



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Leandro David Wenceslau

**Saúde Mental Global e Atenção Primária à Saúde no Brasil: um estudo
de caso sobre os cuidados às pessoas com sintomas depressivos na
Estratégia Saúde da Família da cidade do Rio de Janeiro**

Rio de Janeiro

2017

Leandro David Wenceslau

Saúde Mental Global e Atenção Primária à Saúde no Brasil: um estudo de caso sobre os cuidados às pessoas com sintomas depressivos na Estratégia Saúde da Família da cidade do Rio de Janeiro

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientador: Prof. Dr. Francisco Javier Ortega Guerrero

Coorientador: Prof. Dr. Octavio Andres Ramon Bonet

Rio de Janeiro

2017

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

W468 Wenceslau, Leandro David
Saúde Mental Global e Atenção Primária à Saúde no Brasil
: um estudo de caso sobre os cuidados às pessoas com sintomas
depressivos na Estratégia Saúde da Família da cidade do Rio de
Janeiro / Leandro David Wenceslau. – 2017.
280 f.

Orientador: Francisco Javier Ortega Guerrero.
Coorientador: Octavio Andres Ramon Bonet.

Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de
Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Atenção Primária à Saúde – Teses. 2. Estratégia Saúde da
Família – Rio de Janeiro - Teses. 3. Depressão mental – Teses.
I. Guerrero, Francisco Javier Ortega. II. Bonet, Octavio Andres
Ramon. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto
de Medicina Social. IV. Título.

CDU 616.89-008.454

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese,
desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Leandro David Wenceslau

Saúde Mental Global e Atenção Primária à Saúde no Brasil: um estudo de caso sobre os cuidados às pessoas com sintomas depressivos na Estratégia Saúde da Família da cidade do Rio de Janeiro

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 08 de dezembro de 2017.

Coorientador: Prof. Dr. Octavio Andres Ramon Bonet

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Francisco Javier Ortega Guerrero

Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof. Dr. Benilton Carlos Bezerra Júnior

Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof. Dr. Martinho Braga Batista e Silva

Instituto de Medicina Social - UERJ

Profa. Dra. Sandra Lúcia Correia Lima Fortes

Faculdade de Ciências Médicas - UERJ

Profa. Dra. Valéria Ferreira Romano

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2017

DEDICATÓRIA

Aos pacientes.

AGRADECIMENTOS

A Martha e Eloísa, pelo carinho e sorrisos,

Aos meus pais, por toda dedicação a nossa educação e bem-estar,

A minha irmã e avós, a quem agradeço representando toda família e amigos, pelo apoio constante,

Ao prof. Francisco Ortega, pela referência intelectual, compromisso e generosa parceria na orientação e nas produções acadêmicas,

Ao prof. Octavio Bonet, pelas pistas no caminho etnográfico,

A todos os professores e colegas que contribuíram com seu tempo, atenção e conhecimentos em interlocuções valiosas para o desenvolvimento deste trabalho: Maria Luíza Heilborn, Sérgio Carrara, Guillermo Sanabria, Douglas Mansur, Raquel Bastos, Sandra Fortes, Alice Menezes, Manuela Muller, Benilton Bezerra, Martinho Braga, Natália Fazzioni, Eberhart Gross, Beatriz Caçador, Alberto Santos,

Aos pacientes e médicos de família que participaram da pesquisa, sem os quais este estudo não seria possível e nem faria sentido.

Essas dores que sentes são mensageiros. Ouve-os.

Rumi

RESUMO

WENCESLAU, Leandro David. *Saúde Mental Global e Atenção Primária à Saúde no Brasil: um estudo de caso sobre os cuidados às pessoas com sintomas depressivos na Estratégia Saúde da Família da cidade do Rio de Janeiro*. 2017. 280 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

Esta tese é um estudo de caso etnográfico sobre a abordagem de pessoas com sintomas depressivos por residentes de medicina de família e comunidade na cidade do Rio de Janeiro. Os resultados da experiência de campo foram analisados em diálogo com a “crítica cultural” à Saúde Mental Global (SMG). Através de uma revisão narrativa de literatura, identifiquei quatro usos da categoria “cultura” presentes em estudos críticos da SMG: a cultura como dimensão não biológica da realidade, como território das gramáticas morais humanas, como sistemas simbólicos não ocidentais e como estrutura social. Propus deixar de lado as falsas oposições que permeiam esses usos e reconfigurá-los a partir de uma conceituação semiótica de cultura e da investigação da circulação de “economias morais” na forma de fenômenos “culturais” e “sociais”. Dessa forma, desenvolvi uma interface teórica para o diálogo entre o campo empírico da pesquisa e a SMG. Ao longo de três meses, acompanhei os atendimentos de seis residentes de medicina de família em uma unidade da Estratégia Saúde da Família na zona norte da cidade do Rio de Janeiro, com interesse específico de investigar como abordavam pacientes que apresentassem sintomas que pudessem ser diagnosticados com depressão. Pacientes e residentes, sem deixar de haver referências à categoria diagnóstica convencional da psiquiatria, faziam reinvenções locais da “depressão” e dos “sintomas depressivos” como idiomas de sofrimento. Os residentes trabalhavam com uma categorização da depressão entre “morro” e “asfalto”, cuja correspondência ou não com as experiências dos pacientes se tornou um dos focos do estudo. Entrevistei e acompanhei os atendimentos de 22 pacientes, 12 moradoras do “morro” e 10 moradores do “asfalto”. Embora tenha identificado indícios de padrões de manifestações vinculados à categorização morro/asfalto, o estudo das trajetórias individuais apresentou diversos elementos que contradisseram uma replicação homogênea desses padrões. A “vida” emergiu como uma categoria capaz de aglutinar os sentidos e significados tanto das “vidas em sofrimento” dos pacientes quanto das práticas clínicas de “reengajamento com a vida” dos residentes. A categorização “morro” e “asfalto” se mostrou produtora de tensões no campo, principalmente, quando ficavam evidentes as apostas morais de médicos e pacientes em torno dessas categorias. Essas “economias morais” eram reconfiguradas em diferenças nas abordagens dos sintomas depressivos de moradores do “morro” e do “asfalto”. As diferenças, por sua vez, se desdobravam em “afinidades eletivas” entre residentes e moradores do “morro” e maior comedimento na atenção à população do “asfalto”. São debatidos os impactos dessas questões na vida dos residentes e nos atendimentos aos pacientes. Esta pesquisa apontou para a necessidade de, por um lado, desviar das falsas oposições presentes nos usos da “cultura” na Saúde Mental Global e, por outro, explorar a circulação de orientações epistêmicas, determinações sociais e valorações morais como fenômenos indissociáveis quando “está em jogo” o sofrimento humano. Dessa forma, foi possível mapear tanto potências quanto dificuldades experimentadas por pacientes e profissionais em um cenário de expansão dos cuidados públicos à saúde mental no Brasil.

Palavras-chave: Saúde Mental Global. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Medicina de Família. Depressão. Etnografia.

ABSTRACT

WENCESLAU, Leandro David. *Global Mental Health and Primary Health Care in Brazil: a case study about the care of people with depressive symptoms in Family Health Strategy in the city of Rio de Janeiro*. 2017. 280 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

This PhD thesis is an ethnographic case study on the assessment of people with depressive symptoms by residents of family medicine in the city of Rio de Janeiro. The results of the fieldwork were analyzed in dialogue with the "cultural critique" to Global Mental Health (GMH). Through a narrative literature review, I identified four uses of the category "culture" present in critical studies of GMH: culture as a non-biological dimension of reality, as a territory of human moral grammars, as non-Western symbolic systems, and as a social structure. I proposed to put aside the false oppositions that permeate these uses and reconfigure them through a semiotic conceptualization of culture and the investigation of the circulation of "moral economies" in the form of "cultural" and "social" phenomena. Thus, I developed a theoretical framework for the dialogue between the empirical field of research and GMH. During three months, I followed the visits of six family medicine residents in a Family Health Strategy practice in the "northern zone" of Rio de Janeiro. My interest was to investigate how those professionals approach patients who presented symptoms that could be diagnosed as depression. Patients and residents, while sometimes referring to aspects of the conventional psychiatric diagnosis, made local reinvention of "depression" and "depressive symptoms" as idioms of distress. Residents worked with a categorization of depression between "hill" and "asphalt", whose correspondences with patients' experiences became one of the focus of the study. I interviewed and followed the assessment and treatment of 22 patients, 12 dwellers of the "hill" and 10 of the "asphalt". Although I identified evidence of patterns associated with hill / asphalt categorization, the study of individual trajectories presented several elements that contradicted a homogeneous replication of these patterns. "Life" emerged as a category able to bring together the meanings of both patients' "lives in suffering" and the residents' clinical practices of "reengagement with life." The "hill" and "asphalt" categorization proved to be a source of tensions in the field, especially when the moral stakes of physicians and patients around these categories were evident. These "moral economies" were reconfigured into different approaches to the depressive symptoms of "hill" and "asphalt" dwellers. These approaches, in turn, unfolded in "elective affinities" between family medicine residents and dwellers of the "hill" and greater restraint in attention to the "asphalt" population. The impacts of these issues on the life of the residents and on patient care are discussed. This research pointed to the need, on one hand, to deviate from the false oppositions present in the uses of "culture" in Global Mental Health and, on the other, to explore the circulation of epistemic orientations, social determinations and moral values as inseparable phenomena when human suffering "is at stake". Thus, I could map both powers and difficulties experienced by patients and professionals in a scenario of expansion of public mental health care in Brazil.

Keywords: Global Mental Health. Primary Health Care. Family Health Strategy. Family Medicine. Depression. Ethnography.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Profissionais das equipes pesquisadas na primeira etapa da pesquisa.....	73
Figura 2 –	Mídia impressa sobre depressão coletada no período do campo.....	78
Figura 3 –	Esboço de planta baixa do “posto”	112
Figura 4 –	Foto do residente “Jaime” no acesso “florestinha”	121
Quadro –	Artigos analisados na revisão narrativa da crítica cultural à SMG.....	24

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Prevalência dos transtornos depressivos e porcentagem no total de anos perdidos por incapacidade - Brasil e outros países das Américas.....	88
Tabela 2 –	População, famílias cadastradas e “densidade familiar” por equipe.....	111
Tabela 3–	Perfil social dos pacientes participantes da pesquisa.....	145
Tabela 4 –	Expressões utilizadas para descrever as experiências de sofrimento.....	146
Tabela 5 –	Motivo inicial de procura do serviço de saúde pelos pacientes.....	147
Tabela 6 –	Fatores causais ou agravantes das experiências de sofrimento.....	147
Tabela 7 –	Fatores que funcionam como fonte de sentido/apoio.....	148
Tabela 8 –	Esquemas terapêuticos psicotrópicos utilizados pelos pacientes.....	148

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APA	<i>American Psychiatry Association</i>
APS	Atenção Primária à Saúde
DSM	Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Esquipe de Saúde da família
HIC	<i>High Income Countries</i>
LMIC	<i>Low and Middle Income Countries</i>
L-MIC	<i>Lower-middle Income Countries</i>
MFC	Medicina de Família e Comunidade
OMS	Organização Mundial de Saúde
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
VD	Visita Domiciliar
WONCA	Organização Mundial de Médicos de Família

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	13
1	AS “CULTURAS” DA SAÚDE MENTAL GLOBAL	20
1.1	Uma interpretação crítica dos usos da “cultura” na SMG.....	20
1.2	Categorias de análise.....	25
1.2.1	<u>Dimensão não biológica da realidade.....</u>	26
1.2.2	<u>Território de interação das gramáticas morais humanas.....</u>	33
1.2.3	<u>Sistemas simbólicos não ocidentais.....</u>	38
1.2.4	<u>Estrutura social.....</u>	42
1.3	Uma interface dialógica.....	46
1.4	Observações finais da revisão.....	52
2	SINTOMAS DEPRESSIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: COMO E POR QUÊ?.....	55
2.1	Estratégia Saúde da Família.....	56
2.2	Rio de Janeiro e a reforma da atenção primária.....	59
2.3	Depressão e sintomas depressivos	61
2.4	Três vezes “nativo”.....	64
2.5	Primeiro contato com o campo.....	69
2.6	O “recorte” teórico.....	74
3	DEPRESSÃO ENTRE FALSOS OPOSTOS.....	76
3.1	Um breve contexto histórico.....	78
3.2	Depressão e “questões culturais”.....	81
3.3	Um problema de saúde global.....	85
3.4	Depressão na atenção primária à saúde.....	91
3.5	Além das polarizações.....	104
4	O POSTO, O MORRO E O ASFALTO.....	108
4.1	O “posto de saúde”.....	108
4.2	Profissionais e usuários participantes.....	112
4.3	“Sus-dependentes”.....	113
4.3.1	<u>“Acesso livre” e sala de espera.....</u>	114

4.3.2	<u>Reunião de equipe</u>	117
4.3.3	<u>“Pedra” e “florestinha”</u>	118
4.3.4	<u>“A mente vai longe com pensamentos ruins”</u>	121
4.4	“Mexidos de plano”	123
4.4.1	<u>Reunião de equipe</u>	123
4.4.2	<u>“Vício da minha mãe”</u>	125
5	VIDAS EM SOFRIMENTO	128
5.1	Perfis sociais de sofrimento?	134
5.1.1	<u>“Ansiedade, tristeza, angústia”</u>	136
5.1.2	<u>“Tristeza”, “down total”, “estar pra baixo”</u>	140
5.1.3	<u>Aspectos comparativos entre “morro” e “asfalto”</u>	143
5.2	Vidas em sofrimento	152
5.2.1	<u>“Raquel”</u>	155
5.2.2	<u>“Pedro”</u>	158
5.3	O comum e as diferenças	161
6	DA PESSOA À VIDA	172
6.1	Experiências e comportamentos dos médicos residentes	175
6.1.1	<u>“Sintomas depressivos”</u>	176
6.1.2	<u>“Tristeza intensa”, “descontrole”, “parar de sentir”</u>	177
6.1.3	<u>Redes sociais e resiliência</u>	179
6.1.4	<u>“Escuta”, “vivência de si” e “instrumentalizar para a melhora”</u>	182
6.2	Da pessoa à vida	193
6.2.1	<u>Indivíduo/pessoa</u>	194
6.2.2	<u>Antropologia “e/como” medicina de família</u>	199
7	SOCIAL, MORAL, VITAL	212
7.1	“Acho bom ter acompanhamento pelo psiquiatra”	217
7.2	“Eu gosto da vida inteira”	224
7.3	Social, moral, vital	234
	CONSIDERAÇÕES FINAIS: VIDA QUE SEGUE	245
	REFERÊNCIAS	257

INTRODUÇÃO

Mental, global, humano

Esta tese tem como tema geral de investigação os cuidados públicos contemporâneos em saúde mental. Saúde mental, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), é um estado de bem-estar em que todo indivíduo realiza seu próprio potencial, lida com os estresses normais da vida, trabalha de forma produtiva e frutífera, e é capaz contribuir com sua comunidade¹ (WHO, 2017). A princípio, portanto, assumir a saúde mental como tema de investigação me coloca diante da necessidade de utilizar alguma matriz teórica que reúna respostas a perguntas como: quais são os potenciais dos indivíduos humanos? Quais seriam os “estresses normais da vida”? Quais seriam os “anormais”? Com que critérios defino se um trabalho é capaz de contribuir para um determinado grupo social a que chamo de comunidade? Também é possível, em caso de insatisfação com respostas prontas, arriscar elaborar respostas autorais ou, antes mesmo de enfrentar essas perguntas, procurar outras definições de saúde mental que desviassem dessas indagações ingratas, porém, necessárias para fazer avançar um empreendimento de pesquisa acadêmica nesse tema. Essa última alternativa me pareceu bastante atrativa, porém, outras definições que encontrei (MANWELL et al., 2015; VAILLANT, 2012) não me desincumbiram da tarefa intelectual de me haver com as perguntas levantadas acima.

No entanto, diante da necessidade de uma definição operativa do meu tema geral de pesquisa, optei por manejar essas questões, adotando a perspectiva das ciências sociais. Mais especificamente, procurei desenvolver esta pesquisa como um estudo antropológico. A antropologia, segundo Roy Wagner, “estuda o fenômeno do homem – a mente do homem, seu corpo, sua evolução, origens, instrumentos, arte ou grupos, não simplesmente em si mesmo, mas como elementos ou aspectos de um padrão geral ou de um todo ” (WAGNER, 2012, p. 37). Esta tese assume o pressuposto de que o que nos torna humanos é nossa capacidade de inventar nossas próprias realidades (WAGNER, 2012, p. 11). Isso não significa que essa invenção se dê sem causas e sem condicionantes. A pesquisa social pode descrever,

¹ Texto original em inglês: “Mental health is defined as a state of well-being in which every individual realizes his or her own potential, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to her or his community.”

apontando precisamente para fundamentos e condições, como certos seres humanos, de um determinado tempo e lugar, inventam a si mesmos e seus mundos. Neste sentido, o trabalho científico não assume como tarefa afirmar uma verdade sobre o humano, mas provocar novas “invenções de realidade”, a partir do estranhamento, encantamento e afetação, que um determinado modo de ser de um grupo social provoca em outros. Neste sentido, a prática científica antropológica, através da etnografia, tem como cerne reproduzir o potencial inventivo do humano e alertar para seus perigos e atrativos.

Este trabalho explora subjetividades e comportamentos que se engendram em torno do significativo “saúde mental”. Ele tem, como finalidade mediata, mostrar alguns dos dispositivos sociais que participam desse engendramento – especificamente, atendimentos médicos – e problematizar suas consequências sobre as vidas das pessoas neles envolvidas. Proponho esta investigação como uma pesquisa social etnográfica, cujo foco são experiências que atravessam cuidados em saúde mental. Experiências, aqui, são entendidas, não como produtos psicológicos individualizados resultantes das práticas sociais, mas como meios intersubjetivos de interações sociais produzidos em mundos locais (KLEINMAN, KLEINMAN, 1991).

Para permitir um exercício destes marcos investigativos, utilizo um recorte de problemas de saúde, os sintomas depressivos, e de cenário, a atenção primária à saúde no Brasil. Além deste recorte, tomo como referência teórica e metodológica a Saúde Mental Global (SMG) em especial a produção acadêmica que gira em torno da chamada *crítica cultural* à Saúde Mental Global.

A Saúde Mental Global é um campo de recente surgimento internacional (PATEL, PRINCE, 2010) e tem sido terreno para um produtivo debate acadêmico e político, porém, até aqui, com poucos intercâmbios com a produção científica brasileira (ORTEGA, WENCESLAU, 2015). Esta tese tem como um de seus objetivos contribuir para um diálogo mais colaborativo entre as pesquisas e práticas em saúde mental no Brasil e a Saúde Mental Global.

Plano da tese

Para desenvolver esse exercício investigativo antropológico sobre a Saúde Mental

Global e os atendimentos a pessoas com sintomas depressivos na atenção primária à saúde no Brasil, organizo-o em uma frente teórica e uma frente empírica.

O primeiro capítulo é parte da frente teórica e é constituído de uma revisão narrativa da “crítica cultural” à Saúde Mental Global. Neste capítulo, analiso artigos que criticam o espaço – ou melhor, o pequeno espaço – da “cultura” nas pesquisas e intervenções realizadas pelos propositores iniciais da Saúde Mental Global. Saúde Mental Global é uma disciplina que se ocupa de elaborar, implementar, avaliar e fundamentar cientificamente estratégias de ampliação dos cuidados em saúde mental em larga escala e em dimensões globais. Retomando a referência a Wagner, “a antropologia é o estudo do homem ‘como se’ houvesse cultura” (WAGNER, 2012, p. 56) e a cultura é uma palavra de uso corrente tomada pelos antropólogos para designar o próprio “fenômeno humano” ou “casos especiais” desse fenômeno (WAGNER, 2012, p. 37). Como proponho um estudo antropológico em diálogo com esse campo, devo averiguar se os usos da cultura na Saúde Mental Global correspondem àqueles de que pretendo dispor nesta pesquisa. Neste primeiro capítulo, procuro demonstrar que, na crítica cultural à Saúde Mental Global, a cultura assume dois significados de que discordo: a cultura como universo dos fenômenos não biológicos e como toda epistemologia não ocidental. Por outro lado, essa crítica fornece subsídios para outros dois significados que adoto para a frente empírica da pesquisa. O primeiro, que designo “propriamente cultural”, é tributário da teoria antropológica de Clifford Geertz e afim à *Invenção da Cultura* de Roy Wagner. Esse significado diz respeito à cultura como conjunto de sistemas simbólicos de mediação social. No segundo significado, a cultura emerge como uma economia moral e, em seu nome, defendem-se apostas e valores em torno de projetos do que deve ser o humano e do que deve ser o viver social. Este segundo significado tem como principal referência teórica o projeto de uma antropologia moral crítica de Didier Fassin.

Nesse primeiro capítulo, portanto, fundamento o tipo de tratamento teórico-analítico mais usual das questões culturais na Saúde Mental Global, tratamento este que não pretendo reproduzir. A cultura me preocupa na medida em que designa os sistemas simbólicos envolvidos nas pesquisas, diagnósticos e tratamentos em “saúde mental” e também como um marcador de reconfiguração social de problemas morais que giram em torno desse significante.

No segundo capítulo, apresento como e por que decidi levar esta abordagem, “propriamente cultural” e moral, a campo, para estudar os atendimentos de pessoas com sintomas depressivos na cidade do Rio de Janeiro. Desenvolvo esta apresentação por meio de

uma reconstrução do itinerário que percorri para definir seus objetivos e procedimentos. Essa definição resultou da convergência de inquietações de campo produzidas em três contextos: um levantamento inicial da produção acadêmica nacional e internacional sobre a abordagem da depressão na atenção primária à saúde; elementos da minha trajetória pessoal que me levaram a escolha deste tema; e um primeiro contato com o campo.

O terceiro capítulo, que também compõe a frente teórica da pesquisa, é dirigido ao recorte de agravo selecionado para esta pesquisa, “sintomas depressivos”. Enquanto a adoção deste recorte de agravo é justificada no segundo capítulo, o terceiro capítulo detalha como o tipo de tratamento teórico, de que discordei no primeiro capítulo tem sido aplicado ao debate em torno dos cuidados públicos da depressão. Primeiro, faço uma breve revisão sobre o surgimento do conceito de depressão utilizado atualmente na psiquiatria e saúde pública. Em seguida, exploro alguns dos debates produzidos em torno desse conceito e de seus usos, na Saúde Mental Global e em dois outros campos a ela vinculados e que interessam a esta pesquisa: a psiquiatria transcultural e a atenção primária à saúde.

A partir do quarto capítulo, dedico-me à frente empírica da pesquisa. Foco o relato e a análise de minha experiência de campo em um serviço da Estratégia Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro. No quarto capítulo, descrevo aspectos da unidade de saúde, principal cenário da pesquisa, e de seus fluxos de funcionamento. Trago também dois primeiros exemplos dos atendimentos observados, com o intuito de produzir uma ambiência deste estudo etnográfico.

O quinto e sexto capítulos focam a análise “propriamente cultural” do campo. No quinto capítulo, realizo uma síntese das experiências de 22 pacientes com sintomas depressivos que acompanhei em consultas e visitas domiciliares e entrevistei em profundidade. Essa apresentação das experiências avaliou uma hipótese que emergiu a partir de uma categorização nativa do campo. As equipes de Saúde da Família estudadas se dividiam em uma equipe de “morro” e sete de “asfalto”. No “morro”, vivia a população financeiramente mais pobre e com pior provimento equitativo de serviços públicos – saneamento, habitação, segurança, apoio à geração de renda, segurança alimentar, saúde, educação – de toda área coberta pela unidade. Quanto à localização espacial, essas pessoas moravam, de fato, num morro, e essa expressão era utilizada para designação do seu território. No campo, o que não era “morro” era “asfalto”. No “asfalto”, as pessoas acessavam melhor os serviços acima citados, seja por receberem serviços públicos mais eficientes (saneamento, por exemplo), seja por poderem adquiri-los privadamente por possuírem maior renda. A hipótese,

debatida neste capítulo, é de que os sintomas depressivos diferem entre a população do “morro” e do “asfalto”. Os argumentos que são reunidos a favor desta categorização são contrastados com as particularidades de extratos etnográficos individuais. Esse contraste abre espaço para o uso das categorias “sofrimento”, “sofrimento social” e “experiência moral” como dispositivos teórico-interpretativos que valorizam as especificidades dos resultados do campo.

No sexto capítulo, apresento as experiências do principal grupo profissional estudado nesta pesquisa, os residentes de medicina de família e comunidade. Durante a observação participante, acompanhei seis residentes de medicina de família, dois da equipe do “morro” e quatro que pertenciam a três equipes de “asfalto”. São relatadas as representações e procedimentos utilizados por esses residentes para reconhecer, avaliar e tratar de pessoas com sintomas depressivos. Entre os procedimentos, destaco as consultas “centradas na pessoa” como ferramenta idiossincrática deste grupo para abordar sintomas, queixas e preocupações depressivas.

Para interpretação desses resultados, situo esse capítulo e o anterior na tradição de estudos antropológicos indivíduo/pessoa desenvolvida por Luiz Fernando Dias Duarte e outros pesquisadores. Esses estudos se voltaram para a análise das relações entre as representações de saúde/doença de pacientes e profissionais de saúde principalmente em cenários públicos de atenção à saúde no Brasil. Na abordagem de sintomas depressivos pelos médicos de família, proponho que a categoria “vida” possui um significado central nessas experiências e sugiro a reconfiguração das experiências dos pacientes como “vidas em sofrimento” e das consultas “centradas na pessoa” como exercícios de “reengajamento com a vida”. Para colocar a “vida” no centro da atenção às pessoas com sintomas depressivos, fundamento-me na semântica interpretativa de Tim Ingold que assume a antropologia como “uma investigação constante e disciplinada das condições e potenciais da vida humana” (INGOLD, 2015, p. 25). As contribuições de Ingold têm por base os estudos pioneiros de Octavio Bonet que aplicam à análise dos discursos e comportamentos dos médicos de família alguns dos princípios e categorias elaborados pelo antropólogo britânico.

Por fim, no sétimo capítulo, estudo alguns desdobramentos sociais da abordagem dos sintomas depressivos para os participantes da pesquisa, trazendo exemplos de sua circulação como economias morais no campo. Designo como desdobramentos sociais as implicações práticas e subjetivas que os atendimentos aos sintomas depressivos produziam. Quais eram os limites dos atendimentos “centrados na pessoa”? Como esses limites eram produzidos e que

reações disparavam? A construção das respostas a estas questões passava por uma mediação moral, de valores, apostas, crenças dos diversos participantes, em especial dos residentes de medicina de família, que eram reconfiguradas como indicação ou não de certas medidas terapêuticas, dedicação maior ou não dos residentes ao tratamento de determinadas pessoas, distanciamento ou empoderamento dos pacientes, esgotamento físico e emocional ou bem-estar dos profissionais. O tratamento analítico dessas questões é realizado a partir de contribuições da antropologia moral crítica de Didier Fassin, em especial sua crítica em torno das *políticas da vida*.

Ao final, este estudo pretende se somar a outros que defendem uma abordagem não polarizada das questões sociais que constituem o campo da Saúde Mental Global. Ao longo da tese, ofereço diversos exemplos, a partir de abordagens antropológicas distintas e até mesmo divergentes, como as de Kleinman e Fassin, de como as experiências, comportamentos e práticas dos participantes extrapolavam categorizações rígidas. Ao mesmo tempo, elas demandavam esquemas interpretativos – como sofrimento social, experiência moral, educação da atenção, políticas da vida – mais sensíveis aos “holismos cotidianos” de pacientes e profissionais de saúde.

Todas as tradições antropológicas que utilizei não se identificam com o objetivo de propor soluções para os impasses do mundo social. Seu compromisso é com a reafirmação, de forma mais ou menos crítica, de seu potencial de transformação. As proposições mais recentes dentro da própria Saúde Mental Global e da medicina de família em torno da abordagem e tratamento da depressão sinalizam que reconhecer e aprender a caminhar com as incertezas talvez seja um recurso tão útil e tão honesto quanto assumir as complexas questões morais em que está imbricada a fundamentação científica de que a Saúde Mental Global dispõe. Essas questões estão presentes tanto na produção dessa fundamentação quanto na sua tradução em mecanismos sócio-sanitários. Além disso, independente do nome e da categorização utilizados, as demandas morais, emocionais e sociais das “vidas em sofrimento” excedem a capacidade física e epistemológica da medicina e dos serviços públicos de saúde, por mais holistas que sejam. Proponho, em convergência com Kirmayer (KIRMAYER; GOMEZ-CARRILLO; VEISSIÈRE, 2017), que a agenda de pesquisa em saúde mental deve diversificar métodos e matrizes teóricas de investigação social do sofrimento e envolver com protagonismo os usuários dos serviços de saúde para enriquecer as possibilidades de vida que se enxergam nas experiências de sofrimento. Cabe também considerar em mais pormenores a relação entre vida humana e sofrimento, os modos como ela tem sido articulada nas

sociedades globais – de que participam de forma não exclusiva as práticas de saúde – e as consequências produzidas por esses modos de articulação no mundo social. Entendo que esta pesquisa é um breve exercício, em parte logrado, de encontrar respostas contemporizadas a estas últimas questões.

1 AS “CULTURAS” DA SAÚDE MENTAL GLOBAL

Saúde Mental Global é uma disciplina (PATEL; PRINCE, 2010) e também movimento acadêmico e social (PATEL et al., 2011a) que tem por objetivo expandir os cuidados em saúde mental de forma acessível a todas as populações do planeta (PATEL, 2012). A SMG é dedicada à fundamentação científica, elaboração e avaliação de estratégias de ampliação e qualificação desses cuidados em todo mundo. Esta tese reúne elementos para ser um estudo de caso etnográfico sobre “questões culturais” da Saúde Mental Global em um cenário brasileiro. A perspectiva de investigação antropológica que adoto e expus na introdução situa a cultura como o próprio “fenômeno humano” e também como “casos especiais” desse fenômeno. O estabelecimento de “questões culturais” dentro da Saúde Mental Global pode ser interpretado como um desses “casos especiais”. Isto é, há significados próprios da “cultura”, neste referencial teórico e metodológico, que manifestam uma configuração particular desse “fenômeno humano”. Este capítulo tem como objetivo explorar esses significados. A sua visibilização na SMG é uma etapa necessária para situar a minha proposta de investigação antropológica dentro de uma disciplina em que a “cultura” é uma categoria “nativa”, com usos diversos que pretendo apontar.

1.1 Uma interpretação crítica dos usos da “cultura” na SMG

No lugar de explorar os significados de “cultura” para a Saúde Mental Global através de uma reconstrução histórica² dessa disciplina, optei por realizar uma interpretação crítica de dilemas e controvérsias produzidos em torno da “questão da cultura” nesse campo. Esta interpretação crítica orienta a etapa empírica da pesquisa, de modo que as experiências do campo sejam traduzidas em contribuições para este debate internacional, construindo uma interface de diálogo entre ambos. Desenvolvi esta análise na forma de uma revisão narrativa de literatura (BAUMEISTER; LEARY, 1997; GASPARYAN et al., 2011; GREEN; JOHNSON; ADAMS, 2006; ROTHER, 2007) da crítica cultural à Saúde Mental Global.

² Já realizado por Cohen, Patel e Minas (2014) em *A Brief History of Global Mental Health*.

A partir do acúmulo de estudos epidemiológicos, clínicos e de avaliação de políticas e intervenções³ (JACOB et al., 2007; PATEL et al., 2007; PRINCE et al., 2007; SARACENO et al., 2007; SAXENA et al., 2007, EATON et al., 2011; KAKUMA et al., 2011; LUND et al., 2011), autores da SMG defendem uma intensa ampliação da oferta de serviços assistenciais, de base local e comunitária, que disponibilizem o diagnóstico e tratamento dos principais transtornos mentais que acometem a população mundial (LANCET MENTAL HEALTH GROUP, 2007; PATEL et al., 2011b). Os conhecimentos e práticas assistenciais que constituem essa disciplina são em grande parte orientados pela psiquiatria ocidental⁴ e seu sistema diagnóstico-terapêutico. Esta orientação tem sido alvo de diversas críticas que utilizam a insígnia da “cultura” como marcador dessas posições, contribuindo para formar o que Pedersen e Kirmayer (2014) designaram, de forma abrangente, como “crítica cultural” à Saúde Mental Global. Para estes autores, a crítica cultural da SMG se ocupa de analisar “[...] as dificuldades e potenciais perigos de aplicar conceitos, categorias e intervenções ocidentais dadas as formas como a cultura molda a experiência de adoecimento”⁵ (PEDERSEN; KIRMAYER, 2014, resumo do artigo, tradução minha).

Para compor a presente revisão narrativa, os trabalhos foram selecionados a partir de três métodos: (1) uma pesquisa bibliográfica, realizada em abril de 2017, cruzando os termos “culture” ou “cultural”, e “global mental health”, no campo “título/resumo” da plataforma de buscas PubMed⁶; (2) trabalhos citados nas referências dos primeiros artigos selecionados e (3)

³ Estes artigos fazem parte das duas séries históricas, 2007 e 2011, da revista *The Lancet* sobre Saúde Mental Global.

⁴ Nos artigos da Saúde Mental Global, duas classificações das nações e países são utilizadas frequentemente para descrever as propostas e posicionamentos divergentes que constituem o campo. Uma primeira é a divisão Ocidente e não Ocidente, e a segunda é baseada na classificação do Banco Mundial quanto à renda média dos países – alta, média e baixa renda. Enquanto a segunda é baseada em critérios mais mensuráveis e uma referência institucional externa ao campo, a primeira é baseada em um uso naturalizado do conceito de “Ocidente” sem maiores explicações. Para minha interpretação, utilizarei como referência o trabalho de Kurth (2004), que me parece estar em acordo com o sentido usual da expressão. Ele aponta, para fins de agrupamento de países, o Ocidente como sendo constituído da Europa, Estados Unidos, Canadá, Austrália e Nova Zelândia. É válido observar, porém, que o termo não necessariamente se refere a fronteiras geográficas, mas a populações representativas do que é entendido como cultura ou civilização ocidental, um conjunto de saberes, práticas e costumes de limites imprecisos, que reúne visões de mundo, de humanidade e de moralidade, constituído por três influências principais: (1) a cultura clássica da Grécia e Roma Antigas, (2) a religião cristã, particularmente, a Cristandade Ocidental e (3) o Iluminismo da era Moderna.

⁵ Texto original em inglês: “[...] the difficulties and potential dangers of applying Western categories, concepts, and interventions given the ways that culture shapes illness experience”.

⁶ PubMed é uma plataforma virtual de pesquisa bibliográfica de livre acesso à base de dados MEDLINE. A MEDLINE reúne citações e resumos de artigos de investigação em ciências biológicas, da saúde e áreas afins reconhecidos e catalogados pela Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos da América. Fonte: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>. Acesso em : 26 out. 2017.

trabalhos já catalogados no banco de dados do nosso grupo de pesquisa em Saúde Mental Global. Para inclusão na revisão, escolheram-se editoriais, artigos de revisão, artigos teóricos originais e capítulos de livros – todos de caráter opinativo ou ensaístico voltados a uma crítica da Saúde Mental Global. Não necessariamente os trabalhos selecionados se autodesignavam como crítica cultural à SMG, mas tomamos como critério de inclusão o artigo apresentar como um de seus argumentos críticos principais o reconhecimento da “modelagem cultural” dos transtornos mentais. Os trabalhos propositivos e de resposta às críticas da SMG entraram na revisão na etapa de análise dos resultados e em diálogo com os argumentos da crítica cultural. Destaco que não foram encontradas revisões integrativas sobre questões culturais envolvidas na Saúde Mental Global.

De 68 artigos levantados na plataforma PubMed, em abril de 2017, selecionei 4 artigos para a revisão e, com os demais métodos, somaram-se mais 13 trabalhos, em um total de 17 trabalhos inicialmente analisados. Os trabalhos selecionados estão listados no quadro a seguir com informações básicas e uma numeração que é utilizada para facilitar a referência na etapa de análise.

Quadro – Artigos analisados na revisão narrativa da crítica cultural à Saúde Mental Global (continua)

<p>1. BASS, J. K.; BOLTON, P.A.; MURRAY, L.K. Do not forget culture when studying mental health. <i>Lancet</i>. 2007;v. 370, n. 9591, p.918–919, 2007</p>	<p>Comentário crítico ao artigo de Gureje, Kola e Afolabi (2007 apud BASS; BOLTON, MURRAY, 2007). Descreve problemas e alternativas ao uso universal de categorias diagnósticas da psiquiatria ocidental em pesquisas epidemiológicas.</p>
<p>2. COX, N.; WEBB, L. Poles apart: does the export of mental health expertise from the Global North to the Global South represent a neutral relocation of knowledge and practice?. <i>Sociology of Health and Illness</i>. v. 37, n. 5, p. 683-697, 2015.</p>	<p>Artigo teórico original que analisa criticamente o uso das categorias diagnósticas da psiquiatria ocidental.</p>
<p>3. SUMMERFIELD, D. Afterword: against "global mental health". <i>Transcultural Psychiatry</i>, v. 49, n.3-4, p. 519-30, 2012.</p>	<p>Comentário a seção especial da revista <i>Transcultural Psychiatry</i> dedicada a “Comunidades e Saúde Mental Global”</p>
<p>4. BRACKEN, P.; GILLER, J.; SUMMERFIELD, D. Primum non nocere. The case for a critical approach to global mental health. <i>Epidemiology and Psychiatric Sciences</i>, v. 25, n. 6, p. 506-510, 2016.</p>	<p>Artigo teórico original que analisa criticamente o uso das categorias diagnósticas da psiquiatria ocidental.</p>
<p>5. FERNANDO, S. Globalization of psychiatry - a barrier to mental health development. <i>International Review of Psychiatry</i>, v. 26, n. 5, p. 551-557, 2014.</p>	<p>Artigo ensaístico que analisa criticamente o uso das categorias diagnósticas da psiquiatria ocidental.</p>
<p>6. WHITE, R. G.; SASHIDHARAN, S. P. Towards a more nuanced global mental health. <i>British Journal of Psychiatry</i>, v. 204, n. 6, p. 415-417, 2014.</p>	<p>Artigo teórico original que aponta problemas da agenda atual da Saúde Mental Global e propõe alternativas.</p>
<p>7. WHITE, R. G.; ORR, D. M. R.; READ, U. M.; JAIN, S. Situating Global Mental Health: Sociocultural Perspectives. In: WHITE, R. G.; JAIN, S.; ORR, D. M. R.; READ, U. M. (Eds.) <i>The Palgrave Handbook of Sociocultural Perspectives on Global Mental Health</i>. London: Palgrave Macmillan, 2017, p. 1-27.</p>	<p>Apresentação de uma coleção de trabalhos voltados à análise sociocultural da Saúde Mental Global.</p>
<p>8. MILLS, C.; WHITE, R.G. ‘Global Mental Health Spreads Like Bush Fire in the Global South’: Efforts to Scale Up Mental Health Services in Low- and Middle-Income Countries. In: WHITE, R. G.; JAIN, S.; ORR, D. M. R., READ, U. M. (Eds.) <i>The Palgrave Handbook of Sociocultural Perspectives on Global Mental Health</i>. London: Palgrave Macmillan, 2017, p. 187-209.</p>	<p>Capítulo de uma coleção de trabalhos voltados à análise sociocultural da Saúde Mental Global, dirigido a questionar os principais argumentos da Saúde Mental Global.</p>

Quadro – Artigos analisados na revisão narrativa da crítica cultural à Saúde Mental Global (conclusão)

<p>9. SWARTZ, L. An unruly coming of age: the benefits of discomfort for global mental health. <i>Transcultural Psychiatry</i>, v. 49, n. 3-4, p. 531-538, 2012</p>	<p>Comentário a seção especial da revista <i>Transcultural Psychiatry</i> dedicada a “Comunidades e Saúde Mental Global”</p>
<p>10. BEMME, D.; D'SOUZA, N. A. Global mental health and its discontents: an inquiry into the making of global and local scale. <i>Transcultural Psychiatry</i>, v. 51, n. 6, p. 850-74, 2014*</p>	<p>Artigo teórico original de seção especial da revista <i>Transcultural Psychiatry</i> dedicada a Saúde Mental Global.</p>
<p>11. DAS, A.; RAO, M. Universal mental health: re-evaluating the call for global mental health. <i>Critical Public Health</i>, v. 22, n. 4, p. 383-389, 2012</p>	<p>Editorial da revista <i>Critical Public Health</i> que tece críticas a agenda <i>Global Mental Health</i> considerando os determinantes sociais de saúde</p>
<p>12. TRIBE, R. Culture, politics and global mental health. <i>Disability and the Global South</i>, v. 1, n. 2, p. 251–265, 2014.</p>	<p>Artigo teórico original de número temático da revista <i>Disability and Global South</i> que reúne trabalhos críticos à Saúde Mental Global.</p>
<p>13. WHITLEY. R. Global mental health: Concepts, conflicts and controversies. <i>Epidemiology and Psychiatric Sciences</i>, v. 24, n. 4, p. 285–291, 2015*</p>	<p>Editorial que descreve um balanço das proposições e críticas à Saúde Mental Global.</p>
<p>14. FERNANDO, G. A. The roads less traveled: mapping some pathways on the global mental health research roadmap. <i>Transcultural Psychiatry</i> v. 49, n. 3-4, p. 396-417, 2012*</p>	<p>Artigo teórico original de seção especial da revista <i>Transcultural Psychiatry</i> dedicada a Comunidades e Saúde Mental Global.</p>
<p>15. COOPER, S. Global mental health and its critics: Moving beyond the impasse. <i>Critical Public Health</i>, v. 26, n. 4, p. 355–358, 2016</p>	<p>Editorial de número da revista <i>Critical Public Health</i> que apresenta artigos de pesquisas empíricas sobre Saúde Mental Global.</p>
<p>16. KIRMAYER, L. J.; PEDERSEN, D. Toward a new architecture of global mental health. <i>Transcultural Psychiatry</i>, v. 51, n. 6, p. 759-776, 2014*</p>	<p>Editorial de seção especial da revista <i>Transcultural Psychiatry</i> dedicada a Saúde Mental Global.</p>
<p>17. MILLS, C.; FERNANDO S. Globalising Mental Health or Pathologising the Global South? Mapping the Ethics, Theory and Practice of Global Mental Health. <i>Disability and the Global South</i>, v. 1, n. 2, p. 188-202, 2014</p>	<p>Editorial de número temático da revista <i>Disability and Global South</i> que reúne trabalhos críticos à Saúde Mental Global.</p>

Legenda: Lista dos trabalhos analisados na revisão narrativa com numeração utilizada para fazer referência ao trabalho e pequeno resumo descritivo.*Trabalhos inicialmente selecionados da busca bibliográfica na plataforma PubMed.

Fonte: Informações bibliográficas obtidas na base de dados PubMed exceto capítulos de WHITE; JAIN; ORR; READ, 2017.

O tratamento analítico das publicações seguiu os princípios da análise de conteúdo dedutiva (CHO; LEE, 2014; MAYRING, 2014). Neste método, a partir do conhecimento prévio sobre do tema da pesquisa, estabelecem-se categorias iniciais de análise que podem ser alteradas, retiradas ou às quais pode-se acrescentar novas categorias a partir do material analisado. Tomei como modelo de argumentação crítica cultural à Saúde Mental Global o artigo de Kirmayer e Pedersen (2014), extraindo deste artigo quatro pressupostos que subjazem à ideia de que o avanço da agenda da Saúde Mental Global envolve perigos e dificuldades derivados da modelagem cultural dos transtornos mentais⁷.

1.2 Categorias de análise

Após apresentarem um conjunto de afirmações que constituem os pressupostos básicos da Saúde Mental Global, Kirmayer e Pedersen (2014) apontam para uma *crítica cultural* desta disciplina que levanta algumas questões básicas: a pequena participação de profissionais e pacientes dos países de média e baixa renda na construção das prioridades do SMG; a adequabilidade do uso de dados de prevalência global de transtornos neuropsiquiátricos – entendidos como entidades biologicamente determinadas, com características, curso e desfecho estáveis – como estratégia de escolha para a visibilização acadêmica e política do sofrimento mental; a aceitação tácita de que tratamentos padronizados podem ser prontamente aplicados em diversas culturas com mínima adaptação; a ênfase em intervenções protagonizadas por profissionais de saúde de formação ocidental e a conseqüente marginalização de formas autóctones de ajuda, cura e integração social. (KIRMAYER; PEDERSEN, 2014, p. 760). Mais adiante no artigo, também afirmam que “a resposta local ao sofrimento está imersa em sistemas culturais de significado e de cura que são parte da fábrica religiosa, espiritual e moral de comunidades e sociedades”⁸ (KIRMAYER; PEDERSEN, p. 764, tradução minha).

Os apontamentos anteriores ainda deixam nebuloso o entendimento dos autores sobre

⁷ O artigo de Kirmayer e Pedersen (2014) foi escolhido como modelo argumentativo, após uma primeira leitura de todos os artigos da revisão, por tratar-se do trabalho que melhor resume os principais temas que compõem uma problematização “cultural” dos discursos e práticas de pesquisa e intervenção da SMG.

⁸ Texto original em inglês: “The local response to suffering is embedded in cultural systems of meaning and healing that are part of the religious, spiritual, and moral fabric of communities and societies.”

como “a cultura” interfere na produção de êxitos ou obstáculos para o andamento das iniciativas da Saúde Mental Global. No entanto, no momento em que descrevem potenciais efeitos negativos de uma negligência da cultura na SMG, fica mais claro que há três pontos principais de tensão: (a) a falta de validade diagnóstica universal dos transtornos mentais postulados pela psiquiatria ocidental e, por consequência, a ineficácia ou dano de suas intervenções terapêuticas; (b) o enfraquecimento ou mesmo extinção de dispositivos e sistemas locais de cura e resiliência benéficos; (c) a pouca importância dada ao papel dos determinantes sociais na produção das dificuldades em saúde mental.

Sugiro que a procedência destes pontos de tensão depende da confirmação de quatro pressupostos que proponho como uma tradução, uma emergência de significados, da crítica cultural à saúde mental global. Os quatro pressupostos, que utilizarei como categorias analíticas da revisão, são:

- 1) A psiquiatria ocidental é uma etnomedicina das populações ocidentais
- 2) O emprego da psiquiatria ocidental está associado a prejuízos à saúde da própria população ocidental e da não ocidental.
- 3) Há sistemas interpretativos e terapêuticos para manejo de dificuldades em saúde mental próprios das populações não ocidentais e que lhes são potencialmente benéficos
- 4) A psiquiatria ocidental interpreta e trata de problemas sociais como transtornos mentais

Ao longo da leitura dos trabalhos da revisão, observei que o conceito de cultura e a adjetivação “cultural” eram frequentemente utilizados sem o estabelecimento de um significado explícito para estes termos. Logo, percebi que uma interpretação da crítica cultural também demandaria uma exploração dos significados de cultura subjacentes a estes diversos usos. Neste sentido, para cada um destes pressupostos, proponho também um significado de “cultura” que permeia as argumentações desenvolvidas e fornece o título de cada subseção de análise. No desenvolvimento da revisão, a delimitação destes significados tornou-se um dispositivo analítico potencialmente útil para a produção da interface de diálogo que orientou a parte empírica desta pesquisa.

1.2.1 Dimensão não biológica da realidade

Uma primeira questão que se apresenta, em uma análise crítica da Saúde Mental

Global, é o da própria natureza dos problemas que ela propõe abordar. Kirmayer e Pedersen (2014) apontam que diagnósticos psiquiátricos não são apropriados para certos contextos locais culturais (p. 764) e colocam em questão sua determinação biológica (p. 760). Nesta mesma direção, uma parte importante da crítica cultural à Saúde Mental Global é dedicada a destacar estes dois fatos: (1) as bases biológicas dos transtornos mentais não foram – para alguns, *ainda* – satisfatoriamente estabelecidas; (2) as dificuldades em saúde mental, por serem culturalmente determinadas, não podem ser interpretadas ou classificadas fora de seu contexto cultural local. O tema é tratado em 16 dos 17 artigos analisados na revisão (com exceção de DAS; RAO, 2012). De fato, tanto críticos quanto propositores da SMG reconhecem esse fato. No entanto, a partir desse reconhecimento, traçam percursos argumentativos distintos para justificar seus posicionamentos opostos.

Como desdobramento da falta de marcadores biológicos, os críticos apontam que os diagnósticos psiquiátricos atuais seriam essencialmente construtos culturais ocidentais (SUMMERFIELD, 2002 apud WHITLEY, 2015; TRIBE, 2014). Ainda que possam ser encontradas semelhanças com padrões psicológicos e comportamentais de perturbação de populações não ocidentais, todo aparato analítico e terapêutico derivado das categorias psiquiátricas seria, a princípio e na dependência de estudos que comprovem o contrário (BASS; BOLTON; MURAY, 2007), inadequado para aplicações nestas populações, dado que:

Mundos culturais podem variar tão dramaticamente que a tradução de termos emocionais significa mais do que encontrar equivalentes semânticos. Descrever como é sentir-se enlutado ou melancólico em outra sociedade leva diretamente à análise de uma forma radicalmente diferente de ser uma pessoa.⁹ (KLEINMAN; GOOD, 1985 apud SUMMERFIELD, 2008, p. 992-993, tradução minha).

A definição de transtorno mental é controversa e dependente dos contextos culturais tanto do profissional quanto da pessoa em dificuldades (LESETH, 2015). Essa complexidade e a necessidade de adaptações locais e de acordo com o cenário clínico é relevante inclusive para os próprios propositores da agenda SMG (JACOB; PATEL, 2014; GUREJE; STEIN, 2014). No entanto, enquanto os propositores falam de adaptação de uma base comum, os críticos são moderadamente ou mais radicalmente questionadores da existência desta base fenomenológica comum das dificuldades em saúde mental. Para Kirmayer e Crafa, por

⁹ Texto original em inglês: “Cultural worlds may differ so dramatically that translation of emotional terms means more than finding semantic equivalents. Describing how it feels to be aggrieved or melancholic in another society leads directly into an analysis of a radically different way of being a person.”

exemplo:

Transtornos mentais, tanto individualmente quanto em conjunto, dependem, de forma fundamental, do significado e do contexto social. Isso reflete não apenas as dinâmicas de reconhecimento do problema, sua rotulação e resposta social, mas algo *intrínseco* aos tipos de problemas que vemos como psiquiátricos ou psicológicos. O funcionamento mental na saúde e na doença envolve habitar, adaptar e responder às demandas dos mundos sociais locais (KIRMAEYER; CRAFA, 2014, p. 2, tradução e grifos meus)¹⁰.

Para cinco dos trabalhos desta revisão, a psiquiatria ocidental tem falhado ao tentar explicar o adoecimento mental como doença fundamentalmente biológica e de base cerebral (COX; WEBB, 2015; MILLS; WHITE, 2017; WHITE; SASHIDHARAN, 2014; TRIBE, 2014; BRACKEN et al., 2016; ver também KIRMAYER; GOLD, 2012). Seu modelo reflete mais uma classificação medicamento-centrada do que doença-centrada e os achados biológicos postulados como explicação – alterações de neuroimagem e de concentração de neurotransmissores – são avaliados como não universais e inespecíficos (MONCRIEFF, 2007; MONCRIEFF; COHEN, D., 2009; WYATT; MIDKIFF, 2006).

Quatro trabalhos chamam a atenção para a decisão do *National Institute of Mental Health* (NIMH) dos Estados Unidos de abandonar o *Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais* (mesmo em português, costuma-se utilizar sua abreviatura em inglês, DSM) e a Classificação Estatística Internacional de Doenças (CID) como referências para o financiamento de pesquisas (BEMME; D´SOUZA, 2014; COX; WEBB, 2015; MILLS; WHITE, 2017; WHITE et al., 2017). Como alternativa, o NIMH anunciou o início de um ambicioso projeto para a elaboração de um novo sistema classificatório, o *Research Domain Criteria* (RDoC), baseado na identificação dos circuitos cerebrais envolvidos nos transtornos mentais. Pretende-se que a nova classificação seja baseada em tipos de circuitos comprometidos e não nos sintomas apresentados. Esta decisão do NIMH representou, para os críticos, um forte abalo à credibilidade do sistema classificatório psiquiátrico atual, ainda que aponte um horizonte de intensificação do reducionismo biológico na psiquiatria. Insel et al (2010), apresentando a decisão do NIMH, avaliam o sistema classificatório por grupos de sintomas da seguinte forma:

¹⁰ Texto original em inglês: “mental disorders, both individually and in the aggregate, depend in fundamental ways on meaning and social context. This reflects not only the dynamics of problem recognition, labeling, and social response but something intrinsic to the sorts of problems we view as psychological or psychiatric. Mental functioning in health and in illness involves inhabiting, adapting, and responding to the demands of local social worlds.”

As versões atuais do DMS e da CID têm facilitado, de forma confiável, a pesquisa e o diagnóstico clínico. No entanto, problemas têm sido crescentemente documentados nos últimos anos, tanto no campo clínico quanto da pesquisa. As categorias diagnósticas baseadas no consenso clínico falham em se alinhar com achados emergentes da neurociência clínica e da genética. As fronteiras dessas categorias não têm sido preditivas de resposta ao tratamento. E, talvez mais importante, essas categorias, baseadas em sinais e sintomas apresentados, não podem capturar mecanismos fundamentais subjacentes de disfunção.¹¹ (INSEL et al., 2010, p. 748, tradução minha).

White et al. (2017) lembram que a versão atual do DSM, o DSM V, possui um capítulo específico, *Formulação Cultural*, dedicado ao debate sobre a relação entre cultura e diagnósticos psiquiátricos. Este capítulo também oferece uma ferramenta, na forma de um questionário, para apoiar os profissionais na avaliação do impacto da cultura na apresentação clínica e no atendimento de pessoas com dificuldades em saúde mental. Na sua introdução, afirma-se, no DSM, que:

Transtornos mentais são definidos em relação a normas e valores culturais, sociais e familiares. A cultura proporciona estruturas de interpretação que moldam a experiência e a expressão de sintomas, sinais e comportamentos que são os critérios para o diagnóstico. A cultura é transmitida, revisada e recriada dentro da família e de outros sistemas sociais e instituições (APA, 2014, p.14).

Por outro lado, três trabalhos (BEMME; DSOUZA, 2014; TRIBE, 2014; WHITE et al., 2017) ressaltam que um dos principais líderes da agenda Saúde Mental Global, o psiquiatra indiano Vikram Patel, advoga que, ainda que seja um sistema limitado, as categorias psiquiátricas são o melhor sistema disponível na atualidade (PATEL, 2013, 2014). Referindo-se aos transtornos do humor, Patel (2013) explica que o método classificatório atual, que separa uma experiência afetiva de sofrimento não patológica de um transtorno, utiliza o número, duração e impacto dessas experiências para fazer essa distinção. E reconhece que:

Este método, ainda que seja *inevitavelmente arbitrário*, permanece sendo o único método confiável atualmente disponível, já que, apesar da abundante pesquisa revista sobre este tema, permanecemos a uma longa distância de um biomarcador

¹¹ Texto original em inglês: “Current versions of the DSM and ICD have facilitated reliable clinical diagnosis and research. However, problems have increasingly been documented over the past several years, both in clinical and research arenas. Diagnostic categories based on clinical consensus fail to align with findings emerging from clinical neuroscience and genetics. The boundaries of these categories have not been predictive of treatment response. And, perhaps most important, these categories, based upon presenting signs and symptoms, may not capture fundamental underlying mechanisms of dysfunction.”

válido e replicável para este transtorno¹² (PATEL, 2013, S36-S37, tradução e grifos meus).

Para Patel, o elemento fenotípico das doenças, a enfermidade descrita pelos pacientes e/ou identificada por profissionais ou comunidades (*illness* em inglês)¹³ é suficientemente objetivo e universalizável com adaptações locais. Ele sinaliza mecanismos biológicos, que *ainda* não foram descobertos. Referindo-se à depressão, ele afirma que:

A depressão, ao menos em sua apresentação mais severa, é uma desordem cerebral e vamos descobrir, *no devido tempo*, seu mecanismo biológico. Precisamos nos mover firmemente além das visões mal informadas e vulgares de que a depressão é uma “invenção psiquiátrica” e investir mais em compreender sua natureza, abordando o estigma em torno da doença mental e melhorando o acesso aos tratamentos que já possuímos¹⁴ (PATEL, 2013, tradução minha).

Em um breve resumo, segundo os trabalhos analisados nesta revisão, um dos pilares da crítica cultural à SMG é o papel significativo da modelagem cultural na determinação dos transtornos mentais como categorias diagnósticas no ocidente e em interpretações locais das dificuldades em saúde mental por outros sistemas culturais. Proponho, entretanto, que esse papel, se constrói menos a partir de uma valorização *a priori* da cultura do que a partir da falta de uma sustentação biológica. Para esclarecer esta observação, dirijo-me à tarefa de analisar o(s) significado(s) de cultura que permeiam este argumento da crítica.

Em um estrato analítico mais superficial desse debate, a cultura, que molda o sofrimento mental, envolve um conjunto de definições, valores e prioridades de bem-estar de comunidades e populações, envolvido na produção, por exemplo, de categorias de identidades e práticas sociais (KIRMAYER; PEDERSEN, 2014, p. 765). Ou como o próprio DSM 5

¹² Texto original em inglês: “This method, while being inevitably arbitrary, remains the only reliable method currently available as, despite the abundance of research reviewed in this issue, we remain a long way from a valid and replicable biomarker of this disorder.”

¹³ A maneira como Patel (2014) justifica a abordagem do componente *illness* com um modelo classificatório universal é de que, necessariamente, existe um componente de *disease* subjacente a toda *illness*. Os críticos, por sua vez, não ignoram a necessidade de oferta de cuidados às experiências de sofrimento mental sem correlatos biológicos específicos, mas apontam que a forma de fazê-lo não precisa de um sistema diagnóstico classificatório universal. *Illness* e *disease* demandam abordagens distintas. Esta diferença de abordagem entre doença e experiência de doença é encontrada também na prática clínica dos médicos de família, que utilizam o método clínico da *Medicina Centrada na Pessoa* (STEWART et al., 2017), como será descrito na parte empírica do estudo.

¹⁴ Texto original em inglês: “Depression, at least at its severe end, is a brain disorder and we will discover, in due course, its biological mechanism. We need to move firmly beyond the hackneyed and misinformed views that depression is a ‘psychiatric invention’ to investing more on understanding its nature, addressing the stigma around mental illness, and improving access to the treatments we already possess.”

define:

Cultura refere-se a sistemas de conhecimento, conceitos, regras e práticas que são aprendidos e transmitidos de geração a geração. Cultura inclui linguagem, religião e espiritualidade, estruturas familiares, estágios do ciclo da vida, rituais, cerimoniais e costumes, bem como os sistemas morais e legais¹⁵. Culturas são sistemas abertos e dinâmicos que passam por mudanças contínuas ao longo do tempo; no mundo contemporâneo, a maioria dos indivíduos e grupos está exposta a múltiplas culturas, as quais são usadas por eles para moldar suas próprias identidades e dar um sentido àquilo que é vivido (APA, 2014, p.749).

Neste caso, quando as perturbações e anormalidades psicológicas e comportamentais são consideradas essencialmente construtos culturais, não há elementos específicos – “patognomônicos” – de disfuncionalidade biológica no corpo. Portanto, julgamentos – de ordem moral, religiosa ou relativos a sistemas médicos autóctones não biologicistas – engendrados pelas pessoas em dificuldades ou por atores de sua comunidade sobre a sua experiência são os mecanismos que sustentam o reconhecimento social de uma anormalidade ou perturbação que precisa de cuidados.

Assim, por outro lado, é possível observar, em um nível menos evidente, o uso ontológico da cultura como uma dimensão da realidade a qual pertencem fenômenos que afetam os corpos e experiências humanas que não são satisfatoriamente explicados pela biologia. Há sinais de que parte significativa deste debate perderia o sentido e a preocupação com a cultura seria menor a partir do estabelecimento dos marcadores biológicos, embora este estabelecimento não faça desaparecer a existência de sistemas de crenças, valores e princípios organizativos da experiência humana e do mundo a que ela pertence¹⁶. De fato, este reconhecimento é um produto destes sistemas. Porém, há, no pano de fundo desta discussão, uma expectativa – quase uma aspiração – de que, em algum momento, não seja necessário recorrer à cultura para dar conta dela. O cultural é sinônimo de não universalizável, de pouco espaço para uma ciência normativa e de um espaço limitado para a experiência de segurança e controle vinculada aos fenômenos biológicos. Gone e Kirmayer (2010, p.72) situam essa questão da seguinte maneira:

¹⁵ É interessante observar a ambiguidade dos autores do DSM que, embora em outro momento reconheçam que “[...] todas as formas de sofrimento são moldadas localmente, incluindo os transtornos do DSM.”(APA, 2014, p.758), perdem a oportunidade nesta definição de reconhecer a ciência ocidental e a psiquiatria como práticas culturais e deposita na cultura campos menos palatáveis para a ciência como a linguagem, a religião, a família, a moral e o direito.

¹⁶ Como apontam Fulford et al (2005, p. 82): “No futuro saberemos de fato muito mais sobre as causas (biológicas, psicológicas e sociais) da experiência e comportamento humano. Mas isso não poderá resolver questões sobre exatamente que tipos de experiências e comportamentos são negativamente avaliados, e, então, *patológicos*”. (grifos dos autores, tradução minha).

Infelizmente, este projeto de uma psiquiatria científica global tende a ver a cultura como *uma distração do projeto de desenvolver um corpo de conhecimento universal*. Isto é, a diversidade cultural torna-se um obstáculo à pesquisa científica e à oferta de cuidado, ou então uma questão de diferenças triviais - uma “questão decorativa” [*“window dressing”*, no original em inglês] de um núcleo essencial da experiência humana universal que deve fundamentar um conhecimento universal.¹⁷ (tradução e grifos meus).

Gureje e Stein (2014), psiquiatras que participam da agenda SMG, demonstram essa polarização através da esperança de que os biomarcadores possam futuramente oferecer a validade diagnóstica desejada para os transtornos mentais, superando as imprecisões atuais. Enquanto isso, os diagnósticos psiquiátricos devem ter como principal estratégia de sustentação sua utilidade clínica:

Transtornos mentais são reais e afetam populações em todo mundo, *a despeito de suas culturas e organizações sociais*. No entanto, classificar esses transtornos tem sido um exercício assustador em vista da imprecisão da evidência disponibilizada pela neurociência. Sendo os biomarcadores ainda uma esperança futura, as classificações internacionais têm buscado alcançar confiabilidade na sua comunicação e ampla aceitabilidade de modo a servir ao objetivo da utilidade clínica.¹⁸ (GUREJE, STEIN, 2014, p. 38, tradução e grifos meus)

Destaco que este significado da cultura como dimensão não biológica, ou mesmo oposta à biologia como no clássico, talvez ultrapassado, debate “natureza *versus* cultura”, já foi formalmente superado em discursos contemporâneos no campo das ciências sociais da saúde, por exemplo por Kirmayer (2006) e Rose (2013). No entanto, pretendo, neste trabalho, demonstrar que estes e outros usos e significados, supostamente superados, continuam “nos bastidores” das preocupações e posicionamentos que marcam um território acadêmico contemporâneo da ciência ocidental como a Saúde Mental Global.

Diante do enfraquecimento de sua sustentação biológica e do fortalecimento de sua constituição cultural, há ainda espaço para os modelos diagnósticos e terapêuticos atuais da psiquiatria ocidental ganharem respaldo na construção de uma agenda de cuidados globais em

¹⁷ Texto original em inglês: “Unfortunately, this project of a global scientific psychiatry tends to view culture as distraction from the project of developing a body of universal knowledge. That is, cultural diversity becomes an obstacle to scientific research and delivery of care, or else matter of trivial differences – of ‘window dressing’ on the essential core of universal human experience that might ground a universal nosology.”

¹⁸ Texto original em inglês: “Mental disorders are real and affect populations across the world, irrespective of their cultures and social organizations. However, classifying these disorders has been a daunting exercise in view of the imprecision of available evidence from neuroscience. With biomarkers still a futuristic hope, international classifications have sought to achieve reliability of communication and wide acceptability in order to serve the goal of clinical utility.”

saúde mental através do reconhecimento de sua *utilidade clínica*, como apontado acima por Gureje e Stein (2014). O estabelecimento da medicina biologicista moderna como um dos paradigmas epistêmicos hegemônicos vigentes não resulta de uma vitória em debate filosófico com outros sistemas médicos, mas do êxito prático de suas intervenções diante de necessidades e objetivos sanitários e políticos determinados socialmente (PORTER, 2004). Neste sentido, o próximo argumento da crítica cultural envolve a análise de resultados práticos da psiquiatria ocidental tanto no ocidente quanto em populações não ocidentais.

1.2.2 Território de interação das gramáticas morais humana

Kirmayer e Pedersen salientam que o uso de categorias diagnósticas inapropriadas localmente pode levar a diagnósticos errôneos (*misdiagnosis*) e expõe perigosamente as pessoas a tratamentos sem indicação (KIRMAYER; PEDERSEN, 2014, p. 764). Neste segundo pressuposto, a crítica cultural deixa o caráter filosófico da análise dos modos ontológicos de existência dos diagnósticos psiquiátricos e passa a ter um caráter transdisciplinar em que as ciências sociais, a epidemiologia e a pesquisa clínica são as linguagens utilizadas para produzir as análises que a subsidiam. A crítica cultural se dirige a estudar os efeitos de práticas humanas na própria vida humana e sua avaliação moral quanto a prejuízos e benefícios diante de objetivos e valores postulados às vezes explicitamente, outras implicitamente – é neste sentido que uso a expressão “gramática moral” como em Fassin (s/d). E se vale, para tanto, de diversos modos de conhecimento.

Um dos principais argumentos utilizados para justificar o emprego dos sistemas diagnósticos do DSM e da CID é a defesa de sua utilidade clínica. Ainda que haja um reconhecimento de que sua validade diagnóstica é complexa e controversa, as categorias patológicas podem oferecer uma linguagem comum para profissionais de saúde mental em todo mundo utilizarem entre si, em pesquisas, na comunicação com os pacientes e com os agentes públicos. Os diagnósticos psiquiátricos também seriam capazes de transmitir informações sobre prognóstico, resposta ao tratamento e etiologia de quadros clínicos com padrões semelhantes de apresentação (KENDELL; JABLENSKY, 2003).

Entretanto, a tese da utilidade clínica dos diagnósticos psiquiátricos também tem demonstrado fragilidades. Segundo Jablensky (2016), o número extenso de transtornos

mentais classificáveis depara-se com a alta prevalência de comorbidades diagnósticas, sobre as quais não é possível afirmar se tratam-se, de fato, da ocorrência simultânea de entidades patológicas distintas ou de múltiplas expressões possíveis de uma mesma síndrome. As fronteiras entre diagnósticos também têm problemas de aplicação justamente nas informações sobre prognóstico. Por exemplo, para a esquizofrenia, a definição de casos típicos, que preenchem mais critérios diagnósticos específicos, não têm demonstrado utilidade prognóstica quando estes são comparados aos casos atípicos (JABLENSKY, 2016).

Entre os trabalhos analisados na revisão, Cox e Webb (2015) apontam que um argumento em defesa da globalização da abordagem psiquiátrica ocidental é a proteção legal e moral, conferida pelo reconhecimento de certos estados mentais como “doenças”, daqueles que sofrem com estas condições, podendo garantir acesso a cuidados formalizados que incluem tratamentos padronizados. Neste sentido, o uso do sistema dos sistemas classificatórios ocidentais seria mais conveniente do que científico.

Catorze trabalhos (2-13, 16,17), porém, reúnem informações para apresentar problemas derivados do emprego da psiquiatria ocidental. Quatro trabalhos (3,4,6,8) fazem referência ao artigo de Angermeyer et al. (2011), uma revisão sistemática sobre o uso dos modelos explicativos biogenéticos como fator de aumento de tolerância social a portadores de transtornos mentais. Na maioria dos estudos analisados, no entanto, a atribuição da doença a causas biogenéticas foi associada a aumento da rejeição às pessoas diagnosticadas. Kirmayer e Pedersen (2014) também apontam, apoiados nas meta-análises de Kvaale, Gottdiener e Haslam (2013) e Kvaale, Haslam e Gottdiener (2013), que as explicações biológicas podem oferecer menos senso de culpa pessoal (*personal agency*, no original), mas, ao mesmo tempo, portam um sentido de cronicidade e de pessimismo quanto à possibilidade de recuperação.

Três trabalhos fazem críticas à confiabilidade das informações sobre carga de doença e prevalência apresentadas pelos propositores da SMG (7, 10, 11). Estes trabalhos utilizam como principal referência o artigo de Brhlikova (com POLLOCK; MANNERS, 2011), que aponta o comprometimento da interpretação dos dados sobre carga global de doença nos estudos sobre depressão em virtude de lacunas metodológicas importantes, como baixa amostragem em diversos países, pouca clareza no método de amostragem e ausência de informações sobre incidência. Baxter et al. (2013) também são citados. Estes autores revisaram estudos epidemiológicos utilizados para cálculo da carga global de doença dos transtornos mentais e observaram que, de 77.000 fontes identificadas, menos de 1% poderia ser utilizada para derivar estimativas nacionais de prevalência, incidência, remissão e

mortalidade.

Nove trabalhos (2,6-8,10-12,14,16) denotam limitações da medicina baseada em evidências (MBE) como método de escolha para verificação da psiquiatria ocidental e dos ensaios clínicos randomizados (ECR) como protótipos de avaliação das intervenções clínicas¹⁹. Nestas críticas, considera-se que a MBE é baseada em uma hierarquia epistêmica que valoriza em excesso conhecimentos de modelagem positivista (LAMBERT, 2006; THOMAS; BRACKEN; YASMEEN, 2007; GOLDENBERG, 2006), produzidos por estudos de alto custo, insensíveis ao contexto, pouco realísticos e que não produzem necessariamente melhores resultados (ADAMS, 2013; FARMER; MURRAY; HEDT-GAUTHIER, 2013).

Das e Rao (2012) apontam que as pesquisas que embasam as recomendações da agenda SMG validaram modelos de oferta de serviços específicos por doença, baseados em programas autossuficientes, com estrutura de apoio pré-existente e com mecanismos separados de monitoramento, isto é, incompatíveis com a realidade de sistemas de saúde pouco estruturados e que cuidam de pacientes com inúmeras comorbidades como nos países de baixa e média renda. Kirmayer e Pedersen (2014) alertam para a influência de forças econômicas e políticas, em especial da indústria farmacêutica, na produção, interpretação e impacto das evidências. Citam como exemplo também a utilização, nos estudos, de perfis de pacientes com uma única doença, que não representam o cotidiano da atenção à saúde das pessoas com dificuldades em saúde mental, bem como o exagero interpretativo de resultados positivos, a omissão de resultados negativos e a escassez de estudos sobre intervenções que não atendem a interesses econômicos e de categorias profissionais. As evidências valorizadas na MBE tendem a desempoderar pacientes, e fortalecer a corporação médica (COX; WEBB, 2015) e também não priorizam as preferências e narrativas dos usuários (MILLS; WHITE, 2017). Este modelo de valorização, na comunidade científica internacional, repercute em obstáculos ao avanço de pesquisas em países com menos recursos como apontado por Hickling et al. (2013, citado por 8, 10).

A pequena participação dos países de baixa e média renda nas pesquisas que fundamentam as propostas de intervenção da agenda SMG também merece destaque. Ainda

¹⁹ A MBE é a principal racionalidade de orientação diagnóstica e terapêutica vigente na medicina científica ocidental contemporânea, constituída por recomendações das intervenções médicas baseadas numa hierarquia de diversas modalidades de estudos empíricos. Nesta hierarquia, o “padrão ouro” são as análises estatísticas do maior número de ensaios clínicos randomizados disponíveis e adequados. Os ECR são estudos que comparam intervenções médicas com placebo ou diferentes tratamentos entre si. Para neutralizar outros fatores que possam interferir nos resultados e poder atribuir os efeitos encontrados ao placebo ou às intervenções, nos ECR, preocupa-se em identificar e controlar o maior número de variáveis potencialmente interferentes nos estudos e empregam-se ferramentas de homogeneização dos grupos estudados e cegamento de participantes (e até mesmo pesquisadores em alguma fase do estudo) (GUYATT et al., 1995).

que mais de 80% da população global viva em países de baixa e média renda, Patel e Sumathipala (2001, citados em 8, 12), observaram que mais de 90% dos artigos publicados em um período de três anos, em seis periódicos líderes na área de psiquiatria, vieram de países euroamericanos. Baseado em artigo de revisão da primeira série *Lancet Global Mental Health* (PATEL et al., 2007), Fernando (2012) relata que de 11.501 ensaios clínicos publicados sobre uma série de transtornos psicológicos, menos de 1% pertenciam aos países de baixa renda e menos de 10% a países de média renda com renda mais baixa (também por convenção, utilizo a abreviatura L-MIC, derivada do termo em inglês *lower-middle income countries*²⁰). Esta realidade tende a ser agravada pela eleição dos ECR como métodos de avaliação de possíveis alternativas de cuidado.

Das e Rao (2012) destacam que a maior parte das intervenções avaliadas na Saúde Mental Global (PATEL et al., 2007) para demonstrar a eficácia dos tratamentos psiquiátricos são farmacológicas (80% no caso da abordagem da depressão)²¹. E são, justamente, dados sobre a falta de evidências de eficácia dos medicamentos psicotrópicos e seus efeitos adversos que servem de base para diversas críticas. A meta-análise de Kirsch et al. (2008) é citada por três trabalhos revisados (3,4,11) e aponta que as diferenças de resultados entre placebo e antidepressivos é pequena mesmo para pacientes severamente deprimidos. Ainda que para estes pacientes mais graves a diferença seja um pouco maior, este aumento é atribuído mais a uma diminuição do efeito placebo do que a um aumento da resposta aos antidepressivos. Outra meta-análise, de Fournier et al. (2010), é citada duas vezes (2, 4) e aponta para melhores resultados com antidepressivos para pacientes com depressão severa e uma provável inexistência de benefícios, quando comparados ao placebo, para casos leves e moderados. Também são citados os trabalhos de Andrews (2001), Moncrieff (2002) e Turner et al. (2008)

²⁰ Como destaquei na nota 3, as pesquisas em Saúde Mental Global, bem como a Organização Mundial da Saúde, costumam adotar a classificação dos países por média de renda populacional elaborada pelo Banco Mundial. Os países são caracterizados como de baixa, média e alta renda. Nessa classificação, também são utilizadas as abreviaturas dos termos em inglês que mantenho no texto da tese: LIC, *low-income countries* (países de baixa renda); L-MIC, *lower-middle-income countries* (países de média renda com renda mais baixa); LMIC, *low and middle-income countries* (países de baixa e de média renda); e HIC, *high income countries* (países de alta renda).

²¹ Patel et al (2007), no resumo do artigo em que procura demonstrar a existência de evidências para ampliação em escala global de medidas de prevenção e tratamentos de transtornos mentais, dentro da histórica série *Lancet 2007 Global Mental Health*, recomendam “que gestores de políticas devem agir com a evidência disponível para disponibilizar e qualificar [no original, *scale up*] tratamentos e intervenções preventivas para transtornos mentais” (tradução minha). Paradoxalmente, nas conclusões do mesmo artigo, reconhecem que: “a menor parte das evidências vem dos países mais pobres, a maioria dos ensaios foca num espectro pequeno de transtornos mentais e a maior parte avalia apenas intervenções farmacológicas. Logo, a maior parte da evidência é de relevância limitada para os cuidados em saúde mental em países de baixa e média renda.” (p. 1000, grifos e tradução minha).

como referências que questionam a eficácia dos antidepressivos.

Em Cox e Webb (2015) e Mills e White (2017), diversos problemas quanto ao uso dos antipsicóticos também são apontados como: risco elevado de efeitos colaterais debilitantes com o uso prolongado de antipsicóticos de primeira geração, aumento do risco de doenças físicas e diminuição da expectativa de vida com antipsicóticos de segunda geração, aumento do risco de morte súbita cardíaca (com ambas as classes) e efetividade apenas de curto prazo e limitada a controle de sintomas. White e Sashidharan (2013) baseados em Wunderlink et al. (2009) ressaltam que há indicativos de que reduzir ou descontinuar as doses de medicação antipsicótica nos estágios iniciais de remissão de um primeiro episódio é associado a melhor recuperação do que a manutenção da medicação.

Quanto às abordagens psicoterápicas, dois artigos (COX; WEBB, 2015; SUMMERFIELD, 2012) destacam que revisões de literatura apontam mais para a influência de fatores da relação terapêutica nos desfechos clínicos do que para qualquer técnica ou escola de psicoterapia específica. Segundo Cooper (2008 apud BRACKEN et al., 2012), fatores não específicos (variáveis dos pacientes, eventos extraterapêuticos, variáveis de relacionamento, expectativa e efeito placebo) respondem por cerca de 85% da variação de desfechos terapêuticos na prática psicoterápica, destacando-se a forte associação entre aliança terapêutica e resultados positivos em diversas modalidades (CASTONGUAY; BEUTLER, 2006 apud COX; WEBB, 2015).

