave, que variam segundo a etnia e refletem dinâmicas relacionais, valores culturais, concepção de pessoa e visão do mundo proeminentes nessa etnia. A análise focaliza uma comparação da importância relativa dos problemas relacionais e dos comportamentos de isolamento, das conotações que lhe são associadas e de sua inserção em uma trama semiológica e narrativa, nos grupos étnicos Bambara, Soninké e Bwa. Ela ressalta o enraizamento das semiologias populares em um contexto supranarrativo determinado por culturas particulares, assim como em um processo de organização mais geral. A análise contrasta a articulação das narrativas com as configurações culturais que lhe servem de pano de fundo.

Comentários:

De uma maneira geral, os antropólogos haviam focalizado em seus estudos muito mais o simbolismo dos rituais e os processos terapêuticos do que uma descrição detalhada dos signos e sintomas apresentados pelos doentes; os problemas que determinam o recurso aos rituais são geralmente descritos em termos gerais e muito pouca atenção é dada à variabilidade dos modos de expressão. O autores que se interessaram à semiologia, o fizeram dentro da perspectiva da etnociência e tentaram reconstruir classificações locais das doenças a partir de seus nomes e de signos e sintomas que lhe correspondessem; o objetivo principal desses estudos era identificar os princípios gerais dessas classificações. O presente artigo analisa a semiologia popular, focalizando particularmente a modulação cultural das formas de expressão dos problemas de saúde mental e conclui que não existem signos perfeitamente "naturais"; as formas de expressão dos problemas psiquiátricos são intrinsecamente permeados pela cultura e pela estrutura social. As conclusões deste estudo têm grande interesse pragmático, pois é o reconhecimento de um problema que viabiliza ações face a ele. As narrativas analisadas nesse artigo foram coletadas no Mali (n=122) no contexto do projeto de pesquisa referido nos trabalhos no 6 e 7.

II.3 ANTROPOLOGIA E EPIDEMIOLOGIA

Trabalho 11

Uchôa E., Vidal J. M. Antropologia Médica: Elementos conceituais e Metodológicos para uma Abordagem da Saúde e da Doença, *Cadernos de Saúde Pública*, 10, 4:497-504, 1994.

Resumo:

O artigo discute a pertinência, as especificidades e as potencialidades da perspectiva antropológica na abordagem da saúde e da doença. A antropologia Médica é apresentada como uma perspectiva complementar e enriquecedora na abordagem dos problemas de saúde pública. A influência do universo social e cultural sobre as percepções e ações em saúde é exemplificada e comentada em referência a estudos realizados junto a diferentes populações. Elementos conceituais e metodológicos centrais são apresentados e integrados à proposta de sistematização do estudo das "maneiras de pensar e agir" face a diferentes problemas de saúde. A contribuição específica da abordagem antropológica é discutida em termos da efetividade dos programas de saúde pública.

Comentários:

Este artigo constitui um trabalho teórico e metodológico que introduz , de certa forma, uma nova fase em minha trajetória profissional.

Uma revisão da literatura disponível demonstra que embora estudos realizados nas diferentes regiões do mundo ressaltem a influência que exercem os contextos sociais e culturais sobre as "maneiras de pensar e agir" de populações específicas, o planejamento de intervenções preventivas e terapêuticas na área da saúde é raramente fundamentado no conhecimento prévio das maneiras típicas de pensar e agir de populações junto às quais se quer intervir. Neste contexto é situada a pertinência, e mesmo, a urgência de empregar a antropologia como perspectiva complementar na abordagem dos problemas de saúde pública. Após apresentar elementos conceituais e metodológicos que intervêm de maneira fundamental na construção do conhecimento antropológico, é proposto um quadro de referência para o estudo sistemático das representações e comportamentos associados à saúde e à doença.

Na realidade, o modelo teórico-metodológico proposto é o da análise de *signos, significados e ações* elaborado, testado e empregado no projeto sobre as atitudes no campo da saúde mental referido nos trabalhos 5,6,7,8,9 e 10.

Minha familiaridade com esse modelo e o reconhecimento de seu potencial na sistematização da pesquisa antropológica na área da saúde mental, me levaram a propor uma extensão de seu campo de aplicação a outras áreas da saúde. Na medida em que permite identificar os diferentes elementos do contexto que intervêm na identificação do que é problemático, na decisão de tratar ou não um problema e na escolha do terapeuta adequado, este modelo vai de encontro a algumas das questões fundamentais no campo da saúde pública.

Trabalho 12

Uchôa E. Epidemiologia e Antropologia. Contribuições a uma abordagem dos aspectos transculturais da depressão, in *Ciências Sociais e Saúde*, Hucitec-Abrasco (em publicação).

Resumo:

No presente artigo a autora introduz as abordagens epidemiológica e antropológica, analisa as relações entre elas, situa suas divergências nos planos conceitual e metodológico e suas contribuições específicas a um campo de estudo comum. Dados africanos ilustram os impasses e as contribuições concretas de uma e outra abordagem para o conhecimento dos aspectos transculturais da depressão. O

reconhecimento das especificidades e dos limites da epidemiologia e da antropologia faz surgir a necessidade de uma abordagem complementar entre essas disciplinas.

Comentários:

De certa forma em continuidade com o estudo no.11, este artigo trabalha com mais profundidade a questão do caráter multidimensional do fenômeno saúde-doença e da necessidade de abordá-lo em suas múltiplas dimensões. Antropologia e epidemiologia, duas disciplinas distintas e classicamente vistas como inconciliáveis, são situadas em função de suas premissas, de seus objetivos e de suas opções metodológicas. A justaposição entre essas duas disciplinas deixa claro divergências no plano conceitual e metodológico, mas também evoca dois aspectos distintos e indissociáveis do fenômeno saúde doença, apontando assim para a urgência de transcender limites disciplinares e ampliar o contexto levado em conta tanto na leitura dos processos patológicos quanto no planejamento de intervenções em saúde. A complementaridade entre a antropologia e a epidemiologia é concretamente ilustrada a partir de uma revisão crítica de alguns dos estudos epidemiológicos disponíveis sobre a depressão na África e de uma análise antropológica de casos de *dussukassi*, categoria popular maliense que apresenta analogias com a depressão.

Trabalho 13

Uchôa E., Guerra H.L., Firmo J.O. A., Lima e Costa M.F.F.,
Signs, Meanings and Actions associated to Schistosomiasis
mansoni in a Small Village in Brazil, *Curare*, (em
publicação).

Resumo:

O presente estudo visa esclarecer as razões pelas quais um programa de controle da esquistossomose desenvolvido durante um período de mais de 10 anos em uma localidade do sudeste do Brasil foi incapaz de reduzir a prevalência da infecção pelo *S. mansoni*. Os dados foram coletados através de entrevistas com informantes chave e de observação sistemática das atividades desenvolvidas pela população nos pontos de água. A análise de conteúdo das narrativas reconstruídas com os informantes mostra que a maior parte deles tem bom conhecimento (biomédico) da gravidade da doença e do papel desempenhado pela água na transmissão da esquistossomose. Entretanto, esse conhecimento não parece ter afetado os hábitos dos informantes; grande parte deles continua tendo contato com águas contaminadas de riachos, lagoas, lagos e poços. A observação sistemática dos comportamentos da população relativos à água confirma esse dado e vem relativizar a importância do abastecimento de água nos domicílios da área estudada (cerca de 90% das possuem água encanada) pois a bomba que supre a localidade

passa grande parte do tempo sem funcionar. Outro dado da maior importância é a influência que exerce o universo de crenças e valores sobre a atribuição de significado e a ação face ao evento. A análise das narrativas revela que a informação recebida é muitas vezes re-interpretada, em função de crenças tradicionais.

Trabalho 14

Lima e Costa M.F., Guerra H.L., Pimenta Júnior F.G., Firmo J.O.A., Uchôa E. Avaliação do programa de controle da esquistossomose (PCE/PCDEN) em municípios situados na bacia do Rio São Francisco, Minas Gerais, Brasil, *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 29, 2:117-126, 1996.

Resumo:

Foi feita uma avaliação do programa de controle da esquistossomose (PCE/PCDEN) na região da Bacia do Rio São Francisco em Minas Gerais. A área em estudo compreende seis municípios, com 130000 habitantes e 916 localidades em uma área de 10722km². As atividades tiveram início em quatro municípios entre 1983 e 1985 e em dois outros em 1987. As principais medidas de controle adotadas foram tratamentos sucessivos com oxaminiquine e aplicações de