Além dos problemas produzidos no Ocidente, os trabalhos da revisão apontam para dificuldades engendradas pela psiquiatria biomédica também nos países não ocidentais. Treze trabalhos (2-6, 8, 10-13, 15-17) apresentam avaliações de que a Saúde Mental Global favorece, ou mesmo representa, uma imposição do modelo ocidental de interpretação e abordagem das dificuldades em saúde mental sobre modelos autóctones de outros povos, populações e comunidades do planeta. Referem-se, em alguns casos, a rótulos como “imperialismo” (SUMMERFIELD, 2012), “neo-colonialismo” (TRIBE, 2014) e “natureza eurocêntrica” (DAS; RAO, 2012) dos quais a SMG seria uma nova versão, diferenciada por uma roupagem “baseada em evidências” (TRIBE, 2014). Como sinalizado pela própria falta de resultados positivos mais convincentes no Ocidente, as justificativas para a imposição deste modelo não estariam em objetivos de saúde pública, mas em interesses econômicos, vinculados principalmente à ampliação de mercados para a indústria médica e farmacêutica (2,3,5,6,8-10, 13, 15-17).

Esta imposição apresenta quatro graves desdobramentos: (1) reprodução dos mesmos

problemas enfrentados pela psiquiatria biomédica no ocidente, como a redução ineficaz da proposta terapêutica à prescrição de medicamentos (JAIN; JADHAV, 2009) e o papel passivo e não participativo imposto aos pacientes e familiares (READ, 2012); (2) a criação de obstáculos ao acesso e o distanciamento da experiência das pessoas por falta de identificação das populações locais com as categorias interpretativas ocidentais (FERNANDO, G., 2005; MCGRUDER, 1999) (3) o enfraquecimento e a marginalização de sistemas e práticas locais, não ocidentais, de atenção e cuidado às dificuldades em saúde mental, sem a realização de análises mais amplas que avaliem seus potenciais benefícios e problemas (DAVAR, 2014; DAVAR; LOKOHARE, 2009; MILLER; RASMUSSEN, 2010; SUMMERFIELD, 2012; SOOD, 2016); (3) a “patologização” acrítica e naturalizada do sofrimento mental em detrimento da atenção e da abordagem de seus determinantes sociais (este terceiro ponto retomaremos na quarta categoria de análise).

Ao apresentar os problemas engendrados pela psiquiatria biomédica no Ocidente e no não Ocidente, utilizando análises e princípios avaliativos de diversas áreas do conhecimento, em especial da epidemiologia, pesquisa clínica e antropologia, a crítica cultural à SMG passa a incluir juízos de adequabilidade ou não dessa agenda, considerando suas consequências nas vidas das pessoas. A cultura, portanto, nesta argumentação, não corresponde apenas ao resultado de um exercício descritivo e interpretativo dos sistemas simbólicos utilizados nos grupos sociais, mas envolve o reconhecimento dos propósitos morais desses grupos e reações desencadeadas por este reconhecimento, em geral, em defesa de determinados valores humanos universais, de um ou vários projetos de humanidade. É válido notar que os defensores da Saúde Mental Global, dentro deste debate “cultural”, também apresentam suas propostas como instrumentos para a defesa dos direitos humanos dos portadores de transtornos mentais e da garantia de acesso a tratamento (KLEINMAN, 2009; PATEL; SARACENO; KLEINMAN, 2006). Portanto, quando críticas designadas como culturais, englobam avaliações, recomendações, desaprovações das práticas de pesquisa e de assistência de um campo como a Saúde Mental Global, emerge um significado da cultura como território de interação entre valores morais e universais, como a própria diversidade cultural e os direitos humanos.

1.2.3 Sistemas simbólicos não ocidentais

O terceiro pressuposto da crítica cultural à Saúde Mental Global é de que existem diversos recursos autóctones, na forma de sistemas mais organizados ou de práticas informais e não institucionalizadas, disponíveis para os cuidados das pessoas com dificuldades em saúde mental que não a psiquiatria biomédica. Considerando populações não ocidentais, estes recursos teriam a vantagem importante de fazerem parte dos mundos locais e estarem imersos em sua teia de símbolos e significados, fortalecendo e mantendo identidades sociais e comunidades (KIRMAYER; PEDERSEN, p. 764, 771). Neste sentido, é razoável levantar a hipótese de serem mais adequados para interpretação e tratamento de seus problemas dada a forte composição ou modelagem sociocultural dessas dificuldades, apontada na primeira categoria (BASS; BOLTON; MURAY, 2007). Os conhecimentos utilizados pelos trabalhos analisados nesta revisão, que alicerçam este terceiro pressuposto, são apoiados de forma significativa pela produção de um campo derivado da própria trajetória histórica da psiquiatria ocidental - a psiquiatria cultural ou transcultural.

Segundo Kirmayer (2007), a psiquiatria cultural é um campo de estudos e práticas multidisciplinar, caracterizado por três focos principais de estudo: questões sobre a universalidade ou relatividade dos transtornos mentais e das práticas terapêuticas; dilemas em torno da oferta de serviços de saúde mental para populações etnicamente diversas; e, mais recentemente, a análise da teoria e prática psiquiátricas como produtos de uma história cultural particular. Embora tenha entre suas disciplinas principais as ciências sociais da saúde, a psiquiatria cultural é orientada por uma agenda clínica, isto é, que enfatiza a busca pela eficácia terapêutica em resposta ao sofrimento humano. As preocupações citadas anteriormente podem ser relacionadas às três ondas sucessivas de desenvolvimento desta disciplina: a psiquiatria colonialista e comparativa, a saúde mental de comunidades étnicas diversas e a antropologia pós-colonial da psiquiatria.

A primeira onda, a psiquiatria comparativa, envolveu estudos “[...] focados no exótico com o objetivo de examinar a universalidade dos principais transtornos psiquiátricos”²² (KIRMAYER, 2007, p. 6, tradução minha). Este objetivo inicial diverge do primeiro pressuposto desta análise, isto é, procurou-se reunir evidências dos aspectos não moldados culturalmente do sofrimento mental. Examinar a universalidade envolve “[...] aplicar a mesma categoria de doença e o mesmo método diagnóstico em cenários sociais e culturais

²² Texto original em inglês: “[...] focused on the exotic in order to examine the universality of major psychiatric disorders”.

diferentes”²³ e “[...] determinar a relativa distribuição e frequência de tipos particulares de doenças mentais em sociedades diferentes usando métodos epidemiológicos”²⁴ (KLEIMAN, 1977, p.3, tradução minha).

No entanto, em contraponto a esta perspectiva, emergiu a proposta de uma “nova” psiquiatria transcultural, tendo como uma de suas principais referências os trabalhos do psiquiatra e antropólogo norte-americano Arthur Kleinman. Em seu trabalho pioneiro, através de estudos etnográficos sobre a depressão na China, Kleinman (1977) apresentou casos de depressão que não relatavam os sintomas psicológicos da categoria depressiva ocidental, mas sim sintomas físicos. Com esses exemplos, propôs que os transtornos mentais não podem ser concebidos *a priori* dos seus meios culturais e que mesmo a presença de semelhanças entre populações, não diminui o peso de componentes culturalmente específicos em definições locais de quadros que guardam algum nível de correspondência com os transtornos mentais ocidentais.

Kleinman apontou que a psiquiatria cultural, seguindo seu propósito clínico, deveria assumir que as anormalidades que em algum nível correspondem ou dialogam com os diagnósticos psiquiátricos na medicina ocidental (nos seus grupos de sintomas psicológicos e/ou comportamentais) são – devido ao seu caráter essencialmente fenotípico ou de *illness* – particulares a cada cultura e que, para entender e buscar as melhores formas de tratamento, tão ou mais importante do que mapear as semelhanças é conhecer essas especificidades. “De fato, a questão principal que emerge da psiquiatria transcultural tradicional é se a busca por essa epidemiologia comparativa não é ela mesma um obstáculo para a compreensão de como a cultura afeta a depressão”²⁵ (KLEINMAN, 1977, p. 3, tradução minha),

Os trabalhos da revisão também utilizam de forma recorrente, na argumentação desse pressuposto, diversas referências que podem ser agrupadas nesta segunda onda da psiquiatria cultural: os trabalhos sobre os idiomas do sofrimento (*idioms of distress*) de Kirmayer (1989) e Nichter (1981, 2010); os estudos sobre sistemas terapêuticos religiosos na Índia de Raguram et al. (2002) e Sax (2014); a apropriação não patológica da experiência de tristeza nas populações budistas (OBEYESEKERE, 1985). Cox e Webb (2015) também apresentam

²³ Texto original em inglês: “[...] apply the same disease category and the same diagnostic methods in different social and cultural settings”

²⁴ Texto original em inglês: “[...] to determine the relative distribution and frequency of particular kinds of mental illnesses in different societies by using epidemiological methods.”

²⁵ Texto original em inglês: “Indeed the chief question emerging from the traditional transcultural psychiatric approach is whether the quest for such a comparative epidemiology is itself an obstacle to understanding how culture affects depression.”

trabalhos que mostram exemplos exitosos de dispositivos tradicionais locais de cuidado em contextos religiosos e comunitários (KHAN, 2014; LESCH, 2013; KIRMAYER, 2011; MOHATT et al., 2008, todos estes apud COX; WEBB, 2015).

Oito trabalhos analisados (4-6, 8, 10, 12, 16, 17) enfatizam a importância de um pluralismo terapêutico em que seja priorizada a disponibilidade de tratamentos tradicionais locais à população. Quatro desses trabalhos (4-6,8) citam a pesquisa de Halliburton (2004), em que foram estudadas as experiências de 100 pacientes com dificuldades em saúde mental que receberam cuidados/tratamentos em uma de três possibilidades: tratamento psiquiátrico, ayurvédico ou religioso (hindu, muçulmano e cristão). Os resultados dos tratamentos foram significativamente positivos nos três sistemas. Nas entrevistas, as experiências descritas pelos pacientes eram radicalmente divergentes e, nos três grupos, houve também participantes que descreveram os tratamentos como ineficazes.

Nesta mesma linha, ainda que não seja propriamente uma abordagem típica desta segunda onda da psiquiatria cultural, oito dos trabalhos analisados (2, 4, 5, 8, 10, 12, 13, 17) fazem referência aos estudos internacionais da Organização Mundial de Saúde, da década de 70 e 80, sobre esquizofrenia. Estes estudos observacionais, que envolveram períodos de até 15 anos de acompanhamento, mostraram melhores resultados clínicos para pacientes em países de média e baixa renda (LMIC), quando comparados aos de países de alta renda (HIC), mesmo em situações de menor acesso ao tratamento psiquiátrico convencional (JABLENSKY; SARTORIUS, 2008, citado em 4 e 8). Os índices de remissão clínica completa foram significativamente maiores nos LMIC (37%) do que nos HIC (15,5%). Também nos LMIC, os períodos sem comprometimento funcional em suas comunidades foi significativamente maior, ainda que apenas 16% tenham ficado em uso contínuo de medicação antipsicótica (comparado a 61% nos HIC). No entanto, estes dados positivos são questionados por revisões críticas das pesquisas da OMS, apontando diversos problemas metodológicos desses estudos, e por dados de outras pesquisas que mostram piores desfechos dos pacientes nos LMIC (COHEN et al., 2008). Jablensky e Sartorius (2008), que estão entre os pesquisadores responsáveis pelos estudos da OMS, se defendem dessas críticas, argumentando que suas conclusões jamais se dirigiram a apontar uma ou mais culturas específicas como fator causal único dos resultados encontrados, mas a chamar a atenção e provocar perguntas em torno da possibilidade da “cultura” como um fator poderoso, real e de influência pervasiva nesses desfechos. Um dos principais argumentos destacados para justificar este polêmico resultado dos LMIC são exatamente a maior disponibilidade de

dispositivos e sistemas de cuidado locais nestes países em oposição a uma suposta hegemonia monoterapêutica da psiquiatria ocidental nos HIC (TRIBE, 2014).

Neste terceiro pressuposto, marcado pela forte influência dos estudos da psiquiatria cultural no debate da Saúde Mental Global, a insígnia da cultura é utilizada para designar a descrição de sistemas e práticas não ocidentais de abordagem dos transtornos mentais, ou de forma mais abrangente, das dificuldades em saúde mental, e as experiências dos atores sociais locais neste meio. A cultura remete, portanto, aos sistemas de crenças, hábitos e costumes do “outro”, apontado aqui, como os povos não ocidentais. Nesta revisão de significados da cultura, é possível observar que psiquiatria cultural tem avançado sem conseguir abandonar por completo as marcas produzidas pelo encontro original que a produziu, entre “as qualidades estrangeiras [*alien qualities* no original] da psicopatologia” e “a estranheza de um outro ‘cultural’”²⁶ (KIRMAYER, 2007, p. 3, tradução minha). Este mesmo autor afirma, após apontar esta polaridade, que “o construto da cultura oferece uma forma de conceitualizar essa diferença, permitindo-nos reunir raça, etnicidade e formas de vida sobre uma mesma rubrica para examinar o impacto do conhecimento social, das instituições e práticas, na saúde, no adoecimento e na cura.”²⁷ (KIRMAYER, 2007, p. 3, tradução minha). Novamente, este significado de cultura como um conjunto de sistemas de crenças e modos de vida não ocidentalizados é considerado ultrapassado, principalmente nos debates antropológicos (KUPER, 2002), mas isso não impede que permaneça como um de seus usos possíveis como na disciplina aqui analisada.

1.2.4 Estrutura social

Para a crítica cultural da Saúde Mental Global, uma das consequências problemáticas do avanço do modelo de intervenções em saúde mental proposto, seria a reconstrução das experiências de sofrimento de pessoas de países média ou baixa renda, ou mesmo nos HICs – que vivem frequentemente verdadeiras catástrofes sociais (HORTON, 2014) – como doenças

²⁶ Texto original em inglês: “[...] the alien qualities of psychopathology with the strangeness of the cultural ‘other’”.

²⁷ Texto original em inglês: “The construct of culture offers one way to conceptualize such difference, allowing us to bring together race, ethnicity and ways of life under one broad rubric to examine the impact of social knowledge, institutions and practices on health, illness and healing.”

biológicas tratáveis com medicamentos ou com intervenções psicossociais baseadas em escolas de psicoterapia ocidentais, ambos de eficácia controversa no próprio Ocidente. Nesta reconstrução, o sofrimento social perde seu caráter de produto estrutural da sociedade que demanda respostas envolvendo medidas econômicas, políticas e de vínculo social, e passa a se tornar um problema médico de soluções clínico-assistenciais, no máximo, de saúde pública. A crítica cultural assume o papel de trazer à tona experiências que mostrem a determinação social do sofrimento mental e, quando possível, o êxito de medidas que deem atenção a essas questões.

O artigo de Kirmayer e Pedersen (2014) é uma das referências da revisão que melhor exploram os fundamentos deste argumento. Eles reconhecem os esforços da SMG para expor e analisar questões sociais estruturais envolvidas na gênese dos transtornos mentais, mas questionam se o foco em intervenções e pesquisas centradas em transtornos psiquiátricos muito delimitados e tratamentos específicos não caminha na direção contrária de soluções mais estruturais, envolvendo medidas econômicas, políticas e a participação de diversos setores da sociedade. É alertado que o domínio social e político entre países e povos não se dá apenas através de medidas coercitivas e repressivas mais explícitas, mas também através da habilidade de definir o que é aceitável, apropriado e normal. Ainda que com uma justificativa de beneficência, grupos dominantes podem naturalizar desigualdades sociais definindo-as como problemas ou características de caráter predominantemente individual intrínsecos às pessoas, por sua genética ou personalidade, por exemplo (FARMER, 2004).

Além de Kirmayer e Pedersen (2014), mais onze artigos também tratam do tema da determinação social dos transtornos mentais (2, 5-8, 10, 11, 13, 15-17). Whitley (2015) e Summerfield (2012) apresentam uma avaliação menos favorável da SMG. Segundo estes autores, a SMG tem se afastado da tradição crítica e pós-colonial da psiquiatria. Esta tradição argumenta que grande parte dos transtornos mentais são fundamentalmente expressões de sofrimento social, reações emocionais e comportamentais esperadas, para não dizer necessárias, em meio a experiências de guerra, violência urbana, fome, refúgio, migração forçada e exclusão social cronificada.

Os trabalhos de Marmot (2005, 2007) sobre determinantes sociais de saúde e o artigo de Wilkinson e Pickett (2006) são referências importantes dos artigos analisados. Eles representam um acúmulo robusto de informações epidemiológicas que relacionam as desigualdades sociais com um amplo leque de problemas de saúde, não apenas para os mais pobres mas para todos que participam de contextos sociais marcados por desigualdade e

injustiça social. Wilkinson e Pickett (2006) apontam para um lugar de destaque da desigualdade social entre os diversos determinantes, destacando que a relação entre distribuição de renda e desfechos em saúde é significativa apenas em cenários em que ela funcione como medida das diferenças sociais em uma sociedade.

Em resposta, especificamente a esta crítica de pouca atenção aos determinantes sociais de saúde (DSS) pela Saúde Mental Global, Patel (2014) enfatiza que o reconhecimento dessa determinação é um dos fundamentos da própria SMG, porém seu caráter eminentemente clínico justificaria seu foco em intervenções assistenciais. Para fundamentar a necessidade de priorizar essas intervenções, ele compara a urgência clínica dos transtornos mentais à urgência de um trauma físico – uma mulher cujo braço foi quebrado por um marido violento. Neste caso, explica Patel, não é possível negar atenção médica imediata ao braço quebrado da mulher só porque, em última instância, iniquidades estruturais de gênero favorecem episódios de violência contra as mulheres. Esta resposta de Patel expressa, no entanto, apenas a confiança da SMG no entendimento de que os transtornos mentais têm forte determinação biológica, ao comparar uma enfermidade mental a um braço quebrado, e que há intervenções específicas eficazes para sua melhora clínica. Se este entendimento é colocado em questão como fazem os críticos, a comparação e o sentido de urgência clínica, ao menos para intervenções farmacológicas e psicoterápicas, perdem o sentido. Como vimos no segundo pressuposto, os críticos apontam inúmeros problemas do argumento da utilidade clínica da classificação e terapêutica psiquiátricas, independentemente de sua validade diagnóstica tratada na primeira categoria. Há fortes questionamentos sobre quais os benefícios desta reconstrução do sofrimento social em diagnósticos psiquiátricos e se os benefícios compensam os problemas produzidos.

Em defesa da prioridade e urgência das intervenções assistenciais, Patel também aponta que os transtornos mentais, além de efeitos da pobreza, estão entre suas causas. Como exemplo desta última relação, destaca-se o estudo de Lund et al. (2011), duas revisões sistemáticas que demonstraram associação entre intervenções de saúde mental e melhora de indicadores econômicos em todos os estudos analisados. A associação contrária, entre intervenções para redução da pobreza e melhora de indicadores de saúde mental, foi inconclusiva. No entanto, Das e Rao (2012), em editorial que integra esta revisão, questionaram a viabilidade das intervenções psiquiátricas avaliadas nestes estudos em cenários reais com poucos recursos. Também apontam que ganhos sociais relevantes, representados por indicadores de desenvolvimento e justiça social, estão fora da matriz

econômica, não tendo sido avaliados nessas pesquisas. Por fim, é problematizado que, para a agenda SMG, a redução de pobreza é abordada ou avaliada sobretudo a partir de intervenções e indicadores individuais sobre a renda, negligenciando intervenções como políticas redistributivas e indicadores agregados de pobreza e outros componentes do desenvolvimento como igualdade e educação formal.

A negligência dos determinantes sociais na SMG teria como um de seus desdobramentos - ou mesmo propósitos - principais a ampliação de mercados para a indústria farmacêutica (APPLBAUM, 2006). Esta preocupação é expressa em onze artigos da revisão (2,3, 5,6,8-10, 13, 16-17). Embora não seja em um país de média e baixa renda, um exemplo icônico deste tipo de articulação pernicioso entre psiquiatria cultural e indústria farmacêutica é a reconstrução social de idiomas locais de sofrimento no Japão como transtorno depressivo, através de uma ampla estratégia de educação médica financiada por empresas fabricantes de antidepressivos (KITANAKA, 2012). Patel (2014) também defende a SMG dessa advertência ou acusação de poder servir aos interesses indústria médica e farmacêutica. Ele salienta que as iniciativas que têm constituído este campo foram financiadas com o apoio de governos e fundações sem fins lucrativos sem vínculos com a indústria farmacêuticas e que a maioria dos ensaios clínicos e programas de intervenção na Saúde Mental Global envolveram principalmente intervenções psicossociais. (p. 783). Este último argumento, no entanto, é contraditório com a observação de Das e Rao (2012) de que 80% dos ensaios para prevenção e tratamento da depressão revisados por Patel et al. (2007), em artigo que compõe a série histórica da *Lancet*, foram baseados apenas em psicotrópicos.

Por fim, Kirmayer e Pedersen lembram que o foco das intervenções da Saúde Mental Global são precisamente graves iniquidades de acesso público universal a tratamentos adequados para as dificuldades em saúde mental. No entanto, o curso e os desfechos de diversos transtornos mentais não dependem apenas do acesso a serviços, profissionais e medicamentos, mas também das reações e do suporte oferecidos pelas redes sociais mais próximas dos pacientes, principalmente familiares e comunidade mais imediata. (CAMPBELL; BURGESS, 2012).

Nos argumentos que subsidiam este quarto pressuposto, a crítica cultural tem como uma de suas principais expressões o estudo do impacto das estruturas sociais, ainda mais especificamente dos determinantes sociais, na produção das dificuldades em saúde mental. As sobreposições e diferenças entre estrutura social e cultura é um debate extenso que não aprofundaremos aqui. No entanto, a importância ocupada pela análise dos DSS em uma crítica

cultural remete a um uso baseado mais em uma sobreposição dessas categorias do que em suas diferenças. Este uso nos faz sugerir que a “cultura” que permeia esta argumentação seja interpretada como uma expressão das próprias estruturas sociais. Vale observar como alguns autores têm sugerido, em sintonia com esta proposta de uso estrutural da cultura, uma complementação ou substituição das competências culturais na prática médica por competências estruturais (FARMER et al., 2006; METZL; HANSEN, 2014)

1.3 Uma interface dialógica

Nesta primeira parte da revisão, apresentei a crítica cultural à Saúde Mental Global através de quatro pressupostos que traduzem suas principais divergências como o modelo de expansão de cuidados proposto. Descrevi os principais argumentos utilizados para fundamentar esses pressupostos e também alguns dos contra-argumentos desenvolvidos pelos propositores da SMG. Em paralelo, percebi a necessidade de explorar os usos da categoria de cultura vinculados a cada um desses pressupostos - dimensão não biológica; território de interação entre gramáticas morais; sistemas de crenças, práticas e costumes não ocidentais; e estrutura social. Nesta segunda parte, partimos desses quatro pressupostos e desses quatro usos para a construção de uma interface de pesquisa entre os debates envolvidos na cultural da SMG e o estudo empírico que desenvolvemos no Brasil. Para alcançar este objetivo, proponho, a seguir, agrupar a crítica cultural em dois planos de análise, um ontológico, que chamarei também de “propriamente cultural”, e outro, moral.

O plano ontológico ou “propriamente cultural” é representado pelo tipo de abordagem analítica presente nos argumentos do primeiro e terceiro pressupostos. Este plano é constituído, portanto, pelo reconhecimento da cultura ou das culturas, como sistemas simbólicos de mediação social, tanto não ocidentais quanto ocidentais. A principal diferença entre os problemas levantados no primeiro e no terceiro pressuposto estaria nos limites do uso do conceito de cultura como significante da própria realidade. Dentro dos referenciais que operamos no presente trabalho, a cultura – no sistema médico ocidental criticado no primeiro argumento – necessariamente divide o território da ontologia da realidade com os fenômenos explicados pelas ciências da natureza. Essa divisão reflete um antagonismo que, embora teoricamente ultrapassado, segue presente, como tentamos demonstrar, nos métodos e

posicionamentos epistêmico-políticos de campos como a Saúde Mental Global. Esta delimitação não parece se fazer necessária nos sistemas não ocidentais – que são o pivô do terceiro argumento – pois estes últimos tendem a ter todos os seus componentes e dimensões interpretados, pelas ciências ocidentais, como “cultura”.

Com ou sem limites para a cultura como categoria explicativa da realidade, este plano ontológico representa uma proposta de crítica cultural que tem como seu principal procedimento um estudo semiótico da cultura, uma descrição densa dos sistemas simbólicos de mediação social de que é constituída (GEERTZ, 2008). A “crítica cultural” da SMG, neste plano, tem também como tarefa, subsequente à descrição, apontar diferenças e semelhanças, afinidades e divergências entre as categorias e sistemas estudados que podem ser usadas para orientar uma agenda prática de manejo de interfaces entre as diversas “culturas” em questão.

O segundo plano, plano moral, reúne os problemas de pesquisa apresentados no segundo e quarto pressupostos. Para fins operativos²⁸, propomos a incorporação do quarto pelo segundo pressuposto, do estrutural pelo moral. Quando um estudo cultural engloba análises e debates sobre a influência de modelos macroeconômicos, de sistemas políticos, de gênero, de estratificação e/ou agrupamento social no bem-estar das pessoas e em sua saúde mental, através dos determinantes sociais, os desfechos pretendidos não são apenas números ou informações neutras, mas indicadores capazes de traduzir a defesa e promoção de certos valores morais e modelos de bem viver humanos. É, nessa direção, que proponho que, dentro da presente análise, o uso da cultura “como estrutura” seja intermediário para um estudo moral das práticas humanas e seus desdobramentos. Retomaremos esta questão adiante sob o olhar da antropologia moral crítica de Didier Fassin.

Dentro do plano ontológico, os debates da Saúde Mental Global parecem não ter como fugir muito da situação de polarização (COOPER, 2016). Mesmo um apelo ao pragmatismo clínico, mais especificamente à linguagem da epidemiologia clínica das evidências²⁹, não facilitou a emergência de um consenso em torno da agenda de intervenções clínicas proposta pela Saúde Mental Global, ao menos na versão até aqui mais difundida desta disciplina (JAIN; ORR, 2016³⁰). Há um número amplo e diversidade metodológica de produções

²⁸ Entendo que esta é uma manobra teórica “artificial”, não usual dentro da crítica cultural à SMG, e que implica direcionamento e, portanto, restrição da compreensão dos problemas de pesquisa do quarto pressuposto.

²⁹ Inclusive, segundo Bemme e D’Souza (2014), a SMG relega a um segundo plano a linguagem da própria psiquiatria em prol da linguagem da MBE. Ver também observação em Behague (2008).

³⁰ Neste artigo, que introduz uma seção especial da revista *Transcultural Psychiatry* sobre etnografias e Saúde Mental Global, Jain e Orr apontam que a SMG não é um campo homogêneo e que as críticas à sua primeira e

científicas que seguem buscando reunir evidências contrárias à adequação do modelo do “chamado à ação” da SMG proposto há mais de 10 anos que tentam sustentar os argumentos dos quatro pressupostos da crítica cultural apresentados acima (cf., por exemplo, SNODGRASS; MOST; UPADHYAY, 2017; SOOD, 2016). Da mesma forma, os propositores da SMG, também seguem produzindo e reunindo evidências que demonstram aspectos universais dos transtornos psiquiátricos e a confiabilidade dos tratamentos farmacológicos e psicoterapêuticos ocidentais (por exemplo, SINGLA et al., 2017; HAROZ et al., 2016). Reconhecer a polarização não implica uma desvalorização deste plano da crítica, mas um convite a não reduzir o debate à afirmação ou negação da validade de construtos socioculturais – ocidentais ou não – que pode assumir um caráter etnocêntrico e imperialista (como descrito na segunda categoria) ou preservacionista, quando se assume a defesa da diversidade cultural como um fim em si mesmo, como alerta Miller (2014, 2017).

Neste sentido, o plano que designamos moral do debate vem sendo um terreno cada vez mais fértil para a crítica cultural, sem abandonar tensões indesviáveis do campo (KLEINMAN, 2009). Antes de citar exemplos, é interessante esclarecer o uso da categoria moral que fazemos no presente trabalho. Para esta tarefa, propomos reunir duas abordagens antropológicas da moral, recentes e a princípio com elementos divergentes, desenvolvidas por Arthur Kleinman e por Didier Fassin.

Fassin referiu-se à sua prática antropológica como parte do projeto de uma antropologia moral crítica (FASSIN, 2012). Ele o faz em distinção ao que designa de uma antropologia das moralidades, entendendo que esta última estaria restrita ao estudo de “[...] configurações locais de normas, valores e emoções”³¹ (FASSIN, 2012, p.4, tradução minha). Para Fassin, a antropologia moral tem um escopo de análise mais amplo:

Antropologia moral aborda como as questões morais são colocadas e dirigidas ou, simetricamente, como as questões não morais são refeitas como morais. Ela explora as categorias morais através das quais nós apreendemos o mundo e identifica as comunidades morais que nós construímos; examina o significado moral da ação e o trabalho moral dos agentes, analisa questões morais e debates morais em nível individual ou coletivo. Ela se refere à criação de vocabulários morais, à circulação de valores morais, à produção de sujeitos morais e à regulação da sociedade através de injunções morais. O objeto de uma antropologia moral é a construção moral do mundo (FASSIN, 2012 apud KOPPER, 2014, p. 365, traduzido por Kopper).

mais convencional versão apontam para novas e mais matizadas (no original, *nuanced*) versões da SMG e não para um descrédito e uma reprovação integral do campo.

³¹ Texto original em inglês: “[...] local configurations of norms, values, and emotions”.

Mais adiante, ele faz um recorte específico proposto pela sua abordagem do campo, que tem como categoria de análise central as “economias morais”:

O estudo da produção, circulação e apropriação das normas e valores, sensibilidades e emoções nas sociedades contemporâneas - o que pode ser designado como suas economias morais - é tudo que mais importa para uma antropologia moral, já que ela abrange aquilo que mais facilmente damos por certo, inclusive quando o vemos em termos de progresso moral³² (FASSIN, 2012, p. 10, tradução minha).

Tratando da relação entre moral e política, Fassin propõe que questões morais não podem ser entendidas isoladas das esferas política, religiosa, econômica e social da atividade humana. Um dos grandes enigmas das ciências sociais é precisamente o das articulações entre o macrossocial (a política e as políticas) e o microssocial (as crenças e práticas), compreendendo “como os discursos e políticas públicas influenciam práticas profissionais e institucionais – e são, de volta, consolidados ou às vezes reformulados através das últimas.”³³ (FASSIN, s/d, tradução minha).

Fassin propõe, portanto, uma antropologia capaz de captar as “impurezas” das morais e das moralidades das sociedades contemporâneas, suas tensões, contradições e complexidades. Ele expõe o dilema ético vivido pelas ciências sociais, desde suas origens, entre um papel descritivo e prescritivo, isto é, o de oferecer uma compreensão mais acurada da vida social ou uma agenda de aprimoramento da sociedade (FASSIN, s/d). Curiosamente, Fassin não apenas expõe este dilema, mas, no lugar resolvê-lo com um posicionamento inevitavelmente arbitrário e desconexo de impasses morais contemporâneos, seus estudos tomam o dilema compreensão/aprimoramento, e outros binômios morais, como problemas de pesquisa, explorando seus desdobramentos nas vidas das pessoas em seus diversos papéis e territórios sociais. Por outro lado, esta posição tende a resolver o próprio dilema de forma implícita e com uma postura, em última instância, mais descritiva e crítica. Fassin defende um rigor epistemológico marcado pelo distanciamento de uma posição normativa e que permita uma análise objetiva das questões morais e éticas. Ele enfatiza precisamente o reconhecimento da inexistência de uma gramática moral universal humana como uma

³² Texto original em inglês: “The study of the production, circulation, and appropriation of norms and values, sensibilities, and emotions in contemporary societies – what one can designate as their moral economies– is all the more important for a moral anthropology since it concerns what we most easily take for granted, sometimes even viewing it in terms of moral progress.”

³³ Texto original em inglês: “how public discourses and public policies influence institutional and professional practices – and are in return consolidated or sometimes reformulated through the latter”.

contribuição valiosa e não negociável das ciências sociais à compreensão da vida social.

Dirijo-me, agora, ao segundo referencial teórico proposto. Em um interessante percurso intelectual, Kleinman modificou o foco de sua prática antropológica na saúde mental da “nova psiquiatria transcultural” para o que passou a designar estudos da *experiência moral* (KLEINMAN; KLEINMAN, J., 1991; KLEINMAN; BENSON, 2006). Seus primeiros trabalhos (KLEINMAN, 1977; KLEINMAN, EISENBERG, GOOD, 1978) poderiam ser situados dentro do que designei como plano “propriamente cultural” da crítica cultural à SMG. Eles tiveram como problema principal de pesquisa a descrição de categorias interpretativas autóctones das dificuldades em saúde mental de populações não ocidentais e suas práticas de cuidado, comparando-os às categorias diagnósticas da psiquiatria ocidental e suas modalidades de tratamento³⁴. Considerando as necessidades de seus contextos de pesquisa, Kleinman identificou a insuficiência dessa abordagem, especialmente do recurso recorrente à dicotomia *disease/illness* como dispositivo de interpretação das experiências de sofrimento. Para dar conta dessa lacuna, Kleinman propõe um foco na experiência de sofrimento que ele traduz como a interpretação de *o que está em questão* (no original “*what is at stake*”, KLEINMAN, KLEINMAN, J., 1991, p. 277) para participantes particulares em situações particulares. Nesta proposta de prática etnográfica, o pesquisador é convidado a levantar as concepções etnopsicológicas locais, porém como objetivo intermediário e não final. A identificação dessas categorias autóctones oferece apenas uma base para a compreensão do que é compartilhado nas diversas condições humanas e nas tensões entre essas condições e a experiência vivida pelas pessoas. Este projeto antropológico de Kleinman é o de uma de “antropologia da subjetividade” (BIEHL; GOOD; KLEINMAN, 2007), dirigida ao estudo de trajetórias individuais de mudança no contexto das transformações sociais. A

³⁴ Ainda que, desde *Depression, Somatization and the “The New Cross Cultural Psychiatry”* (KLEINMAN, 1977), Kleinman tenha apontado os problemas da pesquisa psiquiátrica cultural comparativa quando assumidos os fenótipos patológicos ocidentais como referência - em especial, a útil conceituação da *falácia categórica*, as teses de seus estudos trabalham com o reconhecimento de doenças (*disease*) potencialmente universais com diversas expressões/experiências de adoecimento (*illness*) culturalmente moldadas, como a depressão, em culturas não ocidentais. Kleinman convoca a dar atenção e prioridade de pesquisa às variações de *illness*, que estariam na base dos maiores desafios de compreensão e abordagem de uma clínica psiquiátrica culturalmente sensível e mais potente do ponto de vista do cuidado (aqui ele se refere a *healing* em oposição a *cure*), mas sem questionar a existência de entidades patológicas subjacentes (*disease entity* é a expressão utilizada por KLEINMAN, 1986, p. 1, 66, 165 apud SHWEDER, 1988). No caso do clássico artigo de 1977, por exemplo, o disparador da suspeita de que a depressão poderia ter um fenótipo menos psicológico e mais somatizador na população chinesa foi a resposta positiva ao uso de antidepressivos em pacientes com sintomas somatizadores não biologicamente explicáveis e sem atribuição psicossocial. Em estudo mais recente (LEE; KLEINMAN; KLEINMAN; 2006), o “padrão ouro” para definição de casos de depressão (com o interesse de encontrar variedades fenotípicas) foi o diagnóstico em uma instituição psiquiátrica local. A evidência desses elementos universalistas implícitos e pouco questionados nessa primeira fase da antropologia de Kleinman também são analisados por Shweder (1988) e Duarte (1983).

escolha da particularidade da experiência como foco da análise quer se afastar da ideia de uma natureza humana universal e produzir uma apreciação da variedade de condições humanas nas quais, frequentemente, problemas e insatisfações diversos estão em questão (KLEINMAN; FITZ-HENRY, 2007, p. 55). Vale lembrar que não é o caso de se apontar um “self” autônomo como foco da antropologia, mas o reconhecimento da abertura desse “self” à experiência social, não tomando como objeto sua essência, mas suas relações, partindo do fato de que “o subjetivo é sempre social, e o social, subjetivo”³⁵ (KLEINMAN; FITZ-HENRY, 2007, p. 64, tradução minha).

Dentro destes projetos antropológicos da moral, as produções etnográficas de Kleinman e Fassin têm estilos distintos. Fassin se ocupa da circulação e dos impactos das economias morais, envolvendo, reconstruções históricas contextualizadas de políticas públicas ou intervenções mesossociais (entre micro e macro) de origem não governamental entremeadas dialeticamente pelo registro e análise dos desdobramentos e percepções locais dessas mudanças nas vidas das pessoas envolvidas. Kleinman opta pela reconstrução de narrativas pessoais, priorizando a descrição de como indivíduos interpretam e operam em suas vidas essas economias (KLEINMAN, 2006).

Neste artigo, proponho que Kleinman e Fassin convergem quanto ao tema de interesse de seus projetos antropológicos. Estendo para Kleinman, elementos apontados por Kopper (2014) para descrever a antropologia moral crítica de Fassin. Ambos os projetos se interessam pelas formas de subjetivação produzidas pela ética e pelas moralidades tratadas como atividades humanas. No entanto, partindo de que essas formas são constituídas por sujeitos em relação, Kleinman aposta em entender as relações como elemento encontrado na exploração das subjetividades, enquanto Fassin se movimenta no sentido inverso, das relações infere a compreensão sobre os sujeitos envolvidos.

Retorno agora ao plano moral que pretendo utilizar para interpretar e orientar um diálogo com a crítica cultural à Saúde Mental Global. Conectando à análise anterior, tanto em Fassin quanto em Kleinman, o adjetivo “moral” não representa a defesa de um sistema de regras e valores específico, mas o interesse pelo estudo de como os sujeitos se constituem dentro de referenciais morais e através práticas moralmente valoráveis. Os argumentos relacionados ao segundo e ao quarto pressupostos, tanto de defesa quanto de reprovação da agenda SMG, resultam de informações epidemiológicas, etnográficas e sociológicas que são utilizadas como “economias morais” que produzem desdobramentos e impactos moralmente

³⁵ Texto original em inglês: “the subjective is always social and the social, subjective”.

benéficos ou não sobre as vidas das pessoas no Ocidente e no não Ocidente. O uso das pesquisas é parte de um processo de formação de sujeitos éticos neste campo – éticos dentro de uma moralidade que tem como principais referenciais de afinidade ou rejeição conceitos como “saúde mental”, “transtorno mental”, “globalidade”, “localidade” e “cultura” (que também circulam como economias morais).

Portanto, o debate que envolve os argumentos do segundo e quatro pressupostos pode receber uma abordagem moral sem que isso implique a tomada de partido por um dos lados envolvidos ou o levantamento de mais informações para reforçar ou reprovar a agenda SMG. O plano moral aqui proposto traduz o interesse por descrever esse processo e acompanhar criticamente as transformações subjetivas por ele produzidas, mantendo o foco tanto nas relações sociais que constituem as subjetividades e quanto nas experiências dos sujeitos envolvidos.

1.4 Observações finais da revisão

Nesta revisão narrativa, apresentei uma proposta de agrupamento dos dilemas envolvidos na crítica cultural da Saúde Mental Global em dois planos: um “propriamente cultural”, ou ontológico, e outro moral. Ainda que caiba, naturalmente, a crítica de que é impossível analisar experiências e dados dentro de um desses planos sem mobilizar questões do outro, proponho que essa divisão pode funcionar como um recurso metodológico, uma interface, para orientar uma análise, pelos “olhos” da Saúde Mental Global, sobre a experiência de campo que compõe esta pesquisa.

Trabalhando dentro do primeiro plano, estudo as experiências envolvidas na atenção a pessoas com sintomas depressivos na atenção primária à saúde com o objetivo de identificar elementos das “culturas” dos pacientes e profissionais que acompanhei durante o trabalho de campo. Procuo responder a questões como: de que forma os médicos interpretam as dificuldades em saúde mental das pessoas com sintomas depressivos? Como agem a partir desta interpretação? Esta ação envolve algum tipo de preocupação com a compreensão que os pacientes têm do seu próprio sofrimento? Como os próprios pacientes interpretam o seu sofrimento e a intervenção dos médicos? Como reagem a partir destas interpretações?

Já, dentro segundo plano, levo o foco analítico para a experiência moral dos sujeitos

envolvidos e para os impactos da circulação de economias morais nesse processo. Que territórios sociais esses médicos e pacientes passam a ocupar e que papéis passam a exercer a partir do reconhecimento clínico dos sintomas depressivos? Que consequências esse diagnóstico tem para a vida dessas pessoas, inclusive para os médicos? Como elas mesmas avaliam essas consequências?

Reconheço que tentar produzir análises dentro dos dois planos é um projeto ambicioso e que um escopo duplicado também duplica o risco de superficialidade analítica. No entanto, me valho do mesmo argumento crítico possível à minha proposta operativa de divisão. Reverberando a psiquiatria cultural, empreendi uma pesquisa comprometida com um interesse clínico, isto é, com a produção de algum tipo de resultado útil para a compreensão e a atenção à saúde de pessoas com sintomas depressivos na saúde mental pública, em especial na atenção primária. Dessa forma, trabalhar dentro do plano moral torna-se uma exigência de pesquisa.

Para finalizar esta introdução, um último comentário sobre como vejo esta autorrevelação de um interesse clínico e moral para esta pesquisa. Voltando ao binômio compreensão/aprimoramento como dilema das ciências sociais apontado por Fassin, questiono se o reconhecimento da inexistência de uma gramática moral universal pelas ciências sociais, destacado apropriadamente por Fassin, é, necessariamente, antagônico a uma apropriação contingente e “impura” de algum sistema ou amálgama de valores e princípios morais na prática científica social. Por outro lado, essa apropriação “impura” não apaga a suspeita de que ela não ocorra dentro de um pluralismo ético e epistêmico que não naturalize desigualdades de poder entre práticas e discursos sobre o humano e o mundo. Talvez, esse pluralismo ético-epistêmico horizontal seja apenas utópico, uma imagem-objetivo das práticas sociais. Essas são questões que nos parecem em aberto e disponíveis à investigação tanto para as ciências sociais, como problema teórico e empírico, quanto para campos mais normativos da prática humana, como a medicina e os cuidados em saúde.

Particularmente, vejo com ressalva a afirmação de Fassin de que “uma antropologia moral não possui projeto moralizante”³⁶ (FASSIN, 2012, p. 3, tradução minha). Poderiam ter a antropologia ou as ciências sociais um projeto “moral” sem o tom coercitivo do sufixo? Neste sentido, vejo mais afinidade com Kleinman e Wilkinson (2016) quando, em alternativa ao posicionamento mais objetivo e distanciado indicado por Fassin na abordagem antropológica do sofrimento humano, afirmam que:

³⁶ Texto original em inglês: “A moral anthropology has no moralizing project.”.

Nossa sensibilidade aos problemas do sofrimento humano, particularmente, na medida em que nos envolve em questões controversas de significado moral e em debates frustrados sobre os limites das responsabilidades morais que temos com os outros, é tomada como um meio para despertar a compreensão social humana.³⁷ (KLEINMAN; WILKINSON, 2016, p. 158, tradução minha).

Acredito que essa afinidade surja, porque meu interesse último com as ciências humanas e sociais seja precisamente esse de reunir informações com finalidade clínica, isto é, são interesses de um médico que procura oferecer cuidados prudentes (MATTOS, 2006), utopicamente motivados por valores como compaixão, justiça e honestidade, às pessoas a quem atendo como médico de família e comunidade. São interesses produzidos pela experiência de ser agente e não apenas observador dessa dialética paradoxal estabelecida entre “[...] ordem e cuidado, coerção e empatia”³⁸ (FASSIN, 2012, p. 10, tradução minha), sem abrir mão de um exercício crítico e de ampliação de consciência – refiro-me ao que Epstein designou com *mindful practice* (EPSTEIN, 1999) – que seja integral ao exercício da medicina.

³⁷ Texto original em inglês: “Our sensitivity to problems of human suffering, particularly insofar as it involves us in vexed questions of moral meaning and in frustrated debates over the bounds of the moral responsibilities we bear toward others, is taken as a means to awaken human social understanding.”

³⁸ Texto original em inglês: “[...]of order and care, of coercion and empathy”.

2 SINTOMAS DEPRESSIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: COMO E POR QUÊ?

Neste segundo capítulo, apresento os objetivos e procedimentos metodológicos da etapa empírica desta pesquisa: um estudo etnográfico sobre a abordagem dos sintomas depressivos por médicos residentes na Estratégia Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro. Desenvolvo esta apresentação por meio de uma reconstrução do itinerário que percorri para definir estes objetivos e procedimentos. Essa definição resultou da convergência de inquietações de pesquisa produzidas em três contextos: um levantamento inicial da produção acadêmica nacional e internacional sobre a abordagem da depressão na atenção primária à saúde; elementos da minha trajetória pessoal que me levaram a escolha deste tema; e um primeiro contato com o campo. Parece-me útil tentar reconstruir os principais aspectos deste itinerário para situar as razões que fundamentaram a escolha dos temas e experiências que se tornaram os meus principais focos de atenção durante o campo.

Como apresentado no primeiro capítulo, o problema geral de que trata esta tese é o da expansão, em dimensões globais, dos cuidados públicos em saúde mental – representado internacionalmente pelo movimento acadêmico Saúde Mental Global – e os dilemas e controvérsias envolvidos nesse processo. Estes impasses derivam do reconhecimento de aspectos sociais e culturais no modo como os fenômenos designados *enfermidades mentais* pela psiquiatria ocidental são interpretados e tratados em diversas populações e contextos no mundo. Ao longo da tese, há diversas problematizações do uso dessa e de outras categorias utilizadas para delimitar as particularidades dos problemas de saúde abordados por esta pesquisa. Porém, para os fins deste segundo capítulo, sugiro definir enfermidade mental recorrendo à matriz epistemológica que sustenta seu uso mais convencional na saúde pública global. A partir da definição da Associação Americana de Psiquiatria (APA, 2017), proponho que *enfermidade mental* sejam considerados experiências individuais de pensamentos, emoções e comportamentos, percebidas como prejudiciais, insatisfatórias e/ou indesejadas pela própria pessoa ou por pessoas que fazem parte de seu convívio mais próximo ou grupo social.

Em um breve resumo do primeiro capítulo, os defensores da expansão global dos cuidados em saúde mental propõem que essa expansão tenha como base o modelo

interpretativo e operativo da psiquiatria ocidental contemporânea, advogando que este modelo tem sua eficácia comprovada por evidências científicas e, em sua versão mais adequada e integral, reconhece e incorpora aspectos sociais e culturais nas suas propostas de diagnóstico e intervenção terapêutica. Já os opositores alegam que a integração desses aspectos não biológicos argumentada pelos defensores é insuficiente e que a expansão global resulta, por fim, num processo de colonização de saberes locais pelo modelo psiquiátrico ocidental e no crescimento do mercado internacional de medicamentos e procedimentos psicoterápicos, ambos baseados em intervenções cuja sustentação científica e ética é, na verdade, frágil e obscura.

De início, não tive a preocupação de tomar partido por um desses polos. Na verdade, no grupo de pesquisas em Saúde Mental Global do Instituto de Medicina Social da UERJ de que faço parte, levantamos a hipótese de que essa polarização não dá conta do que acontece e realmente importa para os dilemas morais e sociais dos atores envolvidos no *front* assistencial dessas questões como população, profissionais de saúde e gestores. Isto é, manter-se em um dos polos dificilmente fornece subsídios a uma crítica propositiva do que deve ou não, por exemplo, ser oferecido por equipamentos públicos de saúde e seus profissionais quantos aos cuidados à saúde mental em um cenário metropolitano brasileiro. A polarização também dificulta encontrar novas respostas sobre os modelos de problemas em saúde mental e cuidado/tratamento construídos por esses atores. Em que medida novos modelos estão sendo ou podem ser colocados em prática? Como seus eventuais resultados são experimentados?

Movido por essas questões mais amplas, identifiquei a necessidade de fazer alguns primeiros recortes para a etapa empírica da pesquisa: a definição do serviço público que seria estudado e a modalidade de problema/dificuldade em saúde mental que iria pesquisar. Para realizar esta contribuição aos debates da Saúde Mental Global, optei por um recorte de agravo, a depressão, e de dispositivo de cuidado oferecido no sistema público de saúde, os atendimentos dos residentes de medicina de família e comunidade na Estratégia Saúde da Família. Como adiantei, as escolhas foram feitas a partir de convergências entre inquietações que surgiram da minha própria trajetória pessoal e profissional como médico de família e algumas questões específicas levantadas pela literatura brasileira e internacional sobre a expansão dos cuidados públicos em saúde mental. Começo pelas segundas.

2.1 Estratégia Saúde da Família

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é o modelo de atenção primária à saúde (APS) adotado pelo Sistema Único de Saúde brasileiro, o SUS. Por sua vez, atenção primária à saúde ou atenção básica à saúde, como é designada nas políticas públicas brasileiras, é o nível de atenção responsável por oferecer acesso e cuidado integral, longitudinal e coordenado com os demais níveis de atenção a todas as pessoas atendidas por um sistema de saúde. Para isso, em diversos países do mundo, a APS se organiza com um número variável de centenas de pessoas vinculadas a um profissional médico ou a uma equipe multiprofissional responsável por oferecer estes cuidados primários à saúde (STARFIELD, 2002; KIDD, 2016).

No Brasil, a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012)³⁹ orienta que entre 2000 e 4000 pessoas estejam vinculadas a uma equipe multiprofissional de Saúde da Família (eSF) formada por: um médico generalista ou especialista em medicina de família e comunidade, um enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, um auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS) (no máximo 12 agentes por equipe), podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal.

O documento *Integrating mental health into primary care: a global perspective* (WHO; WONCA, 2008) editado em conjunto pela OMS e pela Organização Mundial de Médicos de Família (*World Organization of Family Doctors*, WONCA) reúne diretrizes globais e relatos de experiências exitosas de diversos países de integração entre saúde mental e APS. O documento pontua que, num sistema hierarquizado de saúde, a APS deve incluir, rotineiramente, entre seus serviços essenciais: a identificação precoce de transtornos mentais, o tratamento de transtornos mentais comuns, o manejo de pacientes psiquiátricos estáveis, a referência para outros níveis quando necessário, a atenção às necessidades de saúde mental de pessoas com problemas de saúde física e, por fim, a prevenção e promoção da saúde mental.

São destacadas sete principais razões para integração da saúde mental à atenção primária (WHO; WONCA, 2008): (1) a elevada carga de doença dos transtornos mentais; (2) a conexão entre problemas de saúde física e mental; (3) o enorme gap terapêutico dos

³⁹ A Política Nacional de Atenção Básica foi recentemente alterada (BRASIL, 2017), em meio a críticas e debates (ABRASCO, 2017; SBMFC, 2017). Além do modelo de “equipe de saúde da família”, um modelo alternativo designado “equipe de atenção básica” passou a integrar as normas de organização dos serviços de atenção básica. O modelo novo propõe uma composição variável de profissionais, desde que “a carga horária mínima por categoria profissional deverá ser de 10 (dez) horas, com no máximo de 3 (três) profissionais por categoria, devendo somar no mínimo 40 horas/semanais” (BRASIL, 2017, p. 71). Critica-se que esse modelo fragilize o papel dos agentes comunitários de saúde bem como a territorialização e o vínculo dos profissionais com a população atendida, já que os novos arranjos possíveis de carga horária não estão associados nem a uma lista de pacientes nem a subdivisões do território atendido pela equipe.

transtornos mentais. Além disso, a atenção primária, em especial, oferece para saúde mental (4) aumento do acesso, (5) promoção dos direitos humanos neste campo; (6) disponibilidade e custo-efetividade e (7) bons resultados clínicos.

Os cuidados em saúde mental oferecidos pela Estratégia Saúde Família no Brasil têm sido um tema de pesquisa de grande destaque nos últimos anos, mas a complexidade das questões envolvidas está longe de ser esgotada. Há estudos epidemiológicos, principalmente sobre prevalência de diagnósticos nos cenários de atenção primária (GONÇALVES et al., 2014; MOLINA et al., 2012; NOGUEIRA et al., 2014), porém a maior parte das pesquisas publicadas sobre este tema são qualitativas, baseadas em entrevistas e apresentam grande heterogeneidade metodológica (CORREIA et al., 2011; SOUZA; RIVERA, 2010; SOUZA et al.; 2012). Em geral, estes estudos apontam para dificuldades dos profissionais da ESF em acolher e oferecer estratégias de cuidado para o sofrimento mental e exploram o potencial do matriciamento em saúde mental como dispositivo para qualificação das ofertas da ESF.

Em trabalho de revisão de literatura preparatório para esta tese, apontei (WENCESLAU; ORTEGA, 2015) que estes estudos, com uma exceção recente que não poderia ser citada à época da publicação (CAMPOS JUNIOR; AMARANTE, 2015), não mencionam um elemento significativo na avaliação dos resultados destas pesquisas: a formação dos profissionais, em especial de nível superior, para atuar como especialistas em atenção primária à saúde. A resistência, ou mesmo desconhecimento sobre como abordar queixas e preocupações de saúde mental tem como potencial hipótese explicativa, não testada em estudos nacionais, o fato da maioria dos profissionais médicos e de enfermagem, que atuam na ESF, não serem especializados em atenção primária à saúde. Está presente no currículo da Especialização/Residência em Medicina de Família e Comunidade no Brasil (SBMFC, 2015), por exemplo, o desenvolvimento de competências de abordagem psicossocial, para indivíduo, família e comunidade, e de abordagem e manejo longitudinal dos diagnósticos mais prevalentes de saúde mental na APS. No entanto, o percentual de médicos e médicas que atuam na ESF e têm esta especialização, recomendada para este nível de atenção, ainda é pequena no Brasil.

Em contato informal com a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, levantei que, até final de 2016, havia 2.227 médicos titulados em Medicina da Família e Comunidade no Brasil. Além dos titulados, são considerados especialistas em Medicina de Família e Comunidade aqueles que concluem a residência médica desta especialidade, estimando-se que haja cerca de 3.300 médicos de família em atividade no

Brasil. Segundo informações do Portal da Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde do Brasil (dab.gov.br), em agosto de 2017, havia 41.951 equipes de Saúde da Família no Brasil, atendendo 63,7% da população brasileira, mais de 129 milhões de pessoas. Mesmo que todos os médicos de família trabalhassem na ESF, mais de 92% das pessoas atendidas por esta estratégia – 118 milhões de pessoas – não seriam atendidas com um médico especializado nas competências profissionais próprias deste modelo de atendimento. Porém, na prática, esses números são maiores. Como “nativo” desta categoria profissional, ainda que não haja censos oficiais que esclareçam esta questão, sei que há muitos médicos de família que trabalham no sistema privado complementar ou apenas como docentes e pesquisadores em universidades.

2.2 Rio de Janeiro e a reforma da atenção primária

A cidade do Rio de Janeiro é o segundo maior município do Brasil com mais de 6 milhões e 300 mil habitantes. Em 2009, menos de 7% da população da cidade do Rio de Janeiro estava vinculada a uma equipe de saúde da Família. Atualmente, esta porcentagem está em 70,6%⁴⁰. Isso significa em números absolutos que, em oito anos, aproximadamente 4 milhões de pessoas passaram a receber cuidados primários em saúde na cidade através da ESF (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016; PRADO JUNIOR, 2015; OPAS, 2013). Esses cuidados incluem abordagem e terapêutica inicial em saúde mental, oferecida por médico ou médica generalista, em especial, dos transtornos mais prevalentes: depressão, ansiedade e uso/abuso de álcool, fumo e outras drogas. Neste sentido, como citado anteriormente, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro publicou, em 2013, dois guias de referência rápida, um para abordagem de transtornos depressivos e outro de transtornos ansiosos, para orientar os médicos e médicas das equipes de saúde da família na avaliação e manejo inicial destes diagnósticos antes de encaminhar para especialistas em saúde mental (RIO DE JANEIRO, 2013a; 2013b).

Em paralelo à expansão da cobertura de atenção primária, foi instituído, pela secretaria municipal de saúde, o maior programa brasileiro de residência médica em Medicina de

⁴⁰ Dado obtido na plataforma da Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde (SUBPAV) da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, disponível em: <<https://subpav.org/logar.php>>. Acesso em: 20 set. 2017.

Família e Comunidade (atualmente com 150 vagas), além de apoiar a expansão dos programas de outras instituições. Em 2010, o município do Rio de Janeiro contava com 16 vagas anuais de residência em Medicina de Família e Comunidade e, em 2016, 202 vagas. Os gestores da expansão da ESF na cidade do Rio defenderam que a atenção primária, para a garantia de sua própria efetividade, demanda profissionais de saúde especializados neste nível de atenção. Caso contrário, ela seria realizada por profissionais médicos sem as competências adequadas, resultando em excesso de encaminhamentos para outras especialidades, solicitação de exames desnecessários e prescrições terapêuticas equivocadas (SORANZ, 2014).

Esses dados apontam para uma experiência intensa e de larga escala de expansão dos cuidados em saúde mental numa metrópole brasileira, através da atenção primária à saúde. Em parcela crescente desta cobertura, os cuidados são oferecidos por médicos de família ou médicos em formação nesta especialidade o que aponta para um novo cenário de estudo comparado às pesquisas publicadas em saúde mental na atenção básica no Brasil que relataram grandes dificuldades dos profissionais médicos não especializados em APS para manejar problemas de saúde mental (WENCESLAU, ORTEGA, 2015).

Este estudo foi realizado numa unidade de saúde da zona norte da cidade do Rio de Janeiro. Nesta unidade, atuavam oito equipes de saúde da família. Em 2016, seis equipes da unidade estavam vinculadas a um programa de residência em medicina de família e comunidade, parceria entre uma universidade pública e a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Procurei uma unidade que fosse positivamente avaliada na sua oferta de cuidados em saúde mental e, na ausência de um monitoramento oficial comparativo adequado, optei pela estratégia de solicitar a indicação da unidade a um informante-chave do campo. A unidade foi selecionada através de indicação da professora do Departamento de Psicologia Médica da UERJ e psiquiatra matriciadora⁴¹, Sandra Fortes, experiência em pesquisa e assistência em saúde mental na atenção primária na cidade e em todo país. Além da avaliação positiva, foi considerada na indicação o fato desta unidade possuir tanto equipes de “morro” quanto de “asfalto”: uma classificação, cuja relevância, para as questões desta pesquisa, se fortaleceu durante o trabalho de observação.

⁴¹ Matriciador (a) é um profissional que possui uma especialidade médica ou outra formação superior na área de saúde que não está presente na equipe padrão de Saúde da Família, por exemplo, um fisioterapeuta, um psicólogo, um pediatra etc. Cada matriciador apoia os profissionais de algumas equipes da ESF, em torno de oito equipes, principalmente, médicos e enfermeiros, mas não faz atendimentos sem a participação dos profissionais da equipe básica. Este *apoio matricial* se dá através de discussão de casos clínicos, atendimento compartilhado de alguns pacientes e capacitações dos profissionais em competências de sua especialidade. (BRASIL, 2014).

A unidade se situava num bairro de classe média do Rio de Janeiro, com índice de desenvolvimento social entre o 10º e 20º lugar entre 158 bairros do município (CAVALLIERI; LOPES, 2008). As oito equipes atendiam aproximadamente 25 mil pessoas e cobriam, como dito anteriormente, territórios de “morro” e de “asfalto”. Em 1994, o jornalista Zuenir Ventura sagrou a visão do Rio de Janeiro como “cidade partida”. Enquanto outras cidades, como São Paulo, poderiam ser vistas como “cidades cercadas” devido à periferização da pobreza, na capital fluminense, prédios luxuosos estão a poucas quadras, ou mesmo metros, de comunidades sem esgotamento sanitário, com baixa renda e escolaridade. Entre 1996 e 2008, o índice de Gini de desigualdade social estabilizou-se no Rio de Janeiro, a pobreza aumentou, enquanto ambas as taxas decresceram em escala nacional (NERI, 2010).

Na região atendida pela unidade estudada, não encontramos uma situação diferente. Havia equipes que atendiam comunidades de baixa renda, entre estas uma das mais tradicionais comunidades de morro da cidade, e, ao mesmo tempo, outras equipes que assistiam a quarteirões ocupados por prédios e casas de média e alta renda. Entre esses polos, conhecermos um grupo populacional que recebeu especial atenção em nosso estudo: famílias e indivíduos em queda de faixa de renda, que enfrentam dificuldades sociais que diferem das famílias de baixa renda e também produzem impactos negativos na “saúde mental” destas pessoas.

Esta unidade apresentava características importantes que dialogam com potências e desafios dos cuidados públicos em saúde mental no Brasil. Por um lado, a integração da atenção à saúde mental na atenção primária é a maior estratégia de massas para ampliar o atendimento à saúde mental no país. Por outro, sua vinculação a um programa de residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC) é representativa de uma estratégia de qualificação deste atendimento, considerando as dificuldades, demonstradas por estudos anteriores, de profissionais da atenção primária sem formação adequada em acolher e oferecer propostas terapêuticas às pessoas com dificuldades em saúde mental.

2.3 Depressão e sintomas depressivos

Adiante no texto, com a ajuda de elementos do campo, vou analisar com mais pormenores a escolha pela categoria “sintomas depressivos” no lugar de “depressão”. Nesta

reconstrução do itinerário de construção dos recortes empíricos, porém, apresento alguns dados que me levaram como profissional de saúde a me interessar pelo conjunto de problemas de saúde a que hoje refere-se em saúde pública, como “depressão”.

A depressão é considerada uma condição de alta prevalência global, estimando-se que mais de 320 milhões de pessoas, ao redor do mundo, apresentem esse diagnóstico (WHO, 2017). A OMS e estudos epidemiológicos em geral englobam sob a categoria “depressão” os chamados “transtornos depressivos” que possuem duas subcategorias diagnósticas psiquiátricas principais: o transtorno depressivo maior e a distímia. Segundo o DSM-5 (APA, 2014, p. 160-161), o transtorno depressivo maior é caracterizado por “humor deprimido” e/ou “perda de interesse ou prazer” associado a um ou mais dos seguintes sintomas: (1) perda ou ganho de apetite/peso, (2) insônia/hipersonia, (3) agitação ou retardo psicomotor, (4) fadiga ou perda de energia; (5) sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva; (6) capacidade de concentração diminuída e indecisão; (7) pensamentos recorrentes de morte, suicídio, incluindo planejamentos e tentativas. O diagnóstico de transtorno depressivo maior depende da presença de cinco ou mais desses sintomas, reforçando que pelo menos um dos sintomas deve ser “humor deprimido” ou “perda de interesse ou prazer”. A “distímia” é considerada um transtorno depressivo persistente, crônico, cujos sintomas estão presentes a maior parte do tempo ao longo de dois anos, porém são de intensidade moderada (APA, 2014, p. 168-169). Como já destaquei, a problematização dessas categorias diagnósticas será objeto de análise, mais adiante, em diálogo com os dados do campo e com os referenciais teóricos adotados na análise.

A epidemiologia e a abordagem diagnóstica e terapêutica dos transtornos depressivos têm lugar de destaque no debate da Saúde Mental Global e na atenção primária à saúde, pelo protagonismo que a última ocupa nas estratégias de expansão dos recursos de tratamento (WHO, WONCA, 2008). As divergências entre defensores (PATEL, 2013, 2017; KLEINMAN, 2004) e críticos (SUMMERFIELD, 2008, 2012, 2013) envolvem frequentemente controvérsias quanto à dificuldade de estabelecer limites entre uma reação emocional legítima e não patológica diante das adversidades e tragédias humanas e o diagnóstico psiquiátrico de um transtorno mental potencialmente grave que pode levar ao suicídio e a dificuldades no tratamento de outras condições de saúde, como doenças cardiovasculares e endócrino-metabólicas. Problematizo essas controvérsias com mais elementos no próximo capítulo em que discorro sobre o tratamento analítico usual que a

depressão tem recebido tanto na Saúde Mental Global, quanto na psiquiatria transcultural e na atenção primária à saúde.

No Brasil, há normativas políticas e documentos técnicos que destacam o papel da atenção primária nos cuidados à saúde mental (WENCESLAU, ORTEGA, 2015), porém a própria Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012) não estabelece as competências específicas da Estratégia Saúde da Família nesse campo. A portaria que institui as Redes de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2011), como estratégia de ampliação do acesso ao diagnóstico e tratamento dos transtornos mentais no SUS, afirma, genericamente, que as unidades básicas de saúde “têm a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede”. Não são indicados quaisquer modelos, protocolos, recursos, atribuições profissionais em que as equipes da ESF possam se apoiar para orientar o desenvolvimento das ações citadas.

As principais produções técnicas e pesquisas sobre os cuidados em saúde mental na atenção primária no Brasil são dirigidas ao apoio matricial realizado pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Ainda que o apoio matricial já fosse apontado, em 2003, como a principal diretriz assistencial em saúde mental na atenção básica, somente em 2008, uma portaria específica – 154/2008 – instituiu os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2014). Os NASF são formados por equipes de profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento, cujo objetivo é oferecer apoio matricial a um número fixo de equipes de saúde da família, em alguns eixos temáticos prioritários, como saúde mental. Reconhecendo a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais, recomenda-se que cada Núcleo de Apoio à Saúde da Família conte com pelo menos 1 (um) profissional da área de saúde mental (psicólogo ou psiquiatra).

Estudos mais recentes de revisão (ATHIÉ et al., 2013; BONFIM et al.; 2013; MACHADO; CAMATTA, 2013) têm se dirigido à análise do matriciamento em saúde mental das equipes de saúde da família. As três revisões apontaram para o matriciamento como dispositivo importante para qualificação dos cuidados em saúde mental oferecidos pela ESF, por melhorar o conhecimento técnico dos profissionais em saúde mental, ampliar a oferta terapêutica das equipes com ferramentas psicossociais e dar suporte às equipes para construir fluxos e projetos terapêuticos mais eficazes com outros serviços da rede de saúde.

Ao mesmo tempo, há várias dificuldades neste processo, envolvendo os interesses e prioridades diversos dos profissionais envolvidos, a tensão entre quantidade e qualidade dos serviços prestados na ESF e a própria capacidade da rede de responder de forma adequada às necessidades terapêuticas dos usuários. Gonçalves e colaboradores (2013) realizaram pesquisa avaliando o impacto de uma capacitação de 96 horas em abordagem da saúde mental na APS para profissionais médicos da ESF no Rio de Janeiro, São Paulo, Fortaleza e Porto Alegre. Seis a oito meses após a intervenção não foi demonstrada qualquer melhora na capacidade de reconhecimento e manejo de transtornos mentais pelos participantes da intervenção. Os autores discutem que, em parte, o achado pode ser explicado por instabilidades nas condições de trabalho dos cenários estudados. No entanto, mudanças mais amplas no sistema de cuidado parecem necessárias para aumentar o treinamento e encorajar mudanças sustentáveis no comportamento clínico dos profissionais da ESF, além da necessidade de modelos educativos mais específicos para este treinamento. Cabe salientar que a maioria dos profissionais participantes não possuía especialização em Medicina de Família e Comunidade, também, não contavam com linhas guia ou protocolos padrão para abordagem de transtornos mentais, e os serviços eram basicamente centrados no tratamento de condições orgânicas crônicas como hipertensão e diabetes, diferindo da proposta original da atenção primária, que deve funcionar como porta de entrada do sistema de saúde para qualquer problema apresentado pelos seus usuários.

2.4 Três vezes “nativo”

Acredito que seja um dos requisitos da pesquisa social etnográfica compreender “o que está em questão” para o pesquisador de modo a explicitar os limites e possibilidades do olhar que engendra tanto o levantamento e a interpretação dos dados quanto as sugestões teóricas e práticas de aplicação da pesquisa. Neste sentido, apresento, nesta seção, as razões advindas da minha experiência pessoal que justificam a escolha por esses recortes iniciais. Nos três recortes apresentados até aqui – Estratégia Saúde da Família, um bairro da zona norte da cidade do Rio de Janeiro e sintomas depressivos – me experimento, em certa medida, um “nativo” etnografando o próprio grupo social.

Toda pesquisa coloca em prática um modo de ver o mundo, desde a escolha do tema e do método, até, mais explicitamente, a interpretação dos dados e conclusões. Nas etnografias contemporâneas, o modo de ver o mundo do pesquisador é aceito como parte fundamental da pesquisa. Seu envolvimento prévio com os atores, o território e o tema da pesquisa não são necessariamente um obstáculo para o estudo, mas uma fonte valiosa de compreensão do mundo social desde que esses elementos sejam reconhecidos e trazidos também para a análise (SILVA, 2007).

Ao trazer essas questões, pretendo compartilhar como surge o interesse pessoal que mobiliza esta pesquisa: trazer visibilidade à Saúde da Família, em especial à medicina de família e comunidade, suas potências, dificuldades e fronteiras. Essa inquietação envolve mostrar como pensam e agem profissionais da atenção primária, em especial residentes de medicina de família, de um certo tempo e lugar, quanto à contribuição da medicina aos cuidados das pessoas com dificuldades em saúde mental.

Como pontuei no final da introdução, sou médico de família e comunidade. Antes de assumir em definitivo que minha tese teria como foco os cuidados ofertados pela Estratégia Saúde da Família – que se afinou ainda mais, na etapa de observação, para os atendimentos dos residentes de medicina de família e comunidade –, questionei-me sobre o comprometimento da objetividade da pesquisa, supostamente resultante do fato de pesquisar o meu “habitat” profissional. Desde 2006 até 2015, trabalhei na Estratégia Saúde da Família em quatro estados do Brasil: Pernambuco, Mato Grosso – Reserva Indígena do Xingu –, Rio de Janeiro e Minas Gerais, interrompendo em 2016 para me dedicar mais intensamente à tese. Ainda que nunca tivesse trabalhado na unidade onde se deu a pesquisa, entre 2013 e 2014, fui médico de uma equipe da ESF por três meses e preceptor de um programa de residência por nove meses, ambos na cidade do Rio de Janeiro. O questionamento em torno dos riscos de perder a objetividade não me foi muito intenso, embora entenda que a minha condição de nativo/pesquisador possa incomodar leitores mais acostumados ou defensores de uma neutralidade ou imparcialidade científica.

Ao me deparar com as controvérsias principais da Saúde Mental Global, identifiquei dúvidas que acompanham a mim e colegas de especialidade em nosso cotidiano clínico. É uma das atribuições dos médicos e médicas de família oferecer e manejar, com seus pacientes, possibilidades de cuidado e tratamento de suas dificuldades em saúde mental. Na maior parte desses atendimentos, nós identificamos os problemas, elaboramos diagnósticos e pactuamos com pacientes e familiares planos terapêuticos. Referenciamos para serviços psiquiátricos

especializados somente pessoas com problemas de maior gravidade, menos frequentes ou sem resposta satisfatória com nossa abordagem.

Por assumirmos questões psicológicas, comportamentais e sociais como foco da nossa prática clínica, os médicos de família também se fazem perguntas como: serão os pacotes de abordagem dos transtornos mentais, recomendados pela Organização Mundial de Saúde a melhor forma de atender às populações de comunidades pobres brasileiras? O sistema diagnóstico do DSM e da CID são compatíveis com as dificuldades apresentadas por esses pacientes, e facilitam sua compreensão? Quais estratégias clínicas individuais são menos prejudiciais para lidar com essas experiências de sofrimento crônico de intensa determinação social? Estamos medicalizando ou “medicamentalizando” estas experiências sem clareza sobre os benefícios e danos deste tipo de abordagem para o perfil de pacientes da atenção primária brasileira? Não existem recursos na própria rede social local dos pacientes que possam oferecer dispositivos de cuidado equivalentes ou melhores do que a medicalização? Como agir, no “aqui e agora” das consultas, com os pacientes que demandam ajuda médica para aliviar seu sofrimento em saúde mental?

Para tentar oferecer respostas teóricas e práticas a essas questões, há, na medicina de família, uma preocupação original – diria ontológica – por integrar os modelos de saúde, doença e cuidado que estão na base dos dois polos dos debates da Saúde Mental Global. A SMG é uma apresentação atual de clássicas divergências da saúde pública, entre abordagens mais universalistas, normativas, focadas na biologia comum de indivíduos padronizados *versus* abordagens mais psicossociais, culturalmente sensíveis, com foco intersubjetivo e social. Ao longo da trajetória da MFC como disciplina acadêmica, foram elaboradas algumas propostas de superação deste antagonismo

Na medicina de família, utilizamos um paradigma clínico particular, a medicina centrada na pessoa. Essa idiosincrasia produz uma experiência de diferenciação em relação às demais especialidades médicas que definem primariamente seu escopo de atuação por procedimentos ou grupos de doenças que acometem faixas etárias, sistemas e órgãos específicos. Essa condição de alteridade em relação às demais especialidades médicas abre espaço, por exemplo, para uma aproximação da abordagem diagnóstica e terapêutica da psiquiatria ocidental, e de seu método de validação, a medicina baseada em evidências, como importantes e valiosos recursos disponíveis, mas não os únicos ou necessariamente melhores. Como veremos a partir dos relatos de observação e entrevistas, o próprio método clínico

centrado na pessoa é uma das propostas de integração mencionadas acima, e talvez, dado seu caráter paradigmático, a principal e mais difundida dentro da especialidade.

A partir da condição de “nativo médico de família”, levantei, portanto, a hipótese de que os médicos de família brasileiros procuram conciliar esta dicotomia. E interessei-me por pesquisar, além da minha experiência pessoal, como outros colegas tentam colocar em prática esta conciliação e se há, na sua experiência e dos pacientes, o reconhecimento de êxitos, insatisfações ou danos nessas tentativas.

Identifiquei vários elementos da minha experiência na fala e na prática dos participantes. Foi possível – ou mesmo inevitável dado o caráter involuntário dessa experiência – me ver neles e nelas. Essa reflexividade envolvia mais do que uma concordância ou não com as técnicas, condutas e percepções, mas uma sintonia com as dúvidas, inquietações e interesses profissionais dos médicos de família, em particular a busca incessante e em aberto por uma prática clínica que vá além da doença biológica e inclua aspectos sociais e psicológicos em sua forma de entender e contribuir para o manejo individual, familiar e coletivo de problemas de saúde. Essa busca, no caso brasileiro, se dá num cenário assistencial de grande adversidade com escassez de recursos materiais, pouca e desorganizada rede de apoio e elevada pressão assistencial (demanda por consultas individuais com profissional médico). Os médicos de família no SUS atendem a parcela mais pobre economicamente e mais excluída socialmente da população brasileira, com um número de pacientes por médico acima das recomendações internacionais de 2000 pacientes por profissional (GUSSO, POLI, 2012).

Devido à alta frequência dos sintomas depressivos e ao predomínio de casos leves e moderados, eles podem ser vistos como um problema trivial e de menor importância clínica e sanitária, por exemplo, do que os transtornos psicóticos e de abuso de substâncias. Em diversos serviços de saúde onde estudei e trabalhei, a depressão costumava ser estigmatizada como “doença de rico”, “frescura”, “mimimi”, “piti”. Dar atenção demais a pacientes com esse quadro poderia soar iníquo em um país com uma das maiores desigualdades sociais do mundo. A diversidade de medicamentos antidepressivos disponíveis, hoje, no mercado parece refletir um seguro menu de opções de tratamento, sugerindo que há pouco mais a se acrescentar em termos de conhecimento acadêmico e de qualidade terapêutica desta condição. Neste contexto, problematizar o diagnóstico e manejo psicoterápico e farmacológico desse problema pode aparentar pouco potencial de contribuição clínica e social.

No entanto, esta não é a minha experiência como médico de família no Brasil. Ainda que tenha participado de tratamentos com resultados positivos individuais, experimento que o manejo dos sintomas depressivos e da depressão demandam, em vários aspectos, por aprimoramento. Ao finalizar meus dias de atendimento, via um cenário coletivo preocupante: a prevalência das preocupações depressivas era enorme, a resposta e a adesão aos medicamentos variavam bastante, o acesso e os resultados com psicoterapia (das mais variadas abordagens) são irregulares. Pessoas com sintomas depressivos demandam maiores cuidados de seus familiares. Estes últimos, por sua vez, passam também a desenvolver sintomas depressivos por sobrecarga de demandas emocionais e funcionais. A determinação social é tão significativa que é comum a sensação de que estamos “enxugando gelo”. Não encontrei literatura acadêmica sobre o que tem sido feito nas consultas pelos médicos de família no SUS, seus resultados e desdobramentos. Há recomendações, a priori, objetivas e funcionais sobre abordagem da depressão, principalmente dentro da abordagem psiquiátrica convencional, mas que não dão conta da demanda clínica dos meus atendimentos. Há alternativas? Surgem, assim, algumas das principais questões que me mobilizaram no campo: essas insatisfações fazem sentido para outros colegas? Será que vivem necessidades semelhantes às minhas? Como os pacientes experimentam os cuidados por eles oferecidos?

Além dos interesses como médico de família, me vejo também, em certa medida, como um nativo entre as pessoas com sintomas depressivos. Familiares, amigos, colegas de trabalho, alunos – convivi e convivo com muitas pessoas com esses sintomas, muitas delas diagnosticadas com depressão e tratadas principalmente com antidepressivos, em alguns casos com psicoterapia. Apresentei, há alguns anos, uma experiência que considero de sintomas depressivos: tristeza com choro constante, insônia, perda de interesse no trabalho e de apetite. O período mais intenso durou cerca de quatro meses. No primeiro mês, vivi uma sensação de desânimo e uma desorientação de propósitos e interesses pessoais. Não cheguei a fazer tratamento com medicamentos. No meu caso, o recurso de cuidado mais eficaz que encontrei foram leituras e práticas meditativas budistas. É válido pontuar que não entendo esse recurso pessoal como uma panaceia geral para alívio dos sintomas depressivos. Meu ponto de partida, reunindo a experiência pessoal e profissional, é de enorme pluralidade e singularidade de recursos de cuidado eficazes para essas experiências de sofrimento. Uma das questões para o campo é justamente como a tendência biomédica de normatizar e protocolar essa abordagem é manejada pelos médicos e médicas de família que costumam vir de um paradigma epistêmico mais plural.

Por fim, o terceiro e último recorte em que se cruzam minha trajetória pessoal e a pesquisa: o território atendido pela unidade. O centro de saúde indicado para a pesquisa pela professora Sandra ficava no mesmo bairro onde tenho residência no Rio. Inclusive uma das oito equipes, que não foi selecionada para o estudo, era minha equipe de referência. Como residência permanente, morei nesse bairro apenas por seis meses, no primeiro semestre de 2013. Em seguida, passei progressivamente a estar cada vez menos no Rio já que assumi os trabalhos como docente em Viçosa, MG. No entanto, durante as duas etapas de trabalho de campo, um mês em 2016 e quase quatro meses em 2017, deslocava-me dessa residência para a unidade em cerca de dez minutos a pé. A pesquisa proporcionou-me viver esse bairro a partir de um outro ângulo, conhecendo seus moradores e um pouco de suas vidas, sofrimentos e sonhos. O “morro” do bairro parecia muito mais distante antes da pesquisa, assim como cada um de seus moradores. Descobri que, pelo acesso da “florestinha”, podia estar lá no meio da comunidade em pouco mais de vinte minutos. Dentro dos prédios, apartamentos e casas de classe média, tão afins à minha residência no Rio, passei a imaginar pessoas como as que comecei a encontrar nos consultórios – isoladas, tristes, em graves dificuldades financeiras e com poucos vínculos sociais. A pesquisa entrou dentro do meu território, revelando a forma como pessoas – que poderiam ser eu, um amigo ou familiar próximo – lidam com seus sofrimentos em espaços públicos de cuidado à saúde.

Isso ficou claro em situações como quando encontrei uma paciente que estava acompanhando numa pastelaria onde costumava fazer um lanche. Sem que eu pedisse, lá mesmo, ela começou a me contar como estava indo seu tratamento, sem dar muito valor à minha ressalva de “podemos marcar para conversar na clínica, se você achar melhor”. Essa experiência de alteridade “invertida”, de encontros com os pacientes, dentro do território em outros contextos – uma barraca de comércio ambulante, uma fila de supermercado, o deslocamento apressado na calçada para o trabalho, uma pastelaria –, fortaleceu sentimentos de empatia e de identidade comum com o público da pesquisa. Esse movimento se deu sem ofuscar meu objetivo, com uma pesquisa social, de compreender elementos próprios dos modos de vida nesse pequeno espaço de tempo, dentro desse território “partido” de um bairro da zona norte carioca.

2.5 Primeiro contato com o campo

Esta frente empírica da pesquisa se deu em duas fases. Uma primeira fase mais breve e exploratória entre março e abril de 2016 e uma etapa maior de imersão entre janeiro e março de 2017. Na primeira fase, constituída de entrevistas, conversas informais e breves observações, optei por ouvir sobre as experiências de vários profissionais envolvidos nos cuidados em saúde mental da unidade. Essa fase tinha como principal objetivo contribuir para o recorte dos atores e práticas que seriam acompanhados no período de observação.

A proposta foi realizar em torno de 10 a 20 entrevistas semiestruturadas em profundidade com informantes-chave do campo. Entretanto, nesse momento, atuavam cerca de 190 profissionais na ESF desta unidade, demandando de imediato a definição de critérios de seleção para este primeiro bloco de entrevistas. O primeiro deles foi entrevistar apenas profissionais médicos, de enfermagem e de saúde mental das equipes. Já não foram incluídos, neste primeiro momento, agentes comunitários, técnicos de enfermagem ou funcionários administrativos. Sem deixar de reconhecer o valor particular e coletivo desses profissionais e de suas atribuições, fiz essa escolha, considerando minha hipótese principal da pesquisa que propõe que os médicos de família ensaiam superações das controvérsias “culturais” da Saúde Mental Global. Assumi que os profissionais da enfermagem e da medicina, na atenção primária à saúde, são protagonistas da operação do saber científico e de seus desdobramentos práticos nas vidas das pessoas.

O número permaneceu elevado, porém mais manejável para uma seleção qualitativa: oito enfermeiros e cerca de vinte médicos, já que as equipes de residência dividem na maioria dos casos as responsabilidades médicas entre dois residentes, um de primeiro ano e um de segundo ano ou terceiro ano. A sequência da seleção dos entrevistados se deu através da técnica de “bola de neve” (FLICK, 2009, p. 47). O primeiro contato foi realizado com a então gerente da Estratégia Saúde da Família, numa conversa presencial não agendada à unidade. A gerente me ofereceu uma descrição breve das oito equipes da unidade: havia seis equipes que integravam um programa de residência de MFC e mais duas equipes que não estavam vinculadas ao programa. Para a gerente, as equipes do programa de residência seriam mais receptivas à pesquisa e sugeriu, por isso, que entrevistasse inicialmente as médicas de família preceptoras do programa. Preceptores de programas de residência em medicina de família são médicos ou médicas que já possuem esta especialidade ou competência em APS reconhecida pelos coordenadores do respectivo programa. Eles orientavam e supervisionavam os

residentes de primeiro, segundo ano e terceiro em suas atividades⁴², o que frequentemente significava conduzir em parceria os atendimentos, ou mesmo substituir os residentes nas agendas de consulta quando estes cumprem outras atividades regulares do programa fora da unidade. Os preceptores possuíam também o papel de assegurar vínculo e continuidade no atendimento à população de equipes. Se, por um lado, os residentes permaneciam no máximo dois anos designados a uma equipe, por outro, o vínculo do preceptor é permanente, ele conhece sua população e é reconhecido por ela também como um dos responsáveis, talvez o mais contínuo, pelo serviço oferecido. As seis equipes do programa de residência, nesse primeiro período de entrevistas, contavam com três médicas preceptoras.

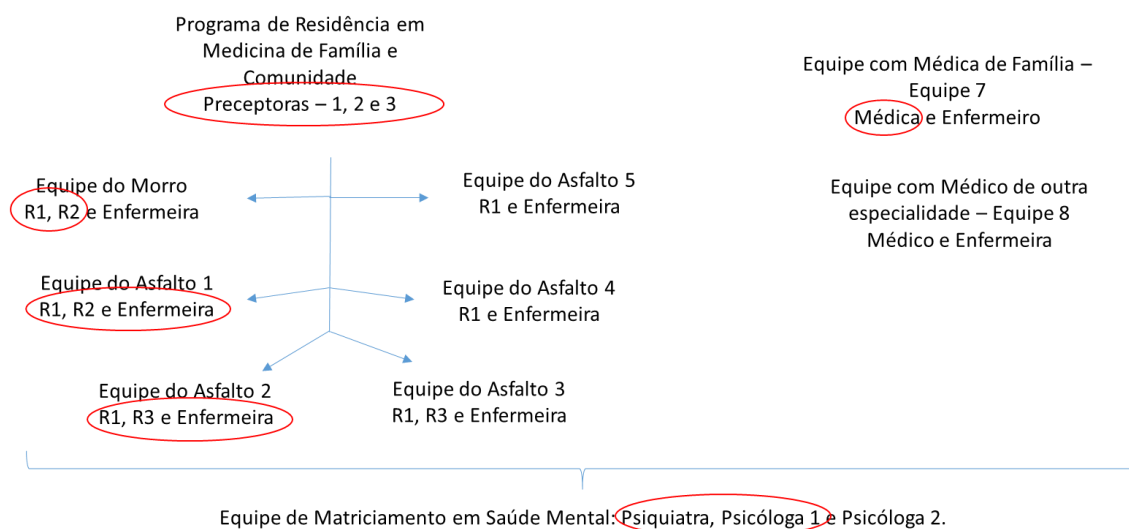
Além das preceptoras, entrevistei, como informantes iniciais, profissionais de matriciamento em Saúde Mental destas equipes: uma psiquiatra e uma psicóloga. A psiquiatra apoiava as oito equipes e a psicóloga, quatro. Neste primeiro contato com o campo, não foi possível conversar com uma das psicólogas matriciadoras que alegou indisponibilidade de tempo para a entrevista por motivos pessoais.

Partindo do potencial das preceptoras e matriciadoras de indicar os próximos entrevistados, incluí em seu roteiro que sugerissem equipes e profissionais que se destacassem, seja por qualidades ou por dificuldades, nas práticas de cuidado à saúde mental. Tomando essas indicações, entrevistei profissionais de três das equipes de residência e também de uma equipe não vinculada ao programa. Ao todo, foram realizadas catorze entrevistas: onze médicos (três preceptoras, uma psiquiatra, sete residentes), duas enfermeiras e uma psicóloga. Na figura abaixo, represento as equipes da unidade e os profissionais entrevistados neste primeiro contato com o campo.

⁴² Os programas de residência médica em Medicina de Família e Comunidade no Brasil têm duração de dois anos. Como na unidade pesquisada, alguns programas oferecem um terceiro ano optativo.

Figura 1. Profissionais das equipes pesquisadas na primeira etapa da pesquisa ⁴³

UNIDADE DE SAÚDE – 8 equipes



Fonte: O autor, 2017.

A partir das entrevistas, pude estabelecer os últimos recortes necessários para o período de observação. Confirmei que havia entre os médicos de família, preceptores e residentes, uma experiência e um discurso de abordagem “centrada nas pessoas” dos problemas em saúde mental, em especial dos sintomas depressivos, com modelos explicativos e estratégias de abordagem que me pareceram particulares desse grupo social. No cotidiano do serviço, os residentes eram os médicos de referência da população, responsáveis pela maior parte dos atendimentos e condução das propostas terapêuticas de cada caso, sendo o papel do preceptor mais de suporte. Por isso, estabeleci que o principal foco do período de observação seriam atendimentos – visitas domiciliares e consultas – dos residentes de medicina de família e comunidade.

A classificação “morro-asfalto” também se afirmou como um recurso operativo frequente e significativo para o campo, apontando-se, nas entrevistas, diferenças quanto à interpretação e tratamento dos sintomas depressivos da população do “morro” e do “asfalto”. Acompanhar como essas diferenças se davam, “na prática”, fortaleceu-se como uma questão importante para a pesquisa.

Uma das equipes do programa de residência em MFC atendia, exclusivamente, à população mais pobre e com pior provimento equitativo de serviços públicos – saneamento, habitação, segurança, apoio à geração de renda, segurança alimentar, saúde, educação – de

⁴³ Os entrevistados foram destacados em vermelho.

toda área coberta pela unidade. Quanto à localização espacial, essas pessoas moravam, de fato, em um morro, e essa expressão era utilizada para designação do seu território. Profissionais e usuários da própria comunidade referiam-se ao território como “o morro”, ou pelo nome próprio da comunidade que não será citado por questões éticas. Designei, portanto, essa equipe, como “equipe do morro”.

No campo, o que não era “morro” era “asfalto”. No “asfalto”, as pessoas acessam melhor os serviços acima citados, seja por receberem serviços públicos mais eficientes (saneamento, por exemplo), seja por poderem adquiri-los privativamente por possuírem maior renda. Vale notar que, dadas as características geográficas dos bairros cobertos pela unidade, havia muitas áreas de “asfalto” geograficamente localizadas em morros. Havia, portanto, uma “equipe do morro”, já selecionada para a etapa de observação, e sete equipes “de asfalto”.

A escolha da segunda equipe seguiu também indicação dos profissionais entrevistados na primeira fase da pesquisa. Entre as equipes de asfalto, uma delas era considerada a “especialista” em saúde mental, com mais casos em geral e mais casos graves. Isso representava um desafio para gestores e profissionais. Entendendo que a minha pesquisa poderia contribuir para qualificar os cuidados ofertados pela equipe e que seria interessante para a pesquisa devido ao número elevado de pacientes com problemas de saúde mental, optei por acompanhar mais de perto também essa equipe, que chamarei de “equipe do asfalto 1” ou “equipe dos especialistas”.

A “equipe do morro” e “a equipe dos especialistas” foram as equipes que mais tempo acompanhei durante a observação participante. Porém, para ajudar na configuração de possíveis padrões e análise dos problemas que emergiram das práticas estudadas, considerei interessante incluir mais duas equipes no estudo, em que fiz observações mais pontuais. Selecionei equipes que, segundo a preceptora, responsável técnica da unidade, também possuíam grande demanda para atenção à saúde mental. Na sua percepção, esses profissionais enfrentavam desafios para manejar tantos casos, ainda que demonstrassem muita capacidade nessas questões. Uma dessas equipes possuía um território misto, predominantemente de asfalto, mas atendia a uma pequena comunidade de morro que correspondia a cerca de 20% da sua população. Chamarei essas equipes de *asfalto 2* e *asfalto 3* – esta última com o território misto.

Portanto, a partir dessas entrevistas iniciais estabeleci, os recortes finais para a etapa de observação participante: as equipes, os profissionais, e as práticas que seriam prioritariamente acompanhados. A decisão de entrevistar alguns pacientes e a estratégia de

tratamento analítico dessas entrevistas estão descritas no quarto capítulo. Quando aos aspectos éticos, o projeto da pesquisa foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ (parecer n. 1.342.083) e da instituição coparticipante, Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (parecer n. 1.460.038).

2.6 O “recorte” teórico

Como salientei no primeiro capítulo, a “questão da cultura” funciona como pivô das controvérsias da Saúde Mental Global, campo teórico-prático com que esta pesquisa se propõe a dialogar. Apontei para uma simplificação inicial desse debate, apresentando-o como a produção de afinidades e discordâncias em torno do reconhecimento ou não da “modelagem cultural dos transtornos mentais” como princípio orientador das teorias e métodos que integram os cuidados públicos em saúde mental. Caso me limitasse a essa compreensão da “questão da cultura”, a etapa empírica da pesquisa poderia se resumir a estudar se os residentes de medicina de família e comunidade incorporam ou não as chamadas “competências culturais” em sua prática clínica a pacientes com sintomas depressivos.

No entanto, a interface teórica que assinali no primeiro capítulo remete a outras questões, sem necessariamente ignorar as competências culturais caso elas emergissem como dispositivo significativo para o campo. Propus que, sob o rótulo “cultural” dentro da Saúde Mental Global, há questões “propriamente culturais” e outras de ordem “moral”. O “propriamente cultural” refere-se a uma compreensão semiótica da cultura, como proposta por Geertz (2008). Culturas são entendidas como sistemas de valores, interesses, crenças e preocupações que orientam as pessoas, nos mais diversos contextos, bem como os comportamentos, atitudes, hábitos e objetos que estão imersos nesse universo de significados. Neste sentido, não há ação social humana – no nosso caso, atividade profissional médica – que não seja “cultural”.

Nesta primeira perspectiva, a questão que interessa a esta pesquisa são os desdobramentos subjetivos e sociais dos encontros entre residentes de medicina de família e pacientes. Esses sujeitos partem de universos culturais *a priori* distintos (pressuposto a ser confirmado no campo), para responder ou expressar a demanda por cuidados a experiências de sofrimento depressivo. Dentro dessa questão mais ampla, cabe mapear, por exemplo, se faz

sentido ou não para esses atores algum tipo de divisão entre “biológico” e “sociocultural” na abordagem desses problemas e, fazendo, qual o significado dessas categorias para eles e como essa divisão ou alternativas a ela são manejadas na prática.

Os desdobramentos sociais e subjetivos das práticas, por sua vez, circulam dentro desse cenário de cuidado à saúde mental como “economias morais”, no sentido proposto por Fassin. São portadores de valores, modificam os percursos dos atores dentro do mundo social, produzem, agregam ou retiram formas de reconhecimento. Traduzem visões de humanidade e sociedade que podem se amalgamar, hibridizar ou colidir. É, desde essa perspectiva, que também pretendemos explorar esses desdobramentos.

Recorremos também, como suporte teórico inicial, à categoria de “experiência moral” de Arthur Kleinman. Identifico, na sua própria trajetória de produção teórica, uma referência para estabelecer pontes entre uma antropologia semiótica e uma moral. Os trabalhos de Kleinman, inicialmente, se detêm ao uso de uma concepção mais ontológica de cultura para explicar manifestações “culturalmente” diversas dos transtornos mentais e, progressivamente, migram seu foco de atenção para o estudo das demandas morais e sociais envolvidas na experiência de sofrimento.

Utilizando essas três referências teóricas iniciais — a cultura semiótica de Geertz, as economias e as subjetividades morais de Fassin e a experiência moral de Kleinman —, propus que a etapa empírica da pesquisa se concentrasse nas seguintes questões:

- O que são sintomas depressivos/depressão para residentes de medicina de família e comunidade? Como eles atendem pessoas que apresentam esses sintomas? Qual os desdobramentos desse trabalho nas vidas desses profissionais deles? Eles experimentam benefícios e danos? Eles consideram formas de suporte ou proteção a esses danos?
- O que são sintomas depressivos/depressão para os pacientes? Como eles lidam com esses sintomas, dentro e fora do equipamento de saúde? Como repercute essa experiência de doença na vida deles? Quais benefícios e problemas eles experimentam com o reconhecimento dessas condições? Que formas de suporte e estratégias de enfrentamento eles consideram diante desses problemas?

3 DEPRESSÃO ENTRE FALSOS OPOSTOS

- O senhor acha que tem depressão?

-A depressão...o que é depressão para você?

- Pra mim, interessa mais o que é para o senhor?

- Estive lendo na internet: a depressão é a pessoa que não tem vontade de nada, não quer tomar banho, dorme muito. Acho que eu não tenho depressão

Trecho da entrevista com Pedro, paciente da equipe dos “especialistas”

Neste capítulo, apresento o tratamento teórico-analítico mais usual da depressão na Saúde Mental Global. Primeiro, faço uma breve revisão sobre o surgimento do conceito de depressão utilizado atualmente na psiquiatria e saúde pública. Em seguida, exploro alguns dos debates produzidos em torno desse conceito, e de seus usos, na Saúde Mental Global, e em dois outros campos a ela vinculados e que interessam a esta pesquisa: a psiquiatria transcultural e a atenção primária à saúde. Entendo que estes debates estão em parte alicerçados em usos da “cultura” de que discordei no primeiro capítulo: cultura como conjunto de fenômenos não biológicos; cultura como toda epistemologia não ocidental. Esses usos da cultura, que permeiam os argumentos e contra-argumentos em torno da “crítica cultural” à Saúde Mental Global, produzem falsas oposições, limitando as possibilidades não apenas de interpretação teórica como de abordagem clínica dos sintomas depressivos. Propus a construção de uma interface teórica alternativa que desenvolvo na apresentação de minha narrativa do campo a partir do quarto capítulo. A tarefa do presente capítulo é situar a minha pesquisa com o campo epistêmico adotado, dentro do recorte específico do reconhecimento e da abordagem da depressão.

A “depressão” era um significante que circulava frequentemente no território da pesquisa, meu bairro de residência no Rio de Janeiro. Essa circulação não se dava apenas na unidade de saúde, mas em outros espaços do bairro também. Na avenida principal, havia diversas bancas de jornal. Tinha o hábito de, ocasionalmente, ler as manchetes dos jornais do dia. Passei a observá-las com o interesse de encontrar reportagens sobre depressão. Reuni algumas que me chamaram a atenção.

Figura 2: Mídia impressa sobre depressão coletada no período do campo



Legenda: Da esquerda para direita: capa da revista *Mente e Cérebro*, edição brasileira da *Scientific American*, fevereiro de 2017, com reportagem de capa “Mexer o corpo para curar a depressão”; reportagem do jornal *O Globo*, 12 de fevereiro de 2017, “Doença do século – Sob pressão”; capa da revista *Segredos da Mente*, 2017, “Como vencer a depressão”.

Esses três exemplos da mídia impressa se referiam à “depressão” como uma “doença”, um “mal”, que ameaça às pessoas extensivamente em toda sociedade. A revista *Mente e Cérebro* destacava a prática de atividades físicas como forma não medicamentosa de curar essa enfermidade. A matéria de *O Globo* tratava dos impactos da “doença do século” sobre o mercado de trabalho brasileiro, salientando que mais de 75 mil trabalhadores, em 2016, foram afastados do trabalho por conta de depressão. *O Globo* citava a estimativa da Associação Brasileira de Psiquiatria que entre 20 e 25% da população brasileira, têm ou terão um quadro de depressão em algum momento da vida. “Para os especialistas, a situação evidencia a necessidade de colocar esse tipo de transtorno no topo da lista de preocupações para políticas públicas e de empresas” afirma a reportagem. *Segredos da Mente* apresentava, em formato de autoajuda, as bases biológicas e psicológicas da doença, um teste autoaplicado para saber o próprio risco de depressão e uma resenha dos tratamentos disponíveis.

Conversando com parentes sobre o tema da minha pesquisa, alguns apontaram para os testemunhos do padre Marcelo Rossi, a respeito de um episódio depressivo vivido por ele em 2010, como um alerta importante para as pessoas de que “depressão não era frescura”, mas uma doença que tem tratamento. Em seu livro *Philia: derrote a depressão, o medo e outros problemas aplicando o Philia no seu dia a dia* (ROSSI, 2015), o sacerdote católico, publicamente conhecido no Brasil entre várias classes sociais, contou sobre sua experiência de depressão deflagrada a partir de um acidente enquanto praticava exercícios em uma esteira e sobre como superou a depressão através do apoio psicológico, dos medicamentos antidepressivos e de práticas de base religiosa católica. Nas ruas do bairro, também

encontrava placas em frente às igrejas pentecostais com uma lista de problemas que poderiam ser curados através dos cultos. Entre elas, estava a depressão.

Um amigo da família de 84 anos de idade, ao saber do tema da minha pesquisa, teceu um comentário que me chamou a atenção: “essa questão da depressão é nova, não é”? Diante do meu interesse em compreender melhor como ele via esse diagnóstico, ele afirmou que “antigamente” não se falava desse problema hoje tão comum. “No meu tempo, havia o sujeito melancólico”, algumas pessoas que ficavam em casa, isoladas da sociedade, com um tipo de tristeza profunda e que tinham muita dificuldade de melhorar desses quadros. O comentário deste senhor converge com análises (HORWITZ, WAKEFIELD, 2007) que destacam a necessidade do registro da emergência da depressão, em seus contornos como um mal sanitário que ameaça a humanidade, como um fato recente na história do mundo ocidental – e agora global. A tarefa de reconstrução histórica dessa emergência é, portanto, útil para contextualizá-la como problema de pesquisa para a investigação social.

3.1 Um breve contexto histórico

Diversos trabalhos (JACKSON, 1986; JADHAV, 1996; LAWLOR, 2012; RADDEN, 2000) consideram que a emergência do que é designado atualmente como “depressão” – um transtorno mental sindrômico identificado por um agrupamento variável de sintomas que manifestam uma base biológica e psicossocial comum – se deu de forma mais incisiva na década de 70 do século XX. Essas obras analisam de forma abrangente e detalhada discursos e práticas em torno dos afetos disfóricos na civilização ocidental, da Grécia Antiga até os dias atuais. Porém, não é objetivo desta tese fazer novas proposições em torno de reconstruções históricas tão amplas. Dirijo, portanto, o foco para alguns marcos importantes do século XX que contribuíram para o modelamento da concepção atual.

Em geral, atribui-se a Emil Kraepelin (1856-1926) o desenvolvimento dos fundamentos do sistema diagnóstico psiquiátrico contemporâneo. Influenciado pelas ideias de outro importante psiquiatra alemão, Wilhelm Griesinger (1817-1868) (PEREIRA, 2007), Kraepelin defendeu que os transtornos da mente derivavam de doenças cerebrais e criou categorias de diagnósticos mentais segundo grupos de sintomas e prognóstico evolutivo dos transtornos. Especificamente quanto à depressão, Kraepelin considerou as então diversas apresentações melancólicas e depressivas dentro de uma única doença: a insanidade maníaca

depressiva, que tem correspondência com o atual diagnóstico de transtorno bipolar. A caracterização do adoecimento depressivo proposta por Kraepelin – composta pela tríade inibição dos pensamentos, dos processos físicos e depressão dos sentimentos potencialmente agravável ao longo do tempo com sintomas psicóticos – constitui a base para o diagnóstico dos transtornos depressivos até os dias de hoje (LAWLOR, 2012, p. 137, 141). Entretanto, Kraepelin não considerava a possibilidade de as crises depressivas acontecerem fora de um histórico de associação com os episódios maníacos. Depressão e mania eram parte de um contínuo único de adoecimento mental e mesmo os casos aparentemente “só” depressivos seriam variações de manifestação superficial do mesmo transtorno de base.

Em parte, contemporâneo de Kraepelin, o psiquiatra suíço radicado nos Estados Unidos, Alfred Meyer (1866-1950), divergia do médico alemão por defender uma compreensão mais contextual, dentro da história de cada paciente, do desenvolvimento do adoecimento mental. Os transtornos depressivos seriam “reativos”, isto é, “respostas defeituosas” a mudanças circunstanciais enfrentadas pelos pacientes. Meyer contribuiu com dois importantes aspectos presentes na definição contemporânea do transtorno depressivo maior: a substituição por completo da designação melancolia por depressão para fins de diagnóstico psiquiátrico e o reconhecimento e caracterização de diversos diagnósticos depressivos desvinculados da insanidade maníaco-depressiva (LAWLOR, 2012).

Ao longo do século XX, a abordagem psicanalítica da melancolia, proposta inicialmente por Sigmund Freud (1856-1939) e que caracterizo apenas superficialmente como resultado de conflitos psíquicos envolvendo desejos, impulsos e repressões inconsciente (FREUD, 2011), teve muita relevância, especialmente na psiquiatria norte-americana. As ideias de Freud e Meyer influenciaram fortemente as descrições das condições psiquiátricas presentes nas duas primeiras edições (1952, 1968) do Manual para Diagnóstico Estatístico dos Transtornos Mentais. Os principais transtornos vinculados a depressão nestas obras – as psicoses maníaco-depressivas (APA, 1952, 1968), a reação depressiva (APA, 1952), a melancolia involutiva e a neurose depressiva (APA, 1968) – refletiam o entendimento psicanalítico dessas manifestações. A abordagem psicanalítica ocupava-se menos com a conferência de sintomas específicos e mais com os mecanismos “psicodinâmicos” subjacentes que levavam à depressão neurótica (reativa) ou psicótica (LAWLOR, 2012, p. 162).

Durante a década de 70, o modelo hegemônico na psiquiatria norte-americana transformou-se substancialmente, culminando com a publicação da terceira edição do DSM em 1980. Mayes e Horwitz (2005) descreveram assim essas mudanças:

Em 1980, em um único golpe, o diagnosticamente baseado DSM-III transformou radicalmente a natureza das doenças mentais. Em um período significativamente curto, a psiquiatria abandonou um paradigma intelectual e adotou um sistema de classificação inteiramente novo. O DSM-III importou um modelo diagnóstico da medicina onde o diagnóstico é “a pedra angular da prática médica e da pesquisa clínica” (GOODWIN; GUZE, 1996 apud MAYES; HORWITZ, 2005). A psiquiatria se reorganizou de uma disciplina em que a diagnose cumpria um papel marginal para uma em que ele se torna a base da especialidade. O DSM-III enfatizava categorias de doenças mais do que fronteiras imprecisas entre comportamento normal e anormal, dicotomias mais do que dimensões, e sintomas explícitos mais do que mecanismos etiológicos subjacentes.⁴⁴ (MAYES; HORWITZ, 2005, p. 250, tradução minha).

Segundo esses autores essa mudança de paradigma foi produto de diversos fatores. Eles destacaram questões políticas da própria comunidade psiquiátrica que envolveram o interesse crescente de vários grupos de profissionais e pesquisadores em responder, por um lado, às críticas da comunidade médica em geral quanto à cientificidade do paradigma psicodinâmico e, por outro, às posturas mais radicais do movimento antipsiquiatria e à necessidade de desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos. Como outros fatores que impulsionaram essa mudança, também apontaram: o maior envolvimento do governo norte-americano, através do *National Institute of Mental Health*, nas pesquisas e implementação de políticas de saúde mental; a crescente pressão sobre os psiquiatras de seguradoras de saúde para demonstrar a efetividade de seus serviços; e a necessidade das companhias farmacêuticas de comercializar seus produtos para tratar de doenças específicas (MAYES; HORWITZ, 2005).

Pode-se destacar, no caminho até a publicação do DSM-III, os trabalhos dos psiquiatras pesquisadores da Universidade Washington, Saint Louis, John Feigher (1937-2006) e Eli Robins (1921-95) que, em 1972, publicaram, com outros colaboradores, *os critérios de Feigher*. Resultado de pesquisas clínicas com pacientes ambulatoriais e internados, eles propuseram uma sistematização de critérios diagnósticos específicos para 15 condições psiquiátricas, incluindo a depressão, inicialmente para finalidades de pesquisa. Em 1978, utilizando e ampliando os critérios de Feigher para 25 formas principais de transtorno, Robins e Robert Spitzer (1932-2015) publicaram o *Research Diagnostic Criteria* (RDC), um

⁴⁴ Texto original em inglês: “In 1980, at one stroke, the diagnostically based DSM-III radically transformed the nature of mental illness. In a remarkably short time, psychiatry shed one intellectual paradigm and adopted an entirely new system of classification. The DSM-III imported a diagnostic model from medicine where diagnosis is “the keystone of medical practice and clinical research” (Goodwin & Guze, 1996). Psychiatry reorganized itself from a discipline where diagnosis played a marginal role to one where it became the basis of the specialty. The DSM-III emphasized categories of illness rather than blurry boundaries between normal and abnormal behavior, dichotomies rather than dimensions, and overt symptoms rather than underlying etiological mechanisms.”

guia com orientações para identificação, ainda só em pesquisas, dessas 25 condições por grupos de sintomas. Em meio a essas pesquisas e publicações, Spitzer assumiu a coordenação (*chair*) da força tarefa do DSM III, escolheu diversos de seus membros e direcionou a nova edição, o DSM-III, em 1980, para assumir o formato “neo-kraepeliano” de diagnósticos baseados em sintomas (LAWLOR, 2012, p. 165), fundamentando-se principalmente nos critérios de Feigher e no RDC.

A definição de depressão do RDC (SPITZER; ENDICOTT; ROBBINS, 1978) é semelhante à definição do DSM-III e teve como uma de suas características mais preocupantes a ausência de critérios que possam diferenciar a tristeza “normal” da depressão (LAWLOR, 2012, p. 167). Ela não apresentava diferenças significativas em relação à definição de transtorno depressivo maior presente na edição vigente do DSM, o DSM 5, apresentada no capítulo 2. Para estabelecer o diagnóstico de transtorno depressivo maior, o “humor disfórico” – tristeza, sentir-se para baixo, sem esperança, irritável, “blue” – e/ou perda de interesse ou prazer nas atividades diárias, deve vir acompanhado de mais três – caso ambos estivessem presentes – ou quatro dos seguintes sintomas: perda ou ganho de apetite/peso; insônia/hipersonia; agitação ou retardo psicomotor; fadiga ou perda de energia; sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva; capacidade de concentração diminuída e indecisão; pensamentos recorrentes de morte, suicídio, incluindo planejamentos e tentativas.

3.2 Depressão e “questões culturais”

O processo de emergência dessa “nova” depressão nos países ocidentais ocorreu simultaneamente ao uso de seus critérios diagnósticos em pesquisas internacionais de psiquiatria transcultural já na década de 70. Diante de sua aplicação a populações não ocidentais, reações surgiram trazendo argumentos com potencial de questionar elementos de sua própria aplicabilidade no ocidente. Como apontei no primeiro capítulo, o artigo *Depression, Somatization and the “New Cross Cultural Psychiatry”*, publicado pelo psiquiatra norte americano Arthur Kleinman, em 1977, demarcou uma série de questionamentos importantes à metodologia dos estudos transculturais sobre depressão (KLEINMAN, 1977). O trabalho de Kleinman veio como uma resposta ao artigo *Depressive Disorders from a Transcultural Perspective* (SINGER, 1975 apud KLEINMAN, 1977) em que Singer afirmou que os estudos, até então publicados, demonstravam não haver indícios de

que a apresentação clínica da depressão fosse diferente entre populações ocidentais e não ocidentais. Kleinman criticou a validade dessa conclusão, já que os instrumentos utilizados para detecção dos sintomas de depressão eram baseados nos critérios que estavam se estabelecendo no ocidente, isto é, não seria possível reconhecer outras formas de depressão que não aquela pré-determinada pelo próprio método de detecção. Como também já ressaltai (nota 34), esse viés de identificação de um transtorno mental, que pode ocorrer tanto em pesquisas quanto na prática clínica, foi designado por Kleinman de “falácia categórica”.

Para subsidiar sua crítica, Kleinman apresentou o relato de três casos clínicos e estudos anteriores que apontavam para a “síndrome depressiva”, na população chinesa, possuir também uma apresentação em que predominavam queixas “somáticas”⁴⁵ com ausência de queixas “psicológicas” ou sem vinculação, pelo paciente, entre as duas classes de problemas. Uma das minhas curiosidades em ler o artigo original de Kleinman era identificar de que forma, já que não havia sido pelos sintomas, ele concluiu que pacientes sem sintomas psicológicos tinham um equivalente à depressão ocidental. Ou seja, qual “padrão ouro” havia sido utilizado por Kleinman para definir um caso de depressão? O critério utilizado foi a melhora dos sintomas físicos a partir do uso de antidepressivos. Exploro mais adiante algumas questões relevantes para esta pesquisa a partir dessa observação. Por hora, aponto para mais elementos que surgem em diálogo com a proposta de uma “nova” psiquiatria transcultural que teria como principal desafio:

O estudo transcultural “ideal” da esquizofrenia ou depressão, por outro lado, começaria com descrições fenomenológicas locais detalhadas. Tais descrições fenomenológicas poderiam nos habilitar a comparar explicações endógenas locais com explicações psiquiátricas profissionais desses transtornos junto com os comportamentos que interpretam. Eles iriam selecionar e comparar termos de sintomas e rótulos de doenças independentemente de um quadro referencial unificado.⁴⁶ (KLEINMAN, 1977, p. 4, tradução minha).

Além de Kleinman, os trabalhos de Marsella (1978, 1985) também criticaram os estudos epidemiológicos transculturais sobre depressão apontando para o fato de diversos

⁴⁵ Neste trabalho, considero os termos “físico”, “somático” como “em referência ao corpo”, a partir da definição de Jenkins, Kleinman, Good (1991) de “somatização” como “a expressão corporal de sofrimento interpessoal e pessoal em um idioma de queixas corporais” (tradução minha).

⁴⁶ Texto original em inglês: “The ‘ideal’ cross-cultural study of schizophrenia or depression, on the other hand, would begin with detailed local phenomenological descriptions. Such phenomenological descriptions would enable us to compare indigenous and professional psychiatric explanations of these disorders along with the behaviors they interpret. They would elicit and compare symptom terms and illness labels independent of a unified framework.”

grupos etno-culturais não terem demonstrado os componentes psicológicos usualmente associados à depressão na população ocidental. Em obra que reúne abordagens de diversas disciplinas sobre os fundamentos epistemológicos, métodos e resultados de estudos transculturais que emergem a partir da categoria ocidental “depressão”, *Culture and Depression* (KLEINMAN, GOOD, 1985), Kleinman e Good apontaram que os chamados “afetos disfóricos” estão presentes em diversas sociedades e são interpretados e socialmente organizados de formas distintas. “Disforia” é usada como expressão para designar “tristeza, falta de esperança, infelicidade, falta de prazer com as coisas do mundo e as relações sociais”⁴⁷ (KLEINMAN, GOOD, 1985, p. 3, tradução minha). Jenkins, Kleinman e Good (1991) e Kirmayer (1989) chamam a atenção para a complexa interação entre a vida social, as experiências individuais, os modos de representação do mundo e de si mesmo (*self*) na construção do que chamamos em tradições psicológicas ocidentais de *emoções*, sua expressão verbal e corporal e os itinerários que possuem nas práticas sociais. Em clássico trabalho sobre os idiomas locais de sofrimento, Kirmayer (1989) apontou que, para um avanço efetivo dos estudos transculturais dos transtornos psiquiátricos e do “sofrimento emocional” era necessário concentrar esforços menos na ratificação ou não de teorias ocidentais da subjetividade, que designou como metapsicologia, e mais numa abordagem psicológica, entendida como estudos empíricos dos comportamentos socialmente mediados.

Quanto à depressão, analisando as pesquisas transculturais que se seguiram na década de 80, Jenkins, Kleinman e Good concluíram que:

“Pontos de corte” claros entre a disforia normal e a depressão patológica ou entre a distímia e a depressão maior nunca foram definitivamente demonstrados em nossa própria cultura. Assumindo que esse limite, a princípio, existe, há pouca razão empírica para acreditar que seja o mesmo entre as culturas, visto que as culturas incorporam a disforia no comportamento normativo de formas diferentes. [...] Ainda que tenhamos poucas dúvidas de que algumas formas de depressão são encontradas em todas as populações, continuam em aberto questões como se as formas de adoecimento, experimentadas primariamente em termos psicológicos associadas com sentimentos fortes de remorso e culpa, devem ser equiparadas com aquelas experimentadas primariamente em termos sócio-somáticos.⁴⁸ (JENKINS; KLEINMAN, GOOD; 1991, p. 88-89, tradução minha).

⁴⁷ Texto original em inglês: “sadness, hopelessness, unhappiness, lack of pleasure with the things of the world and with social relationships”.

⁴⁸ Texto original em inglês: “Clear ‘cutoff points’ between normal dysphoria and pathological depression or between dysthymia and major depression have never been definitively demonstrated within our own culture. Assuming that such a threshold exists in principle, there seems little empirical reason to believe that it is the same across cultures, since cultures incorporate dysphoria into normative behavior in varying ways. [...] While we have little doubt that some forms of depression are found in all populations, at issue are such questions as whether some forms of the illness, experienced primarily in psychological terms associated with strong feelings of remorse and guilt, are to be equated with that experienced primarily in sociosomatic terms.

Durante a década de 90, realizaram-se tentativas de superação destes impasses que incluíram detalhados e extensos estudos procurando integrar métodos etnográficos e epidemiológicos. Um exemplo representativo dessas iniciativas foram as pesquisas desenvolvidas por Patel, Abas e colaboradores sobre depressão no Zimbábue (ABAS et al., 1994; PATEL et al., 2001; PATEL et al., 1997). Esses autores descreveram que foi possível confirmar que, em populações zimbabuanas, os sintomas somáticos físicos estavam vinculados a sintomas psicológicos, e que a ideia de que existiria uma depressão predominantemente somática em populações não ocidentais, quase uma categoria diagnóstica alternativa, perdia força diante desses dados. Segundo eles, essas pesquisas apontaram para uma depressão fundamentalmente psicológica marcada pela tristeza e outros afetos disfóricos, corroborando a ideia de que o modelo ocidental teria validade transcultural (PATEL et al., 2001)

O principal instrumento utilizado para comparar as experiências dos zimbabuanos com o modelo ocidental foi o *Questionário de Sintomas Shona*, um roteiro de perguntas de elaboração “ético-êmica” (PATEL et al., 1997). O questionário Shona foi constituído de uma reunião de perguntas derivadas de estudos etnográficos com profissionais de saúde, curandeiros tradicionais e representantes leigos das comunidades participantes da pesquisa, complementado por itens do *Self Report Questionnaire (SRQ)*, instrumento então mais utilizado pela OMS na África, para pesquisa e definição de casos psiquiátricos. Para confirmar que esse questionário representaria a percepção local de adoecimento “mental”, um dos critérios para participar do grupo final que validaria ou não o questionário era ter sido considerado um caso de transtorno mental por profissionais locais da atenção primária ou por curandeiros tradicionais. Por outro lado, o “padrão ouro” do estudo seria estabelecido somente pelo reconhecimento desses participantes também como “casos” pelo instrumento britânico de avaliação de transtornos mentais comuns, o *Revised Clinical Interview Schedule (CISR)*. O questionário Shona foi validado e utilizado para estabelecer equivalências entre as experiências de adoecimento mental comum da população do Zimbábue e os transtornos mentais comuns ocidentais, como depressão e ansiedade. Porém, o seu viés de falácia categórica, ao não reconhecer como “casos” pacientes que não houvessem sido confirmados pelo CISR e ao arbitrariamente ser completado com o SRQ, não implicou em ressalvas nessas conclusões. É válido notar que o padrão ouro de validação de um questionário ocidental como o CISR foi fornecido pela confirmação do diagnóstico por psiquiatras.

Estudos de Patel, Abas e colaboradores confirmaram que há equivalentes dos transtornos mentais comuns, depressão e ansiedade, na população do Zimbábue e em diversas populações de países de média e baixa renda (PATEL et al., 2001). Porém, estes e outros estudos (HAROSZ et al., 2017; KIRMAYER, GOMEZ-CARRILLO E VEISSIÈRE, 2017) ainda não foram capazes de distinguir se esses transtornos fazem parte de outros problemas que não são reconhecidos pelos seus instrumentos e qual o peso epidemiológico desses problemas diante desses que não são capazes de identificar e que podem produzir também sofrimento para essas populações.

3.3 Um problema de saúde global

Ainda que a representatividade dos estudos desenvolvidos em países de baixa e média renda, não ocidentais, continuasse sendo baixa (BRHLIKOVA; POLLOCK; MANNERS, 2011), esses e outros avanços da epidemiologia psiquiátrica transcultural, em especial os estudos sobre incapacidade e carga de doença, subsidiaram diversos pesquisadores a propor e defender a urgência do fortalecimento de um novo campo de pesquisas e intervenções sanitárias internacionais, a Saúde Mental Global (LANCET MENTAL HEALTH GROUP, 2007).

A depressão é uma das condições mais estudadas por autores da Saúde Mental Global como Vikram Patel, um dos fundadores e dos mais ativos defensores da agenda global de intervenções de larga escala em saúde mental, e Arthur Kleinman. Seu modelo atual de diagnóstico, tratamento e estudos epidemiológicos também é um dos alvos prediletos das ferrenhas críticas de autores, antagonistas da SMG, como Derek Summerfield e Suman Fernando.

O foco na depressão, do ponto de vista dos defensores da agenda SMG, se justifica porque, em torno dessa condição, considera-se que os três argumentos centrais a favor da abordagem em escala global de um transtorno mental se confirmam: alta prevalência e carga de doença desse transtorno; enorme “*gap* terapêutico” (pessoas diagnosticadas que não recebem tratamento); e tratamentos eficazes replicáveis disponíveis. Essa confirmação não ocorre sem a reação dos críticos, porém, detenho-me primeiro em uma breve revisão da fundamentação dos argumentos favoráveis.

Em 2017, a Organização Mundial de Saúde escolheu a abordagem da depressão como tema do Dia Mundial da Saúde desse ano com o lema: “Depressão: vamos conversar”. No portal informativo da campanha, encontrei a apresentação:

A OMS está liderando uma campanha global, com duração de um ano, sobre depressão. O destaque é o Dia Mundial da Saúde, celebrado hoje. O objetivo é que mais pessoas com depressão, em qualquer lugar do mundo, possam buscar e encontrar ajuda. A depressão é a principal causa de comprometimento da saúde e incapacidade no mundo. Mais de 300 milhões de pessoas estão vivendo agora com depressão, um aumento de mais de 18% entre 2005 e 2015.⁴⁹ (WHO, 2017, tradução minha)

A estimativa da OMS (2017) é de que haja, atualmente, cerca de 322 milhões de pessoas no mundo com transtornos depressivos, 4,4 % da população global. Essa condição é mais comum em mulheres (5,1%) do que em homens (3,6%) e mais prevalente em adultos mais idosos (55-74 anos). Segundo a OMS, a depressão já é a maior causa isolada de incapacidade do mundo, respondendo por 7,5 % de todos os anos globais perdidos por incapacidade (utiliza-se a abreviatura YLD derivada do termo em inglês *years lost with disability*). Para se ter uma ideia do avanço, em certa medida, surpreendente dos impactos da depressão, em 2001, a OMS projetava que, em 2020, a depressão seria a segunda maior causa de incapacidade do mundo.

Os dados da OMS colocam o Brasil como o segundo país das Américas tanto em prevalência de depressão com 5,8% – atrás apenas dos Estados Unidos com 5,9% – quanto como causa de incapacidade. 10,3% do total de YLD no Brasil se devem à depressão, atrás apenas do Paraguai com 10,5%. Vale destacar que o Brasil é o país com maior prevalência de transtornos de ansiedade do mundo com 9,4%, seguido à distância do Paraguai com 7,6% e bem longe da média global de 3,6%. Apresento uma tabela comparativa entre alguns países referente aos dados sobre depressão:

⁴⁹ Texto original em inglês: “WHO is leading a one-year global campaign on depression. The highlight is World Health Day 2017, celebrated today. The goal of the campaign is that more people with depression, everywhere in the world, both seek and get help. Depression is the leading cause of ill health and disability worldwide. More than 300 million people are now living with depression, an increase of more than 18% between 2005 and 2015.”

Tabela 1: Prevalência dos transtornos depressivos e sua porcentagem no total de anos perdidos por incapacidade - Brasil e outros países das Américas

País	Prevalência (%)	% do total de YLD
Brasil	5,8	10,3
Argentina	4,7	8,5
Chile	5,0	8,8
Uruguai	5,0	8,2
Paraguai	5,2	10,5
Estados Unidos	5,9	8,4
Canadá	4,7	6,9
México	4,2	8,6

Fonte: OMS, 2017.

Os dados da OMS, no entanto, divergem de estudo publicado, no periódico *The Lancet*, que coloca a depressão como quinta maior causa de incapacidade em 2016, atrás de lombalgia, enxaqueca, perda auditiva e anemia por deficiência de ferro, respondendo por 4.2% do total de YLD (GBD, 2017). Estudos epidemiológicos nacionais apontam cenários diferentes para o Brasil com valores também divergentes dos números da OMS. Segundo Lopes e colaboradores (2016), a situação é mais grave e a depressão atinge 7,9% dos brasileiros. Já Munhoz e colaboradores (2016), apontam uma prevalência menor e mais próxima da média global, 4,1%.

Destaco também que parte significativa dos dados globais de prevalência e carga de doença são projeções que assumem diversos pressupostos de comparação generalizados entre as populações e poucas dessas projeções ainda são baseadas em levantamentos nacionais, especialmente em países de média e baixa renda (BRHLIKOVA, POLLOCK, MANNERS, 2011). A pesquisas epidemiológicas também apontam para uma elevada variação transcultural na prevalência e sintomatologia da depressão (KESSLER, BROMER, 2013; FERRARI et al., 2013). Também são questionados a escassez de estudos de qualidade em países média e baixa renda, bem como a falta de análises de incidência e de duração dos episódios depressivos para que as estimativas de carga de doença sejam adequadas (BRHLIKOVA, POLLOCK, MANNERS, 2011, FERRARI et al., 2013). Além do aumento populacional, Baxter e colaboradores (2014) apontaram, como causas possíveis para uma percepção equivocada de “epidemia” dos transtornos mentais comuns, como a depressão, os altos índices de sofrimento psicológico aferido através de listas de checagem de sintomas, mais consciência da população, e o uso de termos como ansiedade e depressão em um contexto onde eles não representam transtornos clínicos.

Embora substancial, o aumento em 18,4% nos casos de depressão entre 2005 e 2015 não é considerado uma “epidemia” dos transtornos depressivos e é justificado pelo aumento

global da população dos países de média e baixa renda e pelo aumento proporcional dos grupos etários em que é mais prevalente, 55 a 74 anos. A situação não deixa de ser preocupante, visto que 80% da carga de doença da depressão afeta pessoas que vivem nesses países e estima-se que menos de 25% dessas pessoas recebam algum tratamento, chegando a menos de 10% nos países com menos recursos (LUND, 2017; MFMH, 2012). A estimativa do *gap* terapêutico global dos transtornos depressivos é maior do que 50% (KOHN et al., 2004). No Brasil, o *gap* terapêutico em amostra nacional de pesquisa domiciliar foi de 78,8%. (LOPES et al., 2016).

Portanto, as dimensões dos impactos sanitários e sociais da depressão são, a partir destas informações, vultuosas e alarmantes, um dos mais graves problemas de saúde pública da atualidade como salienta o documento *Depression: a global crisis*, da Federação Mundial para a Saúde Mental (WFMH, 2012).

Por último, e como uma resposta a este cenário, há evidências que também dão suporte à proposta de pacotes globais de tratamento para depressão utilizando antidepressivos e algumas intervenções psicossociais, como terapia cognitivo-comportamental, terapia de resolução de problemas e intervenções breves (PATEL et al., 2007). Patel e colaboradores (2009) afirmaram que há pesquisas que subsidiam o uso de “pacotes de tratamento” – *packages of care* – para depressão inclusive em países de baixa e média renda. Esses pacotes devem ser centrados em: rastreamento de rotina para detecção, psicoeducação, prescrição de antidepressivos genéricos e terapia de resolução de problemas. No entanto, é válido destacar que, em uma das revisões que compôs a série *Global Mental Health* do periódico *The Lancet* (PATEL et al., 2007) e abordou especificamente as evidências dos tratamentos disponíveis, cerca de 90% dos estudos avaliando intervenções em saúde mental foram realizados em países de maior renda e mais de 80% dos trabalhos sobre depressão avaliaram, como intervenção, somente o uso de medicamentos.

A Organização Mundial de Saúde disponibiliza o guia de intervenções *Mental Health Gap Action Programme*⁵⁰ (mhGAP) já em sua segunda edição em 2016 (WHO, 2016). Esse manual tem por objetivo orientar, em escala global, intervenções para transtornos mentais, neurológicos e de abuso de substâncias. A depressão é o primeiro transtorno tratado neste manual. Para determinar o diagnóstico, são utilizados os critérios do DSM 5 (APA, 2014) com destaque para a percepção do paciente quanto ao impacto funcional dos sintomas em

⁵⁰ mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: mental health Gap Action Programme (mhGAP) – version 2.0.

suas atividades diárias – trabalho, lazer, relacionamentos familiares e vida social – e para a avaliação de risco de suicídio. Como medidas terapêuticas, em caso de alta probabilidade diagnóstica, são indicados: psicoeducação para o paciente e seus cuidadores, aconselhamento para redução do estresse e aumento de suporte social, promoção da funcionalidade nas atividades diárias e vida comunitária, considerar a prescrição de antidepressivos, referir a tratamentos psicoterápicos de disponíveis e oferecer acompanhamento regular.

Na opinião dos críticos à Saúde Mental Global, no entanto, há graves equívocos nessa interpretação “global” da depressão. O psiquiatra e professor do Instituto de Psiquiatria de Londres Derek Summerfield é um dos principais críticos da agenda GMH, especialmente em temas como a abordagem de pacientes com sintomas depressivos e vítimas de traumas de guerra e violência (SUMMERFIELD, 2008, 2012, 2013). Para Summerfield, os critérios diagnósticos, e por consequência a cascata de evidências que envolvem dados epidemiológicos e avaliação de intervenções, não oferecem uma clara demarcação que permita distinguir a depressão “da infelicidade e da miséria ordinárias”⁵¹ (SUMMERFIELD, 2006, p. 161, tradução minha), com exceção de uma minoria de casos mais severos. O diagnóstico de depressão ainda que repetidamente realizado em cenários de intenso “sofrimento social” (SUMMERFIELD, 2013 p.2) não dá conta de explicar aspectos essenciais desses problemas e os medicamentos ou programas psicoterápicos não são capazes de “curar a miséria humana”⁵² (SUMMERFIELD, 2006, p. 161).

Como destacado por Whitley (2015), Summerfield (2008) argumenta que a resposta natural a condições sociais adversas é um nível de sofrimento cotidiano que pode superficialmente aparecer como “depressão”, mas que, de fato, não é uma enfermidade mental, mas uma reação normal a essas circunstâncias. Com base nos estudos de Moncrieff (2002) e Kirsch e colaboradores (2008), Summerfield também aponta para a falta de evidências da eficácia dos antidepressivos, ausência de superioridade em relação ao placebo, para casos leves e moderados de depressão, mesmo em populações ocidentais (SUMMERFIELD, 2006, 2012).

Suman Fernando, outro crítico importante da Saúde Mental Global, também destaca que as formas severas de depressão da psiquiatria moderna são semelhantes a noção grega de “melancolia”, mas que essas se distinguem do amplo leque de situações de sofrimento que são englobadas no DSM sob a categoria de transtornos depressivos (FERNANDO, 2014a). Neste

⁵¹ Texto original em inglês: “from ordinary unhappiness or misery”.

⁵² Texto original em inglês: “cure human misery”.

trabalho, esse autor ressalta problemas derivados do uso transcultural dessa categoria, com referência aos trabalhos de Marsella (1978), Obeyesekere (1985), e do próprio autor (FERNANDO, 2014b) em que experiências de disforia não são vistas como demandantes de atenção médica, mas como questões religiosas ou das relações e circunstâncias sociais próprias de determinados grupos e comunidades.

O debate em torno dos problemas “culturais” dos usos globais da categoria depressão segue ativo e controverso. Em amplo trabalho de revisão de literatura designado *How is depression experienced around the world* (HAROZ et al., 2017), Haroz e colaboradores analisaram 138 trabalhos qualitativos sobre depressão referentes a populações de 77 diferentes etnicidades/nacionalidades. Os autores concluíram que, a favor da hipótese de uma universalidade da depressão, sete das 15 características citadas com maior frequência são parte do diagnóstico do DSM 5 de transtorno depressivo maior. As 11 características diagnósticas do DSM 5 estavam presentes em todas as regiões estudadas e a maioria dos 25 sintomas adicionais identificados estão listados entre características associadas à depressão maior. No entanto, quatro das características mais prevalentes entre os estudos configuraram, precisamente, apenas como características associadas e, portanto, não são priorizadas como critérios diagnósticos e não são incluídos nos instrumentos padronizados de pesquisa e diagnóstico. São elas: isolamento social ou solidão, raiva, choro e dor difusa. Problemas de concentração e agitação ou retardo psicomotor, critérios diagnósticos segundo o DSM, foram comparativamente pouco mencionados. A conclusão dos autores é de que modelo atual do DSM e os instrumentos diagnósticos podem não ser adequados para refletir a experiência de depressão de forma global ou regional.

Kirmayer, Gomez-Carrillo e Veissière (2017), a partir de uma análise crítica do estudo de Haroz, apresentaram mais matizes sobre essas questões. Segundo esses autores, *How is depression experienced around the world* se enquadra também num problema da falácia categoria ao partir do pressuposto de que pesquisando estudos desenvolvidos em torno do idioma ocidental “depressão” é possível verificar se seus critérios diagnósticos dão conta de traduzir como “idiomas locais de sofrimento” e outras experiências de enfermidade que com ela compartilham elementos comuns são experimentadas ao redor do mundo. Selecionar estudos da depressão, que a consideram como categoria diagnóstica, significa trabalhar com filtros metodológicos e interpretativos que excluem ou tem dificuldade de reconhecer precisamente as categorizações que mais se distanciam desse modelo ou em que os elementos dessa categoria são parte de outras condições. Não é possível testar a validade universal da

categoria depressão, selecionando pessoas a partir de critérios diagnósticos dessa categoria e perguntando a elas como elas se sentem. Kohrt e colaboradores (2014) já apontaram, por exemplo, que, em estudos sobre idiomas culturais de sofrimento, há apenas sobreposições parciais das descrições desses idiomas com a depressão ocidental.

Além desse aspecto, Kirmayer, Gomez-Carrillo e Veissière salientaram que o desdobramento proposto por Haroz de acrescentar mais sintomas à mesma categoria ontológica não elimina o processo de viés cultural ocidental e pode agravá-lo ao incluir na categoria síndromes e padrões de sofrimento que são melhor conceitualizados em outros termos. Segundo esses autores, as pesquisas devem considerar que o termo “depressão” nomeia um sintoma, um transtorno e um idioma de sofrimento. A cultura – ou mundo social como acho mais adequado designar – influencia, elabora, reconfigura cada um desses sentidos, seus usos e sua comunicação, através de interações entre eles e sua reprodução, por exemplo, através de efeitos de *looping* – a reificação de uma categoria diagnóstica mental pelo seu próprio uso social em uma teia de significados compartilhados (HACKING, 1999).

Como desdobramentos de suas críticas para a prática clínica, os autores recomendam “dar um passo atrás” da medicalização do sofrimento como transtornos bem definidos. Antes, deve-se ver suas manifestações como um sinal de que há algo de errado “no mundo do paciente”:

Aplicar a abordagem biopsicossocial ao sofrimento dos pacientes encoraja os médicos a entenderem o sofrimento não simplesmente como um transtorno de base cerebral com características sintomáticas fixas, mas como pare de redes ecossociais de interação de sintomas, expectativas culturais e respostas sociais. [...] Adotar uma abordagem centrada na pessoa na avaliação e no tratamento clínico deveriam incluir dar atenção sistemática aos determinantes sócio-estruturais e econômicos do adoecimento e da recuperação – isto é, situar pessoas em contextos.⁵³ (KIRMAYER, GOMEZ-CARRILLO E VEISSIÈRE, 2017, p. 167, tradução minha).

3.4 Depressão na Atenção Primária à Saúde

O destaque dado por Kirmayer, Gomez-Carrillo e Veissière ao *modelo biopsicossocial* e à *abordagem centrada na pessoa* nos leva à última seção deste capítulo: uma breve revisão

⁵³ Texto original em inglês: “Applying a biopsychosocial approach to the patients' distress encourages clinicians to understand it not simply as a brain-based disorder with fixed symptomatic features but as part of ecosocial networks of interacting symptoms, cultural expectations, and social responses. [...] Adopting a person centered approach to clinical assessment and treatment would include giving systematic attention to the social structural and economic determinants of illness and recovery e that is, to situating persons in contexts.”

sobre elementos da abordagem da depressão na atenção primária à saúde. Além dos estudos transculturais, trabalhos produzidos nos cenários de atenção primária à saúde principalmente com populações ocidentais, também vêm apontando para problemas clínicos e sociais dos usos da categoria da “nova” depressão. No trabalho de Patel e Abas citado anteriormente (PATEL et al., 2001), cujo objetivo principal foi colocar em destaque o reconhecimento transcultural da depressão “ocidental”, ressaltou-se que:

A análise da pontuação dos principais sintomas mostrou que ansiedade, depressão e pânico-fobias estiveram extremamente relacionadas. A CID-10 (classificação internacional de doenças, 10ª revisão) atualmente categoriza a depressão separada da ansiedade. Dados do Zimbábue, no entanto, mostram que ansiedade e depressão estão fortemente associados entre si. Esses achados são semelhantes aos de outros cenários culturais e de estudos multinacionais recentes de transtornos mentais comuns, sugerindo a falta de uma distinção clara entre depressão e ansiedade generalizada na atenção primária. Portanto, há a necessidade de rever a validade de diagnósticos categóricos usados nos guias de referência (como o CID-10) e treinar trabalhadores de saúde para diagnosticar e tratar depressão em comorbidade com ansiedade.⁵⁴ (PATEL et al., 2001, p. 483, tradução minha).

Em *Reinventig Depression: a history of the treatment in depression in primary care, 1940-2004*, Callahan e Berrios (2005) analisaram as particularidades da emergência do paradigma atual de diagnóstico e tratamento da depressão dentro do percurso do estabelecimento do campo da própria atenção primária à saúde em países ocidentais, com destaque para Reino Unido e Estados Unidos. Inicialmente, esses autores reuniram informações para desconstruir “mitos” relativos à prática médica e à demanda assistencial da atenção primária à saúde entre as décadas de 40 e 70. Estudos e relatos desse período mostraram que transtornos emocionais já respondiam, em meados do século, por grande parte da incapacidade dos pacientes e estavam entre as mais frequentes razões de procura pelos médicos de família. Um inquérito populacional de prevalência de doenças conduzido no Reino Unido entre 1943 e 1952 constatou que “queixas nervosas” – relativas a “neurose” ou “psiconeurose” – respondiam por 247 episódios de adoecimento para cada 1000 pessoas ao mês. Sintomas e condições indiferenciadas responderiam por outros 289 episódios. As

⁵⁴ Texto original em inglês: “Analysis of main symptom scores showed that anxiety-depression and panic-phobias were strongly related. ICD-10 (international classification of diseases, 10th revision) currently categorises depression separately from anxiety. Data from Zimbabwe, however, show that anxiety and depression are strongly associated with each other. These findings are similar to those from other cultural settings²⁰ and from the recent multinational studies of common mental disorders,²¹ suggesting lack of a clear distinction between depression and generalised anxiety in primary care. Therefore, there is a need to review the validity of categorical diagnoses used in current guidelines (such as ICD-10) and to train health workers to diagnose and treat depression comorbid with anxiety.”

condições neuróticas eram a terceira maior causa de incapacidade ficando atrás apenas de doenças respiratórias e reumáticas. (CALLAHAN, BERRIOS, 2005, p. 30).

Em meados do século, os médicos da atenção primária já trabalhavam, frequentemente, em cenários com poucos recursos e atendiam à demanda assistencial de populações mais pobres e vulneráveis. Eles recebiam pouco treinamento para lidar com queixas emocionais e prescreviam medicamentos sem evidências suficientes de benefícios. Ainda em 1974, na primeira edição do seu livro *Common Diseases: Their Nature, Incidence and Care*, o médico de família inglês John Fry, importante referência britânica de sua especialidade, sugeriu:

A maioria dos pacientes com depressão vai se recuperar sem maiores dificuldades e é recomendável lembrar dessa questão antes de decidir tratar todos os pacientes com depressão com antidepressivos. Se a depressão não é severa e se causas subjacentes podem ser definidas, discutidas e corrigidas, então é razoável aguardar um pouco (2 a 3 semanas) de maneira a observar se há melhora com suporte e sedativos leves como amilobarbitona e hipnóticos.⁵⁵ (FRY, 1974 apud CALLAHAN, BERRIOS, 2005, p. 38, tradução minha).

Entre os anos 40 e 60, cruzavam-se, na atenção primária, recomendações para o tratamento das “neuroses depressivas” que envolviam vitaminas, hipnóticos, barbitúricos e psicoterapias psicodinâmicas. Mais fortemente, entre as décadas de 60 e início da década de 80, período que envolve a estruturação do “novo” paradigma psiquiátrico dentro da própria psiquiatria norte-americana, houve uma espécie de “penumbra” paradigmática, abrindo espaço para a recomendação de uma ainda maior multiplicidade de abordagens e indicações para tratamento dos sintomas depressivos, a maior parte delas descontextualizadas dos problemas da atenção primária a saúde.

Artigo de revisão do *Journal of American Medical Association* de 1957, *A psychiatric evaluation of the problem patient* (KAUFMAN, BERNSTEIN, 1957 apud CALLAHAN, BERRIOS, 2005, p. 40) indicava a psicoterapia como principal tratamento recomendado para depressão leve, contrastando com a realidade dos médicos de família que não dispunham nem de tempo nem de treinamento para oferecer essa modalidade de tratamento. Esse contexto foi favorável à disseminação dos tranquilizantes leves, em especial, dos benzodiazepínicos, como drogas de escolha para tratamento do sofrimento emocional na atenção primária.

⁵⁵ Texto original em inglês: “Most patients with depression will recover without serious difficulties and it is well to remember this before deciding to treat all patients with depression with antidepressants. If the depression is not severe and if there are underlying causes that can be defined, discussed, and connected, then is reasonable to wait for a little while (2-3 weeks) in order to see whether there is improvement with support and mild sedatives, such as amylobarbitone and hypnotics.”

Em 1972, o diazepam era a droga mais prescrita nos Estados Unidos e permaneceu nessa posição até 1979. Esse fenômeno ocorreu, segundo Berrios e Callahan, como resultado da interseção do interesse dos médicos, dos próprios pacientes e uma forte estratégia de marketing da indústria farmacêutica. Lideranças clínicas e de pesquisa tanto da psiquiatria quanto da atenção primária não participaram ativamente desse processo, mas, ao mesmo tempo, não estruturaram um discurso convincente o suficiente para fazer frente à “magia” dos benzodiazepínicos.

As recomendações científicas eram ambíguas e deixavam os médicos da atenção primária à deriva diante da forte propaganda da indústria farmacêutica e das respostas aparentemente positivas e de alta satisfação dos pacientes. Nesse contexto de “vácuo terapêutico” (CALLAHAN, BERRIOS, 1975, p. 109), os tranquilizantes leves surgiram não apenas como mais seguros do que sua alternativa, os barbitúricos e antidepressivos, mas acreditava-se que eram um tratamento mais específico para “ansiedade” (BERRIOS, 1999a apud CALLAHAN, BERRIOS, 1975). Em artigo de revisão do JAMA de 1973, *The role of diazepam in medical practice*, o autor principal da revisão recomenda:

pacientes de médicos de família com síndromes de ansiedade-depressão respondem de forma equivalente ou melhor quando recebem tranquilizantes leves do que com antidepressivos tricíclicos [...]. Os antidepressivos tricíclicos não apenas não são mais efetivos do que os medicamentos anti-ansiedade na maioria dos transtornos, quanto os últimos são mais seguros.⁵⁶ (BLACKWELL, 1973 apud CALLAHAN, BERRIOS, 2005, p. 115, tradução minha)

Os antidepressivos tricíclicos, já disponíveis na década de 60, ofereciam uma segurança relativa para seus potenciais prescritores, devido aos riscos de interação com outros medicamentos, de sedação excessiva, overdose e de efeitos adversos cardíacos. Pelo lado dos pacientes, tinham baixa adesão devido aos frequentes efeitos colaterais. Além disso, seu uso envolvia rotular um paciente com um transtorno mental, o que seria menos aceitável do que uma “condição nervosa” ou “nervosismo”. O uso dos tranquilizantes leves representava uma forma de evitar o estigma vinculado aos diagnósticos psiquiátricos. (CALLAHAN, BERRIOS, 2005, p. 109).

Por outro lado, os investimentos da indústria farmacêutica na comercialização dos benzodiazepínicos constituem um verdadeiro “estudo de caso”. Sem nenhuma indicação clínica substancial ou consenso da comunidade médico-científica, o Valium, apresentação

⁵⁶ Texto original em inglês: “patients of general practitioners with anxiety-depression syndromes do as well or better when receiving minor tranquilizers compared to tricyclic antidepressants [...] Not only are the tricyclic antidepressants no more effective than the anti-anxiety-drugs in most illnesses, but the latter are safer.”

comercial do diazepam, foi a droga mais anunciada em periódicos médicos norte-americanos entre 1972 e 1977, e tornou-se o medicamento mais prescrito no mundo. Uso de correspondências particulares e gravações fonográficas – uma novidade na época em termos de propaganda – que continham testemunhos de médicos relatando resultados excelentes com o medicamento, são exemplos da vultuosa estratégia de comercialização desses medicamentos (CALLAHAN, BERRIOS, 2005, p. 110). Ao final da década de 70, os médicos de família e da atenção primária foram “vilanizados” como disseminadores do uso sem evidências dos benzodiazepínicos, cujos graves efeitos de dependência química e psicológica finalmente começaram a ganhar progressivamente mais visibilidade.

A terceira edição, mais diagnosticamente orientada, do DSM e o uso dos inibidores seletivos de receptação de serotonina – difundido principalmente na década de 90 – transformaram radicalmente a abordagem da depressão na atenção primária à saúde. Essa transformação produziu o modelo cujos principais componentes diagnósticos e terapêuticos continuam válidos até hoje. A definição de critérios diagnósticos específicos da depressão permitiram, como apontamos na seção anterior, elaborar escalas de diagnóstico e mensuração da gravidade do transtorno depressivo, a mais disseminada nesse período foi a *Escala de Depressão de Hamilton*, HAM-D. Essa escala foi elaborada em primeiras versões ainda nos anos 50, mas só ganhou um uso mais amplo com a vigência de um paradigma diagnóstico sintomático da depressão. Ela permitia não apenas diagnóstico e classificação quanto, por consequência, avaliar quantitativamente as intervenções terapêuticas em pesquisas e na clínica. Também foi possível multiplicar os estudos epidemiológicos sobre a depressão e determinar, com validade intrínseca, sua magnitude enquanto problema de saúde pública e, em especial, na atenção primária. O modelo biomédico de interpretação da depressão, vinculados a uma menor biodisponibilidade e ativação da norepinefrina e da serotonina, e do seu tratamento com antidepressivos também se consolidou como “o cartão de visitas” de sua abordagem na atenção primária.

O estabelecimento do paradigma atual se deu primeiramente na década de 80 e 90 através de duas etapas: sensibilizar e capacitar os médicos da APS para o diagnóstico da depressão, seguindo os critérios do DSM, e, em seguida, elaborar e treinar esses profissionais para o tratamento desse transtorno através de protocolos bem estabelecidos. Houve uma preocupação também das associações médicas em diminuir o estigma – entre médicos e pacientes – e aumentar a procura e a capacidade dos profissionais para detecção do transtorno depressivo na atenção primária. Nos Estados Unidos, a campanha *Depression-Awareness*,

Recognition and Treatment (DART) liderada e financiada pelo *National Institute of Mental Health*, em 1987, traduziu essas singularidades do novo paradigma: um transtorno bem definido, informações epidemiológicas que denotam gravidade e uma abordagem terapêutica protocolada e exequível na APS. No Reino Unido, a campanha *Defeat Depression*, foi iniciada em 1992, seguindo os mesmos princípios, num esforço conjunto das maiores entidades médicas nacionais de psiquiatria e medicina de família, o *Royal College of Psychiatrists* e o *Royal College of General Practitioners*. (CALLAHAN; BERRIOS, 2005, p. 136).

Uma terceira etapa de pesquisas e sensibilização dos profissionais, que começou na década de 90 e segue até os anos 2000, tornou a proposta mais complexa e integral do ponto de vista assistencial, com a inserção de diversos profissionais especializados em parceria com os profissionais da APS e a integração da APS com serviços de saúde em programas de tratamento da depressão, focando também em prevenção, rastreamento em pessoas sem queixas, e mudanças de comportamento e estilos de vida. Essa terceira fase focou na qualificação dos recursos profissionais, reestruturação do modelo assistencial na atenção primária e uma participação progressivamente mais ativa e responsável do paciente no seu tratamento. Esse paradigma assistencial ideal da depressão na APS vem se traduzindo em diversas propostas como *stepped care* e *collaborative care* (GILBODY; BOWER, 2011). No Brasil, o matriciamento em saúde mental que envolve o trabalho compartilhado entre profissionais da Estratégia Saúde da Família e profissionais especializados em Saúde Mental do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, representa alguns destes princípios (CHIAVERINI et al., 2011).

No entanto, Callahan e Berrios (2005) avaliaram que o modelo atual ainda não superou algumas dificuldades importantes para os cuidados às pessoas com sintomas depressivos na atenção primária nos países ocidentais. Eles apontaram três dificuldades principais. Primeiro, seguindo esse modelo, mesmo em condições ideais, 25 a 30% dos pacientes com depressão maior não respondem ao tratamento o que deixa espaço para uma ampla demanda de aprimoramento da abordagem. Como segunda dificuldade, o paradigma de tratamento atual ainda deixa o médico da APS com incertezas quanto a quem precisa de tratamento, qual tratamento precisa e como atingir adesão a esse tratamento. Por último, muitas pessoas com sintomas depressivos continuam sem procurar tratamento.

O estudo de Goldberg publicado em 1998, *The effects of detection and treatment in the outcome of major depression in primary care* (GOLDBERG et al., 1998 apud CALLAHAN,

BERRIOS, 2005, também citado em GILBDODY, GASK, 2009), realizado em 15 diferentes cidades do mundo se tornou uma referência importante no debate dessas questões, refletindo vários dos impasses enfrentados pelos médicos de família no tratamento da depressão. Quatro grupos de pacientes foram observados três meses e um ano após sua classificação inicial: pacientes não diagnosticados com depressão pelos médicos da APS (mas diagnosticados pelos pesquisadores); pacientes diagnosticados em que os médicos decidiram não entrar com medicamentos psicotrópicos; pacientes diagnosticados que usaram antidepressivos; pacientes diagnosticados que usaram sedativos leves, principalmente benzodiazepínicos.

Os resultados apontaram que os pacientes não diagnosticados e que apresentavam sintomas depressivos leves não tiveram pior prognóstico do que aqueles que receberam tratamento. Os pacientes diagnosticados que não receberam tratamento medicamentoso também apresentavam sintomas mais leves do que aqueles que receberam antidepressivos ou sedativos e o prognóstico também foi semelhante nos três grupos. Com um ano, não houve diferenças na evolução dos sintomas e da gravidade entre aqueles que tomaram antidepressivos e os que tomaram sedativos.

No entanto, a cronicidade da depressão se mostrou importante. 60% dos casos tratados com medicamentos e 50% das depressões leves ainda preenchiam critérios positivos de depressão um ano após a primeira avaliação. A adesão ao tratamento, incluindo a dose recomendada e a duração, foi considerada pobre. Os médicos prescreveram antidepressivos para pacientes que foram diagnosticados como depressão pela pesquisa, tanto quanto prescreveram para ansiedade e transtornos somatoformes. A partir desses dados, os autores se voltaram para a hipótese de que o diagnóstico e tratamento medicamentoso seriam mais relevantes no caso de pacientes com sintomas graves, e que o insucesso do tratamento poderia ser atribuído à baixa adesão aos medicamentos. Ao mesmo tempo em que, em estudos como o de Goldberg e colaboradores, o diagnóstico e o tratamento não pareceram fazer diferença no prognóstico de pacientes com sintomas leves no período de um ano, há estudos epidemiológicos que apontaram para que pacientes com formas leves de depressão estão em maior risco de desenvolver formas severas (HERMENS et al., 2004).

Essas revisões apontaram que o novo paradigma não resolveu questões importantes para os médicos de família: os casos leves precisam ou não ser diagnosticados? Qual seria um critério seguro para diferenciação dos casos leves dos graves e moderados? É possível e útil do ponto de vista do prognóstico do paciente, diferenciar depressão, ansiedade e somatização, sem sintomas graves, na atenção primária? O reconhecimento dessas confusões diagnósticas

aponta para problemas dos médicos de família ou do sistema diagnóstico classificatório? Como entram os aspectos não biomédicos na abordagem clínica desses pacientes?

Um dos achados mais importantes dessa revisão de como a depressão foi reinventada nos últimos 50 anos é a falta de contribuição substancial, pesquisa e liderança dos médicos da atenção primária. A maior parte do paradigma atual vem da psiquiatria ou de psiquiatras que trabalham na atenção primária. Em alguns aspectos, a indústria farmacêutica cumpriu um papel mais importante em desenvolver o paradigma de tratamento contemporâneo do que o fizeram médicos-pesquisadores que trabalham na atenção primária. Se os transtornos emocionais fossem relativamente raros, esse papel passivo seria compreensível e representar uma alocação apropriada de recursos escassos. No entanto, os transtornos emocionais estão entre as razões mais comuns de procura de cuidados da atenção. Por que os clínicos que conhecem mais sobre cenários de atenção primária e as formas como seus pacientes procuram cuidados cumprem um papel tão pequeno no desenvolvimento dos modelos de cuidado?⁵⁷ (CALLAHAN, BERRIOS, 2005, p. 187, tradução minha).

Mais recentemente, Goldberg (2011) apontou para problemas de utilidade clínica quanto ao uso atual do diagnóstico de “transtorno depressivo maior”. Há diversas apresentações da depressão e reconhece-las como uma entidade diagnóstica única seria, segundo este autor, um exercício de “pensamento mágico”. Um paciente com retardo psicomotor, hipersonia e ganho de peso, usando as escalas diagnósticas de pontuação, é considerado como tendo sintomas idênticos a alguém agitado, que está dormindo mal e tem perda de peso, critica Goldberg:

A depressão se tornou um monólito, com o pressuposto de que o diagnóstico pode ser feito meramente pelo número de sintomas depressivos presentes e incapacidade associada. Pode ser politicamente importante anunciar tais simplificações para os médicos em cenários clínicos gerais, mas é uma ficção conveniente.⁵⁸ (GOLDBERG, 2011, p. 227, tradução minha).

⁵⁷ Texto original em inglês: “One of the more impressive findings from this review of how depression has been reinvented over the past 50 years is the lack of substantial input, research, and leadership from primary-care physicians. Most of the current paradigm comes from specialty psychiatry or specialty psychiatrists working in primary care. In some respects, the pharmaceutical industry has played a greater role in developing the current treatment paradigm than have the physician-scientists who work in primary care. If emotional disorders were relatively rare, this passive role would be understandable and represent an appropriate allocation of a scarce resource. However, emotional disorders are among the most common reasons patients seek care in primary care. Why would the practitioners who know the most about primary-care setting and the ways in which their patients seek care play such a small supporting role in developing care models?”

⁵⁸ Texto original em inglês: “At present major depression has become a monolith, with the assumption that the diagnosis can be made merely on the number of depressive symptoms present, with an associated disability. It may be politically important to utter such simplifications to doctors in general medical setting, but it is a convenient fiction.”

Goldberg aponta para os problemas derivados do uso frequente da noção de comorbidades entre os diagnósticos psiquiátricos, frequentemente adotada para classificar os sintomas de um paciente que não cabem completamente em um diagnóstico psiquiátrico. A interpretação dessas situações simplesmente como comorbidades mantém a coerência com o sistema classificatório, mas multiplica as possibilidades de estigmatização e pouco traduz das experiências singulares dos pacientes.

Nesse sentido, o diagnóstico da depressão na atenção primária possui particularidades já reconhecidas. Nos cenários de APS, a depressão é mais prevalente do que na população em geral com médias internacionais entre 5 e 10% (GILBODY, BOWER, 2011, p. 9). Cerca de dois terços dos pacientes diagnosticados com depressão na APS apresentam sintomas somáticos importantes como parte deste diagnóstico (TYLEE, GANDHI, 2005). Em estudo multicêntrico da OMS, 69% dos pacientes com depressão procuraram atendimento neste nível de atenção por sintomas somáticos e mais da metade possuía sintomas medicamente inexplicados (SIMON et al., 1999).

Quando pesquisada em cenários de atenção primária brasileira – a Estratégia Saúde da Família –, a magnitude deste transtorno é maior. Em três unidades da ESF de Pelotas, Rio Grande do Sul, a prevalência foi de 23,9% de episódios depressivos no último ano (MOLINA et al., 2012). Outro estudo apontou 25% no Rio de Janeiro, 25,3% em São Paulo, 21,4% em Porto Alegre e 31% em Fortaleza (GONÇALVES et al., 2014). Entre idosos, maiores de 60 anos, a prevalência em unidades de APS de Porto Alegre foi de 30,6% (NOGUEIRA et al., 2014). Para efeitos de comparação, na Espanha, a prevalência estudada em cenários de APS foi 9,6% (SERRANO-BLANCO et al., 2010) e no Chile de 26%, sempre considerando episódios ocorridos nos últimos 12 meses (SIMON et al., 2002).

O transtorno depressivo maior é estudado, principalmente na APS, como parte de um conjunto de diagnósticos designados “transtornos mentais comuns”. Essa categoria tem distintas definições na literatura (por exemplo, conferir STEEL et al., 2014; LOPES et al., 2016; PATEL, KLEINMAN, 2003). Aqui, refiro-me a ela, primeiramente, como o conjunto dos diagnósticos psiquiátricos que envolvem os transtornos depressivos, transtornos de ansiedade e transtornos somatoformes (KLEINMAN, 2003). Os transtornos depressivos são agrupados nessa categoria e muitas vezes esses três grupos diagnósticos são estudados em conjunto pela frequente sobreposição de seus sintomas, com intensidade leve a moderada, nos relatos dos pacientes na atenção primária. Como já mencionei, a estratégia de “co-morbidizar” essas síndromes – dar diversos diagnósticos para o mesmo paciente – tem sido criticada

(GOLDBERG, 2012). Uma alternativa é considerar o “transtorno mental comum” não como um conjunto de diagnósticos, mas como estados com associações de sintomas depressivos, ansiosos e somáticos sem uma base física clara e demonstrável, que podem incluir também problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Depressão e ansiedade deixam de ser diagnósticos separados e passam a ser vistos como dimensões desses estados que apresentam infinitas combinações possíveis nos pacientes que frequentemente procuram atendimento no nível primário de atenção (GOLDBERG, 2012). Com objetivos semelhantes, já foram propostas outras categorias como “sofrimento mental comum” (BRASIL, 2013), “sofrimento” (*distress*) (PATEL, 2017), “sofrimento geral não específico” (TERLUIN et al., 2006) e “sofrimento difuso” (VALLA, 2001 apud FONSECA; GUIMARÃES, VASCONCELOS, 2008). Kirmayer e Jarvis (2006) afirmam que fragmentar o sofrimento em categorias de transtornos de humor, de ansiedade e somatoformes, como é feito na nosologia psiquiátrica atual, não reflete a natural covariação desses sintomas e síndromes nas experiências das pessoas.

Jacob e Patel (2014) avaliaram que o sistema diagnóstico do DSM e da CID não são adequados à demanda assistencial da atenção primária e propuseram a elaboração de novas classificações. É válido salientar que já foi desenvolvido um sistema classificatório próprio da atenção primária, *International Classification of Primary Care* (ICPC, com versão em português, Classificação Internacional de Atenção Primária, CIAP) através de um consórcio de pesquisa liderado pela WONCA (2017), cujos componentes para classificação de problemas em saúde mental demandam aprimoramento.

Quanto à abordagem da depressão por médicos de família, foram realizados, nos últimos anos, diversos estudos quanti e qualitativos, principalmente no Reino Unido, país com forte tradição na especialidade (BARLEY et al., 2012; DOWRICK et al., 2000; DOWRICK et al., 2004; CHEW-GRAHAM et al., 2002; MCPHERSON; ARMSTRONG, 2009; HYDE et al., 2005; JOHNSTON et al., 2008). Também há estudos na Nova Zelândia (DEW et al., 2005), Bélgica (DEMYTTENAERE et al., 2011), Suécia (ANDERSSON et al., 2001), França (MERCIER et al., 2011), Estados Unidos (BAIK et al., 2005) e Canadá (THOMAS-MACLEAN; STOPPARD, 2004). Esses estudos confirmaram que os médicos de família desenvolvem sua prática em meio a tensões e a ausência de respostas generalizáveis para problemas fundamentais na abordagem da depressão em seus cenários clínicos. Em algumas pesquisas, os médicos de família foram cautelosos nas prescrições de antidepressivos (HYDE et al. 2005; DEW et al., 2005; DEMYTTENARE et al. 2011). Em outras, prescreveram

demais inclusive para pacientes que não tinham depressão (MERCIER et al., 2011; JOHNSTON et al., 2008). Houve interesse por atender melhor esses pacientes, convivendo com restrições de tempo tanto para o atendimento quanto para melhor capacitação (BAIK et al., 2005; DEW et al., 2005). O modelo atual de diagnóstico e tratamento funcionou para alguns casos, mas, para grande parte dos pacientes da APS, principalmente de comunidades e grupos socialmente excluídos, marginais e mais pobres, há um forte componente social, diante do qual existe um certo “niilismo terapêutico” (CHEW-GRAHAM et al. 2002; BARLEY et al., 2012; CONVENTRY et al, 2011). A compreensão sobre a depressão variou entre uma reação normal às adversidades da vida e uma adesão mais fiel ao modelo diagnóstico do DSM (ANDERSON et al., 2001; THOMAS-MACLEAN, STOPPARD, 2004). Os médicos de família tenderam a usar mais uma compreensão psiquiátrica (ou “biomédica”) da depressão quando esperavam ou obtinham resultados do tratamento com antidepressivos (COVENTRY et al., 2011; MCPHERSON, ARMSTRONG, 2009; CHEW-GRAHAM et. al, 2002). Caso contrário, sua tendência é “desmedicalizar” (MCPHERSON, ARMSTRONG, 2009) a queixa do paciente, o que implica em risco – ou não (KESSLER et al., 1999, DOWRICK et al., 2004) – de não ofertar recursos potencialmente terapêuticos. Portanto, os médicos de família são influenciados por suas atitudes e valores quanto ao diagnóstico da depressão – que têm se mostrado bastante heterogêneos – na sua maneira de manejar o tratamento (DOWRICK, 2000; MERCIER et al., 2011; DEMYTENNARE et al., 2011).

A dificuldade propedêutica dos médicos da atenção primária ganha novos contornos quando a adequabilidade dos métodos e critérios diagnósticos é analisada considerando-se aspectos econômicos, sociais e culturais (TYRER, 2009; TREASURE, 2009; PARKEN, 2007; HICKIE, 2007; KARASZ et al., 2012). Por um lado, para populações de alta renda, com mais fácil acesso aos serviços de saúde, identifica-se o excesso de diagnósticos e intervenções farmacoterápicas mal indicados e potencialmente iatrogênicos, chamado “sobrediagnóstico”. Enquanto que, em populações mais pobres, com mais dificuldade de acesso aos cuidados em saúde, pessoas que sofrem com quadros graves de depressão estariam deixando de receber abordagens adequadas, configurando situações de “subdiagnóstico”.

Os protocolos de abordagem são voltados principalmente para casos novos e as evidências são muito menos robustas para recomendações em casos crônicos, que oscilam ao longo do tempo entre categorias diagnósticas e que são maioria dado o caráter longitudinal e integral do atendimento na APS (GILCHRIST, GUNN, 2007). Os pacientes também possuem diversos modelos explicativos de suas experiências de sofrimento, movendo-se entre a

compreensão psiquiátrica convencional e construções psicossociais (BRÖER, BESSELING, 2017; KOKANOVIC, BENDELOW, PHILIP, 2013). Eles demandam principalmente mais escuta e empatia de seus médicos de família, mas sem abrir mão de diagnósticos adequados e menos pressão de tempo nas consultas. (JOHNSTON et al., 2008; PALMER et al., 2010).

O debate sobre a abordagem da depressão na atenção primária também segue com dissensos e controvérsias na primeira metade dos anos 2010. Craven e Bland (2013), através de revisão de literatura apontaram para baixos índices de detecção e tratamento dos médicos de família, além da dificuldade dos médicos de família de aderirem a instrumentos protocolares de avaliação de severidade, em substituição ao seu julgamento clínico. Em contrapartida, Kendrick (2013), em resposta aos autores anteriores, argumentou que a baixa detecção se dá nos casos leves e moderados e é frequentemente superada pela longitudinalidade (avaliação em consultas subsequentes). O baixo índice de tratamento com medicamentos se justifica pela dúvida de que os antidepressivos tenham efeito em situações de intensa adversidade social e falta de redes sociais de suporte. O próprio Kendrick desenvolveu estudo pragmático em que o índice de remissão, nesses casos, foi muito baixo a despeito do tratamento (KENDRICK et al., 2009). Faltam estudos que avaliem melhor intervenções sociais nesses casos, como fortalecimento de vínculos de amizade e redes sociais. Os médicos de família, na decisão prescritiva, também não consideram a gravidade de forma isolada, mas a idade do paciente, suas condições físicas, seu contexto social e opções, a possibilidade de outros tratamentos e recursos, e o risco de efeitos adversos e de polifarmácia principalmente em pacientes mais idosos. Para Kendrick, é necessário avançar em intervenções não medicamentosas inovadoras e considerar que, dado o significativo aumento esperado da população idosa nas próximas décadas, torna-se essencial aumentar o suporte mútuo entre as pessoas e reverter a tendência de fragmentação social do século XXI.

O médico de família inglês e professor de atenção primária da Universidade de Liverpool Christopher Dowrick (com FRANCES, 2013) critica a “medicalização da infelicidade” impulsionada pelos critérios atualizados do DSM 5 que orientam, por exemplo, o diagnóstico de depressão já a partir de duas semanas após uma experiência de falecimento. Ele atribui parte do aumento do diagnóstico dos transtornos depressivos não à melhoria do acesso ao tratamento das pessoas que realmente precisam, mas ao “sobrediagnóstico”, que aparece como tendência principal dos médicos da atenção primária, quando comparada ao “subdiagnóstico”, em meta-análise de Mitchell et al. (2009). Um dos principais propulsores de uma compreensão negligente e reduzida da depressão com foco em correlatos biológicos dos

sintomas psiquiátricos e que cria o ambiente para excesso inadequado de diagnósticos é, segundo Dowrick, a indústria farmacêutica. Os diagnósticos de depressão aumentaram substancialmente desde o desenvolvimento e comercialização dos inibidores seletivos de receptação de serotonina, com envolvimento de profissionais e propagandas dirigidas ao estímulo do consumo desses medicamentos entre a população. Mas as companhias farmacêuticas não podem ser culpabilizadas, de maneira isolada e descontextualizada, por essa situação, já que também derivam suas posições de uma séria de julgamentos de valor que são partilhados e circulam na sociedade de forma mais ampla:

Os médicos de família e o público são cúmplices nisso. Para os médicos de família, um diagnóstico de depressão pode ser um instrumento atraente para manejar a incerteza na sala de consulta, especialmente, se sua forma de tratamento mais comum vem na forma de uma pílula uma vez ao dia e é encorajado por protocolos e indicadores. Os pacientes frequentemente requerem tratamento para sintomas de tristeza, e médicos e pacientes podem se sentir obrigados a oferecer e aceitar um diagnóstico de transtorno depressivo maior.⁵⁹ (DOWRICK, FRANCES, 2013, p. 3, tradução minha)

Para Dowrick e Frances, os médicos de família podem e devem identificar os casos mais severos que são representados principalmente por dois grupos: aqueles com melancolia (experiências disfóricas intensas, crônicas ou de repetição, e sem uma explicação em problemas da vida dos pacientes) e aqueles com sintomas crônicos associados com adversidades socioeconômicas e incapacidade. Os pacientes com quadros depressivos leves “podem não precisar” de um diagnóstico de depressão e a melhor forma de ajuda-los envolve: ouvir atentamente suas histórias, promover o valor do tempo como dispositivo de cura e encorajá-los a desenvolver resiliência através de exercícios, apoio social, e fazendo mudanças, quando possível, nas circunstâncias que envolvem o manejo de seus problemas de vida diários.

Essa estratégia de abordagem da depressão na atenção primária, embora tenha pontos de convergência, diverge em ênfases da mais recente proposta de Patel para abordagem da depressão (2017). Patel identifica a existência de uma situação intermediária entre os pacientes não depressivos em situação de “bem-estar” (*wellness*) e os diagnosticados com transtorno depressivo maior (*disorder*). Ele designa essa situação de “sofrimento” ou

⁵⁹ Texto original em inglês: “General practitioners and the public are complicit in this. For GPs a diagnosis of depression may be an attractive instrument for managing uncertainty in the consulting room,³⁰ especially as its commonest treatment comes in the form of a once daily pill and is encouraged by clinical guidelines and indicators. Patients often request treatment for symptoms of sadness, and doctors and patients can feel obliged to offer and accept a diagnosis of major depressive disorder.”

“aflição” (*distress*). No entanto, para delimitar “sofrimento” e transtorno depressivo são mantidos os critérios do DSM 5. Além disso, o pressuposto do sobrediagnóstico é substituído pelo da baixa detecção e é sugerida a aplicação quase generalizada de instrumentos padronizados como o PHQ-9⁶⁰ como estratégia de rastreamento aberto na população. Ainda que apontados como opções terapêuticas, os tratamentos psicológicos e intervenções psicossociais leves dos profissionais da APS têm sua aplicação extremamente limitada pela disponibilidade de suporte especializado, tempo e treinamento dos profissionais. O tratamento com antidepressivos é recomendado de forma não controversa e, diante dos problemas apontados para a psicoterapia, se torna a principal opção.

O fato de não haver respostas generalizáveis para as questões levantadas até aqui faz com que diversas pesquisas dirijam suas conclusões para a necessidade de pluralizar as abordagens e levar em conta as singularidades dos pacientes (PALMER et al., 2010). Diante disso, os médicos de família não ignoram esses problemas, mas elaboram estratégias próprias e particulares de como manejar estas questões (BAIK, et al. 2005; DEW et al. 2005; MERCIER et al., 2011), usando os referenciais de sua matriz disciplinar da medicina centrada nas pessoas, na vida, e não na doença e nos procedimentos médicos.

3.5 Além das polarizações

Neste capítulo, procurei descrever o modelo de tratamento teórico mais usual da abordagem da depressão dentro do campo da Saúde Mental Global. Explorei ainda correspondências entre as controvérsias próprias da SMG e os debates sobre o diagnóstico e tratamento da depressão na psiquiatria transcultural e na atenção primária à saúde. Considerei necessário desenhar esse panorama teórico para situar minha pesquisa dentro do campo epistêmico adotado. No entanto, minha proposta não é reproduzir esse mesmo tratamento conceitual ou me restringir ao uso de suas categorias na análise dos resultados do trabalho de campo. Como proposto por Cooper (2016), acredito que é possível fazer pesquisa social crítica em Saúde Mental Global sem ficar preso a uma matriz teórico-interpretativa que acaba conduzindo a polarizações. No primeiro capítulo, argumentei que isso acontece pelo fato dessa matriz partir da naturalização de certas dicotomias artificiais do mundo social, como

⁶⁰ Questionário padronizado que traduz na forma de perguntas fechadas, com avaliação de frequência e intensidade, os critérios diagnósticos de transtorno depressivo maior do DSM. (PATEL, 2017).

biologia vs. cultura e ocidente vs. não ocidente. Logo, a partir dos próximos capítulos, pretendo responder com uma aproximação teórica alternativa às questões centrais desta pesquisa que são: como os residentes de medicina de família abordam os sintomas depressivos em um cenário da atenção primária à saúde do Rio de Janeiro? Quais são os desdobramentos sociais dessas práticas? Quais contribuições essa análise pode trazer para a Saúde Mental Global?

Primeiro, entendo que é preciso esclarecer por que não vou reproduzir o tratamento teórico mais usual. Esse tratamento acabaria levando a reconfigurar as perguntas centrais da pesquisa no seguinte formato: as práticas dos residentes se aproximam mais de qual polo da Saúde Mental Global – psiquiátrico biomédico ou sociocultural? Ou elas tentam integrar as perspectivas dos dois polos? Estas, no entanto, me parecem falsas questões. Em todo grupo social humano, circulam representações de norma ou padrões – sinais e características que delimitam a própria condição de existência do grupo – e desvios ou “descontinuidades” (FABREGA, 1972) – sinais e características que podem transformar o grupo ou mesmo extingui-lo. Estabelecer referenciais de “saúde” e “doença” é uma das formas de circulação dessa “homeostase social”. Logo, a questão não é ser a favor ou contra a psiquiatria biomédica, como se a alternativa fosse uma saúde pública sem algum tipo de classificação de saúde/doença. Essa hipótese me parece impeditiva da própria existência do campo da saúde pública, o que não proponho como questão.

A biomedicina é uma matriz sociocultural e não uma oposição ou opção diante do mundo social humano. Dentro desses parâmetros, carece de sentido definir ser contrário ou a favor da interpretação e operação de práticas sociais em torno de “saúde” e “doença”, construídas a partir das categorias psiquiátricas biomédicas. “Do outro lado”, não há uma espécie de condição “metacultural”, em que os padrões dos diversos grupos humanos e suas respectivas “descontinuidades” não podem ser estranhados por esses grupos e, neles, despertar reações. Esse papel que as práticas de saúde convencionadas no ocidente têm exercido também é atribuído a outros conjuntos de referenciais de padrões/descontinuidades, como o direito, as religiões e outros paradigmas terapêuticos e de cura ocidentais ou não. Cabe à pesquisa social, apontando para suas possíveis causas e condições, descrever esses procedimentos de identificação e operação de padrões e descontinuidades, desvios e normas, tais como aqueles afins à biomedicina. Pode lhe ser também atribuída, ainda que de forma mais controversa, a tarefa de descrever e avaliar, segundo determinados valores morais culturalmente engendrados, os desdobramentos sociais desses procedimentos. Entendo que

esta proposta de tratamento teórico se aproxima das sugestões de Miller ao analisar a hipótese de a Saúde Mental Global ser uma forma de imperialismo cultural do ocidente sobre o não ocidente e alertar para os riscos de uma postura *preservacionista* e de *essencialismo cultural* (MILLER, 2014, 2017):

Acredito que a crítica pode ser aprimorada ao abandonarmos a ética preservacionista, que obscurece fortes argumentos, particularmente aqueles que não veem diferenças *per se*, mas expertise não reconhecida nas tradições não ocidentais. A questão mais importante é a possibilidade de um diálogo mutuamente enriquecedor entre diferentes formas de expertise de cura, mais do que o desejo de preservar diferenças de forma simplista, em nome do essencialismo cultural ou como uma parte do compromisso como um mosaico de diversidade cultural.⁶¹ (MILLER, 2014, p. 3, tradução minha).

É válido ressaltar que minha aposta é, precisamente, de que esta posição oferece condições de observar os *jogos* e, principalmente as *questões* de poder – “les jeux et enjeux” como destaca Fassin (2009) – envolvidos nas práticas de abordagem dos sintomas depressivos e não ignorar esses aspectos, como se a possibilidade de um diálogo “mutuamente enriquecedor” desejada por Miller fosse se dar entre atores sociais sem interesses morais e políticos potencialmente conflitantes e que devam ser postos em questão.

Dando sequência, parto do pressuposto de que as diversas teorias antropológicas se ocupam precisamente de propor, criticar e legitimar estratégias, métodos e resultados de descrição do mundo social. Neste sentido, como afirma Peirano, “etnografia não é método; toda etnografia é também teoria” (PEIRANO, 2014, p. 383). Não é possível fazer etnografia sem teoria antropológica. No entanto, a tarefa da antropologia não é apenas descritiva ou comparativa. Mesmo quando parece reduzida a esses objetivos, a pesquisa antropológica demonstra a plasticidade do mundo social ao reconstruí-lo segundo os próprios referenciais antropológicos. Ao mesmo tempo, quando demonstra essa plasticidade, ela coloca esse mundo em questão, em aberto para outras interpretações e para elaborações de novas condições para sua existência. “A antropologia procura criar dúvidas, levantando hipóteses sobre os hiatos e assimetrias que existem entre nossa maneira de ver as coisas e a dos outros” (FONSECA, 1999, p. 59). É, segundo essa perspectiva sobre o papel da pesquisa antropológica, que proponho interpretar minha experiência e os dados de campo.

⁶¹ Texto original em inglês: “I believe critique will be improved by abandoning the preservationist ethic, which obscures far stronger arguments, particularly those which see not difference *per se*, but rather unrecognised expertise, in non-Western traditions. The more important issue is the possibility of a mutually enriching dialogue between different forms of healing expertise, rather than the desire to preserve difference simpliciter, whether in the name of cultural essentialism, or as part of a commitment to a global mosaic of cultural diversity.”

Para levar adiante essa proposta, entendo que meus resultados englobam três fenômenos distintos: as experiências de sintomas depressivos dos pacientes, a abordagem dos residentes e os desdobramentos da equação social produzida entre os dois fenômenos anteriores. Vou apresentar e analisar meus resultados referentes a estes fenômenos nos próximos capítulos e, devido às suas particularidades, usarei referenciais teóricos específicos para analisar e reconstruir cada um deles, sem deixar de buscar estabelecer, entre eles, conexões.

4 O POSTO, O MORRO E O ASFALTO

Como indiquei no final do terceiro capítulo, passo agora a apresentar meus resultados e análises do campo. Neste quarto capítulo, situo o contexto da pesquisa: a unidade, os participantes e alguns elementos da rotina de trabalho das equipes e dos residentes. Essa descrição inclui também aspectos dos territórios em que vivem as populações atendidas pelas equipes estudadas e do perfil de seus moradores. Retrato também uma cena etnográfica de um atendimento de cada equipe para uma primeira ilustração do cotidiano de encontros entre pacientes e profissionais.

4.1 O “posto de saúde”

A unidade de saúde estudada, chamada pelos seus usuários como “o posto de saúde” ou simplesmente “o posto”, se localizava no centro do conjunto de bairros a que atendia. Seu espaço físico era uma edificação com um pavimento principal e um subsolo, inaugurado na década de 60. Situava-se em rua bastante movimentada, paralela a uma avenida central da região. Nessa avenida, circulavam linhas de ônibus que se conectavam aos territórios assistidos pelas diversas equipes. Esta localização central não significava necessariamente proximidade para as pessoas. Havia tanto domicílios de territórios circunvizinhos quanto aqueles que se encontravam a cinquenta minutos ou uma hora de caminhada vigorosa, como o “morro”. Para chegar à base do “morro”, pelo acesso pavimentado, gastava-se cerca de trinta minutos de caminhada e o mesmo tempo de subida, ou mais, para chegar à parte alta.

Havia, portanto, uma desigualdade geográfica de acesso à unidade: muito próxima para alguns, distante para outros e, entre estes últimos, certamente, alguns dos que mais precisavam acessá-la, como os moradores do “morro”. Essa barreira da distância geográfica é reconhecida e a principal estratégia para superá-la eram as visitas domiciliares (VD) realizadas rotineiramente a todas as pessoas atendidas pela ESF pelos agentes comunitários de saúde. Para atender pacientes com dificuldade de mobilidade, protocolos específicos e outras

justificativas para não acessar a unidade, as VDs também eram realizadas pelos profissionais médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem.

A unidade oferecia serviços de saúde de segunda a sexta-feira, de 8 às 20 horas, e foi classificada pela secretaria municipal de saúde como tipo “B”. Esta classificação foi utilizada para distinguir as chamadas “Clínicas da Família”, unidades tipo “A”, que atendem exclusivamente através do modelo organizativo da estratégia saúde da família, isto é, população cadastrada vinculada a uma equipe, enquanto unidades tipo “B” são unidades mistas (OPAS, 2013, p. 19). Estas últimas são equipamentos públicos de saúde que já existiam antes da expansão da atenção primária no município e deveriam atender à população de vários bairros de uma região administrativa, frequentemente superando o número de 100.000 pessoas, sem Estratégia Saúde da Família, isto é, com um suposto acesso direto à marcação com especialidades como clínica médica, pediatria, ginecologia, psiquiatria, entre outros. As enormes e longas filas para agendamento das consultas com especialistas, com prazos que variavam de semanas a meses para a realização de uma consulta e outras limitações reconhecidas neste modelo são a base apresentada pelos gestores municipais para adotar a conversão do atendimento oferecido nestas unidades para estratégia saúde da família. Dada a opção de realizar esta mudança de forma progressiva, surgem unidades mistas em que parte da população é atendida pela ESF e parte ainda por este modelo “antigo”. Este é o caso da unidade estudada.

Para conseguir uma avaliação profissional – médica ou de enfermagem – de uma queixa ou preocupação quanto à sua saúde, a pessoa cadastrada em uma equipe da unidade dispunha de dois procedimentos de acesso: ir até a unidade e solicitar uma consulta; ou pedir ao seu ACS uma visita domiciliar, caso tenha um impedimento para este deslocamento. O primeiro era, largamente, o mais frequente e podia ser feito a qualquer momento dentro do horário de funcionamento da unidade. Não havia horário restrito de marcação de consulta, havendo procura por esse serviço ao longo de todo expediente. No período da observação, não havia como solicitar atendimento por telefone, correio eletrônico ou aplicativo de mensagens de telefone celular.

A unidade não possuía janelas propriamente. O pé-direito do pavimento principal era alto e, na parte superior das paredes, havia como “caixas de passagem” em vidro para circulação de ar e entrada de luz. Logo, o ambiente em geral era um pouco fechado, abafado e escuro, dependendo de iluminação artificial, refrigeração nas salas de atendimento e ventiladores nos corredores para atender adequadamente tanto funcionários quanto usuários.

O espaço de recepção da unidade é um saguão amplo. Nesta recepção, se encontrava uma extensa mesa horizontal, em que foram colocadas divisórias formando oito baias, uma para cada equipe.

No modelo de acolhimento aos usuários, adotado na Estratégia do Rio, não há recepcionistas profissionais. Os ACS eram os profissionais responsáveis pelo acolhimento inicial dos usuários bem como pela definição, agendamento e direcionamento ao serviço apropriado para atender à demanda apresentada. Os ACS de cada equipe se revezavam no acolhimento na baia de sua equipe. Além disso, um ACS, desta vez em revezamento que envolve todas as equipes, assumia a função “Posso ajudar?”. Nesta função, ele ou ela ficava em pé, próximo às baias, disponível para tirar dúvidas rápidas e orientar usuários, especialmente aqueles que não estivessem habituados a utilizar a unidade.

O acolhimento nas baias era a principal porta de entrada dos usuários da ESF para acessar cuidados em saúde, o que na maioria das vezes significava conseguir uma consulta com o médico ou enfermeiro. Este era, portanto, o primeiro contato, o passo inicial, para que um paciente com sintomas depressivos pudesse ser avaliado por profissionais de saúde.

Na tabela a seguir, apresento a população coberta e o número de famílias por cada equipe da unidade em março de 2017, acompanhado de um índice de “densidade familiar”, em que divido a população pelo número de famílias cadastradas. Também disponibilizo uma representação simples da planta baixa da unidade:

Tabela 2: População, famílias cadastradas e “densidade familiar”

Equipe	População	Famílias	“Densidade Familiar”
Equipe do morro	3430	1341	2,55
Equipe “especialistas”	2914	1447	2,01
Equipe asfalto 2	3363	2240	1,5
Equipe asfalto 3	3368	2161	1,55
Equipe asfalto 4	2590	1491	1,74
Equipe asfalto 5	3138	2074	1,51
Equipe asfalto 6	2605	1643	1,58
Equipe asfalto 7	3031	1960	1,54
Total	24439	14357	1,70

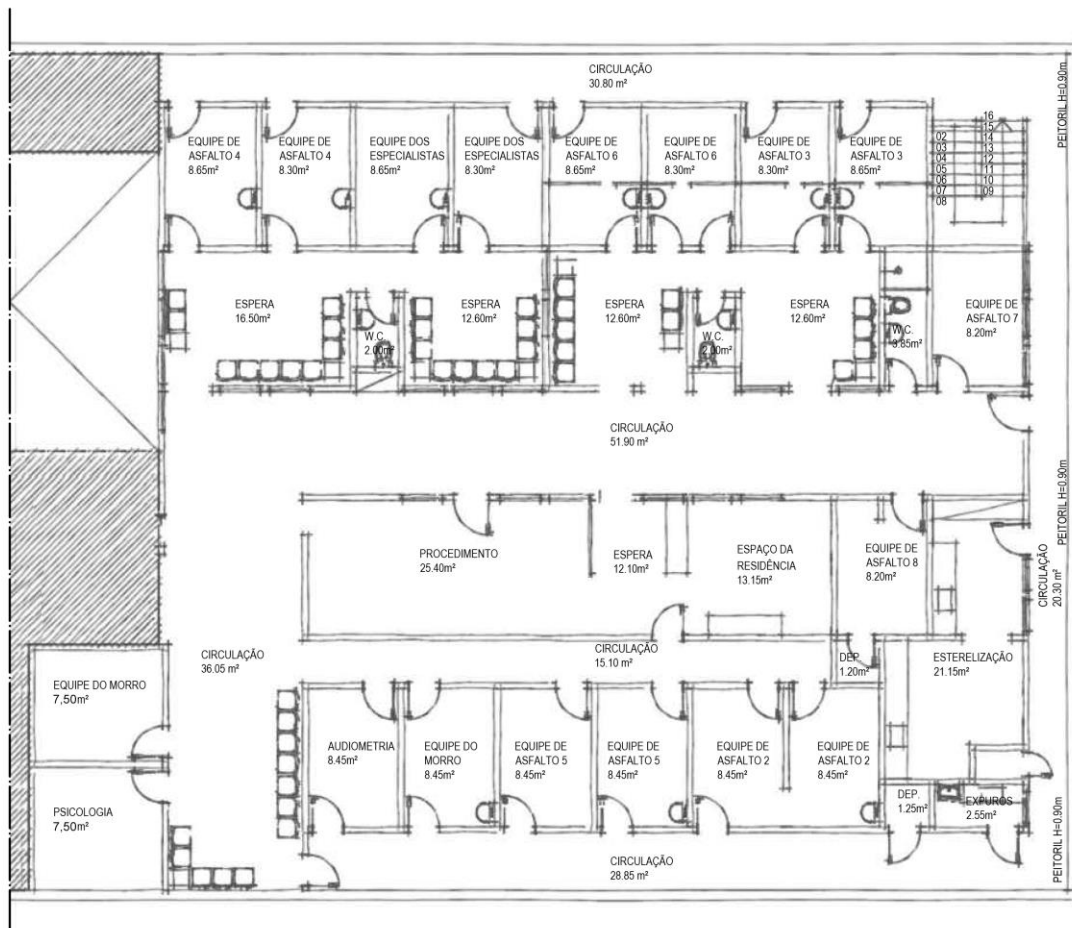
Legenda: População, família e “densidade familiar” (população/número total de famílias cadastradas) por equipe na unidade pesquisada em janeiro de 2017. Em negrito, as equipes estudadas.

Fonte: O autor, 2017.

Figura 3: Esboço de planta baixa do “posto”



1 PLANTA BAIXA GERAL DO TÉRREO COM DESTAQUE NA ÁREA DE ESTUDO
 ESCALA: 1/500



2 PLANTA BAIXA TÉRREO - ÁREA DE ESTUDO
 ESCALA: 1/125

Fonte: Desenho do arquiteto Filipe Henriques com base em planta da unidade da pesquisa disponibilizada pela gerência da unidade. A planta original é de autoria da Assessoria de Engenharia e Obras da Secretaria Municipal de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro (s/d).

4.2 Profissionais e usuários participantes

Seguindo os critérios de seleção que apresentei no segundo capítulo, todos os seis médicos acompanhados durante a observação participante, cinco do sexo feminino e um, masculino, eram residentes de medicina de família e comunidade, com idades entre 28 e 38 anos. Quatro se autodeclararam brancos e duas, pardas. No programa de residência situado na unidade, cada equipe ficava sob cuidados de dois médicos residentes. A residência de medicina de família e comunidade possui dois anos de duração obrigatória, porém, este programa também oferecia um terceiro ano opcional. Priorizava-se reunir um residente mais avançado no programa e outro menos avançado na mesma equipe, mas, nem sempre, era possível. A equipe do morro possuía um médico residente de segundo ano (R2) e uma médica do terceiro ano (R3) e a equipe do asfalto 1, duas médicas R2. As equipes de asfalto 2 e 3 estavam com uma médica no final do primeiro ano (R1) cada uma. Seus R2 estavam em estágio optativo externo e férias durante o período de observação. Os nomes fictícios que utilizei para me referir a estes profissionais foram: residentes da equipe do morro, Jaime e Marisa; residentes da equipe dos especialistas, Lívia e Michele; equipe de asfalto 2, Paula; e equipe de asfalto 3, Luíza.

O período em que realizei a observação, de janeiro a março, corresponde à finalização do ano letivo dos programas de residência que, em geral, começam em março. Assim, nas equipes do morro e dos especialistas, acompanhei médicos já no final de sua formação em MFC – final do R2 –, e uma finalizando um processo complementar, já que o R3 é optativo. Nas equipes de asfalto 2 e 3, acompanhei médicas no meio da formação, final do R1 e um pouco de sua transição para o R2.

É questionável se o que observei neste período seria distinto caso acompanhasse médicos de família com mais tempo de formados ou em uma unidade que não fosse de um programa de residência. Reúno algumas informações, obtidas em conversas informais com gestores, que mostram a representatividade dos residentes de MFC dentro do cenário da ESF da cidade do Rio de Janeiro. A Secretaria Municipal de Saúde, para fins de gestão, divide a cidade em 10 áreas de planejamento, as “APs”. A população total da AP, onde se situava a unidade estudada, era de mais de 350.000 habitantes em 2012. Nessa AP, havia, em março de 2017, 45 equipes de ESF, em 9 unidades, atendendo aproximadamente 41% da sua população.

Em 3 unidades, havia um total de quinze equipes cujos médicos eram residentes e preceptores de um mesmo programa de residência de Medicina de Família e Comunidade. Entre estas quinze, sete equipes eram da unidade pesquisada.

Se meu objetivo foi retratar o que estava acontecendo no Rio nesse momento de expansão da ESF, que usou o crescimento de programas e de vagas de residência em medicina de família como um de seus elementos propulsores e qualificadores, a escolha de uma unidade com programa de residência é bastante representativa deste cenário. Além disso, em programas de residência, procura-se oferecer ao médico uma referência ideal das competências de sua especialidade, o que também soma como razão para esta escolha.

Durante o período de observação, estimo ter acompanhado cerca de 160 consultas e 20 visitas domiciliares dos residentes. Como tinha interesse de acompanhar o que acontecia desde as manifestações iniciais dos pacientes e das primeiras reações dos residentes, inclusive em pacientes que nunca tivessem sido diagnosticados de depressão, meu procedimento usual era estar presente em turnos inteiros de atendimentos dos residentes. Também realizei observações de sala de espera, recepção e espaços de circulação dentro da unidade, participação em grupos, além das visitas no território com residentes ou só com um agente comunitário para alguma entrevista. A partir das visitas e consultas, fazia contato com alguns pacientes, equilibrando entre casos que me pareceram mais graves ou mais leves de sintomas depressivos. Tentei manter uma representação do total de casos que pude acompanhar e, entre convites aceitos e recusas, cheguei aos 22 pacientes entrevistados. O número final de pacientes entrevistados não seguiu nenhum critério pré-estabelecido. Ainda que meu foco inicial fosse retratar o trabalho dos residentes, a análise adequada dessa prática demandou um diálogo com as experiências das pessoas que recebiam esses cuidados. Meu interesse, portanto, foi dar visibilidade a narrativas e experiências significativas para o campo, seja por sua gravidade ou outra singularidade, que pudessem representar as vozes das pessoas com sintomas depressivos em diálogo com a prática dos residentes. O perfil dos 22 pacientes é apresentado no quinto capítulo.

4.3 “Sus-dependentes”

Em janeiro de 2017, a população cadastrada da equipe do morro era de 3463 pacientes, a maior das oito equipes da unidade. Ainda que, em números absolutos, não estivesse muito acima de algumas equipes de asfalto (cf. tabela 2), praticamente, todos os seus usuários eram “sus-dependentes”, expressão nativa para designar que tinham a equipe como única porta de entrada para suas necessidades de saúde, já que não pagavam seguro privado de saúde. Mesmo em situações de emergência, em que poderiam ser atendidos nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), a população da equipe do morro costumava recorrer à sua equipe de saúde da família. Os residentes, frequentemente, interrompiam suas consultas para se dirigir à sala de procedimentos e avaliar pacientes – crianças, adultos, idosos – com febre alta, vômitos, dor no peito (suspeita de infarto), falta de ar, alterações de estado de consciência. Os pacientes relatavam que, nessas situações mais graves, o atendimento pela equipe da Saúde da Família era mais rápido, com um profissional atencioso e que já os conhecia, vantagens que não encontravam nos atendimentos das UPAs. Esses serviços ficavam como recurso para os horários em que a unidade estava fechada e finais de semana.

4.3.1 “Acesso livre” e sala de espera

Para atender de forma mais eficiente à população moradora do “morro”, foi adotado um modelo de direcionamento ao atendimento dos médicos residentes e da enfermeira chamado pelo residente Jaime de “acesso livre”. Ele usava esse nome em contraponto ao termo “acesso avançado”, um conceito técnico da medicina de família, usado para designar equipes de atenção primária que usam estratégias de marcação de consulta em até 48 horas para seus pacientes (MURRAY; BERWICK, 2003). Segundo Jaime, o “acesso avançado” presumia algum tipo de filtro de gravidade e organização da demanda por prioridades, o que não acontecia no caso deles. Ainda que todos os profissionais da equipe tentassem, segundo suas percepções, antecipar consultas de demandas mais urgentes e programar as menos urgentes, não havia protocolos ou regras comuns acordadas para isso.

Como já salientei anteriormente, as recomendações internacionais são de até 2000 pacientes por médico de família (GUSSO, POLI, 2012). Logo, a população elevada, a alta vulnerabilidade social, o uso efetivo para quase todas as demandas de saúde, além do “acesso livre”, tornavam a rotina da equipe do morro intensa e, frequentemente, exaustiva.

Comparadas às consultas que acompanhei nas demais equipes, as consultas dos residentes do morro eram, em geral, mais rápidas e mais interrompidas. Batiam frequentemente à porta: pacientes com dúvidas, técnicos da sala de procedimentos solicitando avaliações de urgência e pedidos de ajuda da enfermagem. A enfermeira da equipe também tinha a maior parte de sua agenda aberta para atender às demandas do dia. Para resolver de imediato alguns atendimentos, convocava, com frequência, o apoio dos residentes para definir um diagnóstico ou tratamento em sua sala. Os residentes deixavam sempre a porta de sua sala encostada, mas aberta. Marisa apontou como um gesto consciente: “Aqui, a gente sempre deixa assim”. Havia uma preocupação dela e de Jaime de não criar obstáculos ou dificuldades para que tanto pacientes quanto profissionais da equipe pudessem acessá-los. Entendi que se tratava de uma maneira de mostrar aos pacientes e à equipe que eles estavam sempre disponíveis, que todas as suas necessidades eram potencialmente importantes e não seriam medidos esforços para que fossem atendidas. Segundo eles, os pacientes, a enfermeira ou os técnicos não interrompiam consultas “por bobeira”.

Nas conversas informais e entrevistas, os residentes apontaram como um sentido de seu trabalho oferecer a uma população a que tantos direitos são negados o máximo de garantia de seu direito à saúde. No entanto, para um observador externo, isso pareceu ter um preço: uma experiência de desordem, falta de organização, registros superficiais no prontuário eletrônico, fragmentação excessiva das consultas e espera dos pacientes no meio do atendimento, já que os residentes saíam no meio da consulta para resolver novas demandas.

A menor duração dos atendimentos, no entanto, não era apenas uma resposta reativa diante da demanda elevada da população. Como acompanhei atendimentos principalmente em janeiro e fevereiro, os residentes eram próximos de boa parte da população. Jaime estava há dois anos na equipe e Marisa há um ano. Em quase todas as consultas, os residentes já conheciam os pacientes que estavam atendendo, suas famílias, seu histórico de problemas de saúde, algum ou vários capítulos de suas trajetórias pessoais. Isso refletia o que eles chamavam de “longitudinalidade”. Essa expressão, bastante usada pelos residentes em suas narrativas, é um termo “nativo” da atenção primária à saúde e designa uma de suas características ou “atributos essenciais” (STARFIELD, 2002). “Longitudinalidade” é o acompanhamento de uma pessoa, por períodos extensos da sua vida, por um mesmo profissional médico e equipe de saúde produzindo vínculo e uma compreensão mais singularizada de suas necessidades de saúde. O conhecimento prévio e a garantia posterior de manutenção do vínculo – “eles voltam” – deixavam os residentes mais à vontade para não

necessariamente fechar investigações, diagnósticos e planos terapêuticos em uma única consulta.

Como o acesso era “livre”, os residentes do morro não adotavam as “planilhas” que observei nos atendimentos das equipes de asfalto. Ao contrário do que esperava, não havia filas no início do dia. Como a orientação era não agendar, mas procurar atendimento no dia e na hora em que fosse necessário, esperei encontrar, já antes das oito da manhã, filas, disputas por vagas de atendimento ou fechamento da agenda do médico por falta de vagas. No entanto, no horário de oito às nove da manhã, usualmente, não havia muitos pacientes na sala de espera. Porém, isso ia se transformando a partir das nove horas, atingindo um pico matinal às 11 horas da manhã. Nesse horário, era possível encontrar pessoas em pé na sala de espera. O único ventilador da sala de espera da equipe do morro quebrou no meu terceiro dia de observação (e verifiquei que não havia sido consertado mesmo seis meses depois), tornando a experiência ainda mais incômoda.

É bom lembrar que a unidade não possuía janelas. Por volta de 11 horas, além de haver mais pessoas, no período do verão, o calor também se tornava insuportável. Havia, ao menos, um bebedouro com água gelada dentro da unidade. Comparativamente, a sala da espera da equipe do morro ficava mais cheia do que a das outras equipes. Havia também uma maioria de negros e negras, sinalizando que, dentro do recorte populacional das equipes daquela unidade, pobreza e maior vulnerabilidade social estavam associadas à raça negra, uma observação convergente com o cenário brasileiro.

A sala de atendimento dos residentes era apertada, menor do que a sala da enfermagem, tinha uns sete metros quadrados, em formato retangular. Em um comprimento maior, havia uma maca de metal bem simples. Do outro lado, uma pequena mesa de trabalho, também de metal, com pintura branca desgastada. Em cima da mesa, um computador, alguns livros e papéis espalhados, que não foram muito mexidos durante as semanas de observação. A altura da tela do computador era aumentada com a ajuda de um livro sobre a mesa. No início do dia, a primeira atitude de trabalho do residente era caminhar um pouco apressado até a sala de procedimentos e buscar a chave da sala. Os residentes da equipe do morro faziam questão, destacaram isso nas entrevistas, de chegar pela entrada dos pacientes – havia a opção de chegar pela entrada de funcionários. Eram cumprimentados por alguns deles, às vezes, alguns se aproximavam para tirar uma dúvida, mas poucos. Na equipe do morro, eles entravam na sala, ligavam o computador, abriam o sistema de prontuário eletrônico e começavam os atendimentos, em geral, na ordem informada pelo sistema. Como apontado, a

maior parte da agenda era ocupada com pacientes que procuravam atendimento no dia, ainda que alguns poucos atendimentos, inclusive de saúde mental, fossem programados para um determinado horário.

Nesse contexto de caldeirão de experiências, acompanhei durante seis semanas, entre visitas e turnos de consulta, os atendimentos da equipe do morro. Minha experiência de acompanhar esses profissionais foi de intensidade, vínculo, mesclados ao cansaço, a desconfortos, a preocupações pelas dificuldades “de vida” enfrentadas pelos pacientes, e também pelos profissionais.

4.3.2 Reunião de equipe

Comecei a observação participante em uma reunião geral de trabalho da equipe do morro, um 30 de dezembro, sexta-feira, às duas da tarde. O calor era intenso no Rio de Janeiro, com os noticiários relatando sensação térmica de mais de quarenta graus. Todas as salas de atendimento, apesar de não terem janelas, possuíam aparelhos refrigeradores de ar em bom funcionamento. As reuniões das equipes ocorriam nas próprias salas de atendimento. Estavam disponíveis duas salas por equipe e mais algumas salas “coringa” que atendiam principalmente preceptores. Ficava bastante apertado para caberem todos, dez pessoas – dois residentes, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e cinco agentes comunitários e eu –, num consultório de 8 m², mas isso não parecia incomodar o grupo.

Logo no início da reunião, pude apresentar a proposta da pesquisa a toda equipe. Quando salientei que teria como foco os cuidados aos pacientes com sintomas depressivos, percebi os olhos de alguns ACS se abriram demonstrando interesse. “Tem muitos casos aqui sim”. Eles começaram a falar de vários nomes que fui anotando. Também tomei nota dos contatos de todos os profissionais, dos turnos de atendimentos dos residentes e da enfermeira. Ao longo da reunião, os profissionais faziam brincadeiras, piadas. Conversas dispersas em duplas eram frequentes, mas, em determinados momentos, todos convergiam para tratar de um tema: divisão dos trabalhos de uma agente que entraria em férias, agendamento dos encontros dos grupos oferecidos pela equipe aos usuários, entre outros. Um ânimo particular das brincadeiras e festividades de fim de ano contagiou a reunião, mas ajudou a perceber que a equipe do morro tinha um clima de trabalho de parceria, descontraído, mas ao mesmo tempo responsável. Não deixei de cogitar se essa alegria e descontração não seriam formas de lidar

como os graves problemas sociais de sua comunidade. Ao final da reunião, ficou combinado que poderia, na semana seguinte, acompanhar os residentes nas suas visitas domiciliares, atendimentos e grupos.

4.3.3 “Pedra” e “florestinha”

A primeira atividade assistencial que acompanhei com a equipe do morro foi um turno de visitas domiciliares da residente Marisa. Os residentes faziam em média 06 a 07 visitas no seu turno de visitas domiciliares (as “VDs”). As “VDs” no morro eram o clímax do período de observação. Elas mobilizavam uma experiência mais viva de alteridade, uma mistura de insegurança, interesse e desafio. “Será que poderemos subir a comunidade? Está tendo tiroteio”? Segundo os profissionais da equipe, essa preocupação, naturalmente externada entre eles nos preparativos das visitas domiciliares, havia diminuído bastante entre 2010 e 2014. A Unidade de Polícia Pacificadora (UPP) do morro foi fundada em 2010. “Pacificação” foi o modelo de política de segurança pública adotado pelo governo estadual do Rio de Janeiro (OLIVEIRA, 2014). A pacificação veio com a promessa e a esperança de mudar o cenário de controle das favelas cariocas pelo tráfico de drogas. Os agentes comunitários contaram que a comunidade ficou cerca de quatro anos sem tiroteio. Crianças nasceram e começaram a crescer no morro sem ouvir um tiro sequer. Porém, desde de 2014, os tiroteios começaram a voltar. As razões imediatas eram as mesmas de antes: disputa de grupos diferentes pelo controle do tráfico ou conflitos com a política. Havia, porém, razões menos evidentes: a falência de um modelo de segurança centrado no policiamento. Esse modelo, diante de uma crise financeira estadual, passou a dispor de menos policiais e menos recursos para atender a uma população que voltava a viver num clima de medo e de falta de oportunidades de trabalho e geração de renda. Eram recorrentes os comentários dos ACSs e pacientes com a testa franzida, o olhar cabisbaixo: “tudo voltou ao que era antes”.

Apreendi a acessar o morro de duas formas. Fui apresentado primeiro ao acesso “por baixo”, com ruas estreitas, íngremes, curvas e asfaltadas. Trata-se do acesso mais urbanizado. Por esse acesso, fui algumas vezes com os residentes em seus carros. Seguíamos até certa altura de automóvel, e, depois, continuávamos a pé percorrendo as travessas da comunidade. O local onde deixávamos o carro ficava entre uma quadra comunitária de futebol e uma enorme rocha, sendo designado como “Pedra”. Chamou a atenção o fato dos residentes

usarem seus carros particulares nessas ocasiões. Eles explicaram que, para a gestão, a distância entre o morro e a unidade não justificava disponibilizar um carro oficial para as visitas. No entanto, eles preferiam, eventualmente, usar seus veículos para ter mais tempo para as VDs ou, dado o calor intenso no Rio nessa época do ano, não se desgastarem tanto fisicamente com o trajeto de vinte a trinta minutos a pé entre a unidade e o começo da subida da comunidade.

O outro acesso para o morro era o da “florestinha”. Ele tornou-se meu caminho preferido. Saindo da unidade, percorríamos algumas ruas residenciais do asfalto, cercadas por edifícios altos e abastados. Dei-me conta de que o asfalto era uma espécie de vale ou planície mais rica e urbanizada que ficava aos pés do morro. Os prédios altos escondiam uma vista imediata que poderíamos ter do morro desde o asfalto. O “morro” estava lá o tempo todo, porém, é como se os altos prédios do asfalto o escondessem, o fizessem desaparecer, o tornassem algo desconhecido e distante para quem circula apenas na planície “asfaltada”.

Na medida em que subíamos ainda dentro do território de asfalto, os prédios eram substituídos por casas grandes, algumas muito opulentas e modernas, outras construções aparentemente mais antigas, porém não menos luxuosas. A rua do asfalto que terminava no morro era repleta dessas casas. Havia então uma fronteira clara que separava o morro do asfalto. O asfalto, no seu sentido literal, realmente acabava e tinha início um caminho de terra dentro de uma mata. Essa era a “florestinha”: um território do morro de encosta com caminhos de terra batida em meio a uma mata repleta de árvores altas. Em alguns trechos os caminhos eram delimitados ou firmados por pedaços de pneu e brita. Cercadas pela mata, as casas da “florestinha” eram mais distantes umas das outras, de alvenaria e tijolo exposto em sua maioria. Em parte das casas, também havia cômodos erguidos com madeira, papelão ou plástico. Galinhas, cachorros e cavalos circulavam livremente. Subindo e descendo os caminhos entre as árvores, chegávamos a uma travessa asfaltada do morro. Deixávamos para trás a mata e iniciava-se o padrão de ocupação do espaço mais frequente no morro. Travessas estreitas, pavimentadas de cimento, com casas pequenas bem próximas entre si. Canos ou valas abertas escoavam o esgoto das casas nas margens das ruas. Pelo acesso da “florestinha”, depois de passar a mata, saíamos na metade do morro.

Figura 4: Foto do residente “Jaime” no acesso “florestinha”



Fonte: O autor, 2017.

Na primeira visita com a residente Marisa, seguimos no seu carro até a “pedra” e de lá continuamos a pé. Por questões éticas relativas ao público da pesquisa⁶², não poderei aprofundar em detalhes de aspectos importantes dessa primeira visita ao morro, mas entendo que seja significativo apontar uma questão inesperada que me chamou bastante a atenção: a preocupação e a ocupação da equipe com crianças e adolescentes que estavam apresentando sintomas depressivos na comunidade. Esses casos envolviam mudanças de comportamento de crianças, desde cinco até doze anos de idade, em casa e na escola, disparados, em geral, por relações conflituosas, às vezes, violentas em casa e também pela situação de encarceramento de familiares próximos, como, irmãos e pais.

Nesse dia, por exemplo, nós visitamos um menino de 6 anos que, depois do irmão ter sido preso, mudou o comportamento na escola, ficando mais sozinho e evitando brincar nos intervalos. Também, segundo a mãe, estava comendo menos. Em seguida, fizemos uma visita a uma menina de 10 anos, cuja mãe recebeu um alerta dos professores de que a menina havia sido vista consumindo bebida alcóolica próximo à escola. A médica Marisa dedicou bastante atenção nessas visitas e conversou com as mães e com as crianças. Em ambos os casos, ela

⁶² Meu projeto de pesquisa, aprovado pelos comitês de ética em pesquisa do IMS e da SMS do Rio de Janeiro, teve como perfil de público participante aceito profissionais e pacientes, maiores de 18 anos. Os longos prazos demandados para uma alteração de público, envolvendo aspectos específicos de ética em pesquisa com crianças e adolescentes, tornaram-se, infelizmente, impeditivos para pleitear uma ampliação do público.

pediu que as crianças fizessem desenhos sobre suas experiências sobre os quais conversariam na próxima semana.

4.3.4 “A mente vai longe com pensamentos ruins”

Nessa primeira visita, conheci uma importante participante da pesquisa, Tânia. Marisa lhe fez uma visita de acompanhamento nesse dia. Na reunião de equipe, Tânia havia sido referida como um dos casos de depressão mais graves do morro, senão o mais grave. A casa de Tânia era bem diferente comparada a maior parte das casas do morro. Uma casa bem construída, espaçosa e conservada, mobília nova, inclusive um condicionador de ar funcionando na sala, o que trouxe um alívio inesperado diante do calor. Marisa entrou e conversou com Tânia no quarto dela uns cinco minutos e conseguiu permissão para que eu acompanhasse o restante do atendimento. Tânia era casada com Marcos, que tinha problemas com abuso de álcool. Sua filha Vitória apresentava obesidade considerada mórbida e estava envolvida em atender diversas exigências a fim de preencher os requisitos para realização de cirurgia bariátrica em um hospital público de referência na área. Devido à gravidade do quadro depressivo, Tânia havia sido encaminhada pela equipe para ser também acompanhada regularmente em um ambulatório especializado de psiquiatria fora da unidade. No mesmo serviço especializado, também fazia terapia psicológica semanal, ambos pelo SUS. Quando cheguei ao seu quarto, Marisa nos apresentou e pediu:

— “Tudo bem de você contar um pouco para ele o que a gente estava conversando, como você está se sentindo? - Tânia concordou acenando com a cabeça.”

— “Estou inchando muito com a medicação. Também não estou conseguindo dormir. A mente vai longe com pensamentos ruins. Estava de fora me vendo num caixão. Não quero ficar sozinha. A noite toda não dormi. Fico preocupada quando voltar ao trabalho. Preciso que você me ajude a mudar de função. Também, se pudesse ficar longe do meu marido, eu ficaria. Agora ele está admitindo que é alcólatra, é diabético, machucou a perna. Estou dando remédio para ele para eu ficar em paz. Meu marido me deixa tensa. Se tenho de ir a algum lugar, prefiro ir de uber. Não quero ficar sozinha, tenho medo de sair sozinha. Melhorei de não querer me matar. Mas quero ficar só. Estou sem roupa porque estou inchando, as roupas não cabem mais. Minha irmã foi pegar remédio pra mim. Tomo analgésico todo dia. Tenho dor de cabeça constante. Só clonazepam e amitriptilina pra dormir.”⁶³

⁶³ Retirado do caderno de campo 02/01/2017.

A fala de Tânia foi prolongada e trazendo, ao mesmo tempo, muitos elementos que a incomodavam. Quando fez uma pausa, Marisa se manifestou:

— “Tânia, primeiro, acho importante a gente perceber o quanto você conseguiu. Nas primeiras consultas, você só chorava muito. Você também não conseguia sair do quarto. Agora é difícil, mas você está conseguindo. Também é importante que você não quer mais se matar. Os remédios têm alguns efeitos colaterais sim, mas não é a fluoxetina que está te fazendo ganhar peso. Talvez a gente tenha de tirar ou diminuir o clonazepam. Fluoxetina não vai fazer ganhar peso. Ela dá vontade de fazer as coisas. Se tirar a fluoxetina, você não vai ficar bem. Vai ter retrocesso. Demorou quase dois meses para que você tivesse uma melhora mais importante. Ele também demora para perder o efeito. E quanto a fazer alguma atividade, uma atividade física como está?”

— “Eu tenho um parafuso da coluna, tenho dor nas costas e dor nas pernas. Acho que é o parafuso que está com problema.”

— “Então, tem hidroginástica na quadra da escola de samba do morro. É de graça. Tem também no SESC. A gente pode olhar sua coluna também, ver porque está doendo. Podemos tentar um agulhamento.”

— “Pensei em começar a trabalhar como auxiliar de escritório. Preciso pensar em alguma atividade. Estou tomando omeprazol, porque a fluoxetina me dava dor de estômago. Parei de tomar os remédios todos porque estava passando mal do estômago e engordando muito. Os remédios ficam com a minha filha. A médica escreve num papel como eu devo tomar. Ah sim, a minha memória melhorou.”

— “Ela foi procurar a gente porque não lembrava mais de nada”. [explica Marisa para mim].

— “Estou afastada do trabalho. Retorno dia primeiro de abril. Preciso de uma carta para mudança de função.”

— “Tânia, acho que, na verdade, o melhor é você ficar mais tempo de licença. Acho que você ainda não está bem para voltar ao trabalho. Vamos conversar com a sua psiquiatra.”

— “É, ela já disse isso também.”

— “Então vamos ver com calma. A gente vai conversando. Fiquei feliz de te ver e há sinais de que você está melhorando, vamos continuar o tratamento, não deixe de tomar os remédios, ir à psicóloga e à psiquiatra.”

— “Obrigado, dra. Marisa.”⁶⁴

Quanto aos medicamentos, Tânia estava em uso de três comprimidos de 25 mg de amitriptilina à noite, um comprimido de clonazepam também à noite e três comprimidos de 20

⁶⁴ Retirado do caderno de campo 02/01/2017.

mg de fluoxetina durante o dia. Estava prescrito também o medicamento risperidona, um antipsicótico usado em casos de depressão grave com sintomas psicóticos. Esse medicamento havia acabado e ela iria buscar mais na unidade.

4.4 “Mexidos de plano”

No final do mês de janeiro, iniciei a observação das equipes de asfalto. A equipe acompanhada por mais tempo foi a equipe de asfalto 1, reconhecida como os “especialistas em saúde mental”. Devido a semelhanças no modo de funcionamento, entre esta equipe e as outras duas equipes pesquisadas, equipes de asfalto 2 e asfalto 3, trago também algumas informações dessas equipes. incluirei os relatos dessas equipes nesta. A equipe de asfalto 3 se assemelha um pouco à equipe do morro em termos de alta demanda. Seu território abrangia duas comunidades mais pobres com cerca de 400 pessoas, com um perfil semelhante ao do “morro”: maioria negra, com histórico de pouca oportunidade de frequentar educação formal, famílias mais numerosas, adultos em subemprego/desemprego, convivência diuturna com a violência do tráfico de drogas – um somatório de elementos de alta vulnerabilidade social. Essa população representava cerca de 15% da população total da equipe o que mantinha sua dinâmica de funcionamento mais próxima a uma equipe de asfalto. Em janeiro de 2017, a equipe “dos especialistas” tinha 2914 pessoas cadastradas, a equipe de asfalto 2, 3363 pessoas, e a equipe de asfalto 3, 3368, e. A maioria dos pacientes das equipes do asfalto eram ou já foram usuários de planos privados de saúde. Esses pacientes chegavam à unidade frequentemente com um diagnóstico definido de algum transtorno mental, com a demanda de encaminhamento para um psiquiatra ou psicólogo e em uso ou com história de uso de medicamentos antidepressivos não disponibilizados pela unidade. Tratar desses pacientes, “mexidos de plano” como os residentes também se referiam, envolvia dificuldades específicas, já que os residentes podiam discordar da necessidade de encaminhamento, do diagnóstico e do medicamento em uso pelos pacientes.

4.4.1 Reunião de equipe

Também optei por uma reunião de equipe como primeira atividade com “os especialistas”. Quando apresentei o tema da minha pesquisa, os ACS da equipe afirmaram que não faltariam pacientes para o estudo, mas me perguntaram: “só depressão”? No desenrolar da conversa, ficou claro que eles costumavam se referir aos pacientes como “saúde mental” ou simplesmente com a expressão “mental”. “Fulano é mental também”. Na percepção deles, os pacientes tinham muitos problemas juntos: depressão, ansiedade, somatização, abuso prejudicial de substâncias, demência, alucinações, episódios de agressividade descontrolados. Houve dificuldade inclusive de me indicar, de imediato, pessoas apenas com o diagnóstico de depressão. “Tem Laura.” “Mas Laura já surtou também”. E assim, três pacientes mais graves pareceram não se encaixar muito bem no perfil da pesquisa. As médicas comentaram que mais de 13% dos usuários faziam uso crônico de “benzo”, que havia muito transtorno de humor não especificado e transtorno misto ansioso depressivo. Na reunião, havia menos risadas, brincadeiras e dispersão do que na reunião da equipe do morro. Durante a discussão de algumas questões como escalas dos ACS nas atividades de recepção da unidade, percebi, pelas expressões corporais e palavras mais ríspidas, desconforto e inconformidade dos ACS. O clima da reunião era mais sério e até desinteressado, com os ACS entrando e saindo da sala várias vezes. Parecia haver atritos de relacionamento entre os profissionais. Inicialmente, a notícia com que trabalhavam era de que ambas as médicas que estavam finalizando seu período de dois anos de residência se desligariam da equipe. Em março, a médica Michele acabaria por seguir na equipe como residente de terceiro ano. Porém, dentro das informações disponíveis naquele momento, a iminência do desligamento das duas médicas pareceu contribuir também para um cenário de menos ânimo para as pessoas do grupo.

Durante o período de observação, as VDs das residentes se dirigiram mais a pacientes com condições físicas e, inicialmente, sem depressão. Por isso, com a equipe “dos especialistas”, minhas VDs foram realizadas na companhia de uma ACS, a Bárbara, e dirigidas a pacientes que eu previamente selecionava a partir das observações de consulta ou de sugestões das médicas. O início de observação das atividades ficou pactuado, na reunião, para turnos de atendimentos das residentes na unidade.

A sala de espera da equipe dos especialistas era menor e compartilhada com outra equipe de asfalto. Os consultórios eram um pouco mais espaçosos, 8 m², com condicionador de ar, mas sem janelas também. O mobiliário era o mesmo mas pareciam de melhor qualidade e mais novos: uma mesa com cadeira com o comprimento maior da mesa encostado na parede, uma maca, uma balança e duas ou três cadeiras.

4.4.2 “Vício da minha mãe”

O modelo de agendamento das consultas nas três equipes de asfalto não era acesso avançado. Adotava-se o agendamento programado de consultas, mantendo a disponibilidade para atender, no mesmo dia, pacientes que apresentassem demandas mais urgentes. Os residentes acreditavam que esse modelo se adequava melhor ao perfil de demanda do asfalto. O principal tipo de demanda da população do asfalto era pelo acompanhamento de doenças crônicas, não só diabetes e hipertensão, mas doenças respiratórias, neurológicas, osteoarticulares, renais, psiquiátricas, entre outras. Uma parte significativa desses pacientes havia migrado dos planos de saúde e buscava encaminhamentos para especialistas no SUS que “tinham de passar pela saúde da família”. Para sua surpresa, em muitos casos, quem assumia os cuidados do paciente era a própria médica residente da sua equipe. Alguns usuários mantinham o plano de saúde, mas buscavam acompanhamento na unidade para obter alguns medicamentos gratuitamente. Porém, havia sim atendimentos mais urgentes, solicitados e avaliados no mesmo dia. A consulta de Joyce foi um exemplo desse tipo de atendimento.

Depois de uma consulta, Lívia abriu a planilha de atendimentos no computador. Esse procedimento de abrir a planilha de atendimentos, uma tabela em formato “excel”, entre uma consulta e outra na equipe de asfalto era bem comum, justamente porque esse era o meio para definir os pacientes urgentes que seriam atendidos no dia. Nessa planilha, o ACS que estava “na baia da equipe”, no acolhimento, informava à médica do turno demandas não programadas de pacientes que procuravam atendimento naquele horário. A médica poderia solicitar um agendamento normal programado para outro dia, resolver a demanda no dia sem atendimento presencial (renovar uma receita, por exemplo) ou definir que o atendimento seria naquele turno, ou mesmo imediatamente caso o paciente apresentasse algum sintoma mais grave. Nessa ocasião, estava escrito na planilha: “paciente queixa de mal-estar, dor no peito e falta de ar há dois meses, quer encaminhamento para endocrinologista”. Através da própria planilha *online*, Lívia orientou que a paciente fosse inserida em sua agenda. Ela comentou comigo que seria provavelmente um atendimento interessante para minha pesquisa. Depois de duas consultas programadas, ela foi à porta, chamou Joyce e convidou-a a se sentar. Joyce tinha 60 anos. Era branca e tinha os cabelos curtos e castanhos

— “Então, Joyce, em que posso te ajudar hoje?”

- Então doutora tem dois meses que estou passando mal, tendo uns suores, um mal-estar no peito, às vezes falta ar. Isso já é antigo, mas piorou tem uns dois meses.
- E o que você acha que pode estar causando isso?
- Ah, doutora, estresse.
- Você gostaria de falar sobre o que está te estressando?
- Eu vivo pra cuidar da minha mãe. Sou eu quem cuido dela, e ela está com Alzheimer.
- Quem mais mora na sua casa?
- Tenho um filho e uma filha que moram comigo. Meu filho trabalha o dia inteiro. E minha filha se separou e tem uma filha de três anos.
- E você tem irmãos?
- Tenho um irmão com quem eu não falo há 15 anos.
- E você tem algum momento para cuidar de você?
- As pessoas me dizem: a senhora tem vício da sua mãe. Não consigo fingir que não estou vendo e me divertir.
- Tem alguma coisa que você gosta de fazer, que você gostaria de voltar a fazer?
- Antes eu dançava muito, me divertia.
- E além de dançar? Algo que te traga felicidade?
- Eu gostava de trabalhar. Agora eu não posso trabalhar. Minha filha diria de mim: “Ela não quer fazer nada”. Mesmo nos dias em que a empregada vai, eu saio para vir ao médico, resolver uma coisa no banco, fazer uma compra. Mas minha cabeça está lá.
- E como você espera que eu possa ajudar você?
- Gostaria que a senhora me desse encaminhamento para endócrino e ginecologista. Tenho sentido angústia, abafamento. Do nada, aponta o peito. Eu sei que eu já saí do buraco sozinha.
- E o que te ajudou?
- Eu só não posso ficar doente.
- Mas o que te ajudou a sair do buraco?
- Ah, música para colocar pra fora. Eu ouvia música alta, cantava, e isso me ajudava a pôr pra fora.
- Isso é muito bom. Outra coisa que te ajudou a sair dessa?
- Meditação, eu já fiz meditação sozinha. Mas aí vem todas as dificuldades, tudo que tenho de resolver, não tenho tempo mais. Minha mãe nunca foi organizada, sinto muita falta do meu pai.
- Vou pesar você.⁶⁵

⁶⁵ Retirado do caderno de campo. 07/02/2017.

Lívia passou para o exame físico, suas manobras de rotina, que envolviam pesar, medir a pressão, auscultar o coração e os pulmões. Acrescentou dessa vez a palpação do pescoço, especificamente da glândula tireoide. Tendo finalizado o exame físico, Lívia propôs:

- “Joyce, o seu exame físico está bem. Mas acho que a gente precisa conversar mais sobre o que você está vivendo, essa dificuldade em encontrar espaços para cuidar de você. Vamos combinar o seguinte, vou marcar de novo na semana que vem pra gente conversar. Seria muito bom se você pudesse voltar a ter um tempo para meditar, dançar. Aqui nós temos vários grupos também, o grupo de dança, o grupo de consciência corporal. Temos um grupo inclusive que faz práticas de meditação. O que você acha?
- Eu uso rivotril também. Tem um rebuliço na minha cabeça, acho que agora eu não tenho condições de participar dos grupos.
- Tudo bem, em outro momento, você participa. Vou deixar com você o pedido de alguns exames de sangue também, para vermos como está sua saúde de forma geral e semana que vem conversamos novamente.”⁶⁶

Na semana seguinte, Joyce relatou que estava um pouco melhor, que a consulta a havia ajudado a desabafar. Mas que não estava totalmente bem ainda. Lívia tentou pactuar com ela que procurasse alguma atividade no momento em que a empregada estivesse em casa, o que ocorre quatro dias por semana. A princípio, ainda que sem muita aceitação, Joyce ficou de pensar nessa possibilidade. Lívia explicou de sua saída da equipe e marcou uma consulta com a enfermeira em cerca de três semanas. Deixou “a porta aberta” para que ela procurasse a equipe sempre que precisasse.

Neste capítulo, tracei um panorama inicial do cenário da pesquisa, dos participantes e dos movimentos desses participantes no cenário. Descrevi também duas primeiras cenas enográficas dos atendimentos. A visita a Tânia e consulta de Joyce ilustram elementos do cotidiano de trabalho próprios do perfil de cada de equipe e oferecem uma primeira visão desses encontros entre médicos residentes e pacientes. Destaco a intimidade das visitas domiciliares no “morro” e a “planilha interna” para organização do acesso nas equipes de “asfalto”. São indicativos das formas particulares de relação estabelecidas entre os residentes e a população atendida, que se vinculam com a categorização morro/asfalto e cujo aprofundamento será objeto dos próximos capítulos.

⁶⁶ Retirado do caderno de campo. 07/02/2017.

5 VIDAS EM SOFRIMENTO

Quando eu voltei do exército, pra mim, problema de verdade era fome, eu estava muito mais duro inclusive. Mas, enfim, os sofrimentos são individuais, isso eu aprendi. Isso eu aprendi na residência.

Jaime, residente da equipe do morro

“Já fiz minha parte na terra, por que tenho de passar por isso?”

Estava acompanhando consultas da equipe do morro com a residente Marisa, quando fui convocado pelo residente Jaime para conhecer uma paciente. Esse tipo de convocatória se repetiu, em alguns momentos: um dos residentes, às vezes, me chamava para acompanhar um atendimento potencialmente interessante para a pesquisa. Nesse atendimento, conheci Nilda. Nilda era uma mulher negra, de baixa estatura, cabelos curtos, também negros e levemente grisalhos. Aparentava estar próximo de 60, mas tinha então 50 anos. Ela veio para um atendimento da neta de dois anos, acompanhada de uma das filhas. Esta neta era criada por Nilda.

Nilda estava sentada, um pouco ofegante, com uma expressão de dor. Como a neta estava saudável e a consulta dela era apenas de rotina, as atenções se voltaram para Nilda. O residente se aproximou e colocou a mão em seu ombro. Eles se entreolharam com atenção, como um cumprimento de olhares. Jaime não perguntou nada, apenas se manteve em silêncio, deixando espaço para Nilda falar:

— “Está doendo muito, é uma dor nas costas que vai pra barriga. Está ardendo, dói muito.

— Já, está assim há um tempo?

— Sim, de vez em quando, tenho essa dor.

— Entendi, deixa eu dar uma olhada.”

Nilda levantou a blusa, ele examinou a pele, que estava com aparência normal. Palpou e massageou a região da dor, e Nilda não se queixou de aumento da dor.

— Vamos fazer um medicamento para aliviar a dor de imediato e depois avaliamos melhor.

Nilda acenou com a cabeça concordando. Em seguida, o residente perguntou:

— E como tá, Roberto?

Nilda de imediato começou a chorar, fechando os olhos. Mexia os braços deslizando as mãos sobre o corpo.

— Não quero falar disso hoje. Não quero falar de Roberto nem de Jonas. Qualquer esforço que faço, até mesmo de falar, fico muito cansada. Fui correr devido aos tiros hoje, e cansei. Fico inchada nas pernas.

Depois de um breve silêncio, o residente mantendo o contato visual com o rosto de Nilda, retomou a conversa:

— As meninas estão fazendo isso hoje [*volta o rosto para a filha de Nilda que está segurando a criança*].

Após mais uma pausa, ele pergunta:

— Deu ruim?

Nilda move a cabeça, para cima e para baixo, de forma afirmativa e segue chorando, de forma contida. Deixava as lágrimas escorrerem, mas as secava de imediato com as mãos. O residente apoiou a mão direita no ombro esquerdo de Nilda e lhe disse:

— Eu fico feliz de ver aqui no posto. Fico feliz mesmo de te ver aqui.⁶⁷

Com as mãos, ele convidou Nilda para que se levantasse. Ela se ergueu e o residente a levou para a sala de procedimentos para realizar uma medicação injetável para dor. Nilda ficou em repouso por alguns instantes. Depois de uma hora, estava melhor da dor e menos ofegante. O residente prescreveu alguns analgésicos para casa e agendou uma visita domiciliar alguns dias depois para que pudessem conversar melhor.

Em uma rápida conversa no corredor, o residente Jaime me explicou que a história de Nilda era representativa do que ele chamava de “matriarcas do morro”. “Matriarcas do morro” eram mulheres entre 40 e 70 anos que experimentavam um sofrimento, uma “frustração transgeracional”, nos termos de Jaime, por ver filhos e netos envolvidos com o uso e tráfico de drogas ou desempregados/subempregados, devido ao baixo nível de educação formal, resultado muitas vezes de abandono escolar na adolescência. Essas mulheres haviam dedicado parte importante da sua vida à criação desses filhos e netos, na maioria das vezes sem qualquer tipo de apoio ou suporte masculino, e expressavam revolta e não aceitação com a vida levada por eles. De fato, Nilda expressou essa consternação com Roberto, seu companheiro, e Jonas, seu filho, por serem usuários abusivos de álcool e, ocasionalmente, maconha e cocaína. A neta de dois anos estava sendo criada por Nilda, com a ajuda de uma das filhas que parecia ser mais próxima dela. Cerca de uma semana depois, acompanhei o

⁶⁷ Retirado do caderno de campo 10/01/2017

residente em uma visita domiciliar para Nilda. Nilda morava na parte mais alta do morro. Andamos bastante e fizemos outras visitas antes de chegar à sua casa.

Neste turno de VDs, acompanhei Jaime e um agente comunitário. Entramos pelo acesso da “florestinha” e subimos por uma rua principal, um trecho de uns 500 metros, até chegar à casa de Nilda. Roberto era o companheiro de Nilda e Jonas, filho deles. Estavam trabalhando na construção de uma casa para Jonas logo à frente da de Nilda. Roberto interrompeu o trabalho para nos receber. Afirmou que Nilda não estava bem e iria chama-la. Nilda veio então nos receber à porta e convidou para entrar. Como era costume em suas visitas domiciliares, o residente sempre tirava seus tênis antes de entrar na casa, mesmo diante dos protestos dos moradores. Como na consulta da semana anterior, não parecia haver necessidade de muitas saudações ou de perguntas para estimular a fala de Nilda. Os dois já se conheciam. Bastava apenas um contato com o olhar ou como nesse dia:

— E aí, moça, como estão as coisas?

— Ainda estou bem nervosa. Hoje ele está calmo, mas ontem foi difícil. Fico nervosa. Dano a tomar remédio. Ainda, tô usando diclofenaco. Minha vida é de altos e baixos.

— Qual a tua maior preocupação?

— Nas meninas, principalmente, a pequena. São duas meninas. Por isso, isso tudo me preocupa.

— Uma perda de controle que possa sobrar pra elas?

— Isso mesmo, fico preocupada. Ou então ficar sem dinheiro. A pessoa [aponta com o dedo para fora da casa referindo-se a Roberto] fica num estado horrível. Olhando assim, parece tranquilo. Vou aguentando, há muitos anos isso. Tristeza, agonia, desespero. Não exagero. É o que está acontecendo agora.

— Tem um lugar que você possa se acomodar?

— Tem assim. Ontem ele ficou deitado lá em cima. Mas quando ele está alterado, vou ali pra porta da minha irmã. As meninas me estimulam a ir pra rua.

— Como tô te vendo, eu acho que dentro de você, você achou um equilíbrio.

— Já fiz minha parte na terra. Por que eu tenho que passar por isso? Tô cansada. Não é um cansaço de trabalho. Dói, machuca [Nilda chora. Novamente, ela o faz de forma contida, secando as lágrimas com os dedos das mãos].

— É difícil, tem uma parte disso que a gente não controla. Você me parece que está um pouco melhor. Você parece ler a situação de um jeito mais realista. O que você se dispôs a dar conta. O que mais eu posso te ajudar?

— O senhor já me ajuda muito. Só o fato de desabafar. Eu sei que o senhor tá me ouvindo. Só tenho a agradecer. Tem hora que dá o vazio e a tristeza, passa um monte de coisa.

— Eu gostaria de te mostrar uma coisa.

O residente toma seu celular e passa para Nilda o vídeo “Eu tenho um cachorro preto chamado depressão. Sem perguntas, o residente novamente olha para ela como forma de estimular a fala:

— É isso que está aí que eu sinto. Sei que é assim. Ontem, se eu tivesse estado daquele jeito, eu teria brigado, teria sido horrível. Mas eu deixei pra lá. Isso aqui [com as mãos aponta para a mobília da casa] ia estar tudo jogado. Eu agora vou começar a fazer isso. Ir pra praça. Tem hora que é difícil deixar pra lá. Tenho medo dele ter alguma coisa, de acontecer algo por ele misturar [álcool, maconha e cocaína].

— Você está encontrando uma saída. Está mais consciente, tá organizando a sua raiva. Esse movimento de sair, de fazer algo por você é muito importante. Faz o que as meninas estão te dizendo. Vai pra praça, procura se proteger e fazer algo que te faz bem.⁶⁸

O choro de Nilda pareceu se acalmar um pouco. Eles começaram a conversar sobre a neta de Nilda celebrando que a pequena está bem saudável, costuma estar sorridente e alegre. O residente e Nilda se despediram. Ficaram de volta a se falar quando Nilda passasse no posto para buscar os medicamentos para insuficiência cardíaca, o clonazepam e a fluoxetina, o que deveria acontecer em duas semanas. Nilda toma o clonazepam quando se sente muito nervosa e fluoxetina, dois comprimidos ao dia. O residente coloca novamente o par de tênis e seguimos para as outras visitas.

Durante o período de observação, Nilda, de fato, voltou à unidade. Renovou a receita e buscou mais medicamentos. Conversou com o residente que Roberto estava “mais calmo” [referindo-se a ter diminuído o uso de drogas] e que, com isso, ela também estava melhor. A consulta não se delongou muito. Não acompanhei nenhum atendimento de Roberto, mas o residente contou já ter tentado abordá-lo, algumas vezes, sobre o abuso das drogas. Ele relatava ser “uma vez ou outra” e que iria parar.

Um pouco mais para o final do período de observação um novo evento voltou a abalar Nilda. Sua irmã, vizinha e familiar mais próxima, Márcia, veio a falecer em função de complicações do diabetes. Nilda chegou a levar a irmã para atendimento na unidade, o residente a colocou no soro para hidratação, administrou insulina para redução dos níveis de glicose que estavam muito elevados. Conseguiu também uma vaga para internação e Márcia foi encaminhada. Poucos dias depois, Márcia teve alta, mas ainda se sentia muito fraca e prostrada. Eu mesmo, a pedido de Jaime, cheguei a examiná-la em casa, orientei alimentação

⁶⁸ Retirado do caderno de campo 16/01/2017

e hidratação intensa. Poucos dias depois, com piora do seu quadro, ela voltou à unidade, recebeu cuidados emergenciais e foi novamente encaminhada para internação. Porém, desta vez, veio a falecer.

O falecimento de Márcia coincidiu com o término do segundo ano de residência de Jaime. Ele havia sido aprovado no processo seletivo para o terceiro ano opcional de residência em medicina de família, mas este seria em outra unidade. Antes da mudança, ele encontrou Nilda na unidade, de forma mais informal, e comunicou que não seria mais ele quem daria seguimento ao tratamento dela. A residente do terceiro ano, conhecida e próxima de Nilda, também finalizava sua formação e passaria a ser preceptora da equipe do morro. Ela foi a referência indicada por Jaime para Nilda seguir seus cuidados. Nilda lamentou a saída de Jaime da equipe, mas disse entender que era uma oportunidade melhor para ele.

“Muita coisa vem só pra mim”

Este capítulo é dedicado às experiências envolvendo “sintomas depressivos” de pacientes que conheci no período de observação. Esses encontros com Nilda que acabo de retratar reuniram aspectos significativos da minha experiência no acompanhamento desses pacientes: o modo como nos conhecemos, sua maneira de traduzir sua dor, seu vínculo terapêutico com o residente Jaime. A forma súbita e urgente com que fui chamado por Jaime para acompanhar o atendimento de Nilda expressava como os atendimentos a pessoas com sintomas depressivos aconteciam na unidade: um misto de uma queixa de dor física intensa, aguda, uma ou várias doenças crônicas associadas, um evento disparador na vida pessoal. A residente Marisa, ao comentar sobre particularidades da apresentação da depressão, especificamente no morro, descreveu:

Quando eles chegam, é, a gente tem alguns casos, não sei se você pegou algum assim, mas, pelo menos uma vez a cada quinze dias, chega uma paciente em síncope e em clara crise de ansiedade assim. É, paciente com muita dor no peito, ou então, a gente tem paciente que não sai do quarto tem cinco anos, a gente tem paciente que não sai de casa há dois anos. Isso não é um nem dois, a gente tem uns cinco pacientes e isso é muita coisa. (Marisa, residente da equipe do morro)

Quando encontrava Nilda, ela estava sempre ofegante. Na medida, em que ia soltando frases sobre sua experiência, desprendia lágrimas de forma contida. Não era um choro profuso. Ela secava as lágrimas com as mãos ou um papel oferecido por Jaime. Na medida em que falava, sentia que ela “des-abafava”, isto é, liberava experiências que estavam abafadas, presas, contidas, em Nilda. Ela terminava os atendimentos menos ofegante. A liberação pela fala e pelos gestos corporais parecia trazer algum alívio. Além do diagnóstico de depressão, constavam em seu prontuário os seguintes problemas: pressão alta, dor precordial, obesidade, fibromialgia e insuficiência cardíaca. A insuficiência cardíaca, em suas crises, apresenta também falta de ar devido ao excesso de líquidos que se acumulam nos pulmões. Jaime, no entanto, não parecia suspeitar desse tipo de origem para os estados ofegantes de Nilda. Como no atendimento descrito, ele a ajudava a se manifestar sobre o que estava sentindo e trazia mais alívio com medicamentos.

Nilda descreveu o problema de saúde de que se tratava na unidade da seguinte forma: “eu chamo de depressão mesmo, angústia, tristeza, muita coisa que vem só pra mim. Igual o caso, quer dizer, todo mundo saiu, todo mundo trabalha, todo mundo tem compromisso, ‘a Nilda dá conta de resolver tudo que tinha pra fazer’”. Ela demarcou o início de seus problemas de saúde há cerca de 15 anos, quando começou a sentir muitas dores “no corpo”, principalmente na “coluna” – região lombar. Suas queixas de dores “no corpo” a levaram a um longo tratamento com fisioterapia e afastamento de seu trabalho na época. Nesse serviço público de fisioterapia, ela foi encaminhada atendimento psiquiátrico em um ambulatório de referência, onde iniciou tratamento com medicamentos para depressão. Depois do início da Estratégia Saúde da Família no morro, passou a ter seu quadro acompanhado pelos residentes.

A experiência de Nilda retrata uma face importante já registrada, como apontamos no terceiro capítulo, do atendimento a pessoas com sintomas depressivos na atenção primária. A apresentação inicial dos sintomas são queixas físicas também chamadas de “somáticas”. As manifestações depressivas não aparecem isolados, mas misturados a queixas de ansiedade⁶⁹ e corporais, que, na falta de explicação por alguma doença física e vinculação à experiência de sofrimento, são chamadas de “somatização”⁷⁰.

⁶⁹ “Ansiedade” era descrita nas entrevistas como a experiência de ter pensamentos, preocupações, muitas vezes incontrolláveis, com eventos que estavam por vir ou que poderiam acontecer, especialmente, ameaças à própria segurança, de um parente próximo ou uma pessoa querida.

⁷⁰ Neste trabalho, considero os termos “físico”, “somático” como “em referência ao corpo”, a partir da definição de Jenkins, Kleinman, Good (1991) de “somatização” como “a expressão corporal de sofrimento interpessoal e pessoal em um idioma de queixas corporais” (tradução minha)

“Muita coisa vem só pra mim” foi a expressão que usou para colocar em palavras sua sensação de sobrecarga, de falta de apoio de familiares, especialmente de Roberto e Jonas. Ela tinha uma irmã, Márcia, com diabetes avançado, que era sua vizinha, e que, no dia em que fui entrevistar Nilda, estava passando mal. Tinha acabado de receber alta de um serviço público de urgência, sem ainda estar completamente recuperada. Márcia tinha 55 anos e veio a falecer alguns dias depois. Nesse dia, Nilda pediu que eu avaliasse a irmã. Ela queria saber o que fazer. Senti naquele momento a mesma “pressão” enfrentada pelos residentes do morro: as emergências clínicas eram frequentes, não escolhiam hora ou contexto. Ou melhor, o contexto era sempre de muito sofrimento. Era difícil ver de forma separada o “físico” e o “mental”: há “vidas em sofrimento”. Quando prestei algum cuidado como médico à Márcia, experimentei que, no trabalho de ser um médico ou médica que cuida desta população, separar o físico do mental era mais difícil do que abordar “tudo” em um único atendimento. Não parecia haver razões, nem mesmo de ordem prática, para imputar esta divisão à vida das pessoas.

No caso de Nilda, a sobrecarga de cuidar da irmã era só uma de suas dificuldades de vida. Havia os problemas de dar conta dos comportamentos violentos de Roberto e Jonas com abuso de álcool, cocaína e maconha, incluindo os riscos de endividamento e encarceramento deles pelo envolvimento com o tráfico. Acrescentavam-se as ocupações e preocupações com os cuidados com a neta de dois anos, filha de Jonas, de que ela tomava conta e com a tensão pela volta da violência e dos tiros da comunidade. Nilda também fazia referência aos sonhos deixados de lado há muitos anos para cuidar dos filhos sem apoio do marido.

Diante dessa experiência intensa de isolamento, um dos principais papéis terapêuticos de Jaime era legitimar o sofrimento de Nilda diante da família. Nas palavras dela: “por isso que eu agradeço quando o doutor Jaime vem aqui e conversa comigo. Eu acho que eles acham que eu não tenho nada. Tudo tem que ser, tem que responder. Estou cansada, por isso que eu falo com ele: ‘doutor, estou cansada, to estou cansada’. Ninguém vê isso”. O sofrimento de Nilda era enredado em problemas familiares produzidos em seu meio social, marcado pela violência de gênero, tráfico de drogas e inexistência de equipamentos públicos, exceto sua equipe de saúde da família, que oferecessem dispositivos para ajudá-la a enfrentar os determinantes sociais e econômicos de sua situação.

5.1 Perfis sociais de sofrimento?

Ao me aproximar da antropologia, descobri que o pesquisador, nessa proposta de investigação social, vive uma tensão difícil de equilibrar. Por um lado, ele procura tipologias do comportamento e da subjetividade humana que possa descrever e analisar. Por outro, reúne observações que reafirmam o compromisso ontológico de sua disciplina de demonstrar a irreduzibilidade do fenômeno humano a essas tipologias (FONSECA, 1999). A única hipótese que me parece justificar a decisão de carregar o fardo de fazer pesquisa social em meio a essa “tensão estruturante” – parafraseando Bonet (2004) – é de que ela é a maneira mais honesta e adequada de retratar o mundo social. Ela é um reflexo do mundo social. O encontro com as experiências dos pacientes me fez também assumir a decisão de carregar esse fardo.

O relato dos encontros com Nilda apontou para elementos generalizáveis do que pude registrar como manifestações das experiências de sintomas depressivos, especialmente para moradores do morro. Deparei-me diversas vezes, como no caso dela, com uma apresentação mista de manifestações depressivas, ansiosas e de “somatização”, explicadas pelos próprios pacientes como resultantes de vivências aflitivas de seu mundo social. Ao mesmo tempo, uma compreensão do sofrimento de Nilda e um suporte adequado ao seu alívio e melhora só eram possíveis conhecendo as singularidades de sua experiência. Isso se confirma, por exemplo, quando ela diz que uma das formas mais importantes de apoio do médico Jaime é sinalizar para sua família que seu sofrimento e sua dor precisam de reconhecimento e cuidado. Assim, cada narrativa com que tive contato e de que participei brevemente era, por um lado, um convite ao aprofundamento e aprendizado em torno de suas singularidades. E, ao mesmo tempo, uma provocação se seria possível confirmar ou não a existência de um perfil generalizável do que seria a experiência de sintomas depressivos na população pesquisada. Neste capítulo, tento oferecer uma resposta limitada a estas questões: houve um perfil ou perfis de experiências de sintomas depressivos? Houve particularidades desses perfis que obedecem à categorização morro/asfalto? Um estudo singular dos casos poderia contradizer esses eventuais perfis?

A seguir, apresento as experiências dos pacientes em duas seções. Na primeira, a partir da análise dos relatos dos 22 pacientes entrevistados, trago elementos que apontam para aspectos de perfis diferentes de sofrimento em moradores do morro e do asfalto. Na segunda, teço uma crítica desse perfil, contrastando-o com alguns extratos etnográficos individuais. A primeira seção é dividida em três subseções: os resultados das entrevistas com os pacientes da

equipe do “morro”, os resultados com os pacientes das equipes de “asfalto”, e uma última subseção em que destaco alguns contrastes entre os dois conjuntos de resultados anteriores.

5.1.1 “Ansiedade, tristeza, angústia”

Da equipe do “morro”, entrevistei doze pacientes, todas mulheres, com idade entre 19 e 66 anos. Todas as pacientes eram brasileiras. Dez consideravam-se negras ou pardas e duas brancas. Sete possuíam o nível fundamental de educação formal e cinco, o nível médio. Quanto à ocupação laboral, quatro se descreveram como donas de casa, uma, estudante, três têm emprego formal. Dessas últimas, duas trabalhavam em loja de animais, e uma, prestava serviços para o Departamento de Trânsito do Estado do Rio de Janeiro, Detran-RJ. Seguindo a descrição de ocupação, uma paciente, estava de licença médica pelo Instituto Nacional de Seguridade Social, INSS, mas era auxiliar de escritório numa empresa de ônibus. Três trabalhavam com serviços regulares, mas sem vínculo empregatício. Entre essas, uma cuidava de crianças, outra fazia faxinas e a terceira era depiladora.

Para tentar desviar dos problemas de uma falácia categórica, iniciava as entrevistas solicitando às pacientes que contassem para quais problemas/questões de saúde elas procuravam acompanhamento na unidade. Tentei evitar, com isso, a indução, nas falas das pacientes, do uso de esquemas de categorização próprios da psiquiatria como: a divisão “físico”, “mental”, o próprio diagnóstico de “depressão”, os rótulos “psicológico” ou “emocional”. A partir dessas perguntas, cinco referiram ter “depressão” e uma, ter ficado “depressiva”. Dessas seis, uma descreveu ter “mais ansiedade do que depressão”, mas não negou o segundo elemento. Uma relatou ter “depressão” e estar começando a apresentar episódios de “síndrome do pânico”. No entanto, das doze pacientes, seis pacientes não usaram os termos “depressão”, “deprimida” ou “depressiva” para descrever sua experiência.

O uso pelas pacientes da categoria depressão deixava o meu trabalho menos difícil, porque podia usar na sequência as perguntas: “o que você chama de depressão?” ou “o que você experimenta quando está com depressão?”. Porém, a sistematização das experiências das seis pacientes que não se entendiam como “com depressão” ou “depressivas” demandou outra estratégia de tratamento das informações. A partir do relato de suas demandas de saúde, selecionei aquelas que se referiam a emoções, pensamentos e comportamentos. Uma paciente,

por exemplo, referiu ter somente pressão alta, mas cogitou que essa pressão poderia ter a ver com “aborrecimentos com o filho”. Duas moradoras descreveram suas demandas de saúde usando a expressão “ansiedade” – uma só “ansiedade”, a outra “ansiedade, tristeza, angústia”. Duas utilizaram a categoria físico-moral “nervoso” para descrever sua experiência: uma, “sistema nervoso abalado”, a outra, “problema nervoso”.

Uma paciente relatou diversas experiências e percepções com particularidades relevantes para as questões dessa pesquisa. Como faço referência a ela outras vezes, adotei-lhe também um nome fictício, Francisca. Já neste tema da designação, Francisca fez questão de negar ser “nervosa” ou ter “doença psiquiátrica”, mas relatou ser “estressada, sem pavio” e por isso precisava tomar um ou dois comprimidos de diazepam diariamente.

Não, eu não sou nervosa. Eu não tenho esse negócio de neurologista, eu não vou. Eu falei pra Jaime, “ó, se Leandro vem pra cá e ele for psiquiatra, ele vai perder o tempo dele”. Se ele for neuro, também vai perder o tempo dele, porque eu não tomo remédio de psiquiatra e nem de neuro, não adianta porque eu não tomo. Eu não sou maluca, eu sou lúcida, sou perfeita, eu sei tudo que eu faço. [E por que você toma o diazepam?] Diazepam é porque eu tenho que dormir, eu não vou ficar a noite toda acordada, fico olhando pro teto. Quando eu tô muito tensa eu tomo de manhã, cabô. Se eu não tomar um diazepam, por exemplo, agora de manhã eu já levantei e já tomei, que eu sou muito stressada, eu não tenho nem pavio (Francisca, paciente da equipe do morro).

Logo, de 12 pacientes, com sintomas depressivos segundo os médicos de família, seis usavam também essa designação, e seis, não, optando por usar outras designações para sua demanda de saúde: ansiedade, nervoso ou estresse. Vou agrupar, neste capítulo, essas quatro condições – depressão, ansiedade, nervoso e estresse – como *experiências de sofrimento*. Dentro desse conjunto de informações dos pacientes do morro, não me parece mais adequado usar a expressão “sintomas depressivos”, porque os sintomas “depressivos” para os médicos não são se mostraram, necessariamente, “depressivos” para metade desses pacientes.

Ao descreverem esses quatro tipos de *experiências de sofrimento*, os pacientes apontaram principalmente as seguintes descrições: tristeza (6), cansaço (6), choro frequente ou não controlado (5), angústia, desespero, agonia e aflição (5), sentir-se só (5), ansiedade (5), excesso e/ou descontrole dos pensamentos (4), sensação de sobrecarga (4), pensamentos suicidas (4), muito irritável e potencialmente agressivo (4), sistema nervoso abalado/alterado (3), ser nervoso (3), stressada (3), medo (3), dificuldade para dormir (3), e vontade de se isolar/sumir (3). Os problemas mais graves vinculados a essas questões foram: tentativas de suicídio (2), automutilação (2), sensação de ouvir vozes (2).

Dessas 12 mulheres, 11 procuraram, inicialmente, o posto por uma queixa física que vinculavam a uma daquelas quatro condições. Apenas uma buscou ajuda já devido à pensamentos suicidas de repetição. Todas as pacientes faziam associação de algum sintoma classificado, convencionalmente, como físico à sua condição de sofrimento. Destacaram-se: sensação de falta de ar e sufocamento (5), pressão alta (4), dores musculoesqueléticas – musculares, articulares ou “nos ossos” (4), dor no peito (3), dores de cabeça (3). Com frequência de uma ou duas vezes, também foram citados: coração acelerado (palpitações fortes), dores no abdômen, suores, indisposição física, sensação de “engasgos”, dormência nas pernas, inchaço nas pernas, tontura com desmaio e emagrecimento. É válido registrar que, antes de irem à unidade por essas queixas, cinco dessas pacientes procuraram uma Unidade de Pronto Atendimento, em virtude dos sintomas físicos vinculados ao sofrimento mental.

Quanto a fatores que os pacientes associam como causas ou agravantes dessas condições, salientaram-se: mortes traumáticas – inesperadas, precoces, violentas ou de sofrimento prolongado de parentes de primeiro grau (5); problemas atuais ou passados com marido ou parceiro envolvendo agressão verbal – não houve relato de agressão física – e/ou abuso de álcool e drogas ilícitas (5); preocupações com filhos (no total 5, dos quais duas têm história de uso de drogas, tendo sido um preso por envolvimento com o tráfico, duas, dificuldades de manter ou conseguir emprego, uma, pela orientação sexual “gay” de seu filho); experiência de não ter ninguém com quem contar (5); infância difícil com muitas privações (2); abuso sexual na infância (2); filho adolescente com transtorno mental grave (no total 2, uma, o filho apresenta esquizofrenia e uma, a filha apresenta transtorno depressivo com sintomas psicóticos). Nenhuma paciente atribuiu sua condição a problemas financeiros pessoais, exceto, a preocupação com problemas financeiros dos filhos em dois casos.

As pacientes também foram perguntadas quanto a fatores – pessoas, práticas, vivências – que lhes davam apoio ou suporte e ajudavam a promover algum tipo de alívio ou controle de sua condição. Neste sentido, elas apontaram: pensar/estar com filhos e netos (6), o relacionamento com parceiro/marido/namorado (3), frequentar a igreja (4, igrejas evangélicas para três pacientes e mórmon para uma), conversar ou visitar amigos, vizinhos (2), animais de estimação (2), a prática de atividade artesanal ou artística (2), o trabalho (2, as duas que trabalham em lojas de animais). Foram também citados uma vez: os medicamentos, acompanhamento psicoterápico, a prática de um esporte (jiu-jitsu), e rezar (sem ir à igreja). Seis pacientes destacaram algum tipo de contribuição positiva da atuação dos residentes.

Explorei, especificamente, o uso, por essas pacientes, de práticas religiosas, espirituais e tratamentos não convencionais – medicina integrativas, rezadeiras, benzedoras, raizeiras – para o alívio de seus sintomas. Quanto à religião, três se declararam católicas; cinco, evangélicas – uma frequentava a igreja “Deus é Amor”, e quatro, a Assembleia de Deus –; uma era mórmon; e três não se consideravam de nenhuma religião. Nenhuma paciente citou medicina ou práticas alternativas ou complementares como um recurso terapêutico em uso ou já experimentado. Como apontei anteriormente, três evangélicas e a paciente mórmon apontaram a religião como um ponto de apoio importante. No entanto, as três pacientes que não se viam pertencentes a uma religião destacaram elementos problemáticos desse pertencimento, como, por exemplo, ser obrigada a seguir um determinado comportamento (não se divorciar) e isso, inclusive, agravar a experiência de sofrimento.

Tânia (cf. quarto capítulo) era a única paciente entrevistada do morro que fazia acompanhamento em outro equipamento de saúde público que não a unidade. Em uma clínica de referência, ela fazia acompanhamento psicoterápico semanal e tinha consultas com psiquiatra a cada quinze dias. Ela foi encaminhada pela residente Marisa e pela psiquiatra matriciadora para essa clínica. Destacou que era muito importante o acompanhamento psicoterápico porque conversar sobre suas experiências era a única medida que a ajudava de forma efetiva, trazia algum alívio. Os medicamentos tinham uma função de controle em relação à sua ideação suicida e às “vozes”, mas ela não percebia uma melhora da tristeza ou da sua necessidade de isolamento. Quanto à psicoterapia, portanto, apenas Tânia, novamente, fazia acompanhamento regular. Entre as onze pacientes que não faziam, três manifestaram interesse em fazer, por acreditarem que poderiam ser beneficiadas. Por outro lado, duas relataram experiências negativas prévias com terapia psicológica e Francisca afirmou que esse procedimento não iria ajuda-la.

Todas as pacientes avaliaram positivamente o atendimento dos residentes e foram destacados aspectos como “parceria”, “amizade”, “acolhimento”, “atenção”, “as conversas”, “conselhos”, o reconhecimento e tratamento de suas demandas de saúde. Cinco lamentaram o fato da troca dos residentes que estava para acontecer no mês de março e a saída dos médicos com que haviam construído um vínculo importante. Uma das pacientes relatou ter chorado quando recebeu essa notícia e que afirmou, com convicção, que não queria nem ver o médico novo. Duas pacientes também se queixaram de os atendimentos dos residentes serem frequentemente interrompidos.

5.1.2. “Tristeza”, “down total”, “estar pra baixo”

Das equipes de “asfalto”, entrevistei 10 pacientes, 4 homens e 6 mulheres. Nove pacientes eram atendidos pela equipe “dos especialistas” e uma paciente da equipe de asfalto. Os pacientes apresentavam idade entre 22 e 80 anos. Seis deles tinham mais de 60 anos. Nove pacientes eram brasileiros e um estrangeiro sul-americano. Quanto à educação formal, dois possuíam ensino fundamental, cinco, nível médio, e três, ensino superior a nível de graduação – um advogado, um engenheiro e uma tecnóloga em modelagem de vestuário.

Quanto à ocupação laboral, um entrevistado era aposentado. Dois consideravam-se desempregados e dois faziam pequenos serviços temporários. Três tinham empregos fixos: o advogado, a tecnóloga e um, com educação formal fundamental, era porteiro. Uma paciente era estudante e uma, dona de casa. Nove pacientes se autodeclararam brancos e uma, parda. Essa única paciente parda morava numa “comunidade”, uma região de casas mais pobres do território da equipe “dos especialistas”. Tratava-se da área de maior altitude desse território, um pequeno “morro”, cuja ocupação teve início, nas décadas de 60-70, com casas construídas para trabalhadores de uma fábrica de bebidas que ficava no bairro.

O mesmo cuidado tido nas entrevistas com as moradoras do morro também procurei manter com os pacientes do asfalto, o de não imputar categorias psiquiátricas aos seus discursos. Cinco pacientes se designaram com “depressão”. Entre estes, uma declarou também ter “síndrome do pânico” e outra, “depressão, ansiedade e pânico”, enquanto três referiram apenas “depressão”.

Cinco pacientes não se viam como “deprimidos” ou com “depressão”. Destes, três pacientes apontaram que seus problemas de saúde eram apenas “físicos”. Esses pacientes não deixaram de apresentar queixas e preocupações que também identifiquei, inicialmente, como relatos de *experiências de sofrimento*. No entanto, negavam uma relação de causalidade ou de agravamento, entre suas queixas físicas e essas experiências. Eles reconheciam ter algum grau de “tristeza”, “angústia”, “desânimo”, “dificuldade para fazer as coisas”, mas eles identificavam um fator específico que gerava essas perturbações: a falta de um trabalho fixo e, conseqüentemente, a falta de dinheiro. Os três se viam prejudicados, incomodados e tristes por sua situação financeira e entendiam que esses problemas – não os físicos – poderiam ser resolvidos se conseguissem um trabalho ou fonte de renda regular. Fizeram questão de negar

pensamentos suicidas e de afirmar que não têm choro frequente. Não tem vontade para certas atividades (vida social ou sexo, por exemplo), mas afirmavam ter vontade para outras, como cuidar e estar com os filhos e netos e, especialmente, trabalhar. Destaco por, por exemplo, o diálogo com uma dessas pacientes que conheci nessa etapa final do trabalho de campo:

— Mas, afinal, você acha que tem depressão? [perguntei, ao término da entrevista, visto que havia ficado confuso no decorrer de sua fala].

— Se tiver é pouca, não tenho muita não, sabe?

— Por que que você acha que se tiver é pouca? Assim, pouca seria o que?

— É por que às vezes eu fico assim triste, deprimida com a situação. Fico chorando, não tenho vontade de sair, não tenho vontade de sexo, não tenho vontade. Depois que eu estou na menopausa não tenho nem vontade de sexo mais, essas coisas. Às vezes, eu tenho vontade só de trabalhar, cuidar dos meus bichinhos, de ter meu dinheiro para comprar as coisas, mas não tenho assim vontade de morrer igual eu tinha antes. (Extrato de diálogo com paciente da equipe “dos especialistas”).

Além destes três pacientes, outros dois não usaram os termos “depressão” ou “deprimido”. Tratavam-se de idosos (67 e 80 anos), que se diziam “tristes” pelo falecimento de suas esposas. Eles aceitavam medicamentos para alívio desse sofrimento e de suas consequências físicas (um apontou “tremores” e outro, “perda de memória”), mas não usaram os termos “depressão” ou “depressivo” para descrever sua experiência. Em resumo, dos dez pacientes entrevistados, cinco se viam com depressão e cinco reconheciam algum tipo de sofrimento que não designavam com essa expressão.

Cinco pacientes descreveram sua experiência de sofrimento usando a palavra “tristeza”, um optou pela expressão “down total” e uma por “estar pra baixo”. Também foram apontados como parte dos seus quadros depressivos e/ou de tristeza: períodos de choro frequente e sem controle (7), sensação de perda de forças e energia (4), algum tipo de descontrole sobre os pensamentos (4); pensamentos suicidas (4); problemas de isolamento social (3); baixa autoestima (4); angústia (2), impactos prejudiciais específicos no trabalho (2, o advogado e a tecnóloga de modelagem). Uma entrevistada fez questão de ressaltar que, apesar de sentir tristeza, sua depressão se caracterizava mais por irritabilidade. Também foram citados uma vez por diferentes pacientes: dificuldade de dormir, estresse, “ser agitada”, variação de humor e falta de liberdade (“estar amarrada”), sensação de vazio. Um paciente descreveu “ficar nervoso”, mas nenhum referiu alterações do “sistema nervoso”, dos “nervos” ou “problema nervoso”.

Seis referiram sintomas dito “físicos” que vinculavam à sua perturbação: duas pacientes apontaram queixas abdominais (diarreia, dor no estômago, barriga inchada), três

apontaram queixas torácicas (buraco no peito, dor no peito, coração batendo forte), três problemas classificados usualmente classificados como neurológicos (perda de memória, tremores, tonturas/sensação de desmaio).

Quanto a fatores que os pacientes reconheceram como causas ou agravantes dessas condições, salientaram-se: problemas que envolvem os filhos (4 no total; em 2 casos, os filhos são “o problema” e, em 2, os filhos também vivem algum tipo de sofrimento), mudanças de cidade envolvendo separação de parentes e amigos (3, dentre estas duas mudanças de país). Os dois pacientes viúvos, como já dissemos, associaram diretamente ao falecimento das esposas. Duas pacientes associaram à sobrecarga de cuidar de um parente doente –uma, do filho de 11 anos com transtorno opositor desafiador e uma, da mãe idosa com doença de Alzheimer. Também foram citados por algum dos entrevistados: assédio moral no trabalho, relacionamento conflituoso com ex-parceiro usuário de crack, e “carga genética”.

Entre os recursos que os pacientes reconheceram a produção de algum tipo de alívio ou melhora de seus sintomas, foram apontados: a convivência com filhos e/ou netos (5); o uso dos medicamentos (8); atitudes dos médicos (3); o relacionamento com parceiro (2); ouvir música (2); atividade física (2). Uma paciente, que havia tentado suicídio com ingesta de medicamentos, dois meses antes da entrevista, destacou o apoio de amigos, da enfermeira de sua equipe e o acompanhamento psicoterápico que fazia mediante pagamento particular. Outra paciente destacou uma fonte de satisfação o cuidado com seus animais domésticos.

Também perguntei a estes pacientes especificamente quanto ao uso tratamentos não convencionais para o alívio de seus sintomas. Quanto à religião, três pacientes se disseram católicos, dois espíritas, duas têm experiências de frequentar tanto igrejas evangélicas quanto católica, uma se disse “espiritual”, uma afirmou ter religião, mas não quis dizer qual, e uma relatou não “se ligar” muito a questões religiosas. Dos nove pacientes vinculados à religião, apenas a paciente que levantou a possibilidade de seus problemas de saúde estarem vinculados a “vidas passadas” referiu que gostaria de fazer um tratamento espiritual. Ela já conhecia um centro espírita, no entanto, disse que o tratamento era exigente e demandava muito tempo e dedicação e que estava procurando outro que durasse menos tempo.

Três pacientes deram ênfase ao papel dos medicamentos no tratamento de seus sintomas e, no total, oito pacientes usavam medicamentos psicotrópicos. As combinações eram praticamente todas singulares, já que, no caso dos pacientes do asfalto, entravam na composição dos esquemas de tratamento outros antidepressivos não disponíveis no SUS.

Sete pacientes avaliaram positivamente a unidade e disseram não ter sugestões para melhoria do serviço e que, até então, estavam satisfeitos. Quatro lamentaram a saída das médicas, porque gostavam muito de seu atendimento, mas não viam na mudança um obstáculo para o seguimento do seu tratamento. No entanto, três pacientes fizeram críticas e relataram insatisfação com alguns aspectos dos atendimentos das médicas e da Estratégia de Saúde da Família. Duas, que faziam parte daquele grupo de três pacientes que vinculavam seu sofrimento diretamente a problemas financeiros, discordavam da médica de que tivessem depressão ou que deveriam tomar medicamentos psiquiátricos para melhorar de seus sintomas físicos. Elas também se queixaram da demora do agendamento de exames e encaminhamento aos especialistas através do sistema eletrônico de agendamento ou sistema de regulação, também conhecido como “sisreg”. A terceira paciente insatisfeita fez fortes críticas ao atendimento em saúde mental por médicos de família. Ela questionou se o médico de família teria capacidade para este atendimento e apontou vários procedimentos do acompanhamento com a médica Michele que havia reprovado. Entre esses, destacou a realização de consultas conjuntas entre a médica de família e o profissional especializado em saúde mental, psiquiatra e psicóloga. Para ela, o papel do médico de família deveria ser apenas do encaminhamento, sem participar do tratamento já que não teria formação para este tipo de atendimento. Retorno com mais detalhes à experiência desta paciente no último capítulo.

Dos dez pacientes, apenas uma fazia acompanhamento psicoterápico e, como mencionei acima, era custeado pela própria paciente em consultório particular e avaliado como um ponto importante de seu tratamento. Cinco pacientes entendiam que poderiam ser beneficiados por esse acompanhamento e apontaram como um problema a dificuldade para acesso e a falta desse profissional no SUS e na unidade. Quatro pacientes não mencionaram interesse em acompanhamento psicoterápico, mesmo após terem sido perguntados diretamente sobre esta possibilidade.

5.1.3 Aspectos comparativos entre “morro” e “asfalto”

Como antecipei no quarto capítulo, o número final de pacientes entrevistados, 22, não foi adotado com o objetivo de produzir significância estatística, mas como uma forma de colocar as experiências dos pacientes em diálogo com a prática dos médicos. No entanto, há

informações significativas que tocam e problematizam diversas questões levantadas nas etapas de observação e entrevistas com os médicos e, a seguir, darei destaques a algumas delas. Para facilitar sua análise, apresento algumas tabelas comparativas:

Tabela 3: Perfil social dos pacientes participantes da pesquisa

Perfil social dos participantes			
	Morro	Asfalto	Total
Sexo			
Masculino	0	4	4
Feminino	12	6	18
Raça			
Negra/Parda	10	1	11
Branca	2	9	11
Ensino formal			
Fundamental	7	2	9
Médio	5	5	10
Superior	0	3	3
Idade			
18-29 anos	1	2	2
30-59 anos	9	2	11
60 anos ou mais	2	6	8
Ocupação (como se descreve)			
Aposentado	0	1	1
Dona de casa	4	1	5
Trabalho formal	3	3	6
Trabalho informal	3	2	5
Em licença médica	1	0	1
Estudante	1	1	2
Desempregado	0	2	2
Religião			
Evangélico	5	0	5
Católico	3	3	6
Evangélico e católico	0	2	2
Mórmon	1	0	0
Espírita	0	3	3
Sem religião	3	2	5
Não informou	0	1	1

Fonte: O autor, 2017.

Tabela 4: Expressões utilizadas para descrever as experiências de sofrimento

Como descrevem sua experiência de sofrimento			
	Morro	Asfalto	Total
Depressão/depressivo	6	5	11
Ansiedade	5	1	6
Pânico/síndrome do pânico	1	2	3
Estresse	3	1	4
Tristeza (ou "down", para baixo)	6	7	13
Choro frequente e/ou não controlado	5	7	12
Cansaço, sem forças	6	4	10
Angústia/desespero/agonia/aflição	5	2	7
Irritabilidade/agressividade potencial	4	1	5
Sobrecarga	4	1	5
Descontrole dos pensamentos	4	3	7
Medo	3	0	3
Dificuldade para dormir	3	3	6
Sentir-se só	5	1	6
Vontade de se isolar	3	1	4
Baixa autoestima	1	4	5
Sistema nervoso alterado/prob. Nervoso	3	1	4
Ser nervoso ou ter nervosismo	3	1	4
Variabilidade de humor	2	1	3
Prejuízos no trabalho	0	2	2
Automutilação	2	0	2
Ouvir vozes	2	0	2
Ideação suicida	4	4	8
Tentativa de suicídio	2	1	4

Fonte: O autor, 2017.

Tabela 5: Motivo inicial de procura do serviço de saúde pelos pacientes

Motivo inicial de procura do serviço de saúde			
	Morro	Asfalto	Total
Sintomas físicos	11	6	17
Experiências de sofrimento	1	4	5
Sintomas físicos mais comuns			
	Morro	Asfalto	Total
Falta de ar	5	0	5
Dores musculoesqueléticas	4	1	5
Dor/aperto/vazio no peito	3	2	5
Palpitações cardíacas	2	1	3
Pressão alta	4	0	4
Dor de cabeça	3	0	3
Tremores	0	1	1
Tonturas	1	1	2
Emagrecimento	1	2	3
Queixas abdominais	0	3	3

Fonte: O autor, 2017.

Tabela 6: Fatores causais ou agravantes das experiências de sofrimento

Fatores causais ou agravantes			
	Morro	Asfalto	Total
Mortes traumáticas	5	2	7
Problemas com parceiro atual ou anterior	5	2	7
Problemas e preocupações com os filhos	5	4	9
Abuso sexual na infância ou adolescência	2	0	2
Sobrecarga de responsabilidades	5	1	6
Cuidador de parente com transtorno mental	2	2	4
Mudança de bairro/cidade	1	3	4
Problemas financeiros	0	4	4
Carga genética	0	1	1

Fonte: O autor, 2017.

Tabela 7: Fatores que funcionam como fonte de sentido/apoio

Recursos de cuidado e fontes de apoio/sentido			
	Morro	Asfalto	Total
Medicamentos psicotrópicos	8	8	16
Psicoterapia	1	1	2
Estar com/pensar nos filhos e netos	6	6	12
Apoio de vizinhos e amigos	2	1	3
Apoio dos parceiros	3	2	5
Atividades físicas ou desportivas	0	2	2
Atividades artísticas ou culturais	2	3	5
Animais de estimação	2	1	3
Prática religiosa	5	1	4
Conversas/palavras/attitudes dos médicos	6	3	9
Prática terapêutica não biomédica	0	0	0
Grupos da unidade	0	0	0

Fonte: O autor, 2017.

Tabela 8: Esquemas terapêuticos psicotrópicos utilizados pelos pacientes

Uso de medicamentos psicotrópicos			
	Morro	Asfalto	Total
ISRS	3	3	6
ISRS + BZ	1	2	3
ISRS+TC	1	2	3
ISRS+TC+BZ	1	0	1
ISRS+TC+BZ+AP	1	0	1
BZ	1	1	2
Em uso de psicotrópicos	8	8	16
Não usa psicotrópicos	4	2	6

Legenda: Abreviaturas utilizadas: inibidores seletivos de receptação de serotonina (ISRS), benzodiazepínicos (BZ), tricíclicos (TC), antipsicóticos (AP).

Fonte: O autor, 2017.

Quanto ao perfil social, as diferenças mais importantes envolveram os aspectos de sexo, raça e educação formal. As diferenças em relação à raça e educação formal, pareceram reproduzir as percepções que tive das populações de cada equipe no período de campo, observando as salas de espera, as consultas e acompanhando as VDs no território. No morro, vive uma população socialmente excluída, pobre e predominantemente negra. No asfalto, a população é em sua maioria branca, mais rica e tem melhor acesso à educação e meios de geração de renda. No entanto, a diferença de sexo não é satisfatoriamente explicada por esta questão, já que, mesmo que sejam maioria, não há só mulheres no morro. Há questões cujas respostas podem explicar essa discrepância: homens negros e pobres do morro não têm sintomas depressivos? Eles não procuram o serviço médico por esse motivo? Seu sofrimento não é reconhecido como um problema de saúde pelos residentes de medicina de família?

Encontrar estas respostas demanda, inevitavelmente, uma nova pesquisa. No entanto, proponho levantar algumas hipóteses considerando, em conjunto, as três fontes de dados da pesquisa. Observei ao longo dos atendimentos que as mulheres, de fato, eram larga maioria na procura por avaliação médica na equipe do morro. Além disso, parte importante das questões apontadas como causas ou agravantes das experiências de sofrimento, entre as moradoras do morro – tais como abuso sexual, sobrecarga de responsabilidades especialmente na criação e cuidados de filhos e netos e agressões pelo parceiro – possuem um forte recorte de gênero. O vínculo e a responsabilidade assumida de forma praticamente integral tornavam essas mulheres vulneráveis ao impacto de situações que atingem primeiramente seus filhos, netos e sobrinhos, a maioria homens: morte violenta, encarceramento, abuso de substâncias, dívidas com tráfico, desemprego. É válido observar que a trajetória dessas mulheres com sintomas depressivos está fortemente associada a história de filhos e parceiros envolvidos em abuso de substâncias (6, metade do grupo, excluindo duplicidades), o que nos leva também à hipótese de que os homens negros e pobres do morro, no lugar de apresentarem sintomas depressivos, tornam-se usuários abusivos/dependentes de substâncias. Esta pode ser a forma que eles encontram para lidar com suas experiências de sofrimento.

Na pesquisa, as mulheres do morro, por exemplo, não apontaram problemas financeiros como causa ou agravante de sua experiência de sofrimento. No item ocupação, os principais contrastes ficaram nas categorias “dona de casa” e “desempregado”. Quatro mulheres do morro se viam como “donas de casa” e nenhuma se considerava “desempregada”. Dentre as “donas de casa”, duas manifestaram interesse trabalhar fora de casa, mas apontavam a sobrecarga de responsabilidades com filhos/netos como um

impeditivo. No “morro”, tanto os homens quanto as mulheres, dificilmente se percebiam “desocupados”. Quando podiam, procuravam e aceitavam trabalhos informais, mesmo mal remunerados, para aportar no custeio das despesas pessoais e familiares.

Dentro do grupo do asfalto, duas pessoas se consideravam desempregadas e duas com trabalho informal. Estas, com trabalho informal, apontavam problemas nesse tipo de vínculo e destacaram sua necessidade de um vínculo empregatício formal. A insatisfação com a situação laboral vinculada a dificuldades financeiras foi um fator causal/agravante apontado pelos participantes deste grupo.

A expressão “ter depressão” ou “estar/ser depressivo” ou “deprimido” foi utilizada por metade dos participantes de cada grupo. No caso do morro, houve, para todas as pacientes, o reconhecimento de algum tipo de sofrimento subjetivo que demandava atenção médica. Quando não eram designados usando “depressão”, apareceram “ansiedade”, “nervoso” e “estresse” como descritores principais de suas experiências. Foram mais utilizados pelas mulheres moradoras do morro, para descrever sua experiência, expressões como: “ansiedade”, “angústia/desespero/agonia/aflição”, “estresse”, “sobrecarga”, “irritabilidade/agressividade potencial” e “medo”. Entre os sintomas físicos, a “falta de ar”, que engloba também sensação de sufocamento, foi citada por cinco pacientes. O residente Jaime já havia apontado essa particularidade ainda nas primeiras entrevistas exploratórias: “Transtorno misto ansioso depressivo tem pra caramba”. Fazer referência a algum tipo de problema nos “nervos” ou “sistema nervoso” também foi mais frequente na população do morro, destacando-se também como um grupo de descritores importantes. A presença de sintomas mais graves também foi mais frequente no morro, destacando-se a experiência de ouvir vozes, as tentativas de suicídio e a automutilação. Nos dois casos de automutilação, eram realizados cortes superficiais nos braços com lâmina de barbear (“gilete”).

Os cinco pacientes que não se descreveram “com depressão” no asfalto foram: os dois pacientes idosos viúvos e os três que não viam suas experiências de sofrimento subjetivo como uma questão de atenção em saúde. Para estes últimos, essas experiências, por um lado, possuíam uma causa principal identificável e não clínica, os problemas financeiros, e, por outro, essas experiências subjetivas não explicavam seus sintomas físicos crônicos. Em conjunto, ao descrever sua experiência de sofrimento subjetivo, os pacientes do asfalto referiram menos descritores de medo e ansiedade e proporcionalmente mais “tristeza” e “choro frequente” quando comparados ao grupo das pacientes do morro. Também apontavam mais para problemas de “baixa autoestima” e desvalorização de si mesmos.

Essas diferenças parecem confirmar o que emergiu também a partir das entrevistas com os residentes e apresento no próximo capítulo. A depressão do asfalto pode ser caracterizada mais como uma “tristeza intensa”, enquanto a do morro como uma experiência de descontrole sobre a própria vida, cujas manifestações se aproximam mais de um transtorno misto ansioso-depressivo, fazendo referência a essa categoria psiquiátrica convencional.

Quanto aos fatores causais ou agravantes, em comum, nos dois grupos, apareceram as preocupações com filhos e netos e os cuidados intensivos a um parente de primeiro grau com transtorno mental. As mortes traumáticas estavam mais presentes no grupo das mulheres moradoras do morro. É válido destacar que elas não se referiram a mortes de cônjuges ou parceiros, mas principalmente dos pais e irmãos. No caso de Francisca, ela vinculava à morte filho, assassinado por traficantes na sua frente, e de um sobrinho, gari, que foi morto por policiais. No caso do asfalto, as duas mortes citadas referem-se aos dois senhores viúvos. As moradoras do morro se viam com excesso de responsabilidades, por um lado, e relacionamentos problemáticos com seus parceiros, o que as deixavam sozinhas para cuidar “de tudo”. No asfalto, destacaram-se mudanças de domicílio, uma interestadual e duas internacionais como fatores disparadores ou perpetuadores de suas experiências de sofrimento. Como já apontamos, os problemas financeiros apareceram, apenas no grupo do asfalto, para quatro pacientes.

Em geral, os sintomas físicos estiveram mais presentes nas mulheres do morro, com exceção das queixas abdominais e emagrecimento mais levantados pelos pacientes do asfalto. Nos demais itens citados – dores de cabeça, pressão alta, dores musculoesqueléticas, queixas torácicas (palpitações, alterações no peito, falta de ar) –, houve mais relatos das mulheres do morro. A análise dessa categoria agrega mais um elemento à proposta de que as experiências das mulheres do morro se manifestam de uma forma diferente quando comparadas aos moradores do asfalto. Além de um misto entre ansiedade e depressão, soma-se um componente forte de queixas físicas explicadas por um sofrimento subjetivo convencionalmente chamadas de distúrbios somatoformes ou somatização. Esse dado também é compatível com o fato de que onze dessas mulheres tiveram como motivo de sua busca do serviço de saúde a manifestação de uma queixa física, vinculada posteriormente à sua experiência de sofrimento.

Isoladamente, os recursos mais utilizados pelos pacientes entrevistados dos dois grupos foram os medicamentos. O medicamento mais utilizado foi a fluoxetina, por sua disponibilidade “gratuita” na unidade e a experiência e segurança que os residentes possuíam

de prescrever esse medicamento. A combinação com amitriptilina também era bastante utilizada por ser uma recomendação frequente da psiquiatra matriciadora. Poucos pacientes apareceram como usuários exclusivos de benzodiazepínicos, o que é compatível com o discurso dos residentes de evitar prescrever esses medicamentos e, na verdade, procurar retirá-los de usuários crônicos. A psicoterapia foi um recurso pouco utilizado, ainda que houvesse interesse tanto de pacientes quanto dos médicos, como vimos no capítulo anterior, de que esse recurso estivesse mais disponível.

O convívio com familiares – se somamos parceiros, filhos e netos – tonaram-se o segundo recurso mais referido pelos pacientes como estratégia de cuidado, seja apenas “pensar nos filhos e netos” quanto a convivência com eles. Assim, as relações familiares apareceram tanto como causa/agravante como recurso de sentido/alívio para as experiências de sofrimento. Práticas religiosas, artísticas e culturais foram apontadas também como fonte de apoio e alívio para as experiências de sofrimento. É válido destacar que as práticas religiosas foram citadas dessa forma apenas pelas moradoras do morro. Oito moradores do asfalto disseram ter religião, mas apenas uma aventou a possibilidade de buscar um tratamento com essas características, ainda que não tivesse colocado em prática. As práticas artísticas foram citadas com frequência parecida nos dois grupos e variaram, envolvendo ouvir músicas, fazer algum tipo de artesanato, dançar e tocar violão.

Dos 22 pacientes, três pacientes apontaram aspectos negativos do trabalho dos residentes, todos do grupo dos moradores do asfalto. Ainda que 19 pacientes avaliassem de forma positiva o trabalho dos residentes na abordagem de seus casos, apenas nove pacientes apontaram para contribuições mais específicas dos residentes na melhora ou alívio de sua experiência de sofrimento. Os aspectos mais destacados foram a atenção, a escuta, palavras, conselhos e orientações dos residentes. Ainda que os grupos fossem uma estratégia prioritária apontada pelos médicos, especialmente para a população do asfalto, os pacientes comentaram pouco sobre esta recomendação e apontaram para dificuldades de tempo e pouco interesse em participar desses espaços.

5.2 Vidas em sofrimento

Qualquer análise ou descrição não autoral da experiência da dor humana ou de formas de responder essa dor é uma empresa arriscada e complexa. No século XX, um exemplo icônico dessas dificuldades é *Einchmann em Jerusalém* de Hannah Arendt (1963). Duras críticas têm sido feitas ao relato de Arendt pelo tom racionalizado e burocrático adotado no seu relato do julgamento dos graves crimes humanitários cometidos por um dos principais organizadores do holocausto (MARZANO, 2011). Voltarei a fazer outro breve comentário sobre a obra de Arendt mais adiante. Por hora, a menciono como uma referência dos desafios éticos e metodológicos que envolvem desenvolver algum aporte teórico e reflexivo à experiência de pessoas que vivem ou vivenciaram alguma circunstância de dor e sofrimento, como são, no caso dessa pesquisa, os sintomas depressivos. Acentua-se esse tipo de dificuldade considerando que procurei levar à frente essa empresa através de uma pesquisa social etnográfica, de que se espera uma atenção dos princípios operativos clássicos de *imersão* e *distanciamento* que se impõe às etnografias (LANGDON, WILK, 2010).

Entendo que, nessa tarefa, a principal dificuldade se encontra em ensejar algum tipo de gnosiologia dessa experiência que desrespeite as singularidades da “dor de cada um”. Adiante, as categorias “sofrimento social” e “experiência moral” serão um recurso útil para tentar corresponder a essas singularidades. No entanto, como meu exercício etnográfico trata de um campo terapêutico e de intervenções de saúde pública, entendo que seja necessário verificar se esse recurso a algum tipo de categorização do sofrimento é utilizado no campo. Em caso afirmativo, cabe também explorar as potenciais tensões e fluxos entre as experiências dos pacientes e o esquema interpretativo dos profissionais, no caso, dos residentes. Só enfrentando essas questões é possível problematizar as consequências de suas possíveis aplicações, o que vou desenvolver nos próximos capítulos, sobre as consultas e sobre os desdobramentos morais das práticas de atenção.

Uma tarefa que emergiu do campo para esta pesquisa foi verificar a hipótese de que há diferenças relevantes entre as experiências de sintomas depressivos dos pacientes do morro e do asfalto. Essa hipótese surgiu das primeiras conversas com informantes-chave e se confirmou na fase de entrevistas exploratórias, como uma referência comum entre os profissionais da unidade. Meu objetivo não foi reificar possíveis diferenças, mas também não é coerente com o campo ignorar essa hipótese, visto que os próprios residentes não só trabalham com ela, como, baseados nessa divisão, justificam algumas especificidades de sua abordagem para cada grupo populacional. Assim, retomo e procuro organizar os resultados apresentados na primeira seção deste capítulo.

Ao apresentar uma sistematização, em certa medida quantitativa, das informações das entrevistas com os pacientes, destaquei que a tristeza foi proporcionalmente um idioma mais frequente para descrever as experiências de sofrimento dos pacientes do asfalto do que no morro. Além disso, entre os pacientes do asfalto, há menos relatos de descritores de ansiedade como “ansiedade”, “medo”, “estresse”. No morro, foram mais comuns expressões que agrupei num único item de “angústia/desespero/agonia/aflição”. Também aquelas vinculadas aos “nervos” e associadas a algum tipo de expectativa de interação social “sentir-se só” e “sobrecarga” estiveram mais presentes. Os sintomas somáticos também apareceram mais frequentemente nas descrições das moradoras do morro, com exceção dos sintomas abdominais.

Seis idiomas principais circularam dentro do campo para designar o que estava em questão para aquelas pessoas: depressão, tristeza, ansiedade, nervoso, estresse, queixas somáticas. O fato de depressão e tristeza terem sido os mais utilizados não significa que eram os mais relevantes. A maioria dos pacientes usavam as descrições misturando diversos idiomas para falar de suas dificuldades

Os disparadores sociais também estiveram fortemente presentes nos dois grupos. Mudavam, porém, os processos sociais envolvidos. No asfalto, se destacaram os problemas financeiros, as mudanças de moradia, as preocupações com filhos. No morro, as situações derivadas da violência e do tráfico de drogas com recortes de gênero estiveram mais presentes – mortes violentas, abuso sexual, encarceramento e envolvimento de parentes com o tráfico. Também no asfalto era comum uma pessoa ter apenas um ou dois disparadores sociais, enquanto no morro, a mesma pessoa relatava três ou mais.

Há, portanto, indícios de algumas diferenças entre os dois grupos. No caso do morro, destaco: (1) a exclusividade de mulheres, a maioria em situação de pobreza, (2) as composições mais variadas de sintomas de somatização, tristeza e ansiedade e um maior número de idiomas de sofrimento, (3) uma maior densidade de disparadores sociais participando da produção de sua experiência de sofrimento, com um forte componente de violência com recorte de gênero (4) uma influência mais marcada, seja de forma negativa ou positiva, das práticas religiosas. Do lado do asfalto, saliento: (1) uma maior presença dos homens derivada de um aumento de disparadores como viuvez e crise financeira; (2) um grupo mais escolarizado mas que encontra menos oportunidades de trabalho e emprego; (3) sintomas e idiomas de sofrimento mais vinculados à tristeza e baixa autoestima, mas também com um forte componente de somatização; (4) uma menor densidade, mas não uma menor

presença de disparadores sociais, principalmente, problemas financeiros e preocupações ou dificuldades de relacionamento com os filhos que acabavam gerando isolamento social.

O campo aponta para algumas diferenças entre as experiências de depressão no morro e no asfalto. No entanto, influenciado pelo “estar lá” com essas pessoas, sugiro que foi possível perceber algum tipo de experiência negativa comum a todos os casos. Ao mesmo tempo, o modo como essas características dos grupos se distribuiu entre cada participante contesta a ideia de que esses perfis traduzem o que *estava em questão* para essas pessoas. Para identificar o que as experiências dos pacientes revelaram sobre esses impasses é preciso complementar a apresentação dos resultados quantitativos com alguns recortes individuais das atividades de entrevista e observação. Apresento, a seguir dois desses recortes referentes a uma paciente do morro e um do asfalto, para subsidiar a proposição desse “algo em comum” e da insuficiência dos fenótipos dos perfis.

5.2.1 “Raquel”

Após um mês acompanhando a equipe do morro, passei a acompanhar a equipe de asfalto “dos especialistas”. Ainda assim, através do sistema de prontuário eletrônico, cujo acesso me foi autorizado pelo gestor da unidade e pelos próprios médicos, costumava passar pela lista de atendimentos da equipe do asfalto em busca de algum caso novo que pudesse acompanhar. Assim, cheguei até Raquel. O residente Jaime a havia atendido um dia antes de minha consulta ao sistema de prontuário. Os registros no prontuário eletrônico, dos residentes Jaime e Marisa da equipe do morro eram de qualidade ruim, uma avaliação dada por eles mesmos e que justificavam pela falta de tempo e pressão assistencial. Algo me chamou a atenção no registro de Jaime, o início imediato de medicamento, o relato de intensa ideação e planejamento suicida de Raquel, além dele ter lançado imediatamente o diagnóstico de transtorno depressivo, o que não era uma prática muito comum de Jaime. Assim, comecei o acompanhamento de Raquel a partir da segunda consulta de seu episódio de “crise depressiva”.

Nas três consultas que acompanhei e nas duas entrevistas que realizei com Raquel ela sempre vinha acompanhada do namorado, Paulo, e, em duas ocasiões, da filha, Camila, de nove anos. Raquel era negra, de baixa estatura e tinha cabelos pretos e bem curtos em parte raspados. Nas consultas, Jaime ia até a porta, fazia apenas um sinal para entrarem, pois já se conheciam, e a sala era tomada rapidamente ao mesmo tempo de Raquel e seus

acompanhantes. Essa entrada em grupo traduzia o empenho do namorado e da filha em ajudar Raquel a melhorar. Ela não costumava chorar nas consultas, diante das perguntas de Jaime, ela alternava entre olhar para o médico e para frente, enquanto narrava como estava se sentindo e em que estava pensando. Raquel descrevia ter pensamentos fixos em se matar e ouvir vozes cujo conteúdo não sabia identificar. Não tinha vontade de sair do quarto, onde, nas crises, permanecia deitada chorando muito. Além dos pensamentos em se matar, Raquel referia necessidade de se fazer pequenos cortes nos braços para diminuir o mal-estar quando este se intensificava. Entre os pensamentos ruins, Raquel dizia ter muitas preocupações com o seu filho de 16 anos, Diego, com diagnóstico de esquizofrenia desde os 10 anos, lembranças do período em que viveu um casamento agressivo e sentir muita falta de sua mãe, que havia falecido há seis meses. Raquel descrevia assim sua experiência:

Eu sei que eu tenho depressão, e eu quero melhorar. Eu sei que eu tenho dois filhos e eles precisam de mim, eu não tenho parente, eu sei que tenho essa doença, eu tenho consciência e quero um tratamento. Ouvi falar que não tem cura, mas tem tratamento. Depressão é essa tristeza, tipo, eu não consigo me controlar quando tenho que chorar. Tenho é que chorar. As coisas não têm solução pra mim. Quando a depressão está muita, dá uma vontade de se matar. Por que assim, eu acho que a morte é um descanso. Como eu perdi minha mãe, talvez eu falo assim, “pô, será que eu vou encontrar com ela? Será que eu não vou?” Mas aí meus filhos são uma base para que eu fique. Acho que se não tivesse eles também eu já tinha me matado. (Raquel, paciente da equipe do morro).

Na entrevista, Raquel contou que tinha crises de depressão desde os oito anos de idade. O primeiro episódio foi associado à morte do pai que veio acompanhado de uma tentativa de suicídio com ingestão de diazepam. Desde então, tinha esses episódios de depressão vinculados a alguma circunstância de sua vida. Viveu um período muito difícil em que se viu presa dentro de um casamento com muitas traições em que era agredida verbalmente pelo marido, mas não se separava devido a conflitos com sua prática religiosa vinculada a uma igreja evangélica. Há dois anos conseguiu sair desse relacionamento e passou a cuidar dos filhos na casa onde morava com sua mãe. O período de crise que comecei a acompanhar foi disparado pelo falecimento da mãe que havia acontecido há seis meses, mas os sentimentos de luto estavam se intensificando agora. Dois dias antes na primeira consulta de crise, Jaime havia iniciado fluoxetina, prescrito amitriptilina à noite e clonazepam também para induzir o sono. Nessa segunda consulta de acompanhamento, ela referiu ainda não estar bem, relatou a sensação das vozes, mas estava conseguindo sair de casa com a ajuda de Paulo e já não apresentava pensamentos em se matar. Na terceira consulta, quatro dias depois, Raquel referia estar melhor, não ter escutado mais vozes e já ter retornado ao jiu-jitsu.

Desejava voltar a trabalhar na próxima semana. Ela trabalhava com tosa em uma loja de animais de estimação e dizia que se sentia muito bem com seu trabalho.

Na semana seguinte, Raquel voltou numa data não programada. No fim de semana, Diego havia tentado um contato sexual com sua filha mais nova. Ela e Paulo ficaram aflitos com essa situação e sem saber como iriam lidar com esse fato. Raquel comunicou a situação ao pai de Diego que repetiu o que já havia feito em outras situações quando o filho apresentava um comportamento violento. Diego foi espancado pelo pai como forma de punição ao que havia feito com a irmã. Segundo, Raquel e Paulo, o pai era a única pessoa que ele respeitava e a agressão física a forma mais eficiente dele ficar mais calmo e mudar o comportamento. O acompanhamento de Diego era feito também por Jaime em parceria com a psiquiatra matriciadora, ele estava medicado, mas, diante desse novo fato, eles decidiram tentar novamente o acompanhamento de Diego em um Centro de Atenção Psicossocial. Ainda que aflita com a situação de Diego, Raquel referia já nesta semana seguinte estar melhor dos sintomas depressivos e ter voltado ao trabalho.

Três meses depois da primeira entrevista, voltei a entrevistar alguns pacientes e uma delas foi Raquel. Pelo prontuário eletrônico, verifiquei que ela estava apresentando justamente naquele período uma nova crise, novamente com choros intensos, isolamento e cortes nos braços. Segundo ela, a situação com Diego estava se tornando insuportável e ela estava enfrentando agora o reconhecimento de que seria um problema incurável, com muita possibilidade de se agravar. Diego passou a fazer acompanhamento em um CAPS, por intermédio da psiquiatra matriciadora, que ficava na Zona Sul da cidade. Voltou a apresentar episódios de agressividade, dessa vez, tentando matar Paulo. Diego tinha o comportamento de passar fezes nas paredes do seu quarto, usar roupas defecadas ao longo do dia e, em muitos dias, não aceitar tomar banho. Segundo ela, isso dificultava que ela pudesse levar ele para os passeios da família e ele estava se isolando. Diego apresentava interesses mais próprios de uma criança como interesse em usar roupas e brinquedos como espadas de super-heróis. Ela tinha dificuldade de aceitar que ele provavelmente nunca apresentaria interesses e comportamentos de um adulto. Raquel estava vivendo um período confuso entre o desejo ou não de ter um filho com Paulo. Finalmente, havia conseguido iniciar um acompanhamento psicológico individual uma semana atrás que passaria acontecer quinzenalmente. As consultas frequentes com os médicos de família e os medicamentos continuavam. Entre os três medicamentos, ela referia que o clonazepam era o que mais lhe ajudava tanto por ajuda-a a dormir quanto por que segundo ela diminuía sua tensão e seu nervoso. Seu médico de família

já não era mais Jaime que foi fazer o terceiro ano de residência em outra unidade. Mas ela referia que o acompanhamento continuava sendo muito bom, que os médicos sempre a acolhiam conversavam muito, davam conselhos e orientações para os cuidados de Diego, às vezes melhores do que ela recebia no CAPS. Raquel contou que naquela semana pela primeira vez o pai de Diego havia ido a uma conversa com a psicóloga do CAPS e que ela achava importante porque sentia a necessidade de que o pai entendesse melhor o problema dele e passasse a participar mais do tratamento.

5.2.2 “Pedro”

Nas conversas informais com os residentes, costumava pedir a eles a indicação de casos que consideravam de êxito, insucesso, difíceis ou, simplesmente, interessantes por alguma singularidade. Atendendo a este meu pedido, a residente Lívia da equipe “dos especialistas” me indicou conversar com três pacientes. A característica em comum desses pacientes era o fato deles não aceitarem o diagnóstico de depressão, ainda que, na percepção da residente, essa condição explicasse parte importante dos sintomas físicos prejudiciais que estes pacientes manifestavam. Foi assim que conheci Pedro.

Pedro era sul-americano e tinha 73 anos. Nosso primeiro contato, não foi, portanto através de uma de suas consultas, ainda que acompanhei posteriormente, algumas delas. Agendei uma visita à sua residência e fui até lá acompanhado pela agente comunitária de sua rua. Pedro morava em um apartamento em um prédio de classe média em uma das ruas principais do asfalto. Não era um prédio ostentoso. Por exemplo, não havia porteiro na recepção, a fachada era antiga e desgastada. Por eu ser morador do bairro, em um prédio inclusive de características semelhantes ao de Pedro, sabia que o custo de vida, impostos, condomínio, eram, de toda forma, elevados. Fomos recebidos por Pedro e sua esposa, Laura, de 70 anos. No apartamento, moravam apenas eles dois. O apartamento de Pedro estava limpo, bem cuidado, e seu espaço era preenchido de móveis e eletrodomésticos antigos. Quando perguntei a ele em relação, à saúde, o que mais lhe incomodava, Pedro respondeu:

O que mais me preocupa são as dívidas que vem chegando todo mês e não dá para pagar tudo. Meu filho me ajuda a pagar. Isso afeta inclusive a questão da comida. Falta comida, às vezes, aqui em casa. O nível que a gente tinha anteriormente é totalmente diferente do que a gente tem agora. Podíamos sair e comer fora toda semana, comprar roupas, presentes para as netas nos aniversários, mas agora a gente não pode. Tudo isso vai afetando a gente, machuca. Antes nossas netas vinham aqui em casa no fim de semana e a geladeira estava cheia. Agora, elas nem vem mais,

porque a geladeira está vazia. Me dá uma angústia, uma tristeza, uma raiva e fico chateado. Me levanto de manhã e até hoje vou tomar banho achando que vou trabalhar. Mas aí cai a ficha. (Pedro, paciente da equipe “dos especialistas”).

Pedro era engenheiro e aposentado, mas sua aposentadoria não era suficiente nem para pagar o aluguel do apartamento em que moravam. Até três anos atrás prestava serviços para a Petrobrás, mas com a crise financeira do estado do Rio de Janeiro, esses serviços desapareceram e Pedro, mesmo aposentado, se via como desempregado. Para ele e a esposa, um dos efeitos da crise financeira que mais os machucava era o afastamento das netas. O filho único deles vivia uma condição econômica melhor e frequentemente os ajudava financeiramente. No entanto, havia um problema de relacionamento com a nora, que, segundo eles, desde que eles se endividaram, se afastou e dificulta o contato deles com as duas netas, de cinco e sete anos. Ele atribuía sua tristeza e raiva ao fato de não conseguir emprego. Pedro estava procurando inclusive algum tipo de trabalho mais “braçal”, mas, além de sua idade, não encontrava oportunidades de emprego de forma geral, devido à crise do estado. Pedro queixou também de emagrecimento. Levantou a blusa e mostrou o corpo magro, ossos aparentes, barriga escavada. Segundo ele, jamais tinha se visto nesse estado. Pedro relatava que dormia bem, mas ao acordar se lembrava dos problemas. Não achava que se alimentava mal e que seguia com apetite. Por isso, não entendia que o “emocional” produzia o emagrecimento. Fazia a comida para ele e a esposa. Estava preocupado com a esposa porque via que ela estava mais afetada com os problemas familiares do que ele. Ele se preocupava em cuidar dela, inclusive levava café da manhã para ela todos os dias na cama.

Pedro começou acompanhamento na unidade há cerca de dois anos e estava satisfeito com o acompanhamento de Livia, os exames que estava fazendo para acompanhamento do diabetes, da hipertensão, e de um pólipó benigno que tinha na vesícula biliar, além dos medicamentos de graça. Desejava fazer uma endoscopia para descartar algum problema no estômago em função do emagrecimento. Não fazia relação clara entre o emagrecimento e seu “emocional”. O “emocional” era do “financeiro”. Pedro era usuário crônico de alguns outros medicamentos além dos medicamentos para hipertensão e diabetes: omeprazol “para o estômago”, prednisona em função de “artrite crônica”. Quando fica “nervoso” e angustiado principalmente pela manhã ao lembrar dos seus problemas financeiros, tomava bromazepam 6 mg, um tranquilizante benzodiazepínico para se acalmar. Sempre se viu disposto e animado para o trabalho e seguia assim inclusive. Na entrevista, fiquei ainda na dúvida se Pedro via alguma relação entre o emagrecimento e seu problema emocional, então perguntei diretamente se achava que tinha depressão:

A depressão é não querer fazer nada. Eu estive lendo na internet é a pessoa que não tem vontade de nada, não quer tomar banho, dorme muito e outros sintomas. Acho que eu não tenho depressão. O meu emocional é do desemprego, não consigo pagar o que eu devo. (Pedro, paciente da equipe dos “especialistas”).

Quando perguntado se havia algo que poderia mudar essa situação, Pedro não tinha dúvida em responder: trabalhar. Pedro ressaltou que ele e a mulher não tinham praticamente amigos e que sofriam da “síndrome do estrangeiro”. Acreditavam que, no Brasil, as pessoas discriminavam pessoas estrangeiras, principalmente pessoas da classe média ou alta.

Depois da entrevista, acompanhei duas consultas de Pedro com Livia. Livia retomou a questão do emagrecimento. Depois de conferir os exames para o diabetes, que estavam controlados, Livia voltou a perguntar como Pedro estava se sentindo, ele voltou a pontuar a tristeza, a raiva de sua situação financeira e muita preocupação com sua esposa, os pensamentos de “se sentir um nada” principalmente pela manhã. Livia explicou que a depressão poderia se apresentar de outras formas que não fosse querer ficar isolado, sem vontade de fazer nada e que o medicamento antidepressivo poderia aliviar um pouco esses sintomas, talvez até trazer mais disposição para exercícios físicos e uma alimentação melhor, ajudando no emagrecimento. Livia realizou o exame físico de rotina em Pedro e confirmou que não havia alterações além do emagrecimento. De toda forma, ela já havia inclusive solicitado uma endoscopia e aguardava o agendamento do exame pelo sistema de regulação. Pedro, nessa consulta, aceitou começar a tomar o antidepressivo fluoxetina. Livia reforçou a sugestão de que Pedro passasse a acompanhar algum dos grupos da unidade com a esposa, ele respondeu que “poderia ser”. Disse que ia tentar, mas que os horários não eram muito bons. Na consulta seguinte, Pedro ainda não havia começado a tomar fluoxetina. Não tinha entendido bem, se era para tomar todo dia ou apenas se sentisse mal. Livia voltou a explicar que seria importante ele tomar todo dia para que o remédio pudesse fazer efeito e que não haveria interferência com outras medicações. Livia deixou a unidade, pelo término da residência, e Pedro seguiu acompanhamento com a enfermeira da equipe e a nova residentes. Seis meses, quando voltamos a nos encontrar, depois ele estava se sentindo um pouco mais disposto, seguia tomando fluoxetina, mas ainda não tinha visto melhora no emagrecimento. Continuava triste com a questão do “desemprego” e preocupado com a esposa. Ainda não havia começado a participar dos grupos, mas estava tentando manter uma rotina de exercícios na praça principal do bairro.

5.3 O comum e as diferenças

Raquel e Pedro foram pacientes considerados com depressão pelos seus médicos residentes de referência. No entanto, os recortes etnográficos apresentados, exceto pela menção à tristeza, apontam para tantas singularidades que se torna, como postulou Goldberg (2011, p. 226), uma manobra de “pensamento mágico” afirmar que essas duas pessoas passavam por um mesmo transtorno psiquiátrico. Mesmo a tristeza, mencionada por ambos, era experimentada de maneira diferente, não podendo, suas diferenças, serem reduzidas a uma variação de intensidade. Enquanto, para Raquel, ela vinha acompanhada de um impulso de suicídio, para Pedro, estava associada à raiva e o motivava a querer seguir trabalhando. As manifestações corporais, a automutilação e o emagrecimento, também eram distintas apontando para concepções diferentes da própria corporeidade. Nos dois casos, o contexto de determinação micro e macrossocial era tão evidente que dificulta olhar para essas pessoas como portadoras de uma enfermidade mental e negar que seria possível qualquer pessoa reagir de forma semelhante em meio a situações como essas. Ambos os casos fugiam um pouco ao perfil de adoecimento que estabeleci através da análise dos descritores. Raquel tinha mais traços de uma “tristeza” típica do asfalto e Pedro, uma inquietação, aflição parecida com a dos pacientes do morro. A convergência com o perfil se deu, em parte, com os fatores de determinação social: a convivência violenta com ex-parceiro, uma morte inesperada, a dificuldade para receber atendimento adequado no SUS para um filho com um transtorno mental grave, no caso de Raquel; o isolamento social, a crise financeira, os problemas familiares que faziam a esposa sofrer, no caso de Pedro.

Para descrever outros aspectos de análise deste estudo, vou apresentar, nos próximos capítulos, mais recortes etnográficos. E eles poderão confirmar o que estes relatos sobre Raquel e Pedro apontam. Ainda que uma análise inicial quantitativa dos descritores remeta a indícios de perfis de adoecimento diferentes nas populações do morro e do asfalto, essas semelhanças importam menos do que as singularidades para as próprias pessoas que vivem essas experiências. Cada pessoa expressa seus sofrimentos de forma diferente e esse sofrimento é pronunciado e manifestado dentro dos contextos sociais em que está envolvida. “Os sofrimentos são individuais” como afirmou o residente Jaime. Além disso, tanto Raquel quanto Pedro sinalizaram que apenas uma atenção às questões sociais, a que estão vinculadas suas experiências de sofrimento, poderiam ter algum tipo de resultado na melhora de seus quadros.

Dentro do exercício antropológico, me parece válido tentar encontrar uma ou mais categorias capazes de pôr em questão as dificuldades experimentadas por aquelas pessoas e preservar suas singularidades. Haveria algum fenômeno que atravessa experiências tão heterogêneas em sua expressão?

De fato, não era a categoria psiquiátrica “transtorno depressivo”. Embora suas características diagnósticas, estivessem presentes em alguns dos relatos, a colagem *a posteriori* dessas características não esgotava nem os discursos e menos ainda os sentidos e significados das práticas em questão. Cogitei a possibilidade de recorrer à “perturbação físicomoral” proposta por Luiz Fernando Dias Duarte (1986). No entanto, a adequabilidade dessa categoria surgiu de um campo específico sobre o estudo dos “nervos” que não é o recorte da presente pesquisa, ainda que a categoria fosse usada por alguns pacientes. Antecipo que a obra de Duarte será uma referência importante para as discussões do próximo capítulo sobre as consultas dos residentes.

Outra alternativa seria recorrer à “disforia” ou aos “afetos disfóricos” utilizados nos primeiros estudos de Kleinman (KLEINMAN, GOOD, 1985; JENKINS, KLEINMAN, GOOD, 1991). Todavia, a relação entre disforia e depressão é ambígua e esses termos são usados às vezes de forma intercambiável. Tomo como exemplo a abordagem do próprio DSM sobre sua definição. Não há no DSM 5 uma definição para “humor deprimido” embora este seja determinado como um sintoma capital do transtorno depressivo maior. Há a definição de “humor disfórico” como “humor desagradável, como tristeza, ansiedade ou irritabilidade” (APA, 2014, p. 821) e de “disforia (humor disfórico)” como “condição em que uma pessoa vivencia sentimentos intensos de depressão, insatisfação e, em alguns casos, indiferença com o mundo à sua volta” (APA, 2014, p.825). Disforia, segundo essas definições, pode ser tristeza ou a vivência de sentimentos de depressão, mas não fica claro entre esses conceitos, quais são sinônimos e quais são exemplos uns dos outros, e sendo exemplos, o que têm em comum. As definições citam estados subjetivos bem distintos entre si e um conceito é definido por outro sem determinação do significado de nenhum deles (STARCEVIC et al., 2013). Disforia, também, é considerada um humor, afeto ou emoção, o que remete à gnosiologia da psicologia ocidental que classifica o universo subjetivo em fenômenos distinguíveis como pensamentos, comportamentos, corpos e sensações. Esse tipo de classificação das experiências, em modalidades diferenciadas de fenômenos, também guarda pouca correspondência com o campo.

Como antecipei na primeira sessão deste capítulo, proponho a categoria “sofrimento” e “experiências de sofrimento” para abrigar as experiências estudadas na pesquisa. Até aqui tenho me referido a sofrimento sem propor uma conceituação, apelando ao seu significado no senso comum. Pretendo, a seguir, fundamentar um uso sociológico do termo.

“Sofrimento” é, em si mesmo, um idioma cultural do sofrimento. Seu uso, em geral, aponta para elaborações, manifestações, sensações prévias à própria comunicação nas interações sociais. No campo desta pesquisa, nervos, tristeza, ansiedade, depressão, estresse, sintomas físicos sem explicação médica, estavam juntos para traduzir experiências desagradáveis, insatisfações, revoltas, não aceitação de situações. Nessa constelação de experiências, entendo que o idioma “sofrimento” por ter suas tentativas de definição sempre incompletas e em aberto oferece um potencial de generalização coerente com o campo. É possível questionar se não incorro no próprio risco de falácia categórica, já que “sofrimento” foi um idioma bem pouco usado por médicos e por pacientes. Nesse sentido, reforço que vou utilizá-lo menos porque ele indica com precisão alguma experiência determinada e mais porque ele remete à nossa dificuldade de expressar em palavras o que não nos agrada experimentar. Com todos os riscos retóricos envolvidos, assumo essa justificativa: sofrimento é algo difícil de explicar, mas que com facilidade as pessoas conseguem entender e estabelecer algum tipo de correspondência com sua experiência. Iain Wilkinson em *Suffering* (WILKINSON, 2005), uma introdução contemporânea aos estudos sociológicos sobre sofrimento, comenta:

Parece que ao fazer do “problema do sofrimento” um tópico da investigação sociológica, os comentadores são responsáveis por trazer de volta ao debate as formas com que se aproximam da tarefa de questionar esse fenômeno. Enquanto trabalham para fazer a experiência do sofrimento um tópico da ciência social, os pesquisadores estão sempre sobrecarregados pelo esforço de estabelecer uma concepção adequada de seu principal objeto de estudo. Parece que, já em seu ponto de partida, essa jornada vacila diante da intriga de sua própria construção. A grande urgência com que os escritores tentam tornar claro exatamente o que o sofrimento faz com as pessoas sempre aparece acompanhada de expressões de frustração em face da reconhecida inadequação de nossas categorias de pensamento para dar sentido à realidade de dor na experiência humana.⁷¹ (WILKINSON, 2005, p. 37, tradução minha).

⁷¹ Texto original em inglês: “It seems that in making ‘the problem of suffering’ a topic of sociological investigation, commentators are always liable to be brought back to debate the ways in which they approach the task of questioning this phenomenon. While working to make the experience of suffering a topic of social science, researchers are always burdened by the effort to establish an adequate conception of their main object of study. It seems that at the very point of its departure, this venture falters upon the intrigue of its own making. The great urgency with which writers strive to make clear what suffering actually does to people always appears to be accompanied by open expressions of frustration in face of the perceived inadequacy of our categories of thought for making sense of the reality of pain in human experience.”

A busca por uma definição universal do sofrimento, através da pesquisa sociológica, assume, portanto, contornos de uma aporia. No lugar de uma categorização única, Wilkinson aponta para a tarefa de investigar de forma empática o que o sofrimento *faz* às pessoas (p. 44-45), isto é: quando as pessoas experimentam determinadas formas de sofrimento o que acontece às suas vidas? Nesta pesquisa, por exemplo, há três processos sociais fortemente presentes nas interações e narrativas de sofrimento que estudamos: a violência, o isolamento social e a morte/luto, frequentemente sobrepostos e inter-relacionados. Essa característica de imbricação dos processos de sofrimento produzidos por diversas estruturas e dinâmicas sociais vem sendo trabalhada a partir da categoria “sofrimento social”.

Wilkinson aponta para uma linhagem contemporânea de estudos sobre o “sofrimento social”, com início nas últimas décadas do século XX, cujos esforços pioneiros ele atribui à obra de Hannah Arendt. Os relatos e reflexões de Arendt são marcados pela sua dedicação em compreender a psicologia social do totalitarismo e suas graves implicações para a humanidade. Sua obra nos alerta para a calamidade moral do “discurso que não revela o que é, mas o varre para sob o tapete, com exortações, morais ou não, que, sob o pretexto de sustentar antigas verdades, degradam toda a verdade a uma trivialidade sem sentido” (ARENDR, 1968 apud WILKINSON, 2005, p. 86, tradução de ARENDR, 2008).

A apresentação feita por Arendt, especialmente em *Eichmann em Jerusalém*, das condições que produziram a “banalidade do mal” durante o nazismo é considerada perturbadora (STARLING, 2000), ou mesmo, em algumas interpretações, moralmente repugnante e desleal ao reconhecimento do sofrimento das vítimas dos crimes de guerra (WILKINSON, 2005, p. 87). Entretanto, Wilkinson defende que seu tom “fatural” ou emocionalmente inexpressivo ao tratar dessas questões enfatiza a impossibilidade de uma explicação racional ou uma cura emocional para os problemas que levanta, bem como para a dor que retrata (WILKINSON, 2005, p. 90). O seu legado, no entanto, ultrapassa essa questão.

A obra de Arendt identifica e delimita conceitualmente uma preocupação central das pesquisas sobre o sofrimento social: analisar as circunstâncias em que o tratamento que as pessoas se dão produz a experiência de suas vidas serem supérfluas e sem valor (WILKINSON, 2005, p. 91). As pessoas são vítimas de atos de violência na medida em que não são mais reconhecidas em sua humanidade pelos que estão ao seu redor. Um processo de aniquilação humana é engendrado sob circunstâncias sociais que são percebidas como uma parte “ordinária” e “inevitável” da realidade de vida das pessoas nas sociedades modernas. Na

literatura sobre sofrimento social, uma forte ênfase tem sido colocada em estudar como a experiência pessoal de sofrimento é altamente intensificada na relação com as formas dominantes em que são simbolicamente representadas nas esferas da vida pública. As pessoas em sofrimento reportam que é a linguagem do dia-a-dia e as práticas sociais, que são forçadas a viver como consequência de eventos dolorosos, que tornam os fatos brutais de sua aflição mais violadores (WILKINSON, 2005, p. 93).

Nesse sentido, o “sofrimento social” pode ser experimentado na “vida cotidiana” (*“everyday life”*), através de comportamentos sociais “ordinários” e modelos de representação com ares de “senso-comum”, por pessoas que não são identificadas como vítimas de nenhum tipo maior ou particular de tragédia. Contrastando com a intencional neutralidade descritiva de Arendt, Wilkinson destaca que os estudos mais recentes sobre “sofrimento social” envidam esforços para construir linguagens emocionalmente carregadas com o propósito de dar voz à experiência das pessoas em sofrimento. Das e Kleinman (2001 apud WILKINSON, 2005, p. 95) apontam que escrever com “pathos” e em gênero de lamentação é uma parte necessária do processo de envolver os leitores nesses mundos “tornados estranhos, através da experiência desoladora de violência e perda”⁷². Além disso, um cuidado deve ser dedicado em retratar a linguagem pessoal e cotidiana usada pelas pessoas para representar sua existência, com o objetivo de alçar nossas emoções e “produzir mudanças no pensar e no ver que são precondições para a compreensão”⁷³ (BOURDIEU, 1999 apud WILKINSON, 2005, p. 96). Apenas um vocabulário racional é insuficiente para dar conta adequadamente das formas traumáticas em que o sofrimento ocorre na experiência das pessoas. A gramática cultural através da qual as pessoas lutam para restaurar o significado de suas vidas opera em um registro que não pode ser abordado no nível da análise científica (FARMER, 1996).

A atenção da pesquisa social deve ser dirigida às formas simbólicas que as pessoas usam enquanto lutam para tratar do significado moral e social do que está acontecendo com elas. Mesmo assim, o objetivo não deve ser oferecer qualquer tratamento sistemático do sofrimento humano quanto à sua natureza e variações, nem prescrever nenhuma solução prática e completa para as experiências que descrevem. O objetivo dessa abordagem é precisamente mostrar que parte substancial da experiência de sofrimento não pode ser “disciplinada” e “organizada”. (WILKINSON, 2005, p.97-98).

⁷² Texto original em inglês: “made strange through the desolating experience of violence and loss”.

⁷³ Texto original em inglês: “produce the shifts in thinking and seeing that are often the precondition for comprehension”.

Outro aspecto importante é a relação entre “sofrimento social” e “violência social” ou “estrutural”. Segundo Kleinman, Das e Lock (1997, p. IX), o sofrimento social é resultado das “[...] devastadoras injúrias que as forças sociais impõem à experiência humana”⁷⁴. Victora define o sofrimento social como um sofrimento vinculado às “políticas e economias da vida, verificadas em condições e configurações específicas” (VICTORA, 2011). Para Kienzler (2008, KIENZLER, LOCKE, 2017), o sofrimento social é um conceito que tem sido utilizado por pesquisas antropológicas para capturar o impacto da violência nos indivíduos e comunidades. Com base em Kleinman (1995 apud KIENZLER, 2008), esta autora explica que o sofrimento é uma experiência humana universal em que indivíduos e grupos “são submetidos a ou suportam certas cargas, problemas e profundas feridas no corpo e no espírito [...]”⁷⁵. Kienzler, assim como Wilkinson, pondera que não existe uma única forma de sofrer visto que a dor é percebida e expressada diferentemente, inclusive em uma mesma comunidade ou grupo social. Diferenças locais de gênero, idade, grupo, etnicidade, religião e status econômico, bem como processos globais que influenciam mundos locais, tornam o sofrimento uma experiência intersubjetiva parcial e complexa. Ela põe em destaque três perspectivas de aproximação do “sofrimento social” apontadas por Kleinman: uma experiência interpessoal, uma construção social e um discurso profissional. O sofrimento é considerado uma experiência social em que, primeiro, acontece um engajamento interpessoal com a dor e as dificuldades nas relações sociais. Em segundo, trata-se de uma construção social que serve como modelo cultural e guia moral para a própria experiência. E, por último, ele também pode se apresentar como um discurso profissional que organiza formas de sofrimento como categorias burocráticas e objetos de intervenção técnica.

Kleinman (2000), em *The violences of everyday life*, propõe que o sofrimento social é resultado da “violência social que as ordens sociais – locais, nacionais, globais – levam as pessoas a suportar”⁷⁶ (p. 226). Para Kleinman, classificações da violência são inadequadas para compreender os usos da violência no mundo social, bem como a multiplicidade de seus efeitos nas experiências de sofrimento. Um estudo das “violências do cotidiano” envolve descrever como as forças sociais se encontram em pequenos ambientes atravessados por poderes locais para dar forma aos problemas humanos em expressões que, muitas vezes, são

⁷⁴ Texto original em inglês: “[...] devastating injuries that social force can inflict on human experience.”

⁷⁵ Texto original em inglês: “undergo or bear certain burdens, troubles, and serious wounds to the body and the spirit [...]”.

⁷⁶ Texto original em inglês: “[...] the social violence that social orders – local, national, global – bring to bear on people.”

resistentes às abordagens comuns das políticas e programas de intervenção sobre a dor humana. A expressão “violência estrutural” também tem sido usado para designar as pessoas que experimentam violência e violação, principalmente, devido a extrema pobreza. Para Farmer e colaboradores (2006), “violência estrutural” é um termo que descreve as estruturas sociais – econômicas, políticas, legais, religiosas e culturais – que impedem os indivíduos grupos e sociedades de alcançar seu pleno potencial, principalmente, impedindo que as pessoas possam ter suas necessidades básicas atendidas. Esse funcionamento das estruturas sociais é ubíquo e normalizado pelas próprias instituições sociais que dificultam seu reconhecimento como uma forma pervasiva de violência.

Em seu ensaio, Kleinman salienta que a violência social é mais claramente vista em cenários de extrema pobreza com suas graves privações, mas chama a atenção para outras situações em que a violência social conduz a intenso sofrimento. Ele toma como exemplos a violência vivenciada pela classe média sob o regime perturbador do capitalismo – o que remete às experiências de sofrimento dos moradores do asfalto em nossa pesquisa –, a violência das práticas institucionais, como as experimentadas pela comunidade de hemofílicos no início da epidemia da AIDS, e a violência de estruturas políticas opressoras perpetrada através de economias morais na produção de ressentimento e resistência. Todas são formas de violência social e cultural que moldam e são moldadas pela experiência social. Em todos esses casos, a violência é mediada pelas representações culturais. As formações sociais não são apenas replicadas, mas as vidas comuns dos indivíduos são também moldadas, transformadas ou rompidas.

Estudar as narrativas dos pacientes de sintomas depressivos como “sofrimento social” permite enxergá-las, como tentei mostrar nos relatos dos encontros com Nilda, Raquel e Pedro, em contexto com estruturas sociais que as produzem e explorar reações também sociais – médicas, comunitárias, religiosas, etc. – engendradas por uma experiência de empatia e de compaixão pela dor dessas pessoas. Retomaremos essa questão quando analisarmos os desdobramentos sociais das interações entre residentes e pacientes. No entanto, há uma perspectiva de “subjetividade” (BIEHL, GOOD, KLEINMAN, 2007) – de foco primeiramente nas pessoas (BIEHL, PETRYNA, 2013) – própria das práticas e narrativas estudadas, que me parece não ser totalmente contemplada pela noção de “sofrimento social”. Para dar conta, desta perspectiva, recorro, para finalizar esta seção, à categoria de “experiência moral” de Arthur Kleinman.

Em um ensaio curto e sensível, *From Illness as Culture to Caregiving as Moral Experience*, Kleinman (2013) descreve como se deu a mudança de sua abordagem de problemas da prática médica contemporânea que envolvem o não reconhecimento dos pacientes como “ [...] indivíduos cujas vidas e transtornos possuem um rico fundamento humano e contexto social.”⁷⁷ (KLEINMAN, 2013, p. 1376). A transição envolveu a substituição de uma matriz interpretativa dicotômica por um tratamento teórico capaz de construir “pontes” entre as diversas questões envolvidas nesses problemas (KLEINMAN, 2013, p. 1377). Até início dos anos 90, Kleinman argumentava que, de um lado, as difíceis experiências de enfermidade experimentadas pelo paciente, pela família e seus vínculos sociais mais próximos e, do outro, a intensa busca dos médicos pelo diagnóstico e tratamento das doenças eram fenômenos de natureza distinta – “dois substancialmente diferentes tipos de coisa”⁷⁸ (KLEINMAN, 2013, p. 1376) – a distinção doença-enfermidade (*disease-illness*) que se tornou uma chave interpretativa e operativa clássica na análise antropológica das interações sociais entre médicos e pacientes e na própria prática clínica (HELMAN, 2009, STEWART et al., 2017). No entanto, Kleinman aponta que, por volta dos anos 90, percebeu que essa distinção estava sendo usada de uma maneira que fragilizava exatamente o tipo de compreensão que pretendia superar. A exploração da experiência da doença e seus aspectos socioculturais havia ocupado espaço nos cenários clínicos como apenas como mais uma tarefa, uma agenda à parte dentro da prática clínica com referenciais teóricos e competências particulares que estavam sendo apenas performaticamente somados àqueles destinados a tratar da doença. A cultura se configurou como uma categoria para descrever o universo leigo não-médico e foi “empalhada” pelo movimento das competências culturais que reificou crenças culturais de forma hermética e esotérica, criando estereótipos étnicos.

Kleinman narra que a experiência de passar a cuidar de sua esposa, que, no início dos anos 2000, desenvolveu Alzheimer precoce, foi transformadora no sentido de, ao mesmo tempo, confirmar sua opção por defender a primazia da experiência vivida pelos pacientes nas práticas de saúde, mas também trouxe à tona, para ele, a necessidade de buscar uma alternativa aos problemas produzidos pela reificação da distinção doença-enfermidade. Para Kleinman, esses dois objetivos são alcançados quando os focos da pesquisa social e da prática clínica são dirigidos para “o que está em questão”, “o que realmente importa”, num sentido de

⁷⁷ Texto original em inglês: “[...] individuals whose lives and disorders had a richly human background and social context.”

⁷⁸ Texto original em inglês: “two substantially different kinds of things”.

forte conotação moral e emocional, tanto para pacientes quanto para os médicos. A “experiência moral” é apresentada como uma categoria que engloba a rica diversidade de respostas que surgem diante dessas perguntas e é constituída de uma confusa mistura de emoções, valores e relacionamentos que estão em sinergia ou em conflito nas pessoas e entre elas. Tomando essa perspectiva, considera-se que nas práticas de cuidado à saúde, além de histórias e significados, são intercambiadas experiências “cruas” de responsabilidade e sensibilidade emocional. Essa perspectiva coloca no centro dessas práticas o compromisso com sua finalidade última de “fazer o bem aos outros” e “fazer o bem no mundo”. Segundo Kleinman, “[...] por mais inocente que possa parecer, é disso de que realmente trata a medicina.”⁷⁹ (KLEINMAN, 2013, p. 1377).

Assumo que focar a “experiência moral” envolve fundamentalmente tentar responder a essas perguntas: o que está em questão para as pessoas? E o que realmente lhes importa? Buscar as respostas a essas questões, em coerência com o contexto proposto por Kleinman, envolve compreender como as pessoas se sentem e como elas avaliam e lidam com o que sentem dentro de seu universo moral, além de situar essa compreensão dentro de um objetivo amplo de “fazer o bem”.

Essa proposta de tratamento analítico das práticas de saúde desde uma perspectiva emocional e moral e envolvida de um interesse pelo “bem” soa complexa e escorregadia de ser manejada dentro de uma pesquisa. Porém, mantendo o referencial em Kleinman e considerando essa proposta de fato em sintonia com as experiências e práticas em estudo, tento explorar um pouco mais o seu significado. Aponto como um exemplo concreto dessa abordagem o posicionamento assumido por Kleinman em defesa da agenda Saúde Mental Global (PATEL, SARACENO, KLEINMAN, 2006; BECKER, KLEINMAN, 2013; KLEINMAN, 2009). Summerfield, crítico da agenda GMH, fez um questionamento pessoal à Kleinman sobre sua postura nesse campo (SUMMERFIELD, 2014) a que ele respondeu:

Eu não compro todo pacote de críticas à assistência humanitária que está em moda em certos círculos hoje. Sim, muitas das críticas ao TEPT [transtorno do estresse pós-traumático] como uma empresa industrial são apropriadas, mas há muitos projetos humanitários que fazem “bem” no mundo. Preste atenção ao generalizar a falácia categórica a tudo na saúde mental global. Se generalizada para tudo, então não significa nada. E não acredito que não signifique nada. Esteja atento também à falácia de Whitehead sobre as concretudes deslocadas [*misplaced concreteness*]. É a psiquiatria cultural que me desaponta mais do que a saúde mental global, que, ao

⁷⁹ Texto original em inglês: “Ultimately, caregiving is about doing good for others, and doing good in the world, as naive as it may sound, is what medicine is really about.”

menos, está tentando fazer algo útil para as pessoas que estão sofrendo.⁸⁰ (resposta de Kleinman publicada em SUMMERFIELD, 2014).

Em seus trabalhos sobre saúde mental global, as evidências epidemiológicas e terapêuticas foram tomadas por Kleinman como recursos para reagir de forma prática, sem abandonar a tarefa crítica, às urgências sociais deflagradas pelo tratamento cruel e desumano destinado a pessoas com dificuldades em saúde mental em todo mundo. Nesse contexto, as informações produzidas dentro de um paradigma de conhecimento são construídas e utilizadas com o objetivo de cuidar do sofrimento dessas pessoas.

Esta não é uma manobra sem riscos e o campo me ajudou a mapear alguns de seus problemas que analisarei adiante utilizando o referencial teórico de Didier Fassin. Entretanto, explicitar um interesse moral numa pesquisa não é necessariamente um problema, mesmo porque não me parece possível retirar das práticas humanas esse tipo de interesse e juízo mesmo dentro da pesquisa científica (LACEY, 1999). Além disso, concordo com Kleinman que, pelas preocupações morais, passa exatamente “o que está em questão” para as pessoas. A explicitação dos interesses afetivos e morais permite justamente fazer perguntas relevantes para a pesquisa social: o que significa o “bem” para essas pessoas? Como elas agem a partir desse significado e que transformações sociais e subjetivas são produzidas a partir desses movimentos? Entendo que o limite deva ser precisamente não extrapolar para a pesquisa social a definição de valores morais absolutos e descontextualizados e sua promoção na sociedade. Entretanto, também não me parece possível impedir que as pessoas e grupos sociais façam dela esse tipo de uso. Volta a ser tarefa da pesquisa social tornar visível e mostrar os problemas derivados desse tipo de prática. Retorno a estas questões no sétimo capítulo.

Neste capítulo, assumindo o que designei por “tensão estruturante” da pesquisa antropológica, apresentei as experiências dos pacientes através de duas abordagens distintas, porém, complementares. Na primeira seção do capítulo, mostrei que há indícios de que pacientes moradores do morro teriam um perfil de experiências de sofrimento diferentes dos do asfalto. Nas pacientes moradoras do morro, identifiquei manifestações de sofrimento

⁸⁰ Texto original em inglês: “I don’t buy the wholesale criticism of humanitarian assistance that is fashionable in certain circles today. Yes, much of the criticism about PTSD as an industrial enterprise is appropriate, but there are many humanitarian projects that do ‘good’ in the world. Be careful in generalizing the category fallacy to everything in global mental health. If it generalizes to everything, then it means nothing. And I don’t believe it means nothing. Be careful as well of Whitehead’s fallacy of misplaced concreteness. It is cultural psychiatry that disappoints me more than global mental health, which at least is trying to do something useful for people who are suffering.”

caracterizadas por uma apresentação mista de tristeza, vinculada a angústia, aflição, medo e preocupações com sua segurança e de familiares, acompanhada de diversas manifestações corporais. Já entre os pacientes do asfalto, predominaram a tristeza, o choro frequente, a perda de forças e a baixa autoestima. Também propus que esses perfis estão vinculados a tipos diferentes de determinação social.

Por fim, através de relatos etnográficos dos encontros com Nilda, Raquel e Pedro, trouxe exemplos de que as experiências individuais não se esgotam, e muitas vezes contradizem, os perfis apresentados. Esse reconhecimento abre espaço para interpretarmos as experiências de sofrimento dos pacientes através de categorias que evitam definições ontológicas do sofrimento, mas criam condições para um estudo do que acontece às vidas das pessoas que sofrem, com atenção para as estruturas e dinâmicas sociais envolvidas no engendramento dessas experiências. É, nesse sentido, que apresentei as categorias de “sofrimento social” e “experiência moral”. Destaco sua intenção de “dar voz” às singularidades das trajetórias das pessoas que sofrem, como uma fundamentação para a aproximação alternativa a relatos como os de Nilda, Pedro e Raquel e dos demais pacientes da pesquisa. Essa abordagem se mostra menos preocupada com as definições de perfis e padrões e mais voltada para o compromisso moral com essas pessoas. Avanço na elaboração da minha proposta para manejo deste impasse, entre os perfis de sofrimento e as singularidades, com o apoio dos dados referentes às experiências dos residentes que analiso no próximo capítulo.

6 DA PESSOA À VIDA

“Meu sistema de vivência”

Como apontei no capítulo anterior, havia diferenças entre os perfis sociais de pacientes com sintomas depressivos das equipes de asfalto e da equipe do morro. Quando passei a acompanhar consultas das primeiras, imediatamente, observei uma mudança significativa: a presença de homens que apresentavam relatos de tristeza e choro durante a consulta. Essas manifestações eram acompanhadas da expressão verbal de não aceitação ou lamentação de algum evento ou condição em suas trajetórias de vida: falecimento da esposa, problemas no trabalho, desemprego, declínio financeiro, falta de dinheiro.

Um paciente que fez parte desse grupo foi João Custódio de 67 anos. João era zelador de um prédio em uma rua de classe média do bairro. Eu o conheci numa consulta com a médica Lívia da equipe dos “especialistas”:

- Então, seu João, como estão as coisas?
 - Tá muito bom não, doutora. Ainda estou tendo aquelas ausências.
 - O que está acontecendo?
 - Eu não sei, sei que, de repente, fico fora do ar. O pessoal que me conta, que fico perguntando por ela quando eu volto.
 - Ele perde a cor e fica um tempo sem falar nada, ele volta e começa a perguntar pela minha mãe – explica a filha que o acompanhava na consulta – isso já tem muito tempo. É questão de minuto, fica abobado e volta.
 - Com que frequência tem acontecido?
 - Tipo uma vez no mês. Ele já foi a um neurologista. Fez exames, toma esse remédio aqui: dois comprimidos de manhã e a à noite – apresenta uma caixa de comprimidos de ácido valproico, um anticonvulsivante.
 - É questão de minuto, fico abobado e volto. Com o remédio, fiquei melhor, está dando menos – afirmou seu João. Não tomo bebida nenhuma, mas fico bambo depois. O que está me incomodando também é que dei pra ter tremores nas mãos – mostra as mãos um pouco trêmulas.
 - Uhum, e como está em casa?
 - Estou morando sozinho, mas minha filha tá toda hora ali. Já o meu filho, não gosto da mulher dele. Eles acabaram com a vida da minha mulher.
- Lívia ficou em silêncio, deixando espaço para João continuar:

- Ela foi na conversa deles.
- Por que você pensa desse jeito?
- Era o dinheiro que a gente tinha guardado para nossa casa. E eles levaram tudo. Ela era mãe, foi ajudar o filho, eu deixei. Ela era tudo pra mim – João começou a chorar, seguiu olhando para Lívia, às vezes alternava o olhar para mim também. Gesticulava aproximando e afastando os braços do corpo na altura do tórax.
- Fiquei muito abalado, muita tristeza.
- O senhor tem dormido bem?
- Durmo muito, durmo bem.
- Tem se alimentado bem?
- Tenho. O apetite diminuiu um pouco.
- E os tremores?
- Vêm o tempo todo.
- Por que você acha que tem esses tremores?
- Será que foi porque eu perdi ela?
- O senhor acha que está devagar, lento?
- Não.
- E o ânimo?
- “Feijão com arroz”, pra cima e pra baixo, só fico triste com isso.
- Com certeza, ela foi muito importante para o senhor. Mas, se ela estivesse aqui, não gostaria de ver o senhor assim. Mas ela vai entender.
- Isso pode ser de mim? Eu acho que é meu sistema, acho que sou assim.
- O que você acha que pode diminuir essa tristeza?
- Não estou chorando muito, está menos.
- O que mais pode ajudar?
- Não tem remédio, nunca vou esquecer dela
- O que pode ajudar?
- Não tem remédio.
- E uma psicóloga pode ajudar?
- Essa é minha tática, meu sistema de vivência. A senhora está ajudando. É uma pessoa espetacular. Suas palavras já ajudam.
- Vou marcar um novo encontro pra gente conversar sobre isso.
- A última vez o senhor disse que ia fazer uma viagem.
- Eu fiz. Fui para João Pessoa, onde nasci, e Recife. Eu gostei. A senhora faz muita pergunta bonita, isso me faz muito bem. Tem palavras muito bonitas.
- A médica Lívia examina seu João. Leva-o até a balança para se pesar. Depois, ele se senta na cadeira novamente. Ela mede a pressão, escuta os pulmões e o coração.
- Está tudo bem, seu João.⁸¹

⁸¹ Retirado do caderno de campo 08/02/2017

Ela agendou uma consulta de retorno com ele em quinze dias para conversarem. Não pude acompanhar essa consulta, mas, dez dias depois, entrevistei seu João.

João morava num quarto e sala adaptado dentro de um cômodo na garagem do prédio em que trabalhava, no subsolo. Não havia janelas na sua residência, nem divisórias entre cozinha e sala/quarto. Apenas o banheiro, ficava separado. João era paraibano e havia se mudado para o Rio há quase 50 anos. Foi casado por 44 anos e há 32 anos trabalhava no mesmo prédio. A esposa de João havia falecido há um ano e quatro meses em decorrência de um acidente vascular cerebral. Ele acentuava o fato da esposa ter ficado curada de um câncer de mama, cerca de quatro anos antes do derrame. A esposa, pouco antes de morrer, havia dado ao filho praticamente toda a reserva financeira deles, dinheiro que juntavam para comprar uma casa. “De lá pra cá, fiquei nervoso, chateado. Eu não falei nada com ele não, mas fiquei só na minha imaginação, isso não se faz com teus pais”.

João era acompanhado no posto há três anos e sua principal queixa era de crises de “ausências”. Ele apresentava essas “ausências”, há muitos anos, antes mesmo do falecimento da esposa, não soube precisar quanto tempo. No entanto, dizia que, ultimamente, quando estava na “crise”, ficava “bambo” e perguntava por ela. Também relatou que, desde o falecimento de Rita, tem apresentado tremores nas mãos. Lembra de ter ficado muito “nervoso” no dia do enterro. “Fiquei meio com esse negócio assim, meio balançando, meio tremendo um pouco, eu não era assim não. ” Fazia uso de medicação anticonvulsivante e também era acompanhado na unidade para tratamento regular de diabetes e pressão alta. “A pessoa casa, namora, 44 anos, eu e ela, aí, de repente, acontece uma bomba dessa, poxa vida, que tristeza. Perdi meu grão de areia”. Na entrevista, João conversou sobre a esposa sem chorar e falou que já estava começando a falar para si mesmo “ô, Rita, fica lá em paz e eu vou ficar em paz aqui”. “Estava muito eliminado, muito caído, decaído, horrível mesmo”. Mas agora se sentia melhor. Perguntei a ele a que atribuía essa melhora. João mencionou: “uma presença de vocês, umas palavras brilhantes que vocês me dão”. Perguntei a que se referia, se era alguma frase ou recomendação da médica. Ele respondeu:

Rapaz, agora eu não lembro não. Mas eu sei que quando ela fala pra mim eu escuto, compreende? O que ela fala assim pra mim, eu escuto, as palavras brilhantes que ela me dá, fala umas coisas assim bem bonita. Ela não fala com rancor não, ela fala uma coisa muito espetacular. Eu acho bonito o que ela fala, mas não gravo muito assim não, que eu esqueço assim. Não é esquecer de loucura não. (João Custódio, paciente do asfalto)

Na entrevista, João contou que, há uma semana, havia sido levado pela filha também a

um médico neurologista de uma clínica de consultórios de especialidades. Há muitas dessas clínicas no Rio em que são oferecidas consultas com diversas especialidades por valores em torno de cem reais. O neurologista havia prescrito dois novos medicamentos que passou a tomar para as “ausências” e os tremores: valproato de sódio e sertralina, este último um antidepressivo.

Pelo atendimento de João Custódio, passam muitos dos elementos que constituem o foco deste capítulo. A médica Lívia acompanhava a experiência de luto de João e vinha oferecendo como abordagem terapêutica, consultas regulares em que colocava em prática o recurso terapêutico mais idiossincrático dos médicos de família, a “medicina centrada na pessoa”. Como mostro adiante essa abordagem é traduzida, por exemplo, ao preservar o silêncio depois do início do choro de João para que pudesse falar ou não sobre o que sentia, pela realização de perguntas como “por que você pensa desse jeito? ”, “por que você acha que tem esses tremores? ”, “o que você acha que pode diminuir essa tristeza? ”, e pela negociação do encaminhamento à psicoterapia. João experimentava o efeito terapêutico do atendimento com a médica na forma de uma “presença” e “palavras brilhantes”, mas não sabia discriminar algum conteúdo específico dessas palavras, apenas qualidades como “ausência de rancor” e “bonita”. João não se interessou pela oferta da psicoterapia, pois disse que o que experimentava era fruto de sua “tática”, seu “sistema de vivência”. No meio disso, o acompanhamento proposto pela médica passou a ser dividido com um neurologista particular que tinha outra proposta terapêutica divergente da dela, a prescrição de um antidepressivo.

6.1 Experiências e comportamentos dos médicos residentes

Neste capítulo, apresento como os residentes reconheciam, avaliavam e tratavam as pessoas com sintomas depressivos. Abri o capítulo com um recorte etnográfico do atendimento e entrevista com João Custódio, paciente da médica Lívia, como um exemplo desses procedimentos. A seguir, exploro, através das falas dos residentes nas entrevistas, o seu olhar sobre as manifestações dos pacientes e como lidavam com elas. Depois de acompanhar presencialmente esses profissionais em seus atendimentos por algumas semanas, agendava uma entrevista em profundidade com cada um deles. Nessa ocasião, lhes mostrava uma proposta de quais seriam, na minha percepção, suas práticas e condutas mais comuns na abordagem de pacientes com sintomas depressivos. Confirmava se essa minha proposta

representava de fato um “método” consciente para ele ou ela e se faltavam à proposta elementos importantes. Em seguida, buscava explorar os sentidos e significados atribuídos por eles a essas práticas.

Desenvolvo esta tarefa tomando como suporte teórico a tradição analítica indivíduo/pessoa de Luiz Fernando Dias Duarte e fazendo avançar o trabalho pioneiro de Octavio Bonet com o estabelecimento de pontes entre o projeto antropológico de Tim Ingold e a medicina de família. Trabalho o resultado da observação participante e das entrevistas em dois blocos: (1) o que representavam “sintomas depressivos” para os residentes, (2) como eles lidavam com essas questões de saúde, com destaque para a abordagem “centrada na pessoa”.

6.1.1. “Sintomas depressivos”

Uma tarefa indesejável desta terceira etapa é enfrentar o problema ético-êmico que acompanha esta pesquisa desde o começo: afinal, que modalidade de experiência humana estou estudando sob o rótulo “sintomas depressivos”? Adotei o uso de uma categoria ética, “sintomas depressivos”, como um “cartão de visitas” para o campo empírico da minha pesquisa, um serviço de saúde público que integra a Estratégia Saúde da Família no Rio de Janeiro. Ao utilizar essa categoria, quis sinalizar, numa linguagem compreensível para meus “nativos” médicos, que me interessava acompanhar situações antes de serem diagnosticadas como depressão – transtorno depressivo maior ou episódio depressivo. Dito de outra forma, quero responder à pergunta: quais experiências eram reconfiguradas pelos residentes como depressão? Seguindo as convenções diagnósticas atuais da psiquiatria, o elemento básico, indispensável, dos transtornos depressivos é a experiência de estar triste ou a perda de interesse. Mas será que esses eram os elementos principais do que os residentes entendiam como depressão ou do que poderia se tornar depressão? Se estabelecesse meu problema de pesquisa como “a abordagem da tristeza” perderia exatamente a possibilidade de explorar essa dúvida. Incurriria em uma falácia categórica, nos termos de Kleinman, isto é, partiria do pressuposto de que depressão para eles teria, necessariamente, os mesmos componentes dos manuais diagnósticos convencionais.

Ao mesmo tempo, a categoria “sintomas depressivos” poderia englobar também manifestações “depressivas” que não viriam a se tornar depressão. Como “nativo” médico de família, usei do conhecimento convencional de que, para as classificações psiquiátricas em uso, CID 10 e DSM 5, nem todos os sintomas ditos “de depressão” possuem características

suficientes para compor um diagnóstico psiquiátrico de transtorno depressivo maior. Assim, se fez necessário compreender, segundo os residentes pesquisados, o que caracterizava determinados sintomas – manifestações verbais, corporais, comportamentais dos pacientes – como “depressivos” e a partir de que momento se tornavam “depressão”. Também era relevante explorar em que medida essas categorias “depressão” “transtorno depressivo maior” ou “sintomas depressivos” eram, de fato, utilizadas na prática.

Antecipo que a expressão “sintomas depressivos” não apareceu, nas entrevistas, como uma categoria, em si mesma, frequente ou significativa para os residentes, menos ainda para os pacientes como será visto adiante. No entanto, mantive a opção por utilizá-la como uma categoria válida para facilitar a interpretação dos resultados por englobar esse conjunto de manifestações dos pacientes potencialmente diagnosticáveis como depressão.

6.1.2 “Tristeza intensa”, “descontrole”, “parar de sentir”

Quando explicavam os princípios que orientavam suas práticas, um procedimento fundamental, apontado pelos residentes, era saber diferenciar “tristeza” de “depressão”. “Acho que a tristeza todo mundo vive, a depressão algumas pessoas vivem, se eu não me engano dez por cento da população em algum momento da sua vida tem um episódio depressivo” apontou a residente Marisa da equipe do morro.

A “tristeza” foi definida como um “estado emocional”, “um comprometimento do humor”, “sofrimento”, cuja manifestação principal nas consultas é o choro fácil, a própria autodescrição “estou triste” associada a “perdas”, “luto”, “crises”, “trabalho”. A “tristeza” é entendida como um fenômeno esperado, “humano”, “normal, da *vida*”.

Para diferenciar “tristeza” de “depressão”, o elemento que mais se repetiu foi “a perda da funcionalidade das pessoas” ou também descrito como “comprometimento da *vida* das pessoas”. Esses fenômenos foram descritos também como um critério importante para a decisão de prescrever antidepressivos. Foram caracterizados como “disfuncionalidade”: isolamento em domicílio; afastamento da vida social, incluindo reuniões familiares, relacionamentos íntimos, amigos; distanciamento de espaços de convivência coletiva como academias, igrejas, centro religiosos; e prejuízos, interrupções das atividades de trabalho ou de estudo. A “disfuncionalidade” implicava, por exemplo, no comportamento de retornos frequentes desses pacientes com depressão. A médica Lívia descreve assim como faz a distinção entre “tristeza” e “depressão”:

Eu procuro nunca subestimar a tristeza, então, mas sempre avalio essa questão: se não é algo esperado, normal, da *vida*. E aí você vai dar meio que um pouquinho de suporte pra pessoa passar e com o tempo próprio vai se resolver. Ou se isso é uma coisa que requer mais cuidado, mais atenção. E eu acho que até o que chama atenção muitas vezes para esses pacientes é que eles voltam. Se é um paciente que as vezes eu considero: “não, isso aqui é *uma crise diante de uma coisa da vida*” e dou um suporte, deixo a porta aberta. Quando ele começa a voltar, voltar, voltar, aí cê já tem que ligar o alerta, tipo foram dez vezes, então significa que ele não está sabendo passar daquela situação ideal, né? E muitas vezes, muitos pacientes eu acabo liberando sem retorno, mas eles voltam e voltam mais uma vez e aí você já sabe que precisa de uma atenção maior, né? Que aquilo tomou um significado pra pessoa, que isso tá *comprometendo a vida dela*. (Lívia, residente da equipe dos especialistas, grifos meus)

No entanto, a compreensão da relação entre “tristeza” e “depressão” foi diferente entre os residentes de acordo com a equipe a que pertenciam. Para os quatro residentes das equipes de asfalto, a depressão pode ser entendida como uma “tristeza intensa”, acentuada, acompanhada de perdas funcionais e alguns sintomas físicos. “Desânimo”, “cansaço”, “vazio” também aparecem, mas secundários ou complementares à tristeza. Como expressa a residente Michele:

Eu acho que é um estado de tristeza, né? É, acentuado. E, muitas vezes alguns pacientes vêm com essa queixa, né? Da tristeza, mas associado a alguma coisa, não só tristeza, desânimo, cansaço, uma cabeça meio vazia, e perda de função mesmo, laborativa muitas vezes e quando são mais jovens a perda da função dentro da escola (Michele, residente da equipe dos “especialistas”).

Por outro lado, os residentes Marisa e Jaime da equipe do morro fizeram questão de pontuar que a experiência básica da depressão não era a tristeza. Para eles, a depressão *não* era uma “tristeza intensa”. Na opinião de Marisa, tratava-se mais de uma sensação de “falta de controle”:

A tristeza não necessariamente vai trazer um prejuízo, às vezes é uma forma de mudança. A depressão não. A depressão, acho que a pessoa não tem muito controle sobre, sobre o sentimento e tem muito sintoma físico também, né? Não acho que seja uma tristeza muito intensa, pra mim depressão não é isso. Pra mim depressão é, são sintomas que a pessoa não consegue ter controle sobre eles e muitas vezes não consegue nem perceber como depressão e que em algum momento vão fazer a *vida* daquela pessoa se tornar disfuncional de alguma maneira, socialmente ou no trabalho. (Marisa, residente equipe do morro, grifo meu)

Para Jaime, a palavra que melhor define depressão é “parar de sentir”:

A depressão [pausa] a depressão, na verdade, tem aquela pergunta da tristeza lá, mas acho que é um nível mais superficial assim. A depressão mesmo é abolir tudo, o cara perdeu tudo, o cara tá, o cara parou de sentir, não quer sentir, não quer mais estar. Ele pode estar gritando socorro pra sentir alguma coisa porque é insuportável, é

chato, mas você não sente, você não sente mais nada. A depressão nesse sentido ela também, também pode ser apatoabúlica, né? Não é esquizofrenia, você não rompe com a realidade. O chato é isso, você tem uma noção muito séria do que, muito arrastada, arraigada do que que é uma realidade, uma visão pessimista dela. Na depressão você tá, você tá vazio, mas você não tá sentindo, você tá embolhado as vezes. [...] Depressão, você está lá, no seu canto, não sinto nada, não estou conseguindo sentir, não quero sentir. *Depressão é meia morte nesse sentido.* (Jaime, grifos meus)

Para Marisa, os sintomas iniciais são “irritabilidade” e “sintomas físicos”:

Mas, no início, realmente acho que a percepção de tristeza fica um pouco distante, acho que os outros sintomas são bem mais fortes assim, é, o aperto no peito, a falta de ar, o nó na garganta, é a dor, muita dor de cabeça, muita palpitação e muita irritabilidade e socialmente as pessoas começaram a perceber que ela está muito irritada. Acho que, nesse início, você já tá, né? Iniciando um episódio depressivo que muitas vezes você nem outros médicos percebem, né? Que são justamente aquelas pessoas que chegam com diagnósticos estranhos pra você. É uma paciente que eu tive de quatorze anos que ficou dois dias internada investigando um infarto no miocárdio. (Marisa, residente da equipe do morro).

Portanto, resumindo as percepções dos residentes, há um conjunto de sintomas que podem ser reconstruídos em um diagnóstico de depressão, que chamamos aqui de “sintomas depressivos”: tristeza, sofrimento, sintomas físicos “desconexos”, “parar de sentir”, perda de controle/irritabilidade, desânimo, comprometimento da vida/impacto na funcionalidade. Porém, há opiniões diferentes quanto ao papel desses sintomas no diagnóstico. Enquanto para os residentes do asfalto, o elemento central da depressão seria “uma tristeza intensa” para os residentes do morro, seriam sensações mais angustiantes como vazio, “parar de sentir” e “descontrole”. A “disfuncionalidade” seria um traço fundamental da depressão para ambos os grupos.

6.1.3 Redes sociais e resiliência

Além de desenvolver uma conceituação da depressão e dos sintomas depressivos, os residentes trabalhavam com um modelo explicativo “social” para essas apresentações. Nesse modelo, a depressão acontecia pela falta de participação ou perda de “redes”, “redes sociais”. E, neste aspecto, os discursos e as práticas voltaram a operar a partir das categorias “morro” e “asfalto”. Segundo os residentes, as pessoas no morro viviam mais “em rede”, se apoiavam mais, se ajudavam mais. Por outro lado, as pessoas do asfalto eram mais “isoladas” e, portanto, mais suscetíveis a, diante de uma única perda, não terem outra fonte de apoio,

sustentação. O residente Jaime descreveu esse contraste da seguinte maneira:

Tá tendo o maior tiroteio lá e meus agentes, meus pacientes voltam pra casa. Eu acho que, pra além da doença, pra mim esse contexto deles é muito adoeceador. Só que, ao contrário do asfalto, é um contexto de gente que tem rede. Você não vê velhinho sozinho em casa, não tem velhinho sozinho em casa. Adoece porque é foda, adoece porque não tem água, adoece porque uma vez por semana falta luz, porque tá tendo tiroteio, porque não consegue pagar conta no final do mês, foi demitido e tem prestação de máquina de lavar pra pagar. Enfim, é difícil. (Jaime, residente da equipe do morro)

Quanto identifiquei esse modelo explicativo das redes, compreendi melhor o papel de destaque dado aos grupos como proposta terapêutica das equipes de asfalto e menor para as equipes do morro. Quando uma “matriarca” do morro se deprimia, não era por falta de rede, mas porque todas as redes que ela possuía haviam falhado. Não era por uma perda, mas pelo somatório de várias perdas – por isso, talvez a sensação de maior gravidade dos quadros de depressão do morro. Referindo-se a essas pacientes do morro, Marisa descreveu sua percepção da seguinte forma.

No asfalto nobre, ainda tem aquela coisa de “é uma coisa mais crônica”, né? “Eu posso entender, preciso entender a vida toda”, toda bagagem que ele carregou. No morro não, acho que quando eles chegam aqui eles chegam muito, eles já esgotaram toda a rede deles, sabe? A rede deles já se desestruturou toda. [...] E eles tem uma rede muito boa, de família, de amigos, de Igreja, de cultura, eles têm uma rede muito boa. Você pode ver, quando o menino, quando o menino é ameaçado assim pelo tráfico, “ele tem que pagar dez mil ou então a gente mata ele”. Eles arrumam, a família arruma os dez mil. Cada vizinho dá quinhentos reais, mas eles arrumam os dez mil. (Marisa, residente da equipe do morro)

Os residentes do asfalto também entendiam que a principal causa de depressão em seu território era a falta de “rede” e isolamento social, e que afetava, principalmente, a população idosa. Outros fatores como o declínio financeiro também foram destacados:

Na minha experiência, na minha equipe que que provoca depressão? Eu acho que, é, tem um componente aí de desemprego, de muitas perdas, do padrão de vida financeira porque eu atendo uma equipe de classe média. Às vezes, falam que mudou muito o padrão de vida, perdeu poder aquisitivo e tal. É, mas eu acho que tem muitos casos de um certo isolamento social, assim. Pessoas que não tem nenhuma rede assim ou uma rede de apoio muito frágil. E que não convivem muito com outras assim, eu acho que isso é uma característica da nossa sociedade atual assim. E essas pessoas que vem assim, me procurar e eu percebo depressão, a gente diagnostica depressão nelas, são pessoas que geralmente são de idades um pouco mais avançadas assim. É, mulheres na meia idade, homens também na meia idade ou até um pouco mais velhos, são essas pessoas eu acho que não conseguem acompanhar muito o ritmo da nossa sociedade que é bem individualista, bem é, sem tanta intervenção social mesmo, assim, física. E essas pessoas acabam ficando isoladas e se sentem muito esquecidas assim. (Paula, residente da equipe do asfalto 2)

As “redes” funcionavam como protetores para experiências negativas como solidão e ajudavam a desviar a atenção das pessoas dos próprios problemas. Elas oferecem ajuda para elaborar a “tristeza”, o que abre a possibilidade de entender, especialmente no asfalto, a depressão como uma tristeza “não elaborada”. Segundo a residente, Paula, ao conviver com outras pessoas, não se fica pensando tanto nos próprios problemas, no que não deu certo na própria vida. As conversas que surgem em uma rede social ajudam a “elaborar os sentimentos” e evita com que se acabe “entrando em um buraco”.

A capacidade de “resiliência” era outro conceito utilizado para explicar a maior gravidade dos quadros depressivos no morro. Na percepção dos residentes, as pessoas do morro se deprimiam menos frequentemente, porque eram mais resilientes. Porém, quando ocorria, sua apresentação era mais grave e, mesmo assim, respondiam melhor ao tratamento. Já a população do asfalto se deprimia com mais frequência, casos menos graves, porém, com pior resposta ao tratamento. A maior resiliência dos moradores do morro era atribuída à exposição a muitas adversidades desde bem cedo em suas vidas, porém, em um ambiente com maior suporte de rede social. A residente Marisa também descreveu isso de forma detalhada:

Você vê no morro, por exemplo, eles desde que nascem tem uma adversidade enorme, né? No asfalto nobre não, eles têm adversidade quando falem ali com trinta anos, né? E eu acho o pessoal do morro muito mais resiliente que o pessoal do asfalto nobre. Porque o isolamento social no asfalto nobre é muito maior. Eu acho que tem menos rede, tem menos fator protetor também, tem menos resiliência. (Marisa, residente da equipe do morro).

Os pacientes de classe média média e classe média alta, eles têm muito menos mecanismos de resiliência assim. Para um episódio depressivo, no asfalto nobre, vou te falar, você fica uns três meses ali batalhando com a pessoa. Passa medicação, às vezes piora, não tem rede e a pessoa fica com aquele remédio realmente assim, quando ela melhora um pouco fica com um remédio, muito, muito tempo. Isso quando tira, né? (Marisa, residente da equipe do morro).

E aí quando você vê uma pessoa com a *vida* horrível também. Você tem um milhão de coisas e que não deprimiu, né? Por que isso? Você tem que entender isso. O que que ela teve na *vida* dela? Elas sempre se arranjam, ela foi na escola de samba do morro a *vida* inteira, ela sai com os amigos dela todo fim de semana, ela tem fatores, né? Não só de resiliência como de proteção pra ela. (Marisa, grifos meus)

“Menos resiliência”, portanto, produzia, entre pacientes do asfalto, não apenas uma maior vulnerabilidade para desenvolver depressão, quanto uma pior resposta terapêutica, demandando mais medidas terapêuticas, como medicação e encaminhamento para psicoterapia. Essa percepção também foi confirmada pela residente Paula:

Uma coisa que me traz muita dificuldade é por que meus pacientes não são de modo

geral pessoas muito resilientes, assim. [o que significa não ser muito resilientes?] São pessoas que sozinhas elas não conseguem muito elaborar sentimentos e promover pequenas mudanças ou enxergar que aquelas pequenas mudanças são grandes coisas também, sabe? Eu sinto um pouco isso assim neles “nada tá bom” e esse “nada tá bom” fica pra sempre. Aí esses casos de “nada tá bom” que fica “nada tá bom, nada tá bom” seriam os casos que você as vezes vê a necessidade de medicar, por exemplo. De medicar, de chamar preceptor, de encaminhar pra psicoterapia e tudo. (Paula, residente da equipe de asfalto 2).

6.1.4 “Escuta”, “vivência de si” e “instrumentalizar para a melhora”

“Isso não é uma potência?”

Em um turno de atendimentos de Jaime, acompanhei a consulta de Janaína. Janaína, inicialmente, era acompanhada na unidade por ter sido diagnosticada com hipertensão e diabetes, com necessidade de uso de insulina para tratamento do diabetes. No último ano, havia apresentado perda visual do olho direito e foi diagnosticada com glaucoma. Preparava-se para um procedimento cirúrgico de tratamento do glaucoma em um hospital de referência e o residente havia solicitado os exames pré-operatórios para o risco cirúrgico. Nesta consulta, Janaína veio para apresentar os exames. O residente recebeu e leu os resultados. Comentou: “está tudo bem”. Em seguida, perguntou:

— E como você está com essa questão da vista?

— É difícil, tenho medo. Tenho uma tia com câncer que mora comigo, ela não está bem. Liberaram morfina para que ela usasse em casa. A vida deu uma virada do natal pra cá. Tô morando no *morro lá de cima* [outro morro para o qual se mudou]. O caso dela não tem cura. Sinto que o esquecimento tá aumentando [não fica claro se ela fala de um esquecimento dela ou da tia].

— Você consegue ter algum tempo pra você todo dia?

— Tenho medo de ter problema na outra vista. Não sei, sinceramente eu não sei. Estou chegando no meu limite. Minha chefe não quer me mandar embora. Não sei como será voltar ao trabalho. Não tem com quem deixar ela. O que vou fazer? Tem hora que ela dorme. Sei que é uma doença, não é da idade. A família somos nós.

Janaína descreveu com vários detalhes a situação de dependência de sua tia em relação a ela. O residente ouviu atento por alguns minutos e depois interrompeu:

— Tô vendo que você não está bem. A gente já vem conversando sobre isso e não está

ficando melhor. Acho que seria bom a gente iniciar uma medicação.

Jaime explica que vai passar fluoxetina para a paciente.

— O remédio é apenas uma muleta, mas ele não vai andar por você. Ele é como um casaco quando a gente está com frio dentro de casa. A gente coloca o casaco e ajuda a suportar o frio, mas não faz a gente sair de casa. Quem sai é a gente. Vou te passar um “trabalho de casa” também. Quero que você responda no papel três perguntas [escreve num receituário e fala em voz alta]: três coisas boas neste momento, três coisas ruins, três coisas que estou aprendendo. Pôr no papel é um exercício diferente, às vezes a gente não sabe porque está sofrendo. Ajuda a organizar. Ajuda a entender como a gente está se me vendo.

— Vou tentar, acho que consigo.

— Isso que você está vivendo tem relação com o seu momento de vida. É muito importante tudo o que você está fazendo, e vindo aqui se cuidar.

— Eu sinto muita culpa em relação ao falecimento da minha mãe.

— A gente vai conversar sobre isso. Vamos nos ver de novo na próxima sexta?

— Sim.

Enquanto Jaime, preparava as receitas, perguntei a Janaína sobre seu trabalho. Ela explicou que era encarregada de limpeza em uma firma que prestava serviços na zona sul do Rio. Estava de licença do trabalho pelo glaucoma, mas não via mais condições de seguir nesse trabalho, mesmo depois da cirurgia.

Uma semana depois, acompanhei a consulta de retorno de Janaína.

— E aí como você se sentiu?

— Se deixasse, eu ia embora.... Deu uma sensação de alívio. Vou ver se começo a ter um hábito de escrever à noitinha.

— Você já teve esse hábito?

— Já, já, tive mais nova. O senhor pode ler.

— Posso mostrar pra ele também [apontou para mim]?

— Pode.

Jaime leu em silêncio as anotações de Janaína e depois me passou. Ela havia escrito cerca de duas páginas, descrevendo dificuldades nas relações com os filhos, a excesso de trabalho nos cuidados com a tia e, como principais pontos positivos, as lembranças de sua mãe e os amigos presentes. Jaime voltou os olhos para ela que, de imediato, começou a comentar sobre o que havia escrito:

— Meus filhos não têm paciência comigo. No dia das mães, não teve aquele abraço dos meus filhos, nem do meu marido. Foi como um dia qualquer pra mim. Na situação que a gente se encontra, isso faz falta. Tem o problema da minha vista, tem o diabetes. Minha tia está pra baixo. Tive que consolar minha tia que estava para baixo. Vejo que ela está mais magra. Eu tento fazer o que posso. Já com a minha mãe, eu tive esse cuidado [refere-se a ter sido atenciosa e carinhosa com sua mãe].

— Isso não é uma potência? Digo, o que você fez pela sua mãe, o que você fez pela

sua tia?

— É, dr. Jaime. Eu acordei 4 horas da manhã e estou assim, até agora. De madrugada, passou na minha cabeça. Minha filha vai mudar de setor. Como vai ser? Tive de preparar o café da manhã da minha tia.

— Será que você pode estar fazendo um pouco de tempestade em copo d'água com essa reação dos seus filhos?

— Não é tempestade. Penso na minha mãe. Minha mãe foi um pilar. Tenho bons amigos, mas a minha mãe foi um pilar. Ela conseguia resolver tudo. Ela era tranquila. Eu tenho estado bem nervosa. Sinto que me dá nervoso, depois, eu paro, respiro, tenho estado com o sistema nervoso abalado. Não sei se vou conseguir segurar a família.

— Será que você não está conseguindo, Janaína? Você está sendo muito rigorosa com você.

— Eu fui criada longe da minha mãe. Eu tinha 14 anos quando ela teve um infarto. Eu saí de onde morava para cuidar dela. Eu saí e vim morar com ela. Na minha vida, foi uma realidade diferente. Ainda que ela não morasse comigo, ela sempre esteve presente e me visitava.

— Sem dúvida, teve um traço da sua personalidade. Que bom que você estava fazendo isso. Mas quando a gente tenta bancar o forte, a gente não demonstra fragilidade. Você conseguiu expor isso para seus filhos?

— Meu filho é mais fechado. Eu não recebi nem um feliz dia das mães. Minha filha colocou no “face” [risos de ambos] [a filha lhe desejou feliz dia das mães pelo facebook].

— Bem, é uma nova possibilidade de se aproximar. Vamos ficar com isso, depois a gente conversa mais. Acho que a gente pode aumentar a fluoxetina. Você não sentiu nenhum efeito adverso. Fiquei feliz de saber que você tem amigos. Você não tinha falado que tinha amigos. Desde os 14 anos, você encara seus desafios. É uma força, mas te sobrecarrega.

Jaime avalia a pressão e reafirma que vai aumentar a fluoxetina. Enquanto ele prepara a receita, Janaína se volta para mim e diz:

— Dr. Jaime se preocupa. Ele não é médico de UPA. Eu não sei o que ele faz quando chega em casa porque ele lida com tantos problemas das pessoas. Vou fazer um abaixo-assinado para continuar, se um dia ele for sair.⁸²

Durante o período em que fiz a observação, Janaína não voltou mais para atendimentos. Entrei em contato com ela, e sua cirurgia do glaucoma havia sido realizada duas semanas após esta última consulta. Ela estava de repouso em casa e disse que, em breve, voltaria à unidade.

Nessas duas consultas entre Jaime e Janaína, bem como nos demais atendimentos

⁸² Retirado do caderno de campo. 19/01/2017.

relatados até aqui – com Nilda, João Custódio, Pedro, Raquel, Joyce, Tânia–, havia comportamentos, perguntas e comentários dos residentes que abriam espaço para os pacientes falarem livremente sobre o que sentiam, identificar ou não relações dessa experiência com suas histórias pessoais, vida familiar e de trabalho, explorassem possibilidades de práticas que produzem mudanças em sua experiência de sofrimento. Os residentes reconheciam essas particularidades e designavam esse conjunto de comportamentos e procedimentos de “fazer medicina centrada na pessoa”. Como vimos nas consultas descritas, os residentes se ocupavam ativamente de abordar essas questões “mentais” ou, para usar um termo mais nativo entre os médicos de família, “psicossociais”. Atender essas demandas era parte de sua rotina de trabalho. Esse era inclusive um dos motivos pelos quais optaram por fazer medicina de família, como analiso no sétimo capítulo.

Essa abordagem se dava, portanto, a partir de alguns procedimentos comuns com variações individuais. Proponho reunir esses procedimentos em três modalidades de prática, usando expressões citadas pelo residente Jaime na sua descrição de como lidava com os sintomas depressivos: (1) escuta, (2) vivência de si ou “oportunidade da pessoa se viver”, (3) “instrumentalizar a pessoa para a melhora”. Jaime descreveu da seguinte forma:

Cuidar, né? E a gente cuida de diversos jeitos. Às vezes, é com a medicação. Sempre, ouvindo e tentando entender qual o papel dessa depressão nesse momento. Tentar banalizar um pouco a doença, no sentido de tirar qualquer sensação de culpa, merecimento ou arrependimento. E, estar disposto, estar presente, fazer parte da melhora, instrumentalizar o paciente e fazer ele ter uma crítica ou uma reflexão acerca da própria situação. (Jaime, residente da equipe do morro)

Não ficar só no sofrimento superficial, “ah, tô sofrendo, tô sofrendo e não sei nem por que que sofro”, ou não sei nem exatamente o que que é. Tô sofrendo mas não sei dar nome pro boi. Preciso saber. É multifatorial a depressão, né? Essa cisão normalmente não é quando um pilar falha. É a pessoa que tem um ou dois pilares só e os dois falharam e faltaram os outros todos. É tentar achar que que se perdeu nessa trajetória. O meu papel é sempre pensar numa melhoria, mas sempre pensar como um processo do paciente como uma crise, também ter a oportunidade da pessoa se viver. Eu diria que de modo geral instrumentalizar a pessoa pra melhora. (Jaime, residente da equipe do morro)

Na primeira modalidade de práticas, a “escuta”, o paciente era convidado a descrever não só o que experimentava, “sentia”, mas a que ele atribuía essa sensação, o que poderia tê-la deflagrado. O foco era estimular o paciente a contar de si, como ele experimentava e entendia sua situação. Os residentes descreveram assim:

É a escuta. É entender o que ela pensa daquilo. (Marisa, residente da equipe do morro)

Qual o meu papel como médica? Olha, assim, escutar a primeira coisa. Acho que escutar faz toda diferença pra pessoa que está deprimida, acolher, né? A gente não subestimar o sofrimento, então só de você acolher, dar atenção, ouvir, isso já, já faz com que ela se sinta melhor. Eu acho que diante de alguma crise, dar um suporte. Tipo, a gente está aberto pra hora que você precisar voltar, se precisar conversar. Então isso é uma coisa. Estimular a conversa por que a gente tem muita gente deprimida, muito isolamento. (Lívia, residente da equipe dos especialistas).

Então, eu tento fazer essa abordagem, né? Primeiro escutar o paciente um pouco, é, até deixo ele falar até demais. Para eu tentar dali desencadear um pensamento ou gerar uma reflexão dele mesmo assim, com ele mesmo. (Michele, residente da equipe dos especialistas).

É, eu acho que é acolher o sofrimento daquela pessoa que vem pra mim as vezes com outras queixas nada a ver com isso e acaba chegando nesse ponto. É, escuta ativa, ouvir mesmo, acho que ouvir o que as pessoas têm pra dizer, o que elas tão sentindo. E isso está sendo uma ótima estratégia assim, na minha opinião porque, é isso, eu tento fazer uma primeira consulta que o paciente vem geralmente por um monte de demanda, a gente vai chegar nesse ponto e ele vai falar, falar, falar, falar, falar, falar, eu deixo ele falar muito e aí fica sendo uma consulta mais focada nisso, na escuta ativa. (Paula, residente da equipe do asfalto 2)

A pessoa quer, a pessoa já meio já veio falando tudo que ela pensa, meio que que ela espera do médico naquele sentido, então, eu acho que principalmente num primeiro momento, vamos organizar a escuta da pessoa e tentar ver o plano conjunto com ela assim, o que que vai ser proposto, mais, é, acho que é isso. (Luíza, residente da equipe do asfalto 3)

Logo, “Ouvir”, “escutar”, “acolher”, “gerar uma reflexão dele mesmo” são as primeiras reações dos residentes diante da manifestação do sofrimento depressivo. Isso é feito com uma atitude de silêncio e gestual: o olhar atento, o corpo voltado para o paciente, um contato com as mãos ou uma mão no ombro:

Mas isso, é, é, então, eu até insisto nessa coisa do toque. O toque vem antes da palavra, né? A palavra é um símbolo. Porra, encostar é sensação, é, eu uso muito, tento usar bastante a linguagem corporal. Sorriso, olhar, encostar, parará. (Jaime, residente da equipe do morro)

Também perguntas abertas sobre a vida familiar, de trabalho ou escolar do paciente, projetos e sonhos futuros eram um recurso importante, caso uma fala mais livre do paciente que pudesse ser escutada, não emergisse logo de início.

Mas quando não dá pista e tem um monte de queixa, tem queixas inespecíficas ou muito vagas, eu pergunto. Eu geralmente pergunto, não sei se é a melhor maneira assim, quando isso começou? Aconteceu alguma coisa naquela época? Ou se não aconteceu nada naquela época, com quem que você mora? Onde você mora? Que que você faz? Ah, cê mora com fulano? Tá bom. Como é que tá a relação com ele? Tentando entender melhor o contexto da pessoa, como ela vive. Pra ver se tem alguma relação com isso tudo, geralmente em alguns desses momentos assim a pessoa fala algum tipo de sofrimento mental ou começa a chorar. (Paula, residente da equipe do asfalto 2)

O segundo componente são atividades que produzem essa “oportunidade da pessoa se viver” ou, como proponho designar, *vivência de si*. Se, no primeiro componente, a “escuta”, o foco está em acolher as manifestações dos pacientes, nesse segundo grupo, há mais intervenções verbais dos residentes e atividades que visam produzir e manifestar uma avaliação do paciente sobre a própria experiência. Isso pode se repetir com mais “escuta”, mas também com perguntas e emissão de opiniões, “feedbacks”. “É, você retomar aquilo que você era, mesmo que você se torne alguma coisa depois, mas que seja uma passagem saudável” descreveu Jaime. Esse residente relata da seguinte forma como procurou colocar esses princípios em prática no caso de uma paciente de 19 anos com quem ele explorou seus hábitos de desenhar e tocar violão anteriores ao período mais intenso de sofrimento:

E ela foi mais basicamente estar presente e estar retomando as referências antigas do que era ela quando ela estava bem, a coisa do violão e de desenhar foi uma, realmente coisas que a gente insistia muito. “O que te dava prazer que você deixou?” (Jaime, residente da equipe do morro).

Eu acho que você pode sempre retomar [*as referências antigas*]. Porque você não deixa, você não vira outra pessoa da noite pro dia, né? Você tem suas referências, você sabe mais ou menos o que você gosta. É, você retomar aquilo que você era, mesmo que você se torne alguma coisa depois, mas que seja uma passagem saudável. Eu acho isso muito importante pra, no sentido terapêutico mesmo. E, é são lembretes que eu faço muito: “por que que parou de fazer? Se você gostava de fazer também, onde é que foi que bloqueou? Por que que bloqueou?” Essas questões são marcos, né? (Jaime, residente da equipe do morro)

Nesta modalidade da *vivência de si*, incluí um tema importante levantado pelos residentes: a abordagem dos sintomas físicos que apareciam como primeiras manifestações da depressão. Como salientei, os sintomas orgânicos ou “sintomas físicos desconexos” são uma manifestação importante dos quadros potencialmente depressivos, de forma mais intensa na população do morro. Sugiro que parte desse processo de “*vivência de si*” incluía, portanto, apresentar e buscar a concordância do paciente quanto à explicação de que a causa de sua experiência orgânica era a depressão. A residente Marisa descreveu esse processo da seguinte forma:

Eu entendo que o diagnóstico de depressão, de algum transtorno de humor, seja muito, seja muito ruim e que vá, vá dar um nome pra coisa, né? Pra ele. Mas quando você tira outro diagnóstico de cima disso, isso é muito importante pro paciente assim. É o paciente entender o porquê do aperto no peito, o porquê da falta de ar, é o paciente entender o porquê da dor de cabeça assim, “se eu não tenho um tumor na cabeça, to tendo essa dor de cabeça, por que então?” “será que eu não tenho asma então? Tô tendo essa falta de ar, por que?” “O que será que a minha dor no peito se

eu não to enfartando? Então que que está acontecendo?” Por mais que você, é, dê nome de uma doença pra uma pessoa, você rotule, né? Acho que você tira outras coisas. [...] Então acho que ela percebe que é mais do que o coração e ela te dá o caminho pra você desmistificar o que colocaram nela até agora. (Marisa, residente da equipe do morro).

Outra estratégia para lidar com os sintomas orgânicos era a realização do exame físico. Os residentes utilizavam o momento do exame físico como um momento para mudar o foco da fala do paciente/escuta, para uma volta ao corpo. Eles também aproveitavam essas eventuais pausas nas entrevistas como espaço pessoal para refletir sobre o que havia sido dito na consulta até então ou aproveitavam para continuar levantando questões entre as manobras do exame. Com a residente Lívia da equipe dos “especialistas”, observei que se tratava de uma rotina bastante metódica. Em um dado momento da entrevista, ela mudava o foco do estímulo à fala do paciente para o exame físico que, em geral, seguia a sequência: convidar o paciente a se levantar e pesá-lo; depois, de volta à cadeira, aferir sua pressão arterial, finalizando com escuta com estetoscópio do coração e pulmões.

Mas isso, por que, cara, todo paciente deprimido, com pânico, eles querem que você o examine pra você ter certeza que não é nada clínico, então eu faço isso mesmo pra que eles saibam que eu ouvi o coração, que a palpitação não é um sopro, não é um princípio de infarto, não é. E aí eu faço isso sempre, pressão, e tal. Até, porque, quando eu não fazia muitas vezes, reconhecia “ah isso aí é um problema de pânico, enfim, não precisa examinar, tal”, quando eu acabava a consulta eles falavam assim, “mas a senhora pode só ver minha pressão?” “ Mas a senhora pode só escutar meu pulmão?” Então faço isso, clássico pra todos, todos, independente. Então realmente, pode falar assim, ah é uma consulta só de depressão, beleza, mas você vai ter a sua pressão aferida, certeza disso e você vai ter. Vou escutar o seu coração e o pulmão, exatamente. Então isso realmente eu faço com todo mundo mesmo, mesmo que quebre, mas eu faço com todo mundo, isso aí é meu ponto forte. (Lívia, residente da equipe dos especialistas).

“Eu diria que, de modo geral instrumentalizar a pessoa pra melhora”. Essa frase do residente Jaime aponta para a terceira modalidade de procedimentos que identifiquei na prática de abordagem das pessoas com sintomas depressivos: explorar junto com o paciente e incentivar a prática alguma atividade que pudesse produzir experiências de bem-estar e de alívio do sofrimento. Até o paciente se encontrar em alguma atividade, os próprios atendimentos “centrados na pessoa” se tornavam a principal prática terapêutica do paciente. Através dessas consultas mais frequentes, os residentes se ofereciam como “rede” para os pacientes. Esse era, em si mesmo, o recurso mais utilizado pelos residentes para instrumentalizar os pacientes para a melhora. Estar presente e demonstrar para o paciente que poderia sempre contar com “seu médico” ou sua médica era uma medida terapêutica valiosa,

especialmente para pacientes que em geral sofrem em função de solidão e isolamento.

Essa galera toda [refere-se a pacientes com sintomas depressivos]tem meu telefone, não toca, não toca muito. Quer ver aqui o whatsapp, hoje em dia é whatsapp. Todo mundo tem fácil acesso. Isso é dizer, porra, “eu tô aqui, eu te amparo”. Tá faltando suporte na família por enquanto, tá faltando suporte da instituição? Beleza. E tô aqui, eu sou seu posto de saúde, eu sou o estado e eu sou o seu médico. Vestir esse, vestir essa camisa mesmo. Um milhão de pacientes, tem vários pacientes com depressão, etc. e meu celular não fica tocando. (Jaime, residente da equipe do morro)

E você mostrar pra pessoa que você tá do lado dela assim, que ela pode vir sempre que ela se sentir insegura. Acho que esse seria nosso papel, mais de longitudinalidade, né? (Marisa, residente da equipe do morro).

Mas acho que meu papel é além de promover uma rede é ser a rede e acolher, eu acho que esse primeiro acolhimento é uma coisa que eu tenho tentado fazer muito assim, quando eu cheguei na equipe eu tava medicando mais. Ser parte da rede delas, o que é uma coisa ótima, mas também meio complicada. Porque são pessoas que não tem tanta rede, então acaba que as vezes a gente, principalmente eu, acabo sendo a única rede que essas pessoas têm, um elo muito forte na vida delas, então tudo acaba sendo aqui, né? (Paula, residente da equipe do asfalto 2)

Eles argumentavam ver uma eficácia importante dessa medida, com relato de melhora dos pacientes e, ao mesmo tempo, a dificuldade de substituí-la, mesmo quando se torna necessária a longo prazo, devido à indisponibilidade na rede pública de saúde de atendimento psicoterápico. Quanto mais dirigidas à instrumentalização para a melhora, mais as consultas se voltavam para explorar com o paciente a retomada alguma atividade que lhe dava prazer e este havia abandonado ou o início de alguma nova atividade potencialmente interessante para ele, em que se destacava frequentemente a sugestão de atividades físicas. Esta prática é referida como a elaboração de “um plano conjunto” ou “organizar a pessoa”, como descrito pela residente Luíza:

Eu acho interessante essa estratégia, por exemplo, não sei se tem um nome pra isso, mas de organizar: vamos lá? O que que você gostava de fazer? O que que você deixou de fazer? O que que você acha que dá pra fazer agora? Esse passo a passo de, de organizar a pessoa que, no geral, chega um pouco desorganizada com isso, ela simplesmente não tem vontade de fazer nada e não tenta fazer nada. Eu acho que é o que eu tento fazer. (Luíza, residente da equipe do asfalto 3)

Os residentes também destacaram seu papel em reconhecer os esforços e avanços do paciente e partilhar com o paciente este reconhecimento. Mesmo quando não há mudanças de comportamento pelo paciente, a própria procura por tratamento, o retorno à consulta já era visto e celebrado como uma prática benéfica e terapêutica. Eles designavam essa atitude como “reforço positivo” e “estímulo a autoeficácia”:

Não adianta você também ficar propondo coisas e, “olha vai fazer ioga, pilates e meditação” e, se não é possível não é, então vamos trabalhar o que é possível. E eu acho que ela saiu animada com isso, e acho isso, na verdade o movimento da pessoa vir ao médico também é esse movimento positivo que a pessoa sai animada de estar se, de estar se cuidando de estar procurando ajuda. E uma coisa que eu faço sempre, reforço positivo da pessoa estar aqui procurando ajuda que eu acho legal. (Luíza, residente da equipe do asfalto 3)

Nessa “instrumentalização”, retomando o modelo explicativo dos residentes sobre a depressão, destaca-se o estímulo à participação dos grupos da unidade – dança, consciência corporal, artesanato e saúde mental. Essa medida foi mais frequentemente citada e colocada em prática pelas equipes de asfalto do que as do morro. Também eram sugeridos grupos, associações, equipamentos públicos disponíveis no bairro, como uma casa de convívio de idosos da prefeitura.

O que a gente pode estimular é tipo, estimular grupo, é, participar do que tem no território, tem o SESC, temos clube, tem a casa de convívio de idosos, enfim, tentar adequar o paciente dentro daquilo que ele mais ou menos vê o que ele se encaixa, que ele gosta acho, na conversa. (Lívia, residente da equipe dos especialistas)

Eu tô aqui mesmo só pra auxiliar e mostrar que tem tratamento, que ele pode, o paciente pode sair daquela situação e mostrar também que tem outros métodos de acompanhamento e de tratamento, não só medicamentoso e sim os grupos que a gente tem e outras formas de atividade. (Michele, residente da equipe dos especialistas)

Acho que meu papel também é mostrar pra essas pessoas ou fazer com que elas descubram mesmo, outras possibilidades de rede. Se eu consigo fazer isso eu fico muito feliz, se eu consigo dá esse empurrãozinho e a pessoa consegue descobrir assim, é ótimo. (Paula, residente da equipe do asfalto 2).

A avaliação dos residentes de asfalto quanto aos grupos como oferta era bastante positiva, mas havia dificuldade de adesão por parte dos pacientes. De fato, nenhum dos pacientes com sintomas depressivos que acompanhei durante a observação passou a frequentar os grupos.

Aumentando o vínculo, é, aumentando a rede de apoio. Então teve muitos pacientes aqui nossos que começaram a fazer o grupo de dança e relataram assim, pararam praticamente da tomada da medicação, do clonazepam, ou então em diminuição. Ou se sentem mais felizes, relatos delas mesmos de mais felicidade, essa coisa de chegar lá e ter uma rede, ter pessoas com quem conversar. Porque a maioria tinha um isolamento muito grande, uma autoestima baixa, lá eles aumentam a autoestima também. É, então algumas pessoas se beneficiam muito disso, principalmente idosos, pessoas idosas se beneficiam muito desse grupo de dança. (Michele, residente da equipe dos especialistas)

É, tem esse papel, mas eu vou ser bem franca. Não é uma coisa que eu consigo muito sucesso assim, da pessoa começar a ver rede no território, na clínica, nos grupos. (Paula, residente da equipe do asfalto 2).

Na equipe do morro, os residentes de dedicavam a recuperar com os pacientes alguma de suas redes desestruturadas, principalmente a rede de apoio familiar ou construir novas com vizinhos, igrejas, associações, dentro do morro, com forte destaque para as atividades oferecidas pela escola de samba. Tanto Jaime quanto Marisa relataram propor reuniões entre familiares mais próximos de algum paciente grave com sintomas depressivos para facilitar uma conversa sobre como eles viam a situação daquela pessoa e como cada um poderia contribuir para o seu cuidado e tratamento. Mais recentemente, os residentes do morro também começaram a impulsionar novos grupos, numa perspectiva distinta da dos grupos da unidade, mais focadas em algum recorte de vulnerabilidade social específico: o grupo de mulheres parentes de homens em situação de cárcere, o grupo de crianças e o grupo de pais. O grupo de mulheres parentes de homens em situação de cárcere surgiu como um grupo de apoio mútuo para mulheres, com vínculos diversos – esposas, companheiras, mães, irmãs – com homens presos, na maioria das vezes, por tráfico de drogas. O grupo de crianças e o grupo de pais nasceram como uma resposta para a frequentes demandas da única escola pública que fica na comunidade. A escola encaminhava frequentemente crianças com problemas e alterações de comportamento para avaliação médica psiquiátrica. Os residentes conheciam as famílias dessas crianças e sabiam que muitas delas faziam parte das famílias mais pobres e vulneráveis da comunidade. A partir daí, decidiram montar também dois grupos de apoio mútuo, envolvendo atividades de autoconhecimento e diálogo participativo: um para os pais e mães e outro para as crianças.

Tanto o grupo de mulheres, quanto os grupos da escola não apresentaram interseções com as trajetórias dos pacientes com sintomas depressivos que acompanhei. No entanto, entendi que era importante apresenta-los, nos resultados, como exemplos de estratégias desenvolvidas pelos residentes para lidar com a forte vulnerabilidade social do morro que impactava diretamente na saúde e bem-estar da população de sua equipe. Como descrito pela residente Marisa, idealizadora dos grupos da escola:

E a gente assim, pelo que a gente percebe, os nossos grupos são terapêuticos, o nosso grupo. Mas os nossos grupos têm trinta pessoas, todos eles, assim, claro que são, são trinta pessoas não medicalizadas, inclusive. É, são, no nosso grupo de pais, por exemplo, as duas mães que mais iam aos grupos, acho que elas não faltaram em nenhum grupo, são das nossas duas famílias mais vulneráveis assim, eu vejo das dez mais que a gente tem essa lista, né? A gente pode contar e são dez, essas duas mães que nunca vieram na clínica estavam em todos os grupos de pais. Isso é terapêutico, isso é ser medicina de família. [...] A gente viu como que dava certo, sabe? Como que desafogou a coisa aqui dentro assim. (Marisa, residente da equipe do morro).

Tinha alguns pais, mães e pais, que vinham muito. Quando o grupo de pais parou, né? Por causa das férias da escola, aí tem que parar [o grupo]. Aí vem um pai na consulta perguntar, não só vim pra, veio com filha, né? “Está tudo bem com ela?” “Não, está tudo bem, só vim perguntar quando é que vai começar de novo”. (Marisa, residente da equipe do morro)

Todos os residentes também apontaram como um dos seus papéis centrais avaliar a indicação de outros tratamentos. Para os casos ditos leves e moderados, eles tentavam manter com essas duas ofertas: encontros frequentes e regulares entre médico e paciente baseados na “abordagem centrada na pessoa” e a participação nos grupos. Nos casos graves, consideravam a opção de iniciar medicamentos, incluindo essa medida no fluxo das anteriores.

Os residentes manejavam regularmente medicamentos antidepressivos, principalmente, fluoxetina e amitriptilina. Tratam-se dos dois antidepressivos, com ações farmacológicas diferentes, regularmente disponíveis no SUS. Eles iniciavam, retiravam e modificavam as doses desses medicamentos. Para pacientes que, pela primeira vez, estavam sendo avaliados quanto a sintomas depressivos, os residentes relatavam ter um cuidado especial em não fechar diagnósticos e não decidir sobre a medicação no primeiro encontro. Eles observavam que era frequente o paciente com uma ou duas consultas com “abordagem centrada na pessoa” relatar melhora de suas queixas e preocupações. A “longitudinalidade”, isto é, a possibilidade de acompanhar e encontrar aquele paciente em diversas consultas e VDs como médico de referência para todos os problemas de saúde, deixava os residentes confiantes de que, em caso de necessidade, “eles voltam”.

Eu nunca faço [medicação] sem ver pelo menos três vezes assim. Nunca, nunca vou. A menos que a pessoa venha de fora com o remédio. Aí eu mantenho. Sempre, toda vez mantenho, mas no comecinho não. Ou então o paciente que eu estou vendo, estou vendo e esse cara está voltando. Voltando, voltando, voltando. E eu acho que vai se beneficiar, aí eu faço. Mas, nesse caso, que eu já conheço, já sei como é que é, já conheço a família, já sei como é que é a vida dele. Mas, agora, de cara, assim eu não faço pra ninguém. Pra nada. Nem pra pânico até. Até uma vez um psiquiatra me deu um esporro, "poxa, você não sabe que que é sofrer de ansiedade e tal". Falei, não, eu espero. Às vezes, o cara vai melhorar e tal. E ele "não, sofrer de ansiedade é muito ruim, você nunca sofreu de ansiedade". Aí eu falei: “caramba, será que é isso mesmo?” Tipo assim, será que eu to deixando o cara sofrer de ansiedade uma semana pra poder da uma medicação? Eu até já pensei nisso, já parei pra pensar nisso. Mas eu vejo que muita gente melhora, né? Ainda mais quando é coisa aguda. É isso, quando é coisa aguda a pessoa pode melhorar, ela passou por um estresse agudo, passou por uma situação em que ela talvez com o tempo vá se resolver e vai melhorar, entendeu? Com a própria solução da vida. O cara que é crônico, tipo assim, você pode começar agora ou semana que vem, às vezes, você ainda dá uma chance pro cara dar uma modificada, tentar algo mais, uma convivência, um grupo, atividade física. O cara que já é crônico, né? Então nunca começo de cara com a medicação, a menos que o cara já vem com. (Lívia, residente da equipe dos especialistas).

Durante os atendimentos, observei que residentes se preocupavam em explicar o papel dos antidepressivos para os pacientes. Havia um cuidado em deixar claro que o remédio funcionava apenas como um suporte, uma “escada para sair de um buraco”, um “casaco para andar no frio”, uma “muleta”, mas que não iria substituir o papel do próprio paciente, sua mudança de comportamento, para que a melhora pudesse acontecer, como apontado por Marisa:

Todas as medicações são muletas, mas principalmente os antidepressivos e que a gente tem uma, uma proposta de retirar, eles são só pra te dar chão, eles são só pra tirar angústia, só pra tirar sintomas. Acho que às vezes as pessoas ficam tão, tão angustiadas, com tanto aperto no peito, sem vontade de fazer as coisas, que cara, você não vai começar a fazer atividade física assim, sabe? Não adianta falar pra ela isso. É, então na verdade o remédio te dá chão, o remédio tira o aperto pra você ter vontade de fazer as coisas, agora ele não vai fazer as coisas por você, quem vai fazer vai ser você, ele só vai tirar a angústia pra você ter vontade de fazer. E o que eu falo é isso, assim que você tiver vontade faz, é, não espera o remédio fazer mais efeito, sabe? Assim, “e aí ele vai me dar uma supervontade de ir”, não, por que você nunca teve, né? Nem quando você não estava deprimida você tinha uma supervontade de ir, mas assim que o remédio te der vontade, vai, vai e faz. É, e aí você começa pelos seus próprios mecanismos a, a mudar, né? As coisas, e aí é quando você pensa realmente em tirar o remédio. Essa coisa do remédio, “a primeira vez de seis meses a um ano”, na verdade o que eu faço é: depois da depois da melhora, de quatro a seis meses. Com primeira vez, né? (Marisa, residente da equipe do morro)

6.2 Da pessoa à vida

No quinto capítulo, mostrei, primeiro, elementos que apontam para “perfis de sofrimento” relacionados à categorização morro/asfalto e, em seguida, argumentei contrariamente a uma redução das experiências de sofrimento a esses perfis. Recorri às categorias “sofrimento social” e “experiência moral” como recursos analíticos capazes de preservar a unicidade das experiências, presentes nos recortes etnográficos e pôr em relevo os principais fenômenos sociais envolvidos em seus sofrimentos: a violência, as preocupações familiares, o isolamento e a morte/luto. Quando procuravam ajuda para suas “experiências de sofrimento”, os pacientes não buscavam apenas medicamentos ou diagnósticos, mas acolhimento e ressignificação de seu mundo social e subjetivo fraturado.

A investigação desses aspectos da “tensão estruturante”, entre perfis e singularidades, na experiência dos pacientes tem seu sentido completado pelo estudo sobre as percepções e comportamentos dos residentes. Proponho que, em um estrato de seu comportamento, a abordagem “centrada na pessoa”, os residentes manejavam as experiências dos pacientes atentos a estas singularidades, indefinições, valores pessoais e emoções. Porém, em outro

estrato, a oferta desse cuidado é mediada pela categorização e estabelecimento dos “perfis de sofrimento morro/asfalto” descrito no quinto capítulo e pela avaliação moral desses perfis.

Proponho que há uma correspondência entre a predominância de sintomas de tristeza, cansaço e baixa autoestima dos pacientes moradores do asfalto e a representação da depressão como “tristeza intensa” dos residentes que atendem a essa população. Ao mesmo tempo, a tristeza misturada de forma indistinta a angústia, aflição, ansiedade, estresse, medo, nervoso e manifestações corporais – que formam o perfil de sofrimento das pacientes moradoras do morro – guarda semelhança com a representação de depressão dos residentes da equipe do morro: um “descontrole”, “um parar de sentir” manifestado de forma abrupta com muitos sintomas físicos. No entanto, nas consultas, por um lado, os residentes preservavam o eixo prático da abordagem “centrada na pessoa” sem estar presos a essas distinções. Por outro lado, a frequência dessas consultas, a oferta de outros recursos complementares como os grupos da unidade e o matriciamento, vão ser mediados por essa categorização social que se mostrou vinculada aos “perfis de sofrimento” e por questões morais imbricadas nessa categorização. Vou me deter nestes últimos aspectos no sétimo capítulo.

Neste sexto capítulo, me atenho a explorar essa sinergia epistêmica entre “experiências de sofrimento” e abordagem “centrada na pessoa” e trato das questões que derivam do uso dos perfis no sétimo capítulo. Como acabo de apontar, a abordagem dos residentes das experiências de sofrimento tinha como seu elemento mais característico as consultas “centradas na pessoa”. Todos os demais componentes – a prescrição ou não de medicamentos, o recurso ou não a um especialista em saúde mental – funcionavam, no campo, como ramificações da abordagem “centrada na pessoa”. Para descrever quais comportamentos manifestavam essa prática nos atendimentos propus um modelo com três modalidades de procedimentos: (1) escuta, (2) vivência de si ou “oportunidade da pessoa se viver”, (3) “instrumentalizar a pessoa para a melhora”.

O referencial teórico que pretendo utilizar para analisar esta abordagem vem dos trabalhos de Octavio Bonet, antropólogo argentino radicado no Brasil, que, por sua vez, tem aplicado conceitos do antropólogo britânico Tim Ingold para estudar a medicina de família. Proponho, no entanto, começar esta análise, situando tanto minha proposta quanto a de Bonet na tradição analítica iniciada pelos trabalhos de Luiz Fernando Dias Duarte.

6.2.1 Indivíduo/pessoa

A pesquisa social sobre as relações entre as experiências de adoecimento das populações que recorrem a serviços públicos de saúde e as abordagens terapêuticas oferecidas, em contextos urbanos no Brasil, tem como um importante referencial os estudos desenvolvidos, ao longo dos anos 80 e 90 pelo antropólogo brasileiro Luiz Fernando Dias Duarte, e seu esquema analítico pessoa/indivíduo (DUARTE, 2003). No caso específico desta pesquisa, por Duarte tratar de um idioma comum de “perturbação” nas classes trabalhadoras urbanas brasileiras – os “nervos” – tomo seus trabalhos como ponto de partida para o desenvolvimento da interpretação teórica que pretendo empreender nesta seção.

Inicialmente, a partir de estudos de campo realizados em Niterói, Petrópolis e Rio de Janeiro, Duarte propôs o uso da categoria “perturbação físico-moral” como uma estratégia para descrever a experiência dos “nervos” nas classes trabalhadoras urbanas. Como “perturbações físico-morais”, ele se refere “às condições, situações ou eventos de vida considerados irregulares ou anormais pelos sujeitos sociais e que envolvam ou afetem não apenas sua mais imediata corporalidade, mas também sua vida moral, seus sentimentos e sua auto-representação” (DUARTE, 2003, p. 177).

Para este autor, os “nervos” e as formas de construção da pessoa nas classes populares brasileiras não obedecem aos princípios da “ideologia do individualismo” da cultura moderna ocidental, marcados por uma forte oposição entre mente e corpo, espírito e matéria. Por isso, não são adequadamente descritos e interpretados por categorias como “doença mental” ou “sofrimento psicossocial” (DUARTE, 1994). Com base nos estudos comparativos do antropólogo francês Louis Dumont sobre a cultura indiana e a cultura ocidental, Duarte aponta para o “individualismo” e o “universalismo” como princípios ideológicos centrais da cultura ocidental moderna:

A ideologia do individualismo em seu sentido estrito é sobretudo uma ideologia política, relativa ao valor do indivíduo livre e igual, cidadão autônomo dos novos Estados-nação em gestação. Ela teve como corolários outros princípios ideológicos concomitantes, de implicações mais gerais, epistemológicas ou cosmológicas. Podemos resumi-los em uma grande rubrica: a da ideologia do universalismo. [...] Trata-se sobretudo da representação, nova por excelência, de um mundo sem limites, nem temporais nem espaciais. Um infinito – em todas as direções e sentidos. Esse mundo se oferece à experiência humana de modo também ilimitado, graças à crença na capacidade da razão em dialogar permanentemente com a empiria por intermédio da experiência sensorial e sentimental humana e assim fazer avançar o controle cognitivo e técnico do mundo disponível para nossa espécie. (DUARTE, 2004, p.6).

A partir da reconstrução dos itinerários sociais urbanos dos “nervos” e do “nervoso” – na construção intrapessoal e diferencial da pessoa e na vida interpessoal –, Duarte (1986) sustenta que “a cultura das classes trabalhadoras urbanas é ‘hierárquica’ ou ‘holista’ por oposição ao ‘individualismo’ reinante como versão ideal e letrada nos segmentos médios e superiores da sociedade” (DUARTE, 1986, p. 58). Sem desvincular a pesquisa antropológica de sua natureza como uma ciência humana que surge no seio da Modernidade, Duarte aponta a necessidade da proposição de categorias que, embora preservem as pretensões do projeto universalista moderno, não reproduzam, sem ao menos relativizar e colocar em questão, seus princípios ideológicos.

Formula-se assim o notório paradoxo: a ciência social para ser ciência do social (no sentido lato do termo) necessita de uma “relativa relativização” do sistema ideológico que sustenta o seu próprio projeto de ser ciência e deve nesse sentido aproximar-se (sempre tendencialmente) do modo pelo qual o homem se realiza no mundo (mesmo que não seja ainda ou jamais absolutamente claro o estatuto ou nível ontológico da qualidade holista dessa experiência – que se pode ainda assim tentativamente reconhecer). (DUARTE, 1998, p. 16)

É nesse sentido que propõe a categoria “perturbação físico-moral”, como recurso de teorização antropológica, diante da inadequabilidade de conceitos como “doença mental”, “somatização” ou “*psychosocial distress*” produzidos dentro da cultura ocidental individualista, para traduzir a natureza da experiência dos “nervos” no mundo social mais “holista” em que é vivida (DUARTE, 1994). Trata-se do esforço de construir conceitos “menos etnocêntricos”, “menos viciados” e de “reconstituir o caráter de vínculo ou mediação de que esses fenômenos se cercavam nas relações entre a corporalidade e todas as demais dimensões da vida social (inclusive a espiritual ou transcendental, eventualmente)” (DUARTE, 1998, p. 24).

Para Duarte, o individualismo-universalismo do ocidente coloca suas práticas diagnósticas e terapêuticas em um leque restrito de opções para tratar das questões relativas à saúde e ao adoecimento, especialmente quanto a seus desdobramentos morais e sociais. A “ideologia do indivíduo” situa a pessoa moderna e suas experiências de saúde, doença e cura no dualismo mente e corpo. As perturbações físico-morais – Duarte destaca que, “na nossa cultura”, seria impossível pensar numa perturbação apenas moral (DUARTE, 2003, p. 177) – são manejadas pelo reducionismo fisicalista ou pelas representações “psicologizadas” do indivíduo moderno. Estas últimas, no Brasil, entre os anos 80 e 90, estavam fortemente vinculadas à psicanálise:

Por um lado, a racionalização cientificista aplicada à natureza em geral e à corporalidade em particular (e à defesa radical de sua integridade material) produziram o que se chama agora de Biomedicina, com todos os seus benefícios e fraquezas. Por outro lado, a interiorização auto-responsabilizante produziu os múltiplos saberes “psi”, com suas eventuais propostas terapêuticas, mais ou menos antagônicas com as ambições da Biomedicina de ocupar através dos “nervos” e do “cérebro” também as perturbações morais. A Psiquiatria contemporânea expressa muito bem essa tensão, abrigando desde as versões mais biologizantes às mais morais (tanto do lado da influência da Psicanálise quanto da de alguns “sociologismos”) (DUARTE, 1998, p. 21)

Assim, Duarte identifica na produção antropológica brasileira, um conjunto de trabalhos, até inícios dos anos 2000, que pretendem justamente responder aos desafios apresentados pelas relações entre “as representações individualizadas ou individualizantes dos agentes da biomedicina” de um lado e “a representações holistas dos pacientes” que circulam nos diversos serviços de saúde, especialmente os públicos. (DUARTE, 2003, p.177). Esses trabalhos (CARRARA, 1995; BONET, 1999; OLIVEIRA, 1998; MENEZES, 2000; CHAZAN, 2000; CARVALHO, 2001; ROHDEN, 2001; ROJO, 2001; CARETTA, 2002 e AZIZE 2002, todos apud DUARTE, 2003) têm em comum a disposição em desvendar os problemas envolvidos quando a afirmação da racionalização biomédica e as dimensões holistas da representação ou vivência dos eventos de saúde/doença se encontram.

Nessa linhagem, ele situa seu próprio trabalho e de Ropa (ROPA, DUARTE, 1985)⁸³. Os autores apresentam este ensaio como uma resposta ao argumento de que, na atenção à saúde mental das classes trabalhadoras urbanas, os saberes das classes populares já teriam sido invadidos pelo das classes dominantes e que não haveria, portanto, por que questionar o sistema psiquiátrico-psicológico como um todo enquanto sistema mais adequado de atendimento dessas populações. Ele deveria ser aceito a priori como único possível e válido e eventuais propostas de modificação deveriam se limitar a ajustes em sua aplicação prática. No entanto, os autores defendem que “antes de partirmos para a aplicação indiscriminada do modelo psiquiátrico-psicológico, malgrado todas as transformações e adaptações a ele imprimidas, caberia um questionamento mais radical sobre a sua possibilidade de eficácia junto a essas populações” (ROPA, DUARTE, 1985, p.181).

Ropa e Duarte argumentam que uma prática terapêutica depende de que médico ou agente de cura e paciente compartilhem de uma mesma versão sobre o fenômeno do adoecimento. Essa convergência é necessária para a produção da credibilidade que constitui a

⁸³ Destaco também as contribuições de Jurandir Freire Costa (1987, 1989) na problematização das relações entre a abordagem dos “nervos” e a psicanálise.

própria “eficácia simbólica” com a qual o indivíduo adoecido investe o agente terapêutico, assim como do consenso social criado em torno da sua prática. Segundo Figueira (1978, apud ROPA, DUARTE, 1985), a aproximação de um sujeito por um determinado sistema terapêutico depende tanto das características sociais do sistema (incluindo posição que ocupa na sociedade, grau de divulgação e poder social), quanto as características do sujeito, basicamente associadas à sua cultura e classe de origem. Os sistemas de representações culturais “fundam o sujeito” e o tornam “passível de clientelização por algum ou vários daqueles sistemas institucionalizados” (p. 186, ROPA, DUARTE, 1985).

Para sustentar sua tese de incompatibilidades entre o sistema psicológico, em especial a psicanálise, e a experiência de adoecimento das classes trabalhadoras, Ropa e Duarte demonstram correspondências entre o ideal do indivíduo moderno e a constituição das “ciências psicológicas” como “um saber ‘autônomo’ sobre sujeitos ‘autônomos’” (p. 193, ROPA, DUARTE, 1985). Eles apontam a “reflexividade”, a “verbalização” e a “problematização” como características do processo de socialização dos indivíduos modernos, membros das classes mais abastadas, que os aproximaria do sistema médico-científico e que, em contrapartida, afasta as classes trabalhadoras dessa abordagem. Como parte da apropriação do processo de “problematização”, os autores destacam a partir de Bourdieu (1974, apud ROPA, DUARTE, 1985), a transmissão, na instituição escolar, da própria *intenção intelectual*, ou “*démarche de espírito*”, como sua atitude mental “mais essencial e mais velada”. Segundo essa atitude, “não existiria nada que não pudesse ser objeto de uma integração crítica e objeto de um conhecimento racional” (p. 188, ROPA, DUARTE, 1985). Faz parte dessa atitude “problematizadora”, o próprio interesse pelas causas de seu “problema” e um sentido de “historicidade”, isto é, a construção de uma “história da doença” como uma tentativa de responder a esse interesse e comprometida com a ideia de “desenvolvimento”.

Essa “historicidade” não seria uma característica da cultura holista das classes trabalhadoras urbanas, e, como destacam os autores, essa “*démarche*” afasta os trabalhadores e aproxima os indivíduos modernos da psicanálise, já que é considerada uma das condições para a própria eficácia terapêutica nesse sistema:

Mesmo que o analisado não tenha lido uma única frase de Freud, o *discurso cultural* do seu grupo, do amigo, ou do conselheiro lhe servirá de referência [...] É esta ‘ideia’ que o conduz até o analista: ideia que não surgiria se, paralelamente, o sujeito não fizesse sua hipótese de que existe uma *razão escondida* para o seu sofrimento, de que existe um sentido que deve ser procurado e encontrado. [...] Podemos dizer

que o engajamento psicanalítico se faz entre dois *discípulos* da teoria freudiana, o primeiro porque seria herdeiro do saber do texto e o segundo porque seria herdeiro de uma *cultura* que deu origem a este saber (CASTORIADIS-AULAGNIER, 1970 apud ROPA, DUARTE, 1985, p. 189, grifos dos autores)

Ressalvo que afirmar que toda pessoa que procura acompanhamento psicanalítico seja um “discípulo de Freud” – talvez inconsciente – é uma dedução teórica para a qual não encontrei fundamentação empírica. No entanto, como analiso adiante no sétimo capítulo, ao menos no campo do presente estudo, circula uma representação, especialmente na população do “asfalto”, de atribuições terapêuticas específicas dos saberes “psi” que misturam questões epistêmicas e morais relevantes. Neste sentido, este ensaio de Ropa e Duarte discute a necessidade de criticar a suposta universalidade do saber científico ocidental ou ao menos duvidar de que seu esquema de interpretação e tratamento seja o único viável e eficaz para lidar com “períodos de crise ou sofrimento que nós designamos como psíquico” (ROPA, DUARTE, 1985, p.181). Os autores consideram falho e perigoso “atuar em nome de uma suposta prevalência da ideologia dominante, desconsiderando as demais representações e visões do mundo”. Essa posição contribui para uma reprodução dos esquemas interpretativos dominantes e é uma atitude tão nociva quanto uma defesa preservacionista da cultura popular. Ao final do ensaio, eles destacam:

O que está em jogo não é apenas a justeza de uma certa concepção do psiquismo humano e a conveniência política ou humanitária de extensão de um “serviço de saúde às classes desprivilegiadas. Trata-se, isto sim, de uma questão cultural ampla (com repercussões políticas, sociais e econômicas) que exige uma urgente reflexão teórica sobre os problemas enfrentados pela sociedade moderna e sobre o papel que aí desempenham os saberes psiquiátrico-psicológicos. Mais do que nunca – mas certamente agora em bases bastante diversas das que pôde visualizar Freud – trata-se de pensar sobre “mal-estares da civilização” e “futuros de ilusões”. (ROPA, DUARTE, 1985, p. 201).

Como aponta Duarte, as críticas crescentes que apontam os problemas, seja do psicologismo, seja do fisicalismo, têm sido a base para a proposição de alternativas que se organizam em torno da “defesa da ‘pessoa’ ou da ‘personalização’ – ou seja, de uma atenção à totalidade ou singularidade do doente e de sua vivência. (DUARTE, 2003, p.178).

6.2.2 Antropologia “e/como” medicina de família

A medicina de família tem sido estudada como uma das alternativas às polarizações

epistemológicas produzidas pelo individualismo moderno e suas discrepâncias com os “holismos cotidianos” de pacientes e profissionais de saúde. Os estudos sobre a medicina de família de Octávio Bonet têm se destacado na análise das particularidades operativas e epistemológicas da medicina de família em cenários públicos de atenção à saúde no Brasil.

Antes de avançar no diálogo com os trabalhos de Bonet, entendo que é válido esclarecer o que chamo de “holismos cotidianos”. Ao usar essa expressão, pretendo divergir pontualmente do esquema interpretativo mais universalista de Duarte (o próprio autor o caracteriza assim em DUARTE, 2003). Proponho que não seriam apenas as classes trabalhadoras ou “menos ocidentalizadas” que teriam sua subjetivação envolvida em representações culturais com essas características. Elas também estão fortemente presentes, por exemplo, no interesse das classes média e alta por medicinas alternativas e complementares e, dentro da própria, biomedicina, como nos estudos que têm enfatizado os mecanismos “psiconeuroimunendócricos” (WATKINS, 1997) como modelo explicativo do adoecimento. Também assumo que, atualmente, me parece menos contextualizado na própria prática antropológica classificar “culturas” e experiências de grupos sociais como predominantemente “holistas” ou “individualistas”. As subjetividades contemporâneas, principalmente em cenários urbanos, são interpeladas por uma diversidade de matrizes socioculturais (BIEHL, GOOD, KLEINMAN, 2007) que torna difícil, ou mesmo inadequado, apresentar compreensões homogêneas de suas “culturas”, ainda que a referência a uma ou mais “culturas” e “grupos sociais” seja um recurso valioso na defesa de um pluralismo epistemológico das práticas de saúde. Posições reduzidas a reafirmações ou críticas unilaterais de determinadas matrizes socioculturais dificultam a visibilidade da circulação pragmática de “ontologias cotidianas do *self*” como observado por Vidal e Ortega. Para buscar cuidados em meio a experiências de sofrimento, “nós trocamos de registros em nossas maneiras de agir, experienciar, interagir, bem como pensar e falar sobre nós mesmos e os outros [...]”⁸⁴. (VIDAL; ORTEGA, 2017, p. 17, tradução minha).

Em *Os médicos da pessoa*, Bonet (2014) analisa os resultados de sua pesquisa de doutorado sobre a construção da identidade dos médicos de família como um grupo social, na Argentina e no Brasil. Para compreender as análises tecidas pelo autor sobre a medicina de família, é válido dar um passo atrás e retomar algumas questões levantadas por sua dissertação de mestrado, *Saber e sentir: uma etnografia do aprendizado da biomedicina*

⁸⁴ Texto original em inglês: “We shift registers in our ways of acting, experiencing, and interacting as well as thinking and speaking about ourselves and others [...]”

(2004). Neste trabalho, o autor apresenta sua etnografia sobre a experiência de formação de residentes de clínica médica em um hospital-escola de alta complexidade da Província de Buenos Aires, Argentina. A residência é analisada como processo de aquisição do *habitus* do trabalho médico, em que se estabelece uma legitimação do conhecimento biomédico como saber científico e normativo. Durante esta aquisição, os jovens profissionais experimentam conflitos e tensões denominadas, por Bonet, *tensão estruturante*. Os sentimentos e contextos biográficos e sociais, tanto de pacientes quanto de médicos, são excluídos do foco dos procedimentos típicos do trabalho médico, como as visitas às enfermarias e passagens de sala, as discussões de caso, o planejamento e realização das intervenções diagnósticas e terapêuticas. Neste contexto, aprender e fazer medicina implica muitas vezes rechaçar ou ao menos estranhar e evitar contato com paixões, identificações e transferências, em favor de uma visão universalizante, compartimentalizada e digitalizada que se tornou característica da biomedicina como ciência das doenças. Todavia, este caminho é seguido de forma conflitiva, com receio, medo e preocupação, pelos próprios residentes. Eles percebem esta dualidade, entre o saber científico e o sentir humano, mas se veem sem saída, por se tratar de um traço estruturante de próprio modelo biomédico.

Por outro lado, em *Os médicos da pessoa* (BONET, 2014), é descrita uma possível alternativa à tensão estruturante da biomedicina: a experiência dos médicos de família. Esta experiência é tratada sob duas perspectivas: a da institucionalização e a epistemológica. A primeira perspectiva se apresenta como uma narrativa crítica elaborada a partir de entrevistas com médicos de família e observações de eventos sobre a constituição da medicina de família como especialidade médica e a organização de suas entidades representativas. São apontados os discursos de diversos grupos que, mesmo com mais semelhanças do que diferenças, disputaram a hegemonia destas entidades nacionais em construção. A semelhança principal se encontrava no reconhecimento, enquanto especialidade médica, de uma medicina que propõe a superação da tensão estruturante do modelo biomédico, e a prática de um “método clínico centrado na pessoa”, que integra interesses e necessidades de médicos e pacientes, tanto em questões biomédicas como psicossociais. As diferenças incluíram, por exemplo, os conflitos entre uma ênfase mais política/social ou científica/clínica como papel da especialidade e de seus membros, a relação e disputa de espaço com outras especialidades médicas, a presença nos sistemas públicos e privados de saúde, e os modelos de atuação comunitária e territorial.

Quanto à segunda perspectiva da tese, a epistemologia, para Bonet, não é vista como

filosofia da ciência, mas é utilizada num sentido batesoniano. Epistemologia é entendida como o conjunto de premissas de pensamento que estão na base de toda interação entre as pessoas. No ramo epistemológico da pesquisa, Bonet se dedica à análise das observações de consulta e à maneira como os médicos de família colocam em prática sua proposta de uma medicina centrada na pessoa, pautada pela integralidade. Foram observadas, como parte da rotina de trabalho do médico de família: a abordagem de sintomas medicamente inexplicáveis, das repercussões físicas de sofrimentos psíquicos e vice-versa; a extensão de sua atenção e cuidados à família e à rede social dos pacientes; a escuta e os diálogos em torno das emoções e de situações da vida pessoal dos pacientes como parte da clínica; a abertura à integração com a medicina popular e sistemas médicos alternativos e complementares; a complexidade e o paradoxo ético das tarefas de aconselhamento, promoção e educação em saúde.

Ao concluir sua pesquisa, Bonet observa que a pessoa, centro da medicina de família, não é o indivíduo universal, pilar do pensamento científico moderno, mas um sujeito social cuja existência é interdependente com seu entorno. Este sujeito é preenchido de emoções e sentimentos, buscas de significados e sentidos, para os quais os médicos de família também tentam desenvolver novas habilidades de abordagem e acolhimento, distintas das preconizadas pela biomedicina. A medicina de família, por se opor a um modelo de medicina universalizante e digitalizador, se abre a uma condição polissêmica, holista e de sincretismo epistemológico, em que existe uma pluralidade aceita de formas e definições de sua prática, de acordo com as necessidades das pessoas, coletivos e sociedades a quem ela é oferecida como recurso de cuidado.

Para analisar as práticas dos médicos de família, Bonet tem utilizado, de forma recorrente, a abordagem antropológica de Tim Ingold. O conceito de *skill*, por exemplo, foi aplicado para descrever a forma como o médico de família precisa recorrer à “sua trajetória, sua interioridade e seu estar no mundo” para lidar com as irrupções de emoções e manifestações de sofrimento em suas consultas (BONET, 2006). Em *Sentindo o Saber* (BONET, 2015), Bonet emprega o conceito de Ingold de “educação da atenção” para mostrar como se produz o aprendizado dos médicos de família, em um programa de residência desta especialidade. Os residentes de medicina de família aprendem, “na prática”, como lidar com as demandas clínicas de seus pacientes, criando habilidades para operar em seus ambientes de trabalho, num processo de “reprodução orientada”, um “copiar dirigido que envolve improvisação e criatividade” (BONET, 2015, p. 273)

Pretendo empregar de forma mais abrangente esse uso analítico da obra de Ingold para

mostrar como os residentes atendem às pessoas com experiências de sofrimento. Em *Anthropology and/as Education*, Ingold (2017) estabelece várias semelhanças, considerando princípios e métodos, entre seu projeto antropológico e a educação na forma como é apresentada por John Dewey. Minha hipótese é de que essas semelhanças também podem ser estabelecidas com a prática terapêutica da medicina de família, apontando novos elementos de convergência, além dos já propostos por Bonet. Antes de analisar essas semelhanças, argumento brevemente como o projeto antropológico de Ingold oferece contribuições para uma superação da dicotomia natureza/cultura.

No balizamento teórico geral deste trabalho, venho explorando alternativas à matriz epistemológica dicotômica que produz as interpretações polarizadas quanto às abordagens da experiência de sofrimento na Saúde Mental Global. Da mesma forma como Duarte desenvolveu um esquema analítico – indivíduo/pessoa – e recorreu à categoria “perturbação físico-moral” para mostrar que a experiência “nervosa” de trabalhadores não era adequadamente interpretada pela divisão físico-mental do sujeito, entendo que as práticas dos médicos de família também não podem ser interpretadas simplesmente situando-a num dos polos da Saúde Mental Global. Como demonstrado por Bonet, a epistemologia que produz essas práticas tem diversos elementos “holistas” e por isso demanda um tratamento antropológico que se situe como uma opção à falsa oposição natureza vs. cultura.

A residente Marisa retratou assim a insuficiência da dicotomia – biologia e social – para explicar a depressão:

Se é falta de substância nem faz sentido, mas faz sentido a partir do momento que você entende que tudo, inclusive a produção hormonal vem *da sua vida*, né? Vem dos seus sentidos, das suas concepções externas. Não foi de repente assim que parou de produzir substância, claro que você não vai entender tudo a partir daí, né? Com a Tânia assim, você vai entender todas as perdas que ela teve, todo abuso que ela sofreu, todo abuso que ela sofre hoje em dia, ainda é muito mais importante que qualquer medicação que eu faça pra ela, pra mim a depressão vem daí. (Marisa, grifos meus).

Em resposta a esta dicotomia, Ingold propõe que a divisão natureza e cultura só se sustenta quanto a investigação antropológica se ocupa de definir o que os homens são, quando acreditam ser possível descrever uma imagem do homem fora do mundo, da matéria e das “coisas”. A “máquina antropológica” descrita por Agamben nos separa, através capacidade de autoconhecimento, do contínuo da vida orgânica que nos sustenta (INGOLD, 2012a, p. 42). Para reverter essa situação, é preciso pensar os seres humanos não pelo que são, mas pelo que

vivem. Em referência a Ortega y Gasset, Ingold afirma que os seres humanos não *são*, eles *vivem*. “Vida” é a principal categoria utilizada por Ingold para tematizar sua proposta.

Ainda que a categoria presente na designação do método dos residentes seja “pessoa”, proponho, baseado nas experiências deles e dos pacientes, que a categoria “vida”, no sentido proposto por Ingold, oferece um espectro mais amplo de correspondências com os significados emersos do campo. O residente Jaime recorreu diversas vezes em suas falas à categoria “vida”, ao traduzir seu modo de estar presente e se movimentar nas consultas e nas visitas. Quando perguntado sobre o que o mobilizava na sua opção pela residência em medicina de família e no enfrentamento das dificuldades na oferta de recursos de cuidado para a população de sua equipe, o residente Jaime se referiu a um “compromisso com a vida”. Descreveu a vida como tudo que nos move e transforma. E concluiu “a depressão é meia morte”. A “valorização da vida” foi apontada por Jaime como um sentido fundamental da sua prática médica. “Vida” representava toda possibilidade de troca, de movimento, de interação entre as pessoas.

Agora tem um princípio que é muito claro pra mim, que é o princípio de valorizar a vida. Pode até ser que eu não tenha valorizado muito a minha antes [risos]. Mas é: vida. Tem que estar vivo, tem que ser vivo. Fé e ideologia? Na vida. A gente crê na vida, movimento pró vida, na melhoria da vida, qualidade de vida. E aí nesse sentido de melhor vida, etc. eu sinto, nesse movimento, toda essa culpa. Vida, qualquer vida. [o que é vida pra você?] Porra, acho que é nossa única condição de existência, de troca, acho que não existe nenhuma condição de troca, que não seja vida. Na depressão a gente fica meio morto. (Jaime, residente da equipe do morro)

Seguindo essa pista de Jaime, da depressão como “meia morte”, retomo a interpretação dos residentes de que a “disfuncionalidade”, característica do diagnóstico de depressão, seja equivalente a um “comprometimento da vida”. Proponho reunir esses atributos à categoria de “sofrimento”, desenvolvida no quinto capítulo, e sugerir uma reconfiguração dos sintomas depressivos acompanhados no campo como “vidas em sofrimento”.

Ingold afirma que a tarefa da antropologia não é fazer etnografias, que ele descreve como “estudar as pessoas em seus mundos”, mas estudar *com* as pessoas em seus mundos. A antropologia “é uma investigação constante e disciplinada das condições e potenciais da vida humana” (INGOLD, 2015, p. 25). A vida não é “um movimento em direção a um desfecho final”, mas é melhor definida por sua capacidade de “continuamente ultrapassar as destinações que são atiradas em seu percurso”. “A vida, em suma, é um movimento de abertura, não de encerramento” (INGOLD, 2015, p. 26). As pessoas em experiências de

sofrimento que acompanhamos se veem sem alternativas, imobilizadas, sem vida. Francisca, uma paciente do morro descreveu nesses termos como foi o assassinato de seu filho em seus braços e o impacto dessa memória em sua vida:

Porque ele [filho de Francisca] desceu comigo daqui até lá em baixo na virada do acesso pra chegar na UPP. Quando chegou ali uma pessoa me deu um chute, me ofendeu isso aqui e eu cá agarrada com ele. Eu por baixo e ele por cima e eles atiraram, entendeu? Mas Deus me guardou que não pegou um tiro em mim, só passou assim de raspão. E ele morreu. E dali pra cá, eu senti que eu fui assim, feito uma árvore eu fui murchando, eu não fui mais aquela Francisca que eu era, eu era dançarina eu era modelo e eu desfilava, não. Eu não tenho mais, é o que Jaime fala, “*Francisca, vai viver*”. Não, não vou, *não vivo mais*. (Francisca, paciente do morro, grifos meus).

O reconhecimento das manifestações de sofrimento social como “vidas em sofrimento”, em que as vidas estão fragilizadas ou mesmo parcialmente extintas, me permite articular as práticas dos residentes como uma abordagem centrada na “vida”. Ainda que a categoria de “pessoa” remeta, como apontado por Duarte, a sujeitos menos individualizados e mais holistas, seu uso no Ocidente tem uma construção particular já problematizada por Mauss (MAUSS, 2003; SPINK, 2011). Nessa construção, o seu acabamento moderno é produzido pela sua redução a uma “consciência psicológica”, um “Eu” cujos alicerces originais podem ser datados de dois séculos e meio atrás – atualizando os cálculos de Mauss (2003, p. 384).

Sugiro que o uso de “pessoa”, bem como a ideia de um “modelo biopsicossocial”, também citado pelos residentes, descreve os pacientes como seres fundamentalmente “psicológicos” e “sociais”. Sem desmerecer os aportes trazidos por essa perspectiva, defendo que o campo abre espaço para operar esta conceituação além da costura de universos fragmentados – bio, psico, sócio, cultural, espiritual – e ver a vida humana “além da humanidade” como convida Ingold. Como disposto por Bonet, Ingold, no lugar de se aproximar desses problemas produzidos pela segmentação das disciplinas e conceitos através da perspectiva da *complementariedade*, propõe como alternativa a *obviação*:

Nessa perspectiva, a cultura, a mente e o corpo se dissolveriam no todo organismo-pessoa. O ser humano seria não um produto do desenho genotípico independente do ambiente, mas a consequência das potencialidades generativas e criativas do sistema de desenvolvimento. Isto é, “um sistema inteiro de relações constituído pela presença do organismo, incluindo os genes num ambiente concreto” (INGOLD, 2008 apud BONET, 2014). O corolário disso é que não existe uma natureza humana independente dos inúmeros modos que os humanos têm de viver as suas vidas (BONET, 2014)

Sem me ocupar da teorização do conceito própria do campo da medicina de família (STEWART et al., 2017), identifiquei que “fazer medicina centrada na pessoa”, no contexto estudado, significava pôr em prática aqueles três tipos principais de procedimentos que designei “escuta”, “vivência de si” e “instrumentalização para a melhora”. Usando a descrição de Jaime, proponho interpretar o eixo escuta-vivência-instrumentalização como um percurso de “reengajamento com a vida” das pessoas que atravessam experiências de sofrimento. É, a partir desta perspectiva, que vejo outras conexões entre o projeto antropológico de Ingold e a medicina de família.

A obra de Ingold apresenta uma extensa semântica de conceitos que representam chaves interpretativas para uma antropologia que assume esse objetivo menos descritivo e mais produtivo e criativo, e que coloca a “vida” no centro do seu projeto. Entendo essas diversas chaves como modos de se mover no mundo compatíveis com as qualidades de abertura, não acabamento e longitudinalidade da própria vida. No caso da vida humana, sem descartar a possibilidade dessa descrição se estender a outros animais, comparando, também a partir de Agamben, *bios* e *zoe*, Ingold afirma que os humanos não apenas “vivem” mas “lideram suas vidas” - “*We lead them*” (INGOLD, 2017, p. 20). Não se trata de “liderar” no sentido de uma “transmissão” de um modelo de vida humana, de um colocar em prática um planejamento pré-concebido do que deve ser a vida. Transmissões de modelos prontos encerram a vida e a limitam à reprodução do que já existe, isso impede o seu próprio fluxo. O que produz a diferença entre “viver” e “liderar a vida” é “atenção”. Ingold desenvolve sua argumentação apontando para uma educação e uma antropologia que sejam “contra a transmissão” e “pela atenção”.

“Atenção” deriva do latim “ad-tendere” que significa literalmente “esticar-se, estirar-se na direção de” - *to stretch* (tendere) *toward* (ad). A “atenção”, na proposta de Ingold, envolve um deslocamento da experiência, de uma crítica autorreferente, para uma presença “correspondente” no mundo. “Atentar” é a operação que perpassa desde o “escutar” um som distante, até outras atitudes “de atenção” como “cuidar das pessoas e das coisas, de uma forma que prática e diligente; aguardar, na expectativa de um chamado ou uma convocação; estar presente ou tornar-se presente, em uma ocasião; seguir com os outros, num juntar-se ou acompanhá-los”. Uma outra expressão importante da “atenção”, entendida neste sentido de “estiramento”, é “ansiar” - *longing* - como uma ação intransitiva de abertura e disposição à transformação (INGOLD, 2017, p. 21).

Quando o residente Jaime passou “o trabalho de casa” para Janaína, ele convidou Janaína a ter *atenção* com a sua experiência:

Vou te passar um “trabalho de casa” também. Quero que você responda no papel três perguntas [escreve num receituário e fala em voz alta]: três coisas boas neste momento, três coisas ruins, três coisas que estou aprendendo. Pôr no papel é um exercício diferente, às vezes a gente não sabe porque está sofrendo. Ajuda a organizar. Ajuda a entender como a gente está se me vendo. (Jaime, residente da equipe do morro).

A relação entre a “atenção” e o “habitar” é um ponto chave para a o estudo dos movimentos da vida humana segundo Ingold. Em *Anthropology and/as Education*, Ingold emprega a aproximação de Dewey sobre o “processo de viver”, descrita em *A Arte como Experiência*, para trazer diversos elementos que o apoiam nesse argumento. Para Dewey, a vida depende uma continuidade entre atuar sobre o ambiente e ser atuado por ele. Entre “fazer” e “se submeter”, formam-se “hábitos” no intercurso com o mundo e é possível “habitá-lo”. Ingold propõe que o “hábito” seja entendido como um princípio operativo que dissolve uma falsa oposição entre “fazer” e “se submeter”. Submeter é algo que é feito e fazer é um ato de submissão. Todo “fazer” se finaliza pelo “submeter” que representa um novo começo para a vida. Na experiência, é preciso, nas palavras de Dewey, “a saída de energia para se possa recebe-la, não uma conservação da energia”. Jaime faz uma referência direta ao uso da “energia” em suas consultas:

[A depressão] não é esquizofrenia, você não rompe com a realidade, o chato é isso, você tem uma noção muito séria do que, muito arrastada, arraigada do que que é uma realidade, uma visão pessimista dela, entendeu? Nessa visão você está vazio, você não tem sentido, você está embolhado às vezes. Por isso que esse movimento inicial, às vezes, envolve um empréstimo de energia, né? Da gente, dos familiares, da igreja, da atividade física, às vezes. Se o cara tá muito mal, cara, a energia tem que vir de fora, não tem jeito, o cara tá esvaziado. (Jaime, residente da equipe do morro).

Habitar envolve “atencionalidade” em distinção a uma “intencionalidade”. No hábito, a atencionalidade assume prioridade ontológica como modo fundamental de estar no mundo. Ela envolve um seguir junto aos seres em um acompanhamento longitudinal, e não transversal, do seu percurso e desenvolver uma consciência *com* eles e não *deles*. Na atencionalidade, os seres não interagem simplesmente, mas se *correspondem* sem objetivos estritos, descobrindo e respondendo às suas singularidades, comunicando suas diferenças. A atencionalidade possui como um de seus aspectos fundamentais o cuidado. “Cuidar do mundo

em que vivemos, com todos os seus habitantes humanos e não humanos” não diz respeito tanto a entender esses seres, mas a “restaurá-los à presença”, de modo a estarmos atentos e responder ao que tem a dizer. O cuidado não é algo que possuímos, mas que devemos, no sentido de uma dívida, de um débito ontológico que saldamos. É neste sentido que a atenção é constituída pelo que chamamos de um “anseio” intransitivo, inacabado que faz com que o único desfecho possível para a vida, seja a própria vida.

Os residentes promovem junto aos pacientes o mesmo processo de “educação da atenção” que aprendem na residência, como foi descrito por Bonet (2015). Os três procedimentos da medicina centrada na pessoa criam condições para que os pacientes se escutem e reconfigurem suas trajetórias. O *ad-tendere* é vivido em diversos comportamentos dessa abordagem: o silêncio, as perguntas sobre relações do seu sofrimento com sua história de vida, a exploração de experiências que produzem prazer e bem-estar. Os pacientes são convidados a descobrir novos caminhos para seguir vivendo. “Escuta”, “vivência de si”, “instrumentalização” são exercícios de cultivo da atenção para re-habitar o mundo e de descoberta do que fazer *com* as próprias vidas.

Dentro dos procedimentos de “instrumentalização”, o lugar de destaque ocupado pelo “fazer rede” como forma de superar o isolamento social converge novamente com o modelo de aproximação da vida proposto por Ingold. “O meio onde a vida se faz (o *environment*) é, para Ingold, não uma rede de pontos interconectados, mas um emaranhado de linhas entrelaçadas.” (BONET, 2014, p. 335). No lugar de rede, esse emaranhado de linhas é melhor traduzido pelo conceito de *malhas*, de tramas que estão vivas e que constituem o próprio modo de estar presente dos seres no mundo – um exemplo clássico do antropólogo britânico neste sentido é a relação entre a rede e a aranha. Os ambientes não são cenários pré-formatados ocupados pelos seres, mas uma malha viva, em crescimento. Os fios não conectam pontos autônomos, como ele critica na teoria do ator-rede de Bruno Latour, mas os pontos são encontros “vivos” dos próprios fios. Os seres são as linhas de conexão e as linhas se encontram nos pontos. (MAFRA et al., 2014). Essa interpretação converge com a ideia de que, na depressão, os seres, pelo isolamento social, ficam “meio mortos”

“Ter rede” como proposto pelos médicos de família é um fator protetor para o desenvolvimento da depressão. “Estar em rede” é estar vivo, produzir diálogos e percepções sobre a própria experiência capazes de reconfigurá-la. As “redes” traduzidas pela oferta dos grupos, não são apenas espaços abstratos, pré-formatados. São malhas em que os pacientes os pacientes produzem novas subjetivações.

As chaves analíticas de Ingold também nos apoiam na interpretação do uso dos medicamentos. Neste sentido, é válido utilizar a distinção que desenvolve entre “objetos” e “coisas”. O conceito de “objeto” remete à divisão operativa sujeito-objeto da qual ele pretende se desviar na sua antropologia. Ingold se coloca tributário da mesma linha argumentativa desenvolvida pelo filósofo alemão Martin Heidegger em seu ensaio *A coisa*. Para Heidegger, o “objeto” se apresenta como um “fato consumado” que apresenta suas superfícies e características para a inspeção de um sujeito que lhe é externo. Em contraposição, a “coisa” não é fixa, mas um “acontecer”, um lugar onde vários acontecerem se entrelaçam:

A coisa tem o caráter não de uma entidade fechada para o exterior, que se situa no e contra o mundo, mas de um nó cujos fios constituintes, longe de estarem nele contidos, deixam rastros e são capturados por outros fios noutros nós. Numa palavra, as coisas vazam, sempre transbordando das superfícies que se formam temporariamente em torno delas. (INGOLD, 2012b, p. 29).

Neste sentido, estudar as “coisas” implica em acompanhar os fluxos de materiais que as constituem. Esses fluxos não são seus conectores, como se as coisas fossem pontos de uma rede, mas são seus constituintes e se estendem para além delas. As coisas se formam nos percursos das linhas de circulação de materiais e não “entre” elas. A vida é inerente a estas próprias circulações. Assim, proponho observar como os medicamentos se apresentaram, no campo, como “coisas” e não como “objetos”. Essa concepção dos medicamentos como “coisa” estava presente na metáfora da “muleta” e do “casaco” usada por Jaime e Marisa para explicar aos pacientes como os antidepressivos funcionavam. Pacientes e médicos percebiam que os medicamentos aliviavam os “sintomas” da depressão. Os pacientes estendiam esta percepção para o uso dos benzodiazepínicos também. Como o casaco, o remédio alivia o “frio” trazido pela depressão. Como a muleta, ele te permite ficar de pé. Mas lembro da ênfase dos médicos: não são eles que lhe farão andar. Não é o casaco que faz você sair de casa quando está frio. Os medicamentos são incorporados como uma ferramenta de suporte, que precisa ser integrada a um movimento mais amplo para produzir uma saída daquela situação. A pergunta que as consultas centradas na pessoa procuravam responder era, portanto: o que faz “andar”? A resposta a esta pergunta seria sempre singularizada. Não havia um tratamento pré-formatado da experiência de sofrimento. Encontrá-lo envolve um “redescobrimto guiado” (INGOLD, 2008 apud BONET, 2014, p. 333) das qualidades e potências de estar vivo, mediado pelas perguntas feitas pelos residentes.

Em síntese, proponho que a “medicina centrada na pessoa” implementada pelos residentes pode ser reconfigurada, com a mediação teórica de Bonet e Ingold, como uma prática de “reengajamento com a vida”. A matriz teórica de Ingold oferece uma compreensão alternativa à costura “biopsicosociológica” que retrata experiências de pacientes, discursos e práticas dos residentes. Os residentes e pacientes vivem seus sofrimentos, inquietações e movimentos terapêuticos sem fazer esse tipo de separação. Não seria, portanto, adequado imputar a eles uma teoria que tenta remendar cortes epistemológicos que eles mesmos não fazem. Diante das “vidas em sofrimento”, os residentes colocam a “vida” no centro das práticas de cuidado: *com* os pacientes, reaprendem a habitar o mundo através da “educação da atenção”; dispõem da *materia medica*, os medicamentos, como “coisas” que se extravasam e não como “objetos” contidos; promovem as relações sociais como “malhas” em movimento e não como fios entre pontos estáticos de existência autônoma.

A “cronicidade” do acompanhamento dos pacientes com sintomas depressivos, que oscilavam entre experiências de melhora e piora, remete ao meu último comentário deste capítulo. Diante da longitudinalidade das “vidas em sofrimento”, uma das características das consultas “centradas” na pessoa era uma certa sensação de que nada estava sendo exatamente resolvido. Ficava sempre alguma questão para ser retomada em uma próxima consulta, às vezes agendada, às vezes um “retorno em aberto”. Neste aspecto, me parece que é possível estabelecer mais uma correspondência entre a visão de Ingold sobre a antropologia e os cuidados às pessoas com depressão. Para Ingold, a antropologia é uma prática sempre em aberto e que não tem por objetivo chegar respostas finais que forneçam algum tipo de solução à vida social. Seu objetivo é revelar e participar da construção dos caminhos em que essa vida social possa continuar seguindo, em um processo de descoberta:

Mas o ponto sobre a antropologia, como Dewey afirmou para a educação, não é que ela deva terminar em desfechos finais, mas que ela deve se abrir para novas experiências, tornando possível um processo de crescimento e descoberta que não acaba e está sempre começando.⁸⁵ (INGOLD, 2017, p.65, tradução minha).

Os residentes não procuravam desfechos muito definidos, nem faziam pactos em torno de planos muito detalhados com os pacientes. As consultas eram muitas vezes rápidas, dando a sensação, como apontei, de que ficava ainda algo por ser avaliado ou conversado. Recorro

⁸⁵ Texto original em inglês: “But the point about anthropology, as Dewey said of education, is not that it should end in final outcomes but that it should open up to experiences that themselves open to further experience, making possible a never-ending and always beginning process of growth and discovery.”

novamente a um exemplo de Ingold, o da caminhada. Os residentes reconheciam que os sofrimentos dos pacientes não demandavam propriamente uma solução, um encerramento, mas uma presença, um testemunho, uma companhia na travessia destas paisagens obscuras da vida, que não chegam a um término propriamente. A ausência de término, entretanto, não impede que se possa explorar novas trilhas e novas formas de caminhar.

7 SOCIAL, MORAL, VITAL

“Eu achava normal, mas depois percebi que podia ser uma doença”

Durante o acompanhamento das equipes de asfalto, houve uma participação maior da psiquiatra matriciadora nas consultas e nas propostas de tratamento. Nas consultas observadas, isso se deu, em parte, pelo fato dos pacientes virem “mexidos de plano de saúde”, com diagnósticos e tratamentos já incorporados em seu discurso, e em geral demandando o encaminhamento para um psiquiatra ou psicólogo. Os residentes recorriam à oferta de uma consulta compartilhada com a psiquiatra matriciadora. Ainda que o discurso dos residentes focasse no histórico prévio de saúde mental desses pacientes como justificativa para essa conduta, observei que a pressão mais incisiva do paciente do asfalto pelo especialista em psiquiatria e o agendamento acessível do matriciamento diminuía as tentativas de um manejo inicial autônomo pelas residentes nesses casos. Na consulta de Mônica, acompanhei essa estratégia de abordagem. Mônica era uma paciente de 48 anos, morena, e cabelos longos e pretos. Foi convidada por Michele e entrou na sala. De óculos escuros.

— Olá, Mônica! Eu sou dra. Michele, o que traz você aqui hoje?

— Eu queria pedir um encaminhamento para colonoscopia e para o psiquiatra.

— Sim, e porque você acha que precisa de um psiquiatra?

— Eu tenho história de polipose intestinal, síndrome do cólon irritável, depressão e ansiedade.

— No momento, você está sentindo alguma coisa?

— Tenho me sentido muito nervosa, irritada. Meu filho tem diagnóstico de TOD [transtorno opositivo-desafiador]. Têm horas que acho melhor que eu estivesse morta. Eu estava fazendo tratamento para depressão com um psiquiatra, mas agora não posso mais pagar, então estou procurando atendimento aqui.

— E baseado em que ele fez esse diagnóstico?

— Eu descobri isso procurando tratamento para o meu filho. Eu levei ele para um psiquiatra encaminhado pela psicóloga. Mas descobri que ele não atendia crianças. Expliquei para ele que eu não tinha mais controle, só conseguia gritar com o meu filho, pegava chinelo pra bater. Aí ele disse: “Quem está precisando de tratamento, ajuda é você”. Ele me avaliou e passou um medicamento.

- Qual foi o medicamento?
- Citalopram
- Entendi. Eu vou fazer algumas perguntas para que eu possa avaliar melhor seu caso.
- Certo.

Michele abriu o arquivo do “Cartão Babel”⁸⁶ no computador e iniciou as perguntas do questionário de rastreamento e classificação da depressão.

- Você tem se sentido triste?
- Sim, muito.
- Perdeu a vontade de fazer as coisas no dia a dia?
- Não tenho mais vontade pra nada e tudo me irrita.
- Como está o seu sono, alimentação?
- Acho que durmo bem e me alimento bem também.
- Tem se sentido culpada, com baixa autoestima?
- Não me sinto bem com nada meu.
- Tem conseguido se concentrar pra fazer as coisas?
- Não, a cabeça às vezes fica vazia, não tenho ânimo.
- Já pensou em fazer mal a você mesma?
- Já planejei sim. Uma vez pensei em me atirar no trilho do metrô. Planejei mas fiquei em casa.
- Isso tem muito tempo?
- Tem uns dois meses.
- E agora como estão esses pensamentos?
- Quando vem, eu penso nos meus filhos. Não vou fazer isso não.

Em seguida, Michele fez também as perguntas do questionário Babel referentes à ansiedade, tendo Mônica pontuado para ansiedade moderada.

- Mônica, aqui na Saúde da Família, quem faz o acompanhamento dessas questões é o médico de família. Mas a gente tem uma psiquiatra que faz uma avaliação junto com a gente de alguns casos.
- Mas eu não vou ser acompanhada por uma psiquiatra?
- Não diretamente, mas ela hoje está aí e pensei em chama-la para nossa consulta, o que você acha? Tudo bem?
- Tá, então, ela vem agora?
- Sim, eu vou conversar com ela e ver se ela já pode vir agora.

Michele saiu da sala e foi procurar a psiquiatra. Era turno dela na unidade. Elas retornaram juntas. A matriciadora perguntou novamente sobre a história de Mônica, o

⁸⁶ Trata-se de um folheto (também disponível em forma digital em <http://lct-ead.nutes.ufrj.br/constructore/objetos/Cart%e3oBabel.pdf>), elaborado pelo Grupo Babel, um conjunto de acadêmicos e profissionais de saúde dedicado ao estudo e aperfeiçoamento das ações de saúde mental na atenção primária (CHIVAVERINI, 2011). Neste cartão, uma folha A4 frente e verso, encontram-se modelos de questionários, validados nacional e internacionalmente, de rastreamento e avaliação de transtornos mentais (por exemplo, depressão, ansiedade, risco de suicídio, tabagismo e dependência de álcool) para apoiar o trabalho dos profissionais da atenção primária.

que ela sentia. O relato de Mônica foi um pouco mais extenso dessa vez, destacando o elemento principal de sua queixa era a “irritabilidade”.

- O que você acha desse seu comportamento – perguntou a psiquiatra?
- Eu achava normal. Mas depois percebi que podia ser uma doença. O psiquiatra que eu consultava me ajudou a ver que eu precisava de ajuda.
- Além de irritação, você sente mais alguma coisa?
- Tristeza, vontade de chorar.
- Tem alguma coisa que você deixou de fazer por falta de interesse?
- O meu primeiro tratamento foi em 2014, melhorei muito. Mas depois da demissão eu tive de parar o acompanhamento e também parei o tratamento.
- Como tá a sua rotina hoje em dia?
- Estou tentando procurar emprego, mas está muito difícil. Não tô com vontade de fazer nada.
- E na sua casa como é?
- Em casa, somos eu e meu filho. O pai do meu filho era usuário de drogas, de crack e eu me separei, ele era bem pequeno.⁸⁷

A psiquiatra também perguntou sobre o filho de Mônica, como ele havia sido diagnosticado com TOD. Ao final da consulta, foi proposto que Mônica voltasse a usar medicação. Inicialmente, a sugestão da psiquiatra foi fluoxetina, mas Mônica não concordou. Disse que preferia voltar ao citalopram, porque tinha dado certo da primeira vez. E ficou acordado assim. A psiquiatra solicitou que fosse marcado uma nova consulta e que, dessa vez, gostaria de conhecer o filho de Mônica também.

A consulta com o filho de Mônica não ocorreu no período de observação. Ela voltou sozinha para avaliação com Michele e a matriciadora duas semanas depois. Disse ter iniciado a medicação e estar se sentindo melhor. Nesse interim, entrevistei Mônica. Entre todos os pacientes que entrevistei, Mônica foi quem teceu mais críticas ao modelo da Estratégia Saúde da Família. Ela ficou “pouco à vontade” com o anúncio de que seu acompanhamento mais próximo seria feito pela médica de família e não por uma psiquiatra. Para Mônica, a médica de família não teria conhecimentos, como os de um psiquiatra, para fazer o acompanhamento do seu caso.

Porque essa situação de passar por um médico de família, obviamente eu entendi que a médica de família ia me analisar pra encaminhar pra psiquiatra. Até aí, beleza! Mas, quando ela disse que o meu acompanhamento não seria feito pela psiquiatra, seria feito por ela, porque há muitas situações que ela pode acompanhar, isso aí me deixou pouco à vontade. [...] Essa questão de ter atendimento com a médica da

⁸⁷ Retirado do caderno de campo 08/03/2017.

família, que eu não sei assim, pra mim ficou a impressão de que tá faltando alguma coisa. É, pode ser que pra outro, por exemplo, se eu nunca tivesse passado pelo atendimento com psiquiatra no consultório particular, talvez isso fosse ser suficiente, eu talvez não tivesse um parâmetro pra, pra comparar. Mas como eu tive uma outra vivência, eu não achei bom, eu acho bom você ter acompanhamento pelo psiquiatra. Mesma coisa ela falou do psicólogo, aqui tem atendimento com psicólogo, mas é basicamente a mesma coisa, “eu vou tá presente”, meio que intercedendo aí nas consultas. (Mônica)

Ela avaliou positivamente seu período anterior de acompanhamento com um psiquiatra particular e tinha a expectativa de que pudesse ter o mesmo tipo de atendimento na unidade pública. O acompanhamento de seu filho com TOD também era feito, a cada dois meses, em consultas psiquiátricas em consultório privado. Nessas consultas, o psiquiatra “tá ali presente, ela tá olhando no olho do paciente, ela ouvindo, né? Tá perguntando as coisas pro paciente e não tá perguntando como você pergunta quanto tá o quilo do tomate na quitanda, né? ”. Mônica destacou negativamente a pergunta feita por Michele “e por que você acha que precisa de um psiquiatra?”. Ela se sentiu “desconfortável”, “invadida”, “com medo”:

É, eu fiquei preocupada quando eu falei, quando ela chegou e falou assim: “mas porque que você acha que você precisa de um psiquiatra?” Ela me fez essa pergunta. Eu falei “ah, porque eu vim de um, eu já fazia tratamento”. “Ah, então tá, você já fazia tratamento, você tomava o quê?” Não sei o quê. Eu fiquei com medo disso, né? Porque eu fiquei pensando assim, “caramba, se eu não tivesse psiquiatra nenhum? Será que eu teria, ela iria me atender e acharia que eu estaria com problema?” [...] A impressão que deu é tipo assim, é, sei, você tá no achismo, né? Eu também acho muita coisa, minha filha. Eu também acho que eu tenho que ficar rica, eu também, sabe? Também acho que eu preciso de uma lipo, também acho que eu preciso de uma cirurgia plástica, sabe? Ficou uma coisa assim, meio esquisita essa pergunta, entendeu? Por que que você acha que você precisa de um psiquiatra? Eu não sei, se ela me fizesse essa pergunta antes, eu acho que eu teria levantado, assim, teria ido embora se não tivesse passado pelo psiquiatra. (Mônica, paciente moradora do asfalto)

Em contraste, Mônica ressaltou que o psiquiatra particular, “sem que ela precisasse falar nada”, percebeu que ela tinha depressão. Inicialmente, ela havia procurado esse psiquiatra para acompanhamento do filho. Mônica recordou o que psiquiatra lhe disse após o relato dela sobre as dificuldades com o filho: “o que eu digo pra você é que a mãe do Túlio precisa de ajuda, a mãe do Túlio precisa de atendimento sim, entendeu? Gostaria que a mãe do Túlio pudesse voltar daqui a 15 dias pra poder conversar sozinha comigo. ” Túlio foi encaminhado para uma psiquiatra infantil e Mônica descobriu que seu comportamento irritado e agressivo com o filho eram uma manifestação de depressão. O pai de Túlio era usuário de crack e havia se mudando de cidade há dois anos. Mônica criava Túlio sozinha desde então.

Até ali, ela não sentia tristeza, nem desânimo, e, por isso, ficou surpresa com o diagnóstico e descreveu de forma detalhada como foi essa descobriu que “tinha depressão”:

Aí eu falei, doutor, eu não fico chorando e lamentando a minha vida o tempo todo não, eu não sou, eu não tenho depressão, entendeu? Eu não vivo pelos cantos chorando, entristecida, de vez em quando, quando tô perto da minha TPM, eu fico mais sensível, mas eu não sou assim, eu não tenho depressão. Aí ele falou comigo: “bom, o que você me diz de você só falar com seu filho berrando? Só falar com seu filho gritando? Se seu filho discutir com você, você quer bater e você bate, você pega cinta, você pega chinelo, o que você me diz disso? As pessoas normais, as pessoas que têm equilíbrio, elas agem, você acha que elas agem dessa forma? Ou se o filho tá gritando elas tentam acalmar, não gritam junto, porque o que você me falou aqui e o seu próprio filho falou é que você grita com ele, ele grita, você grita também, você grita mais alto, isso é o que?” Então, assim, ele foi mostrando pra mim que o quadro depressivo não é só um quadro que as pessoas, sentam, choram e lamentam a sua vida, né? Ele, ele mostrou pra mim que existe um outro lado, né? Que pessoas deprimidas também existem quadros de pessoas que berram e gritam por tudo, pessoas sem controle nenhum, né? Pessoas que não conseguem realmente se controlar num momento mais estressante, que não é normal. Você tá num momento mais estressante e você gritar, desesperar, é, querer agredir o filho, querer agredir a filha. Então assim, ele conseguiu me convencer do contrário, né? Porque, de tudo que a gente tinha conversado, realmente eu comecei a ver que eu fazia aquilo. (Mônica, paciente moradora do asfalto).

Logo, durante a entrevista, Mônica demonstrou que ocorreu uma quebra de confiança com Michele disparada pela forma como a pergunta inicial feita pela residente foi interpretada dentro da sua experiência. Para Mônica, receber o diagnóstico de depressão, o tratamento medicamentoso e as consultas regulares com o psiquiatra, que lhe fazia perguntas “com sentido”, produziram uma experiência de melhora da irritabilidade e dos sintomas digestivos – diagnosticados como síndrome do cólon irritável – que também apresentava.

Depois de dois anos de tratamento, Mônica também optou por não seguir os atendimentos com esse psiquiatra. Ela, mesmo em uso do citalopram, começou pela primeira vez a experimentar tristeza significativa e persistente, desânimo e pensamentos de tirar a própria vida. Atribuiu essa piora a “várias porradas que a vida tomou” em 2015. Entre elas, mencionou término do casamento da filha que descobriu estar sendo traída pelo marido. Mônica levou, ao mesmo psiquiatra que fez o diagnóstico de depressão e seguia seu acompanhamento, a demanda de trocar o medicamento. Porém, ele não concordou, o que levou a um desentendimento entre eles. O psiquiatra propôs a estratégia de seguirem com conversas mais frequentes, sem alterar a medicação, mas Mônica não aceitou. Segundo Mônica, o psiquiatra afirmou que o remédio estava funcionando e que a piora era “coisa da cabeça dela”. Como já enfrentava dificuldades financeiras, pois havia perdido o emprego, não procurou outro atendimento privado. Ficou seis meses sem fazer uso de medicamentos e, em

seguida, procurou atendimento na Estratégia Saúde da Família, em que enfrentava novas discordâncias.

7.1 “Acho bom ter acompanhamento pelo psiquiatra”

Retorno, adiante, à análise de algumas das “discordâncias” apresentadas nesse relato sobre os atendimentos de Mônica. Por hora, ele abre este último capítulo para retratar algumas das dificuldades presentes no campo quanto à conciliação entre desejos e expectativas de pacientes e médicos quando estava em questão o diagnóstico e o tratamento dos sintomas depressivos. No quinto e no sexto capítulo, aponte, sem focar na análise de impactos, para os “perfis de sofrimento” dos pacientes do morro e do asfalto e para as diferentes representações dos sintomas depressivos entre residentes das equipes desses territórios. No presente capítulo, exploro o que venho chamando de desdobramentos sociais da abordagem da depressão pelos médicos residentes na Estratégia Saúde da Família. Dirijo o foco para o estudo dos problemas produzidos pela categorização morro/asfalto.

Meu período de observação de três meses não possibilitou um seguimento prolongado das trajetórias de pacientes e dos novos residentes, que entraram substituindo aqueles que havia acompanhado. No entanto, dentro do recorte temporal estudado, foi possível levantar algumas das implicações práticas e subjetivas que os atendimentos aos sintomas depressivos produziam. Também observei que a emergência desses desdobramentos passava por uma mediação moral, de valores, apostas, crenças, dos diversos participantes, demandando para o seu tratamento analítico das contribuições da *antropologia moral crítica* de Didier Fassin.

Para investigar algumas das consequências dos atendimentos, desenvolvo, numa primeira seção deste capítulo, uma comparação entre as análises interpretativas do quinto e do sexto capítulo. A partir das representações construídas no quinto e no sexto capítulo, levanto as questões: é possível afirmar que havia convergências entre o modo de ver e operar o sofrimento entre residentes e pacientes? Se sim, seria possível registrar desdobramentos de satisfação, alívio ou cura das manifestações de sofrimento diante desta convergência? Na segunda e na terceira seção do capítulo, mostro que os desdobramentos dos tratamentos não são mediados apenas por uma convergência entre modos de ver e operar o sofrimento, que

chamo também de convergência ou ressonância epistêmica⁸⁸, mas também pelos valores morais dos sujeitos envolvidos. Levo essa perspectiva de análise principalmente para os discursos e práticas dos residentes. Nesse sentido, finalizo o capítulo descrevendo como questões morais são reconfigurados como práticas sociais, no caso, práticas de cuidado a pessoas com sintomas depressivos no cenário estudado.

Para dar conta da tarefa da primeira seção, retomo a proposta de Duarte de uma linha investigativa antropológica preocupada com as relações que se estabelecem entre as representações de saúde/doença de pacientes e profissionais de saúde. Como comecei a fundamentar no sexto capítulo, aponto para a existência de convergências entre as representações de pacientes e residentes, dentro do campo estudado, em dois níveis.

Em um primeiro nível, proponho que os perfis de sofrimento que elaborei no quinto capítulo convergem com a maneira como os residentes reconhecem depressão dentro da categorização morro/asfalto. O perfil de sofrimento das moradoras do morro –em que estão presentes uma composição variável de manifestações de tristeza, aflição, angústia, ansiedade, medo e “somatizações” – é compatível com a afirmação dos residentes da equipe do morro de que “depressão não é uma tristeza intensa”, mas um “descontrole” e um “parar de sentir” com reações somáticas agudas. Por outro lado, o perfil apresentado pelos pacientes do asfalto que tem a tristeza como experiência principal, vinculada a desânimo, baixa autoestima e pensamentos suicidas, converge com a concepção da depressão como uma “tristeza intensa com perda de funcionalidade” experimentada pelos residentes das equipes do asfalto.

Proponho que a configuração distinta do diagnóstico da depressão pelos residentes – “tristeza intensa” ou “parar de sentir”/descontrole – deriva das manifestações de sofrimento com que esses profissionais se deparavam mais frequentemente. Nas equipes de asfalto, se destacaram os relatos de homens brancos idosos em luto, pessoas de classe média em crise financeira, mulheres que se experimentavam sobrecarregadas pelas tarefas de cuidado a um parente próximo – uma criança diagnosticada com transtorno opositivo desafiador e uma idosa com Alzheimer.

Por outro lado, a maior parte das consultas de abordagem de sintomas depressivos que acompanhei na equipe do morro envolviam mulheres negras e pardas com profundas feridas em sua subjetividade, manifestadas em suas narrativas biográficas e na descrição de sua experiência moral, como descrevi no quinto capítulo. Quando uma dessas mulheres

⁸⁸ Ao me referir a convergência ou orientação epistêmica, uso o conceito de *episteme* ou *epistemologia* no mesmo sentido batesoniano como proposto por Bonet (2014), isto é, entendida como o conjunto de premissas de pensamento que estão na base de toda interação entre as pessoas.

“emburacava”, esta experiência emergia dentro de uma história pessoal de desespero e desolação: violência moral e física cujo autor é um parceiro ou filho que sofre com uso nocivo de substâncias ou se veem no lugar de homens que podem tratá-las dessa forma; história de abuso sexual na infância; encarceramento ou assassinato de parceiros, filhos, netos; desemprego ou envolvimento destes parentes de primeiro grau com o tráfico de drogas; e mortes violentas de outros parentes. A exclusão social ou a pobreza econômica, elementos de violência estrutural, não apareceram em suas narrativas de sofrimento como elementos causais de suas dores. É possível que sua banalização e naturalização não permitissem sua emergência de forma consciente. Os residentes do morro apontaram que essa experiência do “parar de sentir” ou do “descontrole” não surge imediatamente vinculada a um evento único, mas como resultado do acúmulo de várias dessas situações, um sofrimento crônico que se arrasta por anos, até ser experimentado de forma insuportável pela pessoa.

Num segundo nível, retomo o que afirmei também no sexto e no sétimo capítulo: o peso das singularidades extravasa as caracterizações dos perfis. Isto é, ainda que tenha sido possível compor estes perfis, as experiências individuais misturavam traços de morro e asfalto, se contrapondo a qualquer intenção de reificar essas diferenças. As categorias “sofrimento social” e “experiência moral” e seu compromisso ontológico, precisamente, de dar voz às incomensurabilidades das experiências de sofrimento abrigam esses aspectos caros aos pacientes em seus atendimentos e em suas narrativas pessoais. No sexto capítulo, propus – dentro do contexto de centralidade que a vida assume nos atendimentos e desde o convite feito por Ingold de ir “além” da dicotomia biologia e cultura – configurar as experiências dos pacientes como “vidas em sofrimento”. Neste sentido, entendo que também há correspondências “holísticas” entre as “vidas em sofrimento” dos pacientes e as consultas “centradas na pessoa”. Nessas consultas, é promovido um “reengajamento com a vida”, em atenção às particularidades de cada paciente e aos significativos aspectos de determinação social do sofrimento.

Entretanto, como no atendimento de Mônica, essas correspondências entre “reengajamento com a vida” e “vidas em sofrimento”, por um lado, e a representações da depressão pelos residentes e os perfis de sofrimento dos pacientes, não implica necessariamente um saldo positivo de satisfação desses sujeitos e nem de “cura”, reversão ou desaparecimento dos sintomas depressivos. Nem sempre a correspondência epistêmica era produzida, e mesmo quando produzida, ela não deixa de estar imbricada em problemas morais

que exemplifico a seguir. A categorização morro/asfalto participa da produção desses problemas.

Retomando a questão de uma ressonância epistêmica entre pacientes e residentes, uma estratégia para mapear sua sustentação é explorar até onde os residentes mantinham o atendimento apenas com as consultas centradas nas pessoas e a prescrição dos medicamentos que tinham segurança em manejar, e quando passavam a pedir suporte às matriciadoras, psiquiatra e psicóloga.

Na equipe do morro, durante o período de observação, os médicos residentes não pediram apoio nem à psiquiatra matriciadora nem à psicóloga para realizar os atendimentos dos pacientes com sintomas depressivos. Nas entrevistas, a única paciente cujo tratamento teve uma participação importante da psiquiatra matriciadora registrada foi a paciente mais grave, Tânia. Cerca de dois meses antes do período de observação, Tânia manifestou comportamentos e relatos diagnosticados como um episódio depressivo grave com sintomas psicóticos. Sua avaliação foi feita pela residente Marisa junto com a psiquiatra matriciadora. Ela relatou ouvir vozes que diziam para ela se matar, descreveu pensamentos repetitivos de suicídio e chegou a tomar doses excessivas de seus medicamentos psicotrópicos com esta finalidade. Tânia foi internada por uma semana e, depois da alta, passou a ter acompanhamento psiquiátrico e psicoterápico regular intermediado pela psiquiatra matriciadora em um ambulatório de referência, além das visitas e conversas regulares com a residente Marisa.

Com Raquel, também participei de uma interconsulta entre ela, Diego, Jaime e a psiquiatra matriciadora, para conversar sobre o tratamento de Diego, filho de Raquel diagnosticado com esquizofrenia. Os residentes do morro, portanto, recorreram à psiquiatra matriciadora apenas em casos graves, envolvendo risco de suicídio ou comportamentos com agressividade importante, violentos e com maior dificuldade de socialização, como apresentados por Diego. Como observei no campo e foi reconhecido nas entrevistas, a maior parte das demandas de sintomas depressivos eram acompanhadas pelos residentes com consultas “centradas nas pessoas” e a prescrição de medicamentos disponíveis na unidade, fluoxetina, amitriptilina, clonazepam.

Em contrapartida, os residentes das equipes de asfalto recorriam com mais frequência ao matriciamento. Isso se dava por dois motivos. Primeiro, os pacientes traziam o pedido pelo encaminhamento ao especialista como sua demanda principal de consulta, como no caso de Mônica: “vim para pedir um encaminhamento para o psiquiatra” ou “para o psicólogo”. Por

outro lado, os pacientes chegavam “mexidos de plano”, com experiências com medicamentos antidepressivos que os residentes se viam menos seguros em manejar. Em trajetórias como a de Mônica, seu sofrimento, inicialmente, era manifestado pela demanda a profissionais representantes dos saberes “psi” e pelo recurso a eles, intermediado pelos residentes. Como Mônica aponta em sua entrevista no início deste capítulo, o psiquiatra teria uma sensibilidade e uma capacidade para o diagnóstico e tratamento de enfermidades mentais, como a depressão, que os médicos de família não apresentavam. As enfermidades mentais apareceram como entidades mais concretas e delimitadas na fala de Mônica e de outros pacientes do asfalto. “Tenho depressão”, “tenho síndrome do pânico”. Em consultas como a de Mônica, em que o paciente apresentava um histórico de tratamento com psiquiatras particulares, observei que os residentes do asfalto usavam inclusive menos dos procedimentos “centrados na pessoa” e encaminhavam o desdobramento da consulta rapidamente para o atendimento com a matriciadora.