niclosamida em coleções hídricas. A prevalência da infecção pelo *schistosoma mansoni* nos primeiros quatro municípios, que inicialmente estava entre 18 e 32%, diminuiu abruptamente após a primeira intervenção (1984/85) e permaneceu em níveis inferiores aos iniciais até a última avaliação realizada (1990/94); tendência semelhante foi observada para a proporção de caramujos infectados. Nestes municípios, a proporção de localidades sem a infecção ou com prevalências inferiores a 5% aumentou em detrimento daquelas com níveis mais altos de prevalência. Nos dois outros municípios, com prevalências iniciais inferiores a 5%, não foram observadas mudanças substanciais nos indicadores endêmicos; a relação custo benefício do programa nos últimos municípios deve ser avaliada e as prioridades redirecionadas para erradicar as áreas focais e prevenir a expansão para áreas indenes. Os autores chamam a atenção para as dificuldades a longo prazo de um programa de controle fundamentado em tratamentos sucessivos. Informações sobre os fatores determinantes da infecção pelo *S. mansoni* em cada localidade, ou em conjunto de localidades semelhantes, permitiriam a elaboração de medidas complementares ao tratamento mais duradouras e menos dependentes da contínua utilização deste.

Comentário dos trabalhos 13 e 14:

Os trabalhos 13 e 14 foram desenvolvidos no projeto "Avaliação do impacto de programas IEC/MC no controle de doenças endêmicas no nordeste brasileiro". Este projeto foi financiado pelo banco Mundial e desenvolvido em colaboração entre a FNS, a UFMG e a FIOCRUZ. Em Minas Gerais este projeto foi coordenado conjuntamente por mim e pela Professora Maria Fernanda Furtado de Lima e Costa, com a responsabilidade de desenvolvimento do desenho do estudo, da condução do trabalho de campo e da interpretação dos resultados. A característica principal do projeto é integração entre as abordagens epidemiológica e antropológica. Esta integração inova e enriquece as abordagens mais tradicionais em saúde pública.

O trabalho 13 ilustra a aplicação do modelo de *signos, significados e ações* ao campo da esquistossomose. Seu emprego nesse campo ampliou o contexto das variáveis julgadas pertinentes e integrou uma apreensão dos fatores sociais e culturais que intervêm na adoção de comportamentos de proteção ou risco, na utilização dos serviços médicos e na participação efetiva aos programas de saúde. Os resultados desse estudo colocam em evidência a existência de um processo complexo e interativo entre elementos ambientais e simbólicos que determina formas típicas de pensar e agir em populações específicas. Estes

resultados permitem questionar o pressuposto básico de muitas campanhas educativas de que a informação gera uma transformação automática de comportamentos frente às doenças e demonstram a necessidade de fundamentar os programas de educação e controle em um conhecimento prévio das características sociais, culturais e ambientais populações junto as quais se quer intervir.

O estudo 14 é um exemplo da articulação entre o trabalho acadêmico e a prática em serviços de saúde; trata-se de uma avaliação epidemiológica em serviços de saúde. As avaliações de programas de controle da esquistossomose no Brasil, compreendendo grandes áreas de abrangência, são relativamente raras. Pelo meu conhecimento, os únicos registros de avaliação deste programa referiram-se ao Programa Espacial de Controle da Esquistossomose (PECE) na região nordeste (Almeida Machado, 1981; Coura JR e Cols, 1987). A dimensão da extensão do Programa de Controle da Esquistossomose (PCE/PCDEN) na região da Bacia do São Francisco em Minas Gerais pode ser avaliada pelos seguintes indicadores: entre 1983 e 1994 foram realizados 487.337 exames de fezes, foram realizados 179.351 tratamentos, foram utilizadas 330.961 cápsulas de oxaminiquine e 430.884 ml de xarope deste medicamento, foram capturados 225.489 caramujos e foram utilizados 221,9 kg de niclosamida. A cobertura das atividades foi alta: dos 535.715 indivíduos elegíveis para coproscopia

entre 1984 e 1994, 487.237 (91%) foram examinados para classificação da espécie e infecção pelo *S. mansoni*; dos 213.196 indivíduos elegíveis para o tratamento 179.351 (84,2%) foram tratados. O presente trabalho consistiu na análise da cobertura e das séries temporais (entre 1983 e 1994) dos índices de infecção em planorbídeos e da prevalência da infecção pelo *S. mansoni* entre os habitantes de seis municípios, compreendendo 916 localidades com 130.655 habitantes.

II.4 CONTRIBUIÇÕES AO DEBATE ATUAL SOBRE A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO PSIQUIÁTRICA

Trabalho 15

Uchôa E., Teoria e prática, *O risco*, 5,1:12, 1995.