Levanto a hipótese de que o manejo prévio dos sintomas depressivos, que os pacientes do asfalto recebiam em planos de saúde e com profissionais especialistas privados, produzia/reforçava uma representação de sua experiência de enfermidades “mentais” mais individualistas e fragmentadas, como apontado por Duarte, e que os pacientes veem como tratáveis através da complementariedade entre diferentes especialistas – o psiquiatra, mais biológico, e o psicólogo, mais psicológico. Essa representação é retratada no acompanhamento de Leila, uma das pacientes do asfalto. Ao mesmo tempo em que descreveu uma complexa explicação biológica e genética para a depressão – inclusive apontando como argumento para explicação genética o fato do próprio pai ter sido diagnosticado com depressão há longa data – Leila trouxe como principal demanda para o seu primeiro atendimento por sua equipe, o encaminhamento para psicoterapia. Ela entendia que com psicoterapia poderia “lidar com a causa” de sua depressão, e ir além do remédio, cujo efeito é de alívio temporário das manifestações do sofrimento:

É, no primeiro acompanhamento [há 10 anos], eu só queria me livrar daquilo, né? Eu achava que eu tinha que, eu ia tomar aquele remédio um tempo, aquilo ia passar e deixar pra lá. Hoje em dia, eu sinto falta de, de buscar um tratamento pra causa do problema, porque o remédio ele só me ajuda a aliviar os sintomas, né? E a causa continua existindo, então eu preciso começar uma terapia pra investigar a causa e lidar com ela, pra talvez aí começar a ter uma melhora. (Leila, paciente da equipe dos especialistas).

A abordagem das experiências de sofrimento apenas pelos médicos de família era aceita com mais facilidade pelos pacientes do morro, reservando-se o recurso ao matriciamento em psiquiatria para casos considerados mais graves. Mesmo assim, das doze pacientes entrevistadas, três pacientes entendiam que podiam se beneficiar de um acompanhamento psicoterápico. Como explicado pela paciente Angélica de 42 anos, que se considerava com uma experiência de ansiedade e depressão, com predomínio da ansiedade:

Eu acho que poderia, no meu caso, eu acho que teria... Quem sou eu, né? Pra poder tá falando o que os médicos poderiam fazer. Mas eu acho que meu caso eles poderiam indicar pra um tratamento psicológico. Né? Mas é aquilo que eu falo pro senhor, que eu acho que eles ficam tanto naquela coisa de agitação de entra e sai, entra e sai, isso atrapalha eles. Então acaba eles podendo até mesmo falhar. Eu graças a Deus, eu sou uma pessoa que eu procuro ler bastante, sou uma pessoa que, procuro: estou com uma dúvida eu pergunto. Se eu tiver até que ir na sala do meu professor e tirar uma dúvida eu tiro, sabe? Mas tem pessoas que não, então eu acho que isso é um papel importante do médico. Indicar se a pessoa...Porque é a mesma coisa, se a pessoa tá com tuberculose, ele vai indicar pra um peneumo, né? Se é um problema ginecológico é o gineco que vai indicar. Agora, no meu caso, não me indicaram. Por exemplo, tá aqui ó, o senhor pode ver, são quatro meses [de tratamento], mas aí a partir daí, como é que vai ser? Aí eles vão me falar, eu sei que eles ainda vão me falar. (Angélica, paciente da equipe do morro).

Os residentes do morro – não no caso específico de Angélica, mas em geral – também concordavam com a necessidade de uma maior disponibilidade de vagas para acompanhamento psicoterápico, de desburocratização do acesso e de prática psicoterápica mais “comprometida” com os pacientes. Jaime e Marisa gostariam de ter uma rede de psicoterapia “mais forte”. Jaime, particularmente, ressaltou que isso seria importante para “dividir o peso” da demanda dos pacientes por espaços para conversar e elaborar suas questões. Ele não via que a abordagem centrada na pessoa pudesse substituir a psicoterapia:

Cara, acho que, tipo assim, essa galera aí, nunca teve oportunidade de viver uma crise antes, esse pessoal mais velho, né? Por exemplo, igual a Nilda. Muita gente simplesmente viveu aí tomando porrada a vida inteira, nunca conseguiu parar nem ter a sua questão elaborada. A gente faz psicoterapia de botequim. (Jaime, residente da equipe do morro).

No entanto, o encaminhamento para psicoterapia precisava passar por uma “interconsulta” com a psicóloga matriciadora da equipe. Os residentes avaliavam a consulta em conjunto com a psicóloga pouco produtiva considerando o investimento de seu tempo e os benefícios para o paciente e para eles. Em geral, a psicóloga, de formação psicanalítica, aprofundava, na “interconsulta”, em aspectos de entendimento, a partir dessa matriz psicoterápica, do sofrimento dos pacientes, que dispensavam a participação dos residentes,

além de repetir, vários elementos que já haviam sido conversados no atendimento médico “centrado na pessoa”.

Eu acho que um pouco de dificuldade dessa coisa do acompanhamento psicológico dos pacientes é a questão da interconsulta. É interessante, mas muitas vezes os pacientes precisam disso, dessa continuidade, porque aí o que que acontece, acaba que a gente passa além de médico, a psicólogo, né? E, e, e na verdade não é tanto a nossa função, lógico. A gente não tem a técnica suficiente pra trabalhar como psicólogo trabalha. (Michele, residente da equipe dos especialistas)

No entanto, mesmo com essa demanda dos pacientes e o reconhecimento pelos residentes de que haveria contribuições importantes da psicoterapia para “dividir o peso” e oferecer um espaço para os pacientes “elaborarem sua as questões”, Jaime e Marisa não acionavam a psicóloga matriciadora. Jaime criticou uma postura de falta de comprometimento da psicóloga que produzia mais “crises” do que contribuía para a melhora dos pacientes:

Cara então, eu parei de usar a psicologia mais, por que, porra cara, eles não se comprometem. Eles fazem a consulta e as vezes até prometem que vão ter psicoterapia, prometem coisas e não dão, cara, isso quebra. Os caras não têm comprometimento nenhum com o paciente mesmo, nem com o resultado. Não sei se isso é da psicologia, o que importa é o caminho, ficar fazendo uma consulta ou etc. só que não gera nenhum compromisso dele com aquela pessoa. (Jaime, residente da equipe do morro).

Logo, a hipótese de uma correspondência entre a maneira como os residentes viam os sintomas depressivos e pacientes se confirmou mais na equipe do morro e menos nas de asfalto. As divergências entre proposta/demanda de abordagem, mais frequentes entre médicos e pacientes nas equipes de asfalto, produziam mais encaminhamentos a especialistas, com solicitação mais frequente de suporte especializado para os pacientes, e menos medicina centrada na pessoa, mesmo para aqueles sem comportamentos considerados de maior gravidade clínica. Além disso, mesmo no caso do morro, em que ocorreu maior ressonância epistêmica, havia tanto da parte de alguns pacientes quanto dos residentes a aposta de que a psicoterapia poderia assumir, em parte, o peso das demandas e da necessidade de “elaboração” dos pacientes. Destaco, entretanto, que essa demanda não absorvida por atendimentos psicoterápicos deve ser temporizada pelo relato de pacientes, tanto do morro quanto do asfalto, que referiram não se identificar com essa modalidade de atendimento.

A confiança na psiquiatria não apareceu como derivada de uma fidelidade epistêmica a um determinado modo de ver a “saúde mental”, mas à segurança de ser acompanhado por um profissional com experiência e competência específica nestas questões. Essa competência, na

experiência de Mônica, foi manifestada na capacidade do profissional de ressignificar sua experiência através do diagnóstico, produzindo uma delimitação, dando um nome e tornando o seu sofrimento manejável, e não mais algo desconhecido e incontrolável. Em contrapartida, a demanda pela psicoterapia, como expressa por Leila e seu desejo de “lidar com a causa” da sua depressão, me parece mais representativa do que Ropa e Duarte (1985, detalhado no sexto capítulo) apontam como a busca por uma “mesma versão” entre a experiência de sofrimento do paciente e o tipo de tratamento demandado por ele.

Apontei, também, como exemplo desta expectativa de convergência epistêmica com a psicoterapia, o desejo de Angélica, paciente do morro, de fazer psicoterapia e a conclusão do próprio residente Jaime de que faziam “psicoterapia de botequim” e que seria importante que os pacientes do morro pudessem acessar a psicoterapia para “ter a oportunidade de viver uma crise”, “ter questões elaboradas”. De toda forma, seja por uma necessidade de ressignificação e segurança mediante o saber especializado, seja pelo anseio de uma convergência epistêmica, a proposta da medicina de família e os anseios terapêuticos de pacientes, principalmente do asfalto, mostraram indícios de divergência.

Na próxima seção, para analisar mais alguns desdobramentos dessas interações entre as representações de pacientes e profissionais, proponho acessar uma outra camada de interpretação social, alternativa ao recorte epistêmico que usei nesta primeira seção. Trata-se de explorar a circulação de algumas “economias morais” no campo estudado. Para essa tarefa, é necessário compreender os sentidos e significados que a prática da medicina de família e comunidade apresentava para os residentes.

7.2 “Eu gosto da vida inteira”

A rotina de trabalho dos residentes era intensa, especialmente, na equipe do morro. Uma média de 15 atendimentos por turno, entremeados por duas ou três emergências. Nas equipes de asfalto a média era um pouco menor, 10, 12 atendimentos e acompanhei menos atendimentos de urgência. Os residentes, em geral, não faziam pausas para um lanche, café, nem para ir ao banheiro. Atendiam entre seis e sete horas seguidas. Eu chegava ao final dos dias de observação bastante cansado, tentando acompanhar o ritmo deles. Esta experiência me deixou incomodado porque, afinal de contas, era o meu ritmo de atendimentos, até dois anos

atrás quando passei a me dedicar mais a atividades de ensino. Indagava-me: “será que estou ficando velho? ”. Ainda que a resposta seja redundantemente afirmativa, experimentei também que a prática da observação por mais silenciosa que seja, envolve um investimento importante de esforços em atenção, reflexão e registro.

Porém, confirmei que a sensação de cansaço não era apenas um efeito do calor ou da minha nem tão avançada idade de 37 anos: os residentes do morro, em especial, reconheciam que sua rotina era exaustiva. Ainda que, para minha frustração pessoal, julgassem que, nesse período de observação, estivesse mais tranquila.

Você está pegando a gente numa fase muito boa, você está pegando a gente numa fase que você entra, estou sentada de manhã. Você entra de tarde, estou sentada de tarde. Isso foi agora assim. Nosso dia sempre foi muito exaustivo assim, principalmente quando um dos dois está sozinho aqui, né? (Marisa, residente da equipe do morro).

A dedicação a uma atividade rotineiramente tão exigente fez surgir inevitavelmente a pergunta: “o que move essas pessoas”? Depois de acompanhar a maneira como os residentes se ofereciam, como “rede”, como “escuta”, como interlocutores para uma “vivência de si” dos pacientes, essa questão foi deixando de ser parte de um planejamento de pesquisa para se tornar uma inquietação pessoal sobre as razões que os moviam a conduzir sua prática médica daquela forma, como se sentiam e qual era o impacto dessa prática na sua experiência subjetiva.

Um elemento comum nas falas dos residentes foi que encontraram na medicina de família justamente uma forma de exercer a medicina que dava espaço para lidar com esses aspectos mais “psicossociais” do adoecimento e exercer uma medicina voltada para “as pessoas” e não para as doenças ou órgãos. Na medicina de família, usa-se a comparação entre “modelo biomédico” ou “hospitalocêntrico” e “modelo biopsicossocial” para explicar esta diferença. As residentes Luíza e Lívia descreveram assim:

Eu acho que o modelo biopsicossocial é o único que faz sentido pra mim. Então, mesmo um reumatologista, um cardiologista, um oncologista, pra mim, esta deveria ser a abordagem de todas as pessoas, pra início de conversa. Então a medicina de família foi um campo mais fértil pra lidar com isso, né? Fugiu um pouco do modelo biomédico e minha faculdade super hospitalocêntrica e de modelo biomédico. Eu acho que, eu vi tudo que eu não queria durante a faculdade, sabe? De tratar pessoas com diagnósticos, por números, por partes de sistemas de corpo, pra mim é uma medicina que não faz sentido pra mim. (Luíza, residente da equipe do asfalto 3)

No modelo biopsicossocial, não faz sentido tratar um órgão ou sistema separado da “pessoa”. A “pessoa” possui uma dimensão social, de cidadania e também suas questões “psicológicas” ou “de saúde mental”:

Então pra mim a única medicina real e que eu conseguiria fazer é a medicina que você entende a pessoa como um todo e como um todo não só orgânico, né? De todos os sistemas orgânicos, mas como um todo, como um ser, um cidadão inserido numa família, numa comunidade, todos os determinantes sociais de saúde. [...] E aí entra essas questões de, de saúde mental, né? Que é entendendo o ser muito mais completo e complexo do que só, senão, eu vou tratar toda taquicardia e sintomas de dor de peito como angina ou como um sintoma cardiovascular, né? É, se você não ir mais a fundo e entender a pessoa como um todo assim, que aí entra parte psicológica e enfim, da saúde mental. (Luíza, residente da equipe do asfalto 3)

O “modelo biomédico” tem como uma de suas características a repetição de protocolos sem considerar os aspectos singulares de cada sujeito ou, como é próprio da medicina de família, de cada “pessoa”. A residente Lívia, antes da medicina de família, fez residência em clínica médica. Segundo Lívia, considerar os aspectos individuais, subjetivos, do paciente e do tratamento torna a medicina de família, menos “iatrogênica”, isto é, evita com que a própria prática médica prejudique a saúde dos pacientes. “Eu tô falando do meu ambulatório de clínica lá, pacote completo, diosmin, castanha da índia, cálcio, vitamina D e alendronato, pra todo mundo.” A aplicação generalizada de protocolos estaria associada a um risco maior de “iatrogenia”, portanto, o resultado da medicina de família, que diverge deste tipo de abordagem generalizante, seria melhor. Por motivos como esses, os residentes expressam uma relação afetiva intensa: “gostar muito” da medicina de família, “odiar” a medicina convencional e uma experiência de “encaixe”, identificação, “não saber fazer de outro jeito”:

Gostar muito, tenho tanta história. Gosto muito, muito, muito, muito, me motiva. Embora seja muito trabalhoso me motiva. Gosto. É isso, amor à profissão, amo saúde de família, não tenho dúvidas de que quero isso pra mim e da medicina foi o lugar onde eu me encaixei e não me vejo em outra especialidade. (Lívia, residente da equipe dos especialistas).

Por que que eu gosto? Num sei, por que eu odiava medicina e de repente eu entrei pra medicina de família e amei. Acho que eu gosto por isso. Pelo menos eu não tô aí tomando fluoxetina fazendo anestésio [anestesiologia], sei lá. (Marisa, residente da equipe do morro)

Tem uma, uma questão pessoal de, de, de que eu não conseguiria fazer outra coisa de outra forma. Acho que, foi difícil não admitir isso na minha vida, mas eu consegui admitir, to em paz hoje em dia com isso. Porque não é fácil, né? Cê chegar com uma demanda bombando, você sozinha as vezes, né? (Paula, residente da equipe do asfalto 2).

Então pra mim, é, a única especialidade que eu me vejo, chega a ser nesse nível assim, é, e eu acho que é isso que a longo prazo vai me fazer ser uma boa médica, por que eu tenho muita vontade de estar aqui assim, mesmo. (Luíza, residente da equipe do asfalto 3)

A dedicação dos residentes à sua equipe, aos pacientes, traduzia um envolvimento com a prática assistencial que ia “além do trabalho”. Novamente, numa referência à categoria “vida”, o residente Jaime afirmava que era recompensado com a experiência de “estar vivo” e de poder exercer a medicina de uma maneira que não seria aceita em outro ambiente de trabalho:

É mais fácil você se manter insensível, é mais fácil você encher a carapaça e “foda-se, meu trabalho e pronto”. Isso aqui não é só meu trabalho. É meu trabalho, mas no sentido não de um emprego. Eu tenho todo o meu significado pessoal. É todo um significado muito mais amplo pra mim do que “aqui é onde eu ganho dinheiro”. Aqui é uma satisfação social. Aqui é onde eu me sinto vivo. Se me botar num centro cirúrgico, eu vou saber fazer tudo maravilhosamente, mas vou me sentir morto em três anos. Três anos vou estar morto. Se me botar em um CTI cara, rapidinho eu vou pegar tudo. Entubou, sedou, caralho, vou me sentir inútil rapidinho. Eu não pego a emoção disso, a emoção dessa parte. E é essencial, que tem que ter no trabalho, mas essa parte eu não consigo pegar, eu não me sinto vivo, não me sinto trocando, não me sinto com o sofrimento do meu paciente, não consigo reduzir a pessoa a um campo cirúrgico. Eu gosto da vida inteira e acho que essa é a minha motivação pro trabalho. (Jaime, residente da equipe do morro)

Ao mesmo tempo, os residentes viam que o valor de sua prática não se encontrava apenas num retorno pessoal. Eles relatavam confirmar, em sua experiência clínica, muitos dos pressupostos que justificavam, teoricamente, a importância da sua especialidade, como a melhora de indicadores de saúde. A residente Paula, que inicialmente tinha “preconceitos”, argumentou que sua escolha se baseava também em motivos “objetivos”, produzidos pela medicina de família e não porque queria ser “a médica fofinha”. Isso envolve inclusive saber utilizar, em benefício dos pacientes, os recursos “do modelo biomédico”.

Mas, é, eu acho que não é só isso assim, eu não escolhi medicina de família só por que eu quero ser a médica legal, boazinha, sabe? Eu acho que, eu também entendo que medicina de família é um, é assim, tem um papel muito importante em melhoria de indicadores de saúde, em melhorias de qualidade de vida, é, redução de mortalidade, sabe? Muito, eu tenho a demanda de ser boa tecnicamente também por que. Não é só ser legal, né? E eu acho que uma coisa que eu tô tentando entender é o meu papel terapêutico também. Quando eu faço essas abordagens que as vezes pode parecer que eu tô sendo a médica fofinha do posto, legalzinha, não é só isso, estou tentando ser terapêutica também, estou tentando mudar isso um pouco assim, na minha cabeça, sabe? Por eu não ser só a médica legal, isso, pra mim, tem um papel terapêutico. Os meus pacientes tendem a melhorar se eu ajo dessa maneira, então pra mim é importante assim isso. Eu vejo uma melhora objetiva neles também, então acho que é um pouco isso. (Paula, residente da equipe do asfalto 2).

Para os residentes, outro sentido importante do trabalho na medicina de família era sua dimensão social e política. Para eles, a medicina de família era uma forma de oferecer às pessoas mais pobres um serviço, uma atenção a que faziam jus, mas que costuma ser negligenciada em outros serviços de saúde. O “modelo biomédico” ignora a determinação social da doença e costuma estar associado a uma culpabilização dos indivíduos, especialmente os mais pobres, pelo seu adoecimento. Percebi um cuidado a mais de Marisa e de Jaime em transmitir, através de gestos e posturas – a porta da sala sempre aberta, abraços, sorrisos, tirar os sapatos antes de entrar nas casas –, respeito e valorização das pessoas do morro e duas demandas ao sistema de saúde. Jaime atribuiu essa atitude, em parte, aos valores de sua criação familiar em que foi ensinado a ter “um compromisso de melhorar o mundo”. Marisa apresentou suas reflexões da seguinte forma:

E, eu acho injusto isso, acho irreal, acho inadmissível o que essas pessoas vivem, acho isso, poucas coisas me deixam mal-humorada, sabe? Poucas coisas. Esses médicos me deixam mal-humorada assim, esses médicos me deixam irritadas, sabe? Quando o paciente chega aqui e fala que o médico não quis explicar pra ele o que ele tinha, isso me irrita. É, você mexer com a, com a pobreza do povo, sabe? Acho que eles não tinham que estar nessa situação, né? Acho, acho surreal alguém aceitar isso, na verdade maior parte da população não só aceita como acha justo. Eu me sinto bem, assim, tenho certeza que isso não é fazer revolução, e, não iludo nem um pouco na verdade, é por outro caminho inclusive. Mas acho que um dos caminhos é você dá acesso, né? E a gente tá dando acesso a saúde. Mas quando vem o pessoal falando “vamos acabar com as OSs” e tudo, é, “o fim não justifica o meio”. Acho que não, acho que pela primeira vez essas pessoas tão tendo acesso a saúde e acho que eles não tão assim, tá vendo o que a gente ta fazendo. (Marisa, residente da equipe do morro)

Nesta mesma direção, as residentes do asfalto Luíza e Paula destacaram a satisfação por verem na medicina de família e no trabalho na Estratégia Saúde da Família uma contribuição para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde, o SUS. O sistema público é procurado apenas na impossibilidade de pagamento de um seguro de saúde, já que oferece, em geral, um serviço considerado inferior aos serviços privados. Os residentes se demonstraram motivados pela possibilidade de mostrar que, no SUS, era possível oferecer assistência à saúde melhor, inclusive, do que aquela oferecida no sistema privado ou complementar. Também apontaram a participação em associações e movimentos como a “Rede de Médicos e Médicas Populares” a “Associação de Medicina de Família e Comunidade do Rio de Janeiro” como espaços importantes para corroborar esse sentido de sua prática médica. A residente Luíza conectou essas duas dimensões, social e política, através do conceito de “equidade”. Ela destacou o SUS como uma política de reconhecimento

da saúde como um direito, um bem “público” em oposição ao capitalismo que a torna um bem “comercial”:

Eu acho que, quando eu penso em medicina de família eu penso em fortalecimento do SUS assim. O SUS representa, é, um, representa uma palavra que eu gosto muito que é equidade, né? Dar a mais pra quem mais precisa, enfim, nivelar isso e, e igualar o acesso de certa forma assim, né? É, vendo a saúde como um bem, não comercial, né? Que não pode ser gerido pelo capital assim, então isso me incomoda muito. Eu acho que, que SUS e, enfim, por ser público, é, defender enfim, defender a saúde pública e ir contra a saúde como algo comercial, entendeu? Algo que tenha valor, porque isso vai gerar novamente as diferenças, enfim, que o capitalismo gera enfim, de acesso, de direcionamento de recurso, de tudo. É, eu acho que a saúde como um bem público, bem gerida. Acho que essa é uma das dificuldades que a gente tem hoje também, é, enfim, por todas nossas dificuldades de interesse político, enfim, tudo mais, pra mim a saúde não, não, não deve ser comandada pelo capital assim, não seguir regras de comércio e de capital, não faz sentido pra mim na saúde. (Luíza, residente da equipe do asfalto 3).

Ao mesmo tempo que, como médico de família, considerava inspiradora a dedicação dos residentes, via que esse cotidiano de trabalho intenso e recompensador também gerava impactos negativos para esses jovens profissionais. O volume de trabalho aliado ao compromisso de atender os pacientes com atenção às suas questões de saúde mental e sociais tornavam a medicina de família uma especialidade “desgastante emocionalmente”.

Isso é muito desgastante assim, acho que talvez nenhuma especialidade seja tão desgastante emocionalmente quanto a nossa assim. Acho que lidar com milhões de situações, então internamente eu já to em paz com isso, tenho uma satisfação pessoal. (Paula, residente da equipe do asfalto 2)

Nem todos os residentes compartilhavam da experiência de Paula de estar “em paz” com o “desgaste emocional” da medicina de família. Eles apontaram nas entrevistas dificuldades para lidar com esses desdobramentos pessoais de “desgaste”, “exaustão”, “cansaço” e “burnout”. Jaime e Marisa entendiam que, no morro, eles precisavam manter sua disposição para o trabalho mesmo abalados pela situação social de seus pacientes. Manter o “equilíbrio” era um desafio, ainda mais diante do reconhecimento de que, mesmo com esforço, a dedicação desses profissionais não seria suficiente para responder aos problemas sociais da comunidade:

Eu vivo um paradoxo. Um paradoxo não, uma contradição que eu vivo é assim: de querer dar mais, querer dar o ideal e ver uma porrada de gente numa situação de uma miséria. (Jaime, residente da equipe do morro)

Eu acho que [na unidade] pouca gente consegue equilibrar. Quem equilibra normalmente tem uma equipe mais confortável ou uma realidade mais favorável.

Agora quem está em comunidade, lidando com a miséria, é estranho. Muito estranho você estar num barraco todo fudido. Você vai conseguir trabalhar, você não pode ficar tão abatido a ponto de não conseguir trabalhar. Se não trabalhar, fudeu, que aí você vai atrás de atestado. Nego nem mais o médico vai ter. A ideia não é essa. Mas é: você tem que perceber que, porra, caralho, estou entrando numa casa aqui que essa família sobrevive com quinhentos reais por mês. E aí, cara, como é que sobrevive com quinhentos reais por mês? (Jaime, residente da equipe do morro).

Marisa, que tinha uma filha pequena de dois anos, apontou como principal impacto o cansaço. A intensidade do trabalho não deixava sobrar muitas energias para as atividades em casa. “Na verdade, minha vida, o que isso tudo interfere na minha vida pessoal é o que mais me machuca assim, sabe? De, às vezes, chegar muito cansada em casa e não ter tempo pra nada, isso sim é ruim pra mim” reflete Marisa. A residente Michele destacou suas dificuldades em lidar com pacientes com demandas em saúde mental. Ela apontou como um dos motivos para essa dificuldade o fato dela mesma sentir-se “ansiosa” e experimentar “os mesmos sintomas que os pacientes”. Progressivamente, ela aprendeu a lidar melhor com essas situações:

Olha, passou um período que eu lidava muito mal, né? No início eu lidava muito mal com isso assim, eu, pra mim era terrível atender paciente de saúde mental. Eu ficava ansiosa junto, por que eu também tenho crise de ansiedade, então eu ficava ansiosa junto, eu ficava triste junto, eu levava as histórias dos pacientes pra casa, dormia com eles. Ficava lá pensando e não conseguia dormir. Praticamente, eu tinha os mesmos sintomas que os pacientes. (Michele, residente da equipe dos especialistas)

A residente Paula descreveu um impacto semelhante. Ainda que referisse conseguir não levar os problemas e dos pacientes “para casa”, ela apontou também o envolvimento e identificação com as experiências deles, especificamente durante a consulta.

Assim, é, eu, eu sempre vou ficar meio nervosa assim. Consulta, é, que envolve queixa de saúde mental, porque é uma coisa que eu sinto, não é que eu sofra junto, talvez um pouco assim, mas é porque, é, sei lá, eu sou uma pessoa que quando o paciente começa a chorar na minha frente me dá vontade de chorar também, meu olho as vezes enche d’água, o paciente vê isso, é uma coisa que eu não consigo controlar. Sabe? Às vezes eu nem levo isso pra casa, mas eu me envolvo um pouco ali naquela situação. Então pra mim as vezes, é, ou melhor, nunca é muito fácil. Embora eu goste assim. (Paula, residente da equipe do asfalto 2)

A residente Luíza apontou que, além da alta demanda assistencial de sua equipe, estava passando por um momento pessoal difícil e referiu estar “em burnout”. Ela também

destacou como seria importante que os médicos e médicas da atenção primária possuísem algum suporte também para sua própria saúde mental, como “terapia” ou “grupo Balint”⁸⁹.

É, é todo médico deveria fazer terapia, né? Tem essa história aí, né? Pra evitar o burnout. Pois é. Então, é uma angústia, acho que nos últimos meses que eu tenho tido assim. Acho que tanto é pela demanda, mas eu acho que particularmente mais por questões pessoais minhas, mas que não tem como desvincular. Então, é difícil simplesmente entrar no consultório e deixar a vida do outro lado, né? Do lado de fora e não fazer contratransferência ou simplesmente não querer abordar uma coisa porque te rememora alguma coisa. Eu acho que é essencial um médico aprender a lidar com isso de alguma forma, e pedir ajuda, qualquer que seja o sentido assim. Ou ajuda profissional mesmo, de terapia ou conversar com outros médicos ou fazer grupos tipo Balint. O que eu faço? Nada. Nada. E por isso, que eu estou em burnout. (Luíza, residente da equipe do asfalto 3)

Diante destas dificuldades, também explorei interesses e experiências dos residentes com práticas, como as citadas por Luíza, como psicoterapia individual e os grupos Balint, ou outras que funcionassem como recursos de apoio, alívio e ressignificação dessas experiências. Marisa, Jaime e Luíza referiram não fazer nada, e encontrar apoio nos sentidos e significados que atribuem ao próprio trabalho em si, ainda que, diante das experiências negativas apontadas por eles, essa estratégia parecesse não ser suficiente. Já Lívia, Michele e Paula faziam uso de outros recursos.

Jaime e Marisa – talvez, por sua equipe atender à população mais vulnerável e excluída de toda unidade – destacaram uma satisfação especial em perceber que “faziam diferença na vida dessas pessoas” e “surpreendê-las” com uma qualidade de atenção que não esperavam. Através da equipe de Saúde da Família do morro, era a primeira vez, em suas décadas de história, que aquela comunidade, através do Estado, possuía médicos, enfermeira, técnica de enfermagem e agentes comunitários disponíveis exclusivamente para atender às suas demandas de saúde.

É estranho isso, mas é um cansaço que me dá muito prazer assim. O meu cansaço físico, emocional, isso é muito, é bom, é muito gratificante assim. Cara, essas

⁸⁹ Os “grupos Balint” são uma modalidade de suporte terapêutico desenvolvida inicialmente para médicos generalistas, entre os anos 40 e 60 do século XX, pelo médico e psicanalista húngaro radicado na Inglaterra Michael Balint. Em encontros regulares com colegas de profissão, mediados por um supervisor, “os participantes devem relatar casos clínicos sem recorrer a nenhuma anotação, em associação livre de palavras, trazendo ao grupo a necessária riqueza de detalhes para esclarecer a situação, contexto, doença, transferência manifestada pelo paciente, envolvimento dos familiares e participações dos outros profissionais especialistas eventualmente consultados. Finalmente, devem trazer ao grupo seus sentimentos, reações e reflexões envolvendo esse atendimento, a contratransferência, como se estivessem em um grupo de supervisão. Feito o relato, os participantes do grupo colocam interrogações e afirmações, propõem questionamentos, solicitam esclarecimentos, apresentam recortes de situações semelhantes vivenciadas por eles e debatem”. (BRANDT, 2009, p. 51).

peças cansam muito mais que eu, as pessoas precisam muito mais do que eu, assim. E você vê o retorno delas, gente muito bronca, sabe? Que fala obrigado do jeito deles. É muito legal. É muito bom assim, você vê que tem pessoas que eu sei que realmente eu fiz a diferença na vida. E eu ficaria no morro e eu falo isso, se tivessem me deixado ficaria no morro, pra toda minha vida. Ficaria como médica, quarenta horas, trabalhando de oito as cinco que nem uma doida, eu gosto muito. Não sei o que que vai ser, nem te falar, espera daqui a dez anos, cê vai ver assim, tipo, não se exaure agora, né? Não sei como é que vai ser realmente daqui a dez anos, eu estou começando agora. (Marisa, residente da equipe do morro)

Eu acho que é um pouco de gostar da adrenalina, de alguma forma tentar se sentir útil e viver um pouco, viver um pouco esse caos mesmo, tentar se encontrar útil e fazer o que acha bem, o que acha cuidado e preencher o próprio vazio, a gente tem muito disso, é, essa questão de ter essa satisfação que preenche o meu vazio. De ver que alguém melhorou, em parte por minha causa. Eu acho que tá aí meu ponto. E de surpreender assim. Agora não mais, mas, de início, as pessoas elas, não esperam receber atenção, em geral. De mostrar que isso existe. (Jaime, residente da equipe do morro).

Jaime analisou essa questão como uma “culpa positiva”. Referiu-se à possibilidade de distribuir à população mais pobre e excluída da sociedade alguns dos benefícios que ele pôde usufruir como “privilegiado”, “dominante”. Ainda que não tivesse origem numa família rica ou abastada e ter recordado adversidades econômicas enfrentadas por sua família, Jaime apontou como o fato de ser branco, vir de uma família de classe média, poder estudar medicina, como um privilégio “paradoxal”. Sua situação social produzia uma experiência de desconforto, “culpa” por essa situação de maior conforto, a que ele dava vazão como médico de família do morro, usando do seu privilégio para “valorizar a vida” das pessoas excluídas:

Aqui é onde eu, eu tô fazendo isso, eu dou vazão à minha culpa de, de ser dominante nesse mundo, de estar numa posição de dominação, eu jovem, eu jovem, um médico, branco, pois é, que eu sou, dois por cento do Brasil, dois por cento. E aí, e o resto da galera? A culpa na verdade, ela vem como uma culpa positiva, ela vem como um motor, acho que pro médico de família. Pô o médico de família cara, que que justifica o luxo pra gente? É difícil justificar, é difícil você justificar alguma coisa que você queira ostentar, alguma coisa assim. É, também não sei, também não sei se tem a ver com minha criação de esquerda, mas é difícil você justificar o conforto, tudo que não há necessidade, se porra, eu tenho um contato diário com uma galera que está cheia de necessidade. E eu estou diferente, por que que eu sou diferente? Eu que sou privilegiado então? É no sentido de “porra cara, eu sou privilegiado então eu tenho um compromisso. Eu tenho esse compromisso, porque eu me sinto privilegiado”. E isso, vou valorizar, vou *valorizar a vida* e vou usar o meu privilégio de uma posição favorável pra melhorar a vida do resto. Cara, a luta tem vários caminhos, pode ser no posto de saúde, pode ser política ideológica, pode ser doação, mas é, são contradições mesmo. (Jaime, residente da equipe do morro)

Entre os suportes externos buscados por alguns residentes para manejo de suas experiências de dificuldade, destacaram-se o convívio com familiares e amigos, religiosidade, psicoterapia individual, viagens, hábito de leitura e ouvir música, além da prática de

atividades físicas. Quanto à religiosidade, três residentes referiram que esse era uma questão importante para elas: uma residente apontou ser católica, outra espírita e uma referiu não ser vinculada a uma religião mas gostar de ler a bíblia. A residente Lívia relatou, por exemplo, procurar apoio em várias dessas práticas:

Sempre priorizo a família. Trabalho é uma parcela da nossa vida, não é a nossa vida, acho que isso eu tenho bem claro na minha cabeça, tipo, trabalho é uma parcela da minha vida, então, super tenho minha família perto, meu namorado é uma pessoa incrível e a gente é muito parceiro de vida. Tipo, me dá mega apoio, tá sempre bem presente pra tudo. Enfim, procuro também praticar uma atividade física, sempre, né? Por que senão a gente não tem como falar, faça atividade física, mas pô meu tempo é todo ocupado, eu também, acordo cinco e meia e chego em casa as nove, mas eu vou pra academia, tem que ir, se não. E isso também ajuda. E também sempre procuro desenvolver muito também o lado religioso também, me ajuda muito isso. Questão de fé mesmo de, é uma coisa que eu procuro sempre aprofundar assim em relação, não a religião assim, por que a religião enfim, não experimento na religião, mas gosto, por exemplo, da bíblia, gosto de ler, gosto de estudar, de saber os princípios, acho que isso também. (Lívia, residente da equipe dos especialistas)

Por fim, destaco alguns elementos do relato da residente Michele que reúnem algumas perspectivas interessantes dos impactos da abordagem das dificuldades em saúde mental na vida dos residentes. Como apontei anteriormente, Michele – Luíza e Paula também fizeram relatos afins – sinalizou que atender problemas em saúde mental representava uma dificuldade particular para ela, em função de reproduzir pessoalmente as experiências de sofrimento dos pacientes. Ela relatou ter conseguido superar essa dificuldade devido a alguns apoios que foram particulares à sua trajetória: o atendimento recebido por profissionais da própria unidade e do programa de residência, um estágio que realizou em Portugal e algo que ela descreveu como uma estratégia interna de “resiliência”.

Em relação ao apoio dos profissionais, Michele era moradora da área de sua própria equipe e, de fato, recebeu atendimento para tratar de suas “crises de ansiedade” pelos preceptores do programa e pela psiquiatra e psicóloga do matriciamento. É válido pontuar essa percepção de apoio do programa era, por outro lado, questionada por alguns residentes como Jaime e Lívia e que não acompanhei atividades regulares de suporte à saúde mental dos residentes pelo programa. No entanto, o caso de Michele indicou que, havendo uma demanda, há uma mobilização por parte de preceptores e profissionais para oferecer esse atendimento. Outra experiência significativa de apoio para Michele foi seu estágio optativo em Portugal. Nesse estágio, Michele relatou ter observado que “foi bom ter visto que eles enfrentavam problemas parecidos” com os que os médicos de família no Brasil viviam em relação à sua própria saúde mental. Michele estagiou com um médico de família português que lhe trouxe

aprendizados importantes, sobre como lidar “com humor” com o sofrimento emocional dos pacientes e da própria profissão. O terceiro elemento particular da trajetória de Michele foi a construção de “dispositivo” pessoal de resiliência. Ela ressaltou que, por sua equipe ter uma alta demanda de problemas de saúde mental, via a necessidade de encontrar uma forma de lidar com essas questões sem que isso a prejudicasse. Segundo ela, a “longitudinalidade”, o fato de ver esses pacientes várias vezes ao longo do seu tempo de residência, e a abordagem “centrada na pessoa”, conhecendo a vida do paciente, além da doença, a ajudaram a “diluir” essas experiências e desenvolver resiliência.

7.3 Social, moral, vital

O acompanhamento da rotina de trabalho dos residentes e o estudo das crenças e valores que mobilizaram seu comportamento mostraram como, neste cenário, o exercício da medicina de família e da abordagem centrada na pessoa era configurado por um conjunto de princípios e apostas morais desses profissionais. Valores como o “compromisso com a vida”, a “equidade”, o “direito à saúde”, um exercício da medicina que seja menos “iatrogênico” e, ao mesmo tempo produza os resultados clínicos desejados pelos pacientes, são alguns dos objetivos morais desses residentes que espelham a afirmação que destacamos de Kleinman no quinto capítulo: o que define as práticas de cuidado em saúde, afinal, é uma busca por “fazer bem às pessoas”. Como antecipei também no quinto capítulo, entendo que a pesquisa social não tem como afirmar ou apoiar um bem *a priori*, mas lhe cabe a tarefa de explorar as consequências sociais e morais do que as pessoas fazem em nome de valores como “bem”, “amor” e “compaixão”.

Desde o primeiro capítulo, as tensões morais envolvidas na Saúde Mental Global convidaram esta pesquisa a desenvolver não apenas a descrição de algumas práticas sociais em saúde mental, mas a inquirir como essas práticas reproduzem ou reconfiguram os sujeitos sociais nelas envolvidos e engendram novas práticas dentro do mesmo cenário. Como mostro desde a revisão narrativa da crítica cultural da Saúde Mental Global e, agora, com a experiência de campo, essa produção de subjetividades e engendramento de práticas envolve a sua circulação como “economias morais”.

No primeiro capítulo, apresentei os princípios da antropologia moral crítica de Fassin. Essa abordagem antropológica toma como sua principal tarefa estudar como questões não morais são reconfiguradas como morais e os impactos sociais dessa reconfiguração (FASSIN, 2012). Um exemplo de como utiliza essa abordagem são seus estudos etnográficos sobre como intervenções na esfera pública repercutem sobre a vida das pessoas – que ele aponta como exemplos da categoria *biopolítica* proposta por Michel Foucault – e, por outro lado, como intervenções sobre a vida das pessoas repercutem sobre os dispositivos sociais de poder – o que ele designa como *biolegitimidade*. Como exemplo do primeiro, Fassin analisa os efeitos das políticas de *apartheid* no avanço da epidemia da AIDS, em seus primeiros anos, na África do Sul (FASSIN, 2013). No entanto, para Fassin, o espectro social contemporâneo vem se compondo de situações em que o peso da biolegitimidade se sobrepõe ao do próprio biopoder. “Damos menos valor a um biopoder do que a uma biolegitimidade.”⁹⁰ (FASSIN, 2005, p. 389, tradução minha). Ele cita, como um estudo pioneiro da biolegitimidade, a construção da categoria de *cidadania biológica* desenvolvida por Petryna ao etnografar as experiências das vítimas da tragédia radioativa em Chernobyl.

Reunindo essas duas perspectivas, uma antropologia das *políticas da vida* tem, portanto, como tarefa, investigar o funcionamento das práticas sociais que tem, como sua justificativa ou seu objetivo, os impactos sobre a vida ou a própria vida. Como *políticas da vida*, Fassin irá estudar fenômenos como as intervenções humanitárias, as políticas de atenção aos imigrantes na França e a circulação da categoria do “trauma” na sociedade contemporânea. Ele o faz articulando as políticas da vida como economias morais:

Falar de economia moral para tratar das políticas dos vivos é, portanto, considerar os valores que sustentam as escolhas feitas pelas sociedades contemporâneas sobre as questões que colocam em jogo a existência física, mas também social dos indivíduos⁹¹. (FASSIN, 2005, p. 382, tradução minha)

Fassin recorre aqui ao esquema *bios/zoe* proposto por Agamben, também utilizado por Ingold como vimos no quinto capítulo. Em seu estudo moral, pretende explorar como são elaboradas as representações morais que constituem as intervenções que “despem”, e “despolitizam” a vida das pessoas, em especial, aquelas em situação de maior vulnerabilidade como, em seus campos de pesquisa, migrantes e populações que vivem em áreas de conflito.

⁹⁰ Texto original em francês: “On a donc moins affaire à un biopouvoir qu'à une biolegitimité”.

⁹¹ Texto original em francês: “Parler d'économie morale pour traiter des politiques des vivants, c'est donc considérer les valeurs qui sous-tendent les choix faits par les sociétés contemporaines sur les questions qui mettent en jeu l'existence physique, mais aussi sociale des individus”.

No caso das intervenções humanitárias, por exemplo, a compaixão aparece como o sentimento moral que dá condições para a existência política dos sujeitos – uma existência política que é “docilizada” em troca do reconhecimento, do acesso a espaços de circulação social e das economias por eles disponibilizadas. As políticas da vida nos ensinam sobre “significados e valores” que vinculamos à própria vida e ao modo como vivemos (WEINTRAUB; VASCONCELLOS, 2013).

Em um paralelo com a crítica proposta por Fassin às intervenções humanitárias e considerando o que exploramos quanto aos significados morais da medicina de família para os residentes, pretendo agora retomar à questão central deste capítulo e exemplificar como essas questões morais influenciavam as práticas de atendimento às pessoas com sintomas depressivos e alguns de seus impactos sociais e subjetivos. Resgato que empreendo essa análise com o interesse de verificar a hipótese de que as convergências entre os modos de ver e operar as experiências de sofrimento entre pacientes e residentes ofereceriam condições favoráveis para um saldo positivo de satisfação para essas pessoas, ou até mesmo cura ou alívio de uma situação de sofrimento mais intenso e prejudicial.

Na primeira seção do capítulo, mostrei que, embora reconhecessem determinantes e causas vinculadas aos seus contextos de vida – o que é compatível com a compreensão dos residentes e sua proposta de abordagem “centrada na pessoa” –, os pacientes moradores do asfalto traziam frequentemente a demanda de especialistas em saúde mental para seguir seu tratamento. Para alguns dos pacientes do asfalto, o tratamento adequado de suas questões de saúde demanda um diagnóstico especializado e uma capacidade de ver e agir em torno da saúde humana de que um médico de família não é capaz. Sigo, agora, explorando como os significados morais acima citados também produziam divergências entre ofertas e interesses de práticas de cuidado no cenário estudado e como essas divergências produziam transformações nas relações entre médicos e pacientes e nas vidas dessas pessoas.

A fundamentação moral da prática da medicina de família, constituída de valores como “equidade”, “melhoria de indicadores de saúde”, “menos iatrogenia”, “compromisso com a vida” se traduzia em uma atitude frequente e comum aos residentes de dedicação ao seu trabalho, expressa pelo cumprimento assíduo de rotinas de atendimento, uso rotineiro da abordagem centrada na pessoa, atendimentos fora do horário de trabalho, entre outros. Entretanto, essa dedicação era mais intensa e desgastante no caso da equipe do morro. Os valores em que se baseavam as práticas dos residentes tornavam o atendimento a essa população uma prioridade, uma tarefa para a qual não mediam esforços. Esta fundamentação

moral se agregava à maior convergência epistêmica entre propostas terapêuticas e demandas dos pacientes na equipe do morro, apontada na primeira seção, e produzia uma maior vinculação de seus pacientes à unidade e um desgaste físico e emocional de seus residentes.

Subir e descer o morro com 40 graus de temperatura duas vezes na semana, às vezes, sob ameaça de tiroteio; oferecer o número do *whatsapp* para contato com diversos pacientes; deixar a porta aberta do consultório; abrir mão de registros de qualidade no prontuário para atender mais pessoas; “acesso livre”. São alguns dos comportamentos que sinalizavam essa prioridade e que não observei nas equipes de asfalto. Nessas equipes, faziam-se menos visitas, o acesso era mediado pela planilha eletrônica, a porta ficava fechada, a agenda se encerrava num número máximo de atendimentos para dar tempo de fazer os registros de prontuário adequados. Analiso, a seguir, mais alguns elementos dessa relação entre os valores morais e a convergência epistêmica. Para esse fim, retomo o modelo explicativo dos sintomas depressivos desenvolvidos pelos residentes, apresentado no quinto capítulo, que envolviam as “redes sociais” e capacidade de resiliência.

O “tipo” do sofrimento do asfalto, constituído de tristeza intensa com perda da funcionalidade, era produzido principalmente pelo isolamento social. Na visão dos residentes, mesmo as crises financeiras, outro fator bastante apontado pelos pacientes do asfalto, poderiam ser enfrentadas com menos sofrimento se não houvesse tanto isolamento. As mulheres do morro, por exemplo, não apontaram “crise financeira” como um de seus problemas. É válido destacar que isso não se explicava pelo fato de que essas mulheres sempre viveram em situação de pobreza. Havia situações em que altos valores financeiros eram produzidos, como no exemplo dado por Marisa das mobilizações comunitárias geradas por familiares para pagar a dívidas com o tráfico de um parente, como um neto ou um filho. Quero dizer que, no morro, em momentos de emergência, a pobreza, para muitos moradores, não era uma condicionante final de suas vidas.

Segundo os residentes, outro fator não causal, mas predisponente – “de risco”, usando a semântica da epidemiologia –, para a depressão seria a “falta de resiliência”. As moradoras do morro seriam mais resistentes à depressão por terem sempre convivido com muitas adversidades e aprendido estratégias para manejar e integrar subjetivamente essas experiências mantendo um saldo positivo de motivação para “seguir suas vidas”.

A falta de experiências prévias e contínuas de sofrimento não gerava oportunidade de aprendizagem de como lidar com essas situações para os moradores do asfalto. Eles seriam menos resilientes e com isso se deprimiam mais facilmente – “com trinta anos na primeira

crise financeira” como exemplificado por Marisa – e respondiam menos às medidas terapêuticas tendo uma tendência maior à cronicidade dos sintomas. Essa compreensão fazia os residentes entenderem que os moradores do morro se deprimiam menos do que os moradores asfalto e, quando se deprimiam, isso acontecia de forma aguda, com um somatório maior e mais desolador de fatores sociais causais, capazes de esgotar seus mecanismos de resiliência, mas, ao mesmo tempo com um potencial melhor de resposta às medidas terapêuticas, com menos necessidade inclusive de medicamentos.

Dentro desse modelo explicativo, o tratamento proposto para os moradores do asfalto envolvia principalmente motivá-los a participar dos grupos como medida de cuidado diante do isolamento social e também a prescrição mais imediata de medicamentos antidepressivos. Esses procedimentos de estímulo aos grupos não deixavam de se dar ao longo da sequência de consultas “centradas na pessoa”. No entanto, os residentes dedicavam uma parte importante da consulta para esse estímulo, já que, dentro do seu modelo explicativo, a melhor chance de melhora não poderia ser oferecida por intervenções médicas. Os moradores do asfalto, por serem menos resilientes, também teriam mais dificuldade para melhorar sem medicamentos. Além disso, muitos já vinham medicados “de plano” e o uso crônico de benzodiazepínicos, principalmente em idosos.

No caso da equipe do morro, como os pacientes chegavam em crises agudas, a medida principal era, de fato, acolher esses pacientes, com quantas consultas centradas na pessoa fossem necessárias. O medicamento era um recurso menos utilizado e, quando sim, mais claramente na perspectiva da “muleta”, já que havia a expectativa de que os pacientes com as consultas iriam se recuperar mais rápido. Não havia estímulo aos grupos da unidade como dispositivo de “promoção de rede social”, mas a que os pacientes se voltassem a práticas que já tinham como referencial dentro da própria comunidade e que os ajudassem a sair da crise.

Essa classificação, envolvendo a capacidade de resiliência e presença ou não de rede social de apoio, não vinha isolada de uma carga emocional e moral por parte dos residentes. Em síntese, segundo esses parâmetros, os pacientes do asfalto eram menos resilientes, tinham maiores chances de cronificação, tinham menos habilidades para lidar com adversidades da vida, para eles “nada estava bom”, e insistiam em serem tratados por especialistas em saúde mental. Além disso, eram resistentes à orientação de se engajarem em grupos para ampliarem sua “rede”, o que permitiria, segundo os residentes, tocar a causa principal de seu sofrimento, o isolamento social.

Os pacientes do morro, por sua vez, eram merecedores uma atenção redobrada por serem uma população socialmente mais excluída. Além disso, são mais resilientes, sabem lidar com mais adversidades, só procuram ajuda quando realmente precisam e aceitam a proposta terapêutica dos residentes, com menos medicamentos e mais voltadas para as consultas centradas na pessoa e atividades de integração e mobilização social e cultural na própria comunidade. Logo havia fortes “afinidades eletivas”⁹² – conforme o uso desse conceito proposto por Löwy (1989 apud TESSER; CARVALHO, 2012) – entre residentes e moradores do morro e menos nas equipes do asfalto. Essa equação moral não se dava sem produzir tensões. Destaco, a seguir, seis exemplos dessas tensões que me chamaram atenção no campo.

Primeiro, volto a destacar que as singularidades não respeitavam mesmo as classificações “sociais” dos sintomas depressivos. Por exemplo, pacientes como Tânia e Nilda, sentiam-se extremamente sozinhas e sem apoio no morro. João Custódio e Leila, pacientes do asfalto, não se queixaram de isolamento e relataram como fator positivo o apoio de amigos, parceiros e familiares. A abordagem centrada na pessoa ajudava a evitar uma rigidez quanto a essa classificação. No entanto, ainda assim, observei uma insistência pouco eficaz dos residentes em que pacientes do asfalto participassem dos grupos. Participei algumas vezes dos grupos e não encontrei os pacientes que conhecia nas consultas e eles mesmos relatavam não ter esse interesse em suas entrevistas. Por sua vez, os residentes do morro nem comentavam da existência dos grupos da unidade com seus pacientes, omitindo um recurso que poderia ser útil em alguns casos.

Segundo, a hipótese de que a população no morro se deprime menos por ser mais resiliente também era contradita pelo alto número de pessoas com as manifestações “difusas” de sofrimento reconhecidas nas consultas. Na equipe do morro, havia de fato elevada demanda para atendimento de pacientes com doenças infecciosas – acompanhei frequentemente diagnósticos de tuberculose, viroses respiratórias e gastrointestinais, doenças

⁹² Copio o trecho do artigo de Tesser e Carvalho (2012) em que propõem o uso da categoria “afinidades eletivas” na pesquisa social e que adoto também para esta pesquisa: “A expressão “afinidades eletivas” foi usada por Max Weber (1994) no clássico *A ética protestante e o espírito do capitalismo* para dar um toque de sutileza às associações entre uma doutrina religiosa (o protestantismo) e um sistema econômico (o capitalismo). A expressão permite escapar do estabelecimento de laços causais em proveito da atenção às ressonâncias mútuas entre orientações de pensamento e de conduta que percorrem cada qual seu caminho. [...] Trata-se de um conceito que permite justificar processos de interação que não dependem nem da causalidade direta, nem da relação ‘expressiva’ entre forma e conteúdo (por exemplo, a forma religiosa como ‘expressão’ de um conteúdo político e social) [...] As afinidades eletivas são, portanto, uma noção útil para uma abordagem que pretenda escapar à tradicional determinação causal direta, aproximando-se de uma percepção dinâmica e dialógica das mútuas influências e/ou confluências entre diferentes idéias, movimentos ou outros fenômenos sociais” (TESSER, CARVALHO, 2012, p. 338, grifo dos autores).

sexualmente transmissíveis – e complicações decorrentes de diabetes e hipertensão mal controlados. Em muitas dessas consultas, não havia tempo de aprofundar ou mesmo explorar sinais de alguma experiência de sofrimento. Essa preocupação foi expressa por Jaime: “Se cutucar, vai achar. Todo mundo tem alguma questão nesse sentido”. Logo, questiono se o aparecimento desses sintomas em crise, de forma aguda não resultaria do fato de não terem sido abordados antes. O modelo explicativo poderia fazer com que os residentes subestimassem a demanda de atenção que os sintomas depressivos no morro possuíam. Ainda dentro do modelo explicativo dos residentes, esse pressuposto de uma menor prevalência de sintomas depressivos na população do morro não se sustentava, visto que, assim como eram mais resilientes, as pessoas também eram expostas a mais fatores de exclusão social e violência que poderiam esgotar sua resistência embora fosse maior.

Terceiro, a disponibilidade de várias consultas “centradas na pessoa” atendia bem os interesses morais, afetivos e epistêmicos de ambos, médicos e pacientes do morro. No entanto, como não eram tão poucas como presumiam, aliadas à alta demanda para tratamento de doenças somáticas, alguns residentes se perguntavam se não estariam reproduzindo a “lei de cuidados inversos” com as consultas mais frequentes dos pacientes com sintomas depressivos. Segundo essa lei, cuja elaboração dos princípios é atribuída ao médico de família inglês, Julian Tudor Hart (1971), os serviços de atenção primária tendem ao organizar sua rotina assistencial pelos comportamentos espontâneos de demanda da população a que se destina. Dessa maneira, os serviços de APS oferecem mais cuidados a pessoas que o frequentam rotineiramente por várias razões: moram mais próximo, tratam de alguma condição crônica, não tem receio quanto à estigmatização de sua condição social ou problema de saúde. Ao mesmo tempo, famílias e grupos sociais que recebem pouco ou nenhum cuidado, por enfrentarem diversas barreiras – físicas e funcionais – de acesso ao serviço, se perpetuam sem atenção adequada. Esse questionamento coloca em dúvida se os pacientes com sintomas depressivos não receberiam atenção em excesso – menos urgente e menos eficaz –, já que eram estimulados a frequentar a unidade, enquanto outros casos graves poderiam estar sendo negligenciados.

Quarto, na equipe do morro, os valores altruístas dos residentes e a ressonância epistêmica faziam com que esses profissionais se dedicassem mais e recebessem como resposta o compromisso interessado dos pacientes com as propostas terapêuticas e com a regularidade dos encontros entre eles. Os médicos respondiam a essas “vidas em sofrimento”, com sua própria vida inclusive, não só através das consultas centradas na pessoa, mas com as

horas a mais não remuneradas no atendimento, com a busca de não deixar escapar qualquer demanda, com a porta encostada ao longo de todos os atendimentos, com o tirar o calçado antes de entrar nas residências do morro. Há um compromisso dos residentes com os pacientes do morro, que os faz “doar energia” a essas pessoas. Ao mesmo tempo em que essa experiência trazia realização, havia demonstrações de esgotamento emocional desses profissionais, prejuízos na vida pessoal e no trabalho, por exemplo, nos prontuários mal preenchidos e nas queixas de alguns pacientes de que os atendimentos eram excessivamente interrompidos.

Minha experiência de campo não apontou para a “docilização” dos pacientes moradores do morro pela atenção e dedicação dos residentes. A modalidade mais politicamente engajada dos grupos propostos pela equipe do morro, como o grupo de mulheres com parentes em situação de cárcere e o grupo de pais e crianças, apontava que, para essas pessoas, os médicos contribuíam para catalisar mobilizações na esfera política, desvinculadas inclusive de alguma *biolegitimidade*, como é comum nos grupos promovidos nas unidades de saúde que se identificam por rótulos diagnósticos ou da saúde pública, por exemplo, grupo “de diabéticos” e “de hipertensos” e grupo “de saúde mental”. Apresento como um exemplo da desvinculação dos grupos oferecidos com questões “de saúde”, uma carta escrita pelo grupo de mulheres em que trouxeram a público, por meio de divulgação em mídias sociais, vários dos determinantes sociais de que condicionam o sofrimento vivido por elas e seus parentes em situação de cárcere:

Carta reflexiva à população:

Encarceramento em massa: No Brasil existem mais 600mil pessoas presas, o dobro da capacidade total dos presídios superlotados.

4 a cada 10 presos não tem sequer julgamento.

Pessoas estão presas há mais de 3 anos sem terem sido ao menos julgadas.

O sistema carcerário tem cor e classe social: Mais de 60% dos presos são negros, jovens e pobres.

O número de homicídios contra negros no Brasil subiu 32%, enquanto o de brancos caiu na mesma proporção.

Apenas nesse ano mais de 200 homens morreram em presídios do Rio de Janeiro sem causa definida.

Enquanto uma mulher branca, rica e condenada pelo desvio de mais de R\$244 milhões saiu da prisão após 3 meses para cuidar de seus filhos de 11 e 14 anos, enquanto mais de 600 mulheres detentas no Rio na mesma situação tiveram esse direito negado, sendo mantidas em cárcere fechado.

O sistema carcerário no Brasil tem como finalidade proteger, reeducar e reintegrar o detento para o convívio em sociedade. Essas pessoas sob custódia do Estado não são cuidadas com o mínimo de dignidade humana. A ressocialização se torna impossível

frente a esse quadro, ao contrário, gera mais violência dentro e fora das celas. O sistema é feito para que o preso volte a ser preso após sua liberdade.

A gente vive isso todos os dias. A gente pensa sobre isso todos os dias. E você já pensou sobre isso? (Grupo de mulheres moradoras do morro com parentes em situação de cárcere)

As pacientes entrevistadas, de fato, se referiam aos residentes com apreço pela sua disponibilidade, atenção e amizade. Porém, a ocupação rápida e decidida dos consultórios e as conversas com olhos nos olhos traduziam também uma apropriação do espaço e dos atendimentos por essas pessoas. Fatores que explicam essa relação mais horizontal me parecem ter mais a ver com o próprio morro do que com os residentes. Por exemplo, o morro sediava uma tradicional escola de samba do Rio e outras organizações culturais que eram vistos como equipamentos que reforçam a valorização social da comunidade e de seus moradores.

Quinto, produzindo um resultado inverso, as divergências nos modelos explicativos e desejos terapêuticos tornava a relação com os usuários do asfalto menos fluida e os residentes tinham uma postura um pouco mais rígida, colocando mais limites à sua dedicação. Havia pacientes satisfeitos, porém, cinco dos dez entrevistados cogitavam ou já procuravam algum tipo de atendimento complementar que atendesse melhor às suas expectativas. As apostas morais dos residentes e as divergências entre os modelos de tratamento oferecidos por eles e desejados pelos pacientes do asfalto criavam uma distância afetiva e reduzia a disponibilidade de oferta de consultas centradas na pessoa. Porém, ao mesmo tempo protegia os residentes do asfalto do desgaste pelo qual passavam os residentes do morro.

No caso do asfalto, os residentes adotavam uma postura de estabelecer melhor uma separação, um vínculo menos íntimo com a população. Destaco as poucas visitas que os residentes fizeram no período de observação, ao menos quando comparada à frequência de visitas da equipe do morro. Também não havia troca de telefones e comunicação por “whatsapp” na mesma intensidade com que Jaime e Marisa o faziam com seus pacientes. Há uma modulação e uma distância emocional maior no atendimento aos moradores do asfalto. O sofrimento do asfalto é visto pelos residentes como menos resiliente. Ainda que tenha acompanhado os mesmos procedimentos de “reengajamento com a vida” nas consultas de morro e asfalto, a medida terapêutica complementar própria das equipes de asfalto era a tentativa, até onde acompanhei pouco eficaz, de vincular os pacientes do asfalto aos grupos para “gerar rede” para essas pessoas. De certa forma, os médicos percebiam no atendimento à população do asfalto, a necessidade de reencaminhar essas pessoas para “a sociedade”. Mas

havia uma resistência maior dessas pessoas, que em geral viam a necessidade de serem encaminhados para psicoterapia e para psiquiatria.

Como salientado por Mônica: o psiquiatra pode ver o que um médico de família não é capaz de ver. Assim, no caso do asfalto, foi possível observar uma tensão entre “culturas” terapêuticas: a dos pacientes que vêm de plano e demandam o atendimento “psi” (psiquiatra-psicólogo) e rejeitam a proposta dos grupos e a dos médicos de família que insistem nessa proposta baseados em sua categorização social do sofrimento. Ainda que haja pacientes que destacam as qualidades do atendimento do médico de família, dificilmente as situações dos pacientes do asfalto alcançavam a satisfação dos pacientes apenas com consultas centradas na pessoa e medicamentos. Com frequência, havia a demanda pela psicoterapia e pela psiquiatra matriciadora para prescrever algum antidepressivo que não havia no posto e que os residentes se viam menos acostumados em prescrever.

Por último, tanto no caso da população do asfalto quanto do morro, as consultas mais frequentes centradas na pessoa tinham como “efeito colateral” produzir “pessoas centradas nos médicos”. Essa questão preocupava os residentes que receavam estar “se” oferecendo demais como medicamento para os pacientes. Os pacientes que se comprometiam com as consultas regulares com os médicos de família experimentavam seu isolamento social melhor abordado pelas consultas médicas e não pelos grupos ou pelas atividades da comunidade, gerando uma demanda permanente de atendimentos difícil de manejar.

Portanto, as tensões sociais produzidas, neste cenário, não têm sua natureza, enquanto fenômeno social, esgotada apenas com o apontamento das diferenças e convergências “propriamente culturais” entre os médicos de família e seus pacientes, de que procurei tratar, de forma crítica e recortada, nos capítulos anteriores. Se interrompo a análise do campo nessa camada de seus problemas, produzo a sensação de que o imbróglio dessa narrativa social poderia ter um “final feliz”. Na verdade, volto a propor que essa sensação ou a expectativa de que ela emerja é parte do próprio imbróglio. A alternativa que aponto é a de que o potencial de rejeitar, aceitar ou transformar, protelar ou tornar urgente, tanto a demanda quanto oferta de serviços médicos e de seus modelos abordagem experiências de sofrimento é mediado pelo significado moral das questões envolvidas. Certamente, há relações entre epistemologia e moral que podem ser exploradas como um inquietante problema filosófico. No entanto, entendo que a pesquisa social, tem como tarefa própria estudar, como fizemos, o impacto de certas apostas epistêmicas no comportamento das pessoas e na dinâmica social do que

oferecer respostas últimas, ou ao menos bem elaboradas, sobre a natureza conceitual dessas questões.

As apostas das pessoas que participaram da pesquisa em determinadas categorias e práticas emergem como economias morais que não são simplesmente negociadas – como objetos nas mãos de sujeitos em um mercado de valores morais –, mas que são dispositivos do seu próprio processo de subjetivação que levam, ao mesmo tempo, à realização pessoal, esgotamento profissional, aproximação ou distanciamento de pacientes do serviço e negligência de atenção a pacientes graves que podem nem estar conseguindo acessar atendimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: VIDA QUE SEGUE...

Para tecer as considerações finais desta tese, retomo a questão central que mobilizou esta pesquisa. Meu interesse com este trabalho foi oferecer contribuições, a partir de uma abordagem antropológica, à análise social dos cuidados públicos contemporâneos em saúde mental, dentro de alguns recortes operativos: um recorte de campo epistêmico-político, a Saúde Mental Global; um recorte de enfermidade mental, os sintomas depressivos; um recorte de cenário e prática terapêutica, a Estratégia Saúde da Família e o atendimento de médicos residentes de medicina de família e comunidade no Rio de Janeiro. Considerando essa questão central e seus recortes operativos, entendo que esta tese logrou alguns produtos teóricos e empíricos e também deixa em aberto algumas questões para futuras investigações.

Como produto teórico, a revisão narrativa sobre a crítica cultural da Saúde Mental Global, apresentada no primeiro capítulo, mostrou como o debate em torno da modelagem cultural do adoecimento mental segue reproduzindo usos da categoria “cultura” que reforçam polarizações como *biologia vs. cultura* e *ocidente vs. não ocidente*. Essas oposições, além de já terem sua superação e caráter de falseamento epistêmico apontado por diversos autores (BANZATO; ZORZANELLI, 2014; KIRMAYER, 2006; ROSE, 2013), limitam os trabalhos intelectual, investigativo e de cuidados em saúde a assumir o lado de um dos polos e reproduzir seus discursos e práticas. Destaquei alguns trabalhos na Saúde Mental Global que questionam essa restrição (COOPER, 2016; JAIN, ORR, 2016; MILLER, 2014), e alinhei a proposta desta pesquisa à agenda de buscar alternativas à polarização. Dentro da própria revisão, apontei que era possível construir uma outra leitura dessas questões, entendendo a cultura em um sentido semiótico, como proposto por Geertz, que designei como “propriamente cultural”, e em uma perspectiva “moral”, como proposto por Kleinman e Fassin, respeitando os diferentes pontos de vista destes dois últimos sobre como as moralidades se vinculam mundo social. Essa teorização em torno da cultura na Saúde Mental Global, além de um exercício analítico próprio, produziu a interface teórica de diálogo com a Saúde Mental Global com que desenvolvi a frente empírica da pesquisa.

No segundo capítulo, apresentei o itinerário que levou aos recortes e à seleção cenário da etapa empírica desta tese. Enfatizei elementos da minha trajetória pessoal, de algumas referências teóricas sobre os temas dos recortes da pesquisa e do primeiro contato com o campo. Em seguida, o terceiro capítulo, de caráter mais histórico, foi dedicado a um estudo

dos debates que se desenrolaram, principalmente nos últimos 50 anos, em torno da condição de saúde mental foco desta tese, os sintomas depressivos – mais especificamente o conceito que traduz sua versão patológica na psiquiatria e saúde pública contemporâneas, a depressão. Nesse estudo, identifiquei diversas semelhanças entre os argumentos que criticam ou defendem o uso da categoria diagnóstica “transtorno depressivo maior” em três campos afins: a Saúde Mental Global, a psiquiatria transcultural e atenção primária à saúde. Nesses debates, são expostas as dificuldades que persistem, mesmo em recentes publicações, em delimitar uma fronteira entre o sofrimento disfórico humano cotidiano e uma enfermidade mental e sua pluralidade de manifestações em populações ocidentais ou não. Essas dificuldades têm apontado a necessidade do uso de categorias intermediárias ou alternativas como “transtorno mental comum”, “*distress*” (sofrimento, aflição, angústia), “sofrimento mental comum”, “sofrimento difuso” que representam situações de sofrimento com sintomas depressivos que não devem ser classificadas, segundo as propostas de seus autores, como uma enfermidade mental, porém, ainda assim, merecem receber cuidados, como intervenções psicossociais, nos serviços de atenção primária e de saúde mental.

Essas iniciativas de construção de categorias intermediárias ou alternativas sinalizam que o reconhecimento e a legitimação do diagnóstico de depressão, como está estabelecido hoje no DSM 5 (APA, 2014) são questões que permanecem em aberto nos círculos médico, sanitário e da pesquisa social. Essa abertura oferece amplo espaço para construções locais de sua conceituação e manejo, em cada serviço de saúde, como observei no trabalho de campo. A necessidade de criar novas categorias aponta para o fato do sofrimento humano permanecer se rerepresentando, em suas mais diversas formas e expressões socialmente mediadas, como uma demanda “de saúde” para os equipamentos sanitários contemporâneos. A proposta de lidar com essa demanda de forma polarizada, colocando todas as suas manifestações no “protocolo de depressão” do *mhGAP* da OMS (2016) ou “desmedicalizando”-as, tem deixado insatisfeitos tanto pesquisadores, quanto profissionais e pacientes.

Precisamente, do quarto ao sétimo capítulo, apresentei minha experiência etnográfica quanto a essas questões. No quarto capítulo, descrevi algumas características do cenário da pesquisa, uma unidade da Estratégia Saúde da Família do Rio de Janeiro, e de seus participantes, residentes de medicina de família e comunidade e pacientes, mostrando o ambiente e criando a ambiência que fazem parte da etnografia. No quinto e no sexto capítulo, desenvolvi uma análise do que chamei no primeiro capítulo de abordagem “propriamente cultural” das experiências de médicos e pacientes no cenário estudado. Isso significou

explorar, com eles, os significados das experiências e manifestações – corporais, verbais, comportamentais – vinculadas ao que lancei para o campo como “sintomas depressivos”. Seguindo a proposta de um uso semiótico da cultura, tratei de interpretar o que significava e implicava ter “sintomas depressivos” para essas pessoas. Atendendo a questões que me pareceram coerentes com o próprio campo, assumi a tarefa de manter esse levantamento dos significados e implicações em dois níveis: um inquérito sobre a existência de padrões de representação e comportamento e, caso confirmada essa existência, uma análise do contraste desses padrões com experiências singulares.

Nesse sentido, a principal categorização nativa vinculada pelos participantes, especialmente os médicos, à existência de padrões de enfermidade depressiva foi a diferenciação “morro” e “asfalto”. Meu contexto geográfico mais amplo de estudo, a metrópole do Rio de Janeiro, tem suas desigualdades sociais espacializadas pela segregação da população mais pobre e socialmente excluída da cidade nos morros da cidade, enquanto áreas mais planas circunvizinhas são ocupadas pela população com melhores condições econômicas, mais escolarizada e com melhor provimento de serviços públicos. O campo foi um pequeno reflexo desse cenário mais amplo já que pesquisei uma unidade da Estratégia Saúde da Família que atendia tanto a população do “morro” quanto a do “asfalto”, com equipes diferentes destinadas a esses territórios. A partir de indicações do primeiro contato com o campo, esta tese assumiu como questão de pesquisa verificar a circulação de experiências de sofrimento e de cuidado produzidas dentro dessa categorização.

Ao estudar as experiências dos pacientes, observei que, nem sempre, onde havia “sintomas depressivos” ou “depressão” para os médicos, havia “depressão” ou uma experiência “depressiva” para os pacientes. Essas designações não estavam presentes nos relatos de onze, metade dos 22 pacientes entrevistados, que usaram outras expressões como “tristeza”, “angústia”, “ansiedade”, “estresse”, “nervoso” para traduzir suas experiências. Mesmo entre aqueles que falaram de “depressão” ou de se sentir “deprimido” essas outras expressões estavam frequentemente presentes, e, em alguns casos, representavam melhor o que viviam. Logo, não era coerente afirmar que essas pessoas tinham “sintomas depressivos” e me pareceu mais adequado passar a falar, especialmente quando me referi aos pacientes, de “experiências de sofrimento”.

Ao codificar as experiências dos pacientes entrevistados, reuni dados que apontaram, de fato, para a possibilidade de reconhecer “perfis de sofrimento” diferentes entre as populações do morro e do asfalto. Entre a população do asfalto, os elementos mais frequentes

dos relatos foram tristeza associada a choro frequente, baixa autoestima e cansaço, tendo como fatores causais e agravantes principais problemas financeiros e preocupações familiares. Enquanto, para as mulheres do morro, destacaram-se ansiedade, tristeza, manifestações corporais, estresse e medo, vinculados a violência, com forte recorte de gênero. Ao mesmo tempo, mostrei como esses perfis, resultantes do somatório de expressões descontextualizadas dos pacientes, contrastava com histórias singulares de moradores do morro que apresentavam o perfil de sofrimento do asfalto e vice-versa. Usei como exemplo desse contraste os recortes etnográficos dos encontros com os pacientes Pedro e Raquel. Assim, a necessidade de interpretar de forma singularizada e contextualizada essas experiências, para obedecer à sua própria natureza de difícil tipificação, me levou a refletir em torno das contribuições que os estudos em torno de categorias como “sofrimento”, “sofrimento social” e “experiência moral”, como os produzidos por Wilkinson, Kleinman, Kienzler e Das têm trazido para o tratamento, na pesquisa social, da “dor humana”.

No sexto capítulo, voltado para o estudo das experiências e comportamentos dos residentes, também se repetiu a observação de representações e atitudes que levavam, ao mesmo tempo, a padronizar e a singularizar as experiências de sofrimento. Propus a existência de convergências entre a forma como os residentes de cada população caracterizaram os sintomas depressivos e os “perfis de sofrimento” que construí a partir das entrevistas com os pacientes. Os residentes do asfalto viam a depressão como uma “tristeza” acentuada e prejudicial, acompanhada de outras manifestações disfóricas. Já para os residentes do morro, o elemento central da depressão “não é uma tristeza intensa”, mas “parar de sentir” e “descontrole”. Em ambos os casos, a depressão também se caracterizava como uma “disfuncionalidade”, um “comprometimento da vida”. A categorização morro/asfalto esteve presente também no modelo explicativo da depressão referido pelos residentes que discriminavam determinados fatores disparadores ou propiciadores das manifestações depressiva. No asfalto, foram apontados o isolamento, a falta de “rede social” e a baixa resiliência para lidar com as adversidades da vida. No morro, a produção da experiência depressiva se daria por um somatório agudizado, mais amplo e mais desolador de perdas de referências, de “pilares” de significação pessoal e de convivência social.

Da mesma forma como apontei as limitações e problemas dos “perfis de sofrimento” para entender a experiência dos pacientes, a categorização morro/asfalto também implicava em tensões para a oferta de cuidados dos residentes. Porém, optei por me deter nessas questões no sétimo capítulo e dediquei a segunda parte do sexto capítulo a analisar justamente

o principal procedimento utilizado pelos residentes para lidar com os “sintomas depressivos”: as consultas e visitas domiciliares frequentes e regulares em que colocavam em prática a “medicina centrada na pessoa”.

Tomei como base as experiências dos residentes – com destaque para as observações e conversas com o residente Jaime – e identifiquei um eixo de três modalidades de prática para representar esse “método clínico centrado na pessoa”: “escuta”, “vivência de si” e “instrumentalizar para a melhora”. A categoria “vida” emergiu como um significante aglutinador das preocupações dos residentes em criar nas consultas um ambiente para as pessoas entrarem em contato com sua própria experiência de sofrimento e descobrirem elas mesmas as alternativas para seguir suas vidas com novos sentidos e novas formas de interação com seu meio social. Baseado no trabalho pioneiro de Octavio Bonet, em que aplica a abordagem antropológica de Tim Ingold para analisar as práticas dos médicos de família no Brasil, propus uma reconfiguração da abordagem “centrada na pessoa” como um exercício de “reengajamento com a vida”. Em especial, detalhei como uma “educação da atenção” traduz não apenas o processo formativo dos residentes, como mostrado por Bonet, mas exprime como os atendimentos “centrados na pessoa” contribuíam para os pacientes encontrarem novos caminhos para o fluxo de suas vidas.

O sexto capítulo apontou, portanto, aspectos potentes do campo analisados nesta perspectiva do “reengajamento com a vida” como uma resposta terapêutica às “vidas em sofrimento” dos pacientes. No entanto, não abandonei a tarefa de estudar as tensões produzidas pela categorização morro/asfalto no cenário estudado. No sétimo capítulo, por um lado, analisei como essas tensões tem uma mediação epistêmica, ou “propriamente cultural”, expressa pela demanda dos pacientes do asfalto pelo atendimento com os especialistas “psi” e não com médicos de família.

Por outro lado, com impactos ainda mais significativos, baseado no projeto de uma antropologia moral crítica de Didier Fassin, investiguei como as apostas e valores morais dos residentes se reconfiguraram como economias morais em suas práticas de cuidado com consequências para os pacientes e para os próprios residentes. Dentro dos significados morais que os residentes atribuíam ao exercício da medicina de família e aos modelos explicativos da depressão, produziam-se “afinidades eletivas” (cf. TESSER, CARVALHO, 2012) entre eles e os pacientes do morro e distanciamento afetivo dos pacientes do asfalto. Isso gerou impasses entre o modelo de tratamento que os residentes entendiam como o mais adequado para os pacientes do asfalto – a participação de grupos de convivência social com destaque para os

oferecidos na unidade – e o tipo de atendimento desejado por estes últimos com especialistas em saúde mental, psiquiatra e psicólogo.

Na equipe do morro, houve uma sintonia afetiva e efetiva entre residentes e pacientes. Na perspectiva dos residentes, a população do morro merecia mais cuidados devido à sua condição social. Ela