Resumo:

De uma maneira geral, os textos que alimentam o debate atual sobre a desinstitucionalização em psiquiatria se dividem entre aqueles que advogam "por" ou "contra" esse movimento. No presente artigo, a autora introduz alguns elementos de reflexão que deslocam o centro do debate. Não cabe uma interrogação sobre os fundamentos da reforma psiquiátrica em Minas Gerais, ou de uma lei que visa regulamentá-la, mas sobre os elementos do contexto que sustentarão sua aplicação.

Trabalho 16

Uchôa E., Desinstitucionalização: teoria e prática, in *Lei carlão em debate*, Associação Mineira de Psiquiatria, 1995:26-32.

Resumo:

Dentro de um movimento nacional que visa a desinstitucionalização psiquiátrica, vários estados brasileiros tiveram suas leis aprovadas. Em Minas Gerais, um dos pontos polêmicos gerados pela promulgação da lei sobre a promoção da saúde e da reinserção social do portador de sofrimento mental é a determinação da extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos. A autora não questiona a proposta em si, mas a descontextualização (social, cultural e econômica) da mesma. Negligenciando a capacidade, o interesse e a disponibilidade de famílias, comunidades e profissionais a integrar o processo, a lei mineira tenta impor transformações radicais que geram apreensão e resistência, transformando seus agentes potenciais em seus principais opositores. Uma proposta que ultrapassa os limites e o ritmo impostos pelo contexto ameaça o próprio processo de desinstitucionalização psiquiátrica.

Comentários sobre os trabalhos 15 e 16:

Estes dois trabalhos re-orientam o debate atual sobre a desinstitucionalização psiquiátrica. Uma reflexão sobre experiências concretas e sobre diversos elementos do contexto que podem dificultar ou facilitar o processo de desinstitucionalização em psiquiatria demonstra a necessidade de fundamentar políticas de saúde mental no conhecimento prévio das características sócio-culturais, econômicas e técnicas da sociedade junto a qual se quer intervir.

II.5 RESENHAS DE LIVROS:

Trabalho 17

Uchôa E., Review of "A descent into African Psychiatry by Joop T.V.M. de Jong, Amesterdam: Royal Tropical Institute, 1987", *Transcultural Psychiatry Research Review*, 26:132-136, 1989.

Resumo:

O livro focaliza a pesquisa e a prática em saúde mental na Guiné Bissau de hoje. É um dos raros estudos disponíveis em inglês sobre a psiquiatria na África lusofone, constituindo-se em uma importante contribuição nesse campo. O livro reflete a extensa experiência do autor na Guiné Bissau como psiquiatra clínico, planejador e pesquisador e apresenta uma interessante estratégia de pesquisa que combina as perspectivas antropológica, epidemiológica e clínica.

Trabalho 18

Uchôa E. , Review of "Parallel Worlds: An Anthropologist and a Writer Encounter Africa by Alma Gottlieb & Philip Graham", *África* (aceito para publicação em 1995).

Resumo :

O livro é uma fascinante narrativa de um encontro profundo entre múltiplos universos. Os autores combinam uma dupla perspectiva, antropológica e literária, convidando os leitores a embarcar em uma viagem, nem sempre fácil, mas certamente interessante através do universo cotidiano dos Beng da Costa do Marfim. Descrições do dia a dia, dos eventos corriqueiros, da maneira como esses eventos são enfrentados, das emoções que eles desencadeiam vão fazendo os leitores penetrar o universo dos Beng. O trabalho de A. Gottlieb e P. Graham é caracterizado por respeito, sensibilidade e honestidade, levantando questões de grande importância sobre o trabalho de campo.

Trabalho 19

Uchôa E., Review of "Vieillir en Afrique by Claudine Attias-Donfut and Leopold Rosenmayr", *American Anthropologist*, 98, 1:216-217, 1996.

Resumo:

Muitos estudos clássicos sobre o envelhecimento na África ressaltam o poder, o estatuto elevado e o papel central que desempenham as pessoas idosas nas sociedades tradicionais africanas. Entretanto, as sociedades tradicionais estão desaparecendo, a modernização vai progressivamente introduzindo novos valores, criando novas alternativas para a aquisição de poder e modificando as relações interpessoais tradicionais. Enquanto, estudos mais recentes tem documentado essas transformações, muito pouco se sabe ainda como o processo de modernização afeta o estatuto dos idosos e o processo do envelhecimento, por si mesmo. Vieillir en Afrique, surge como uma contribuição significativa para o entendimento desta questão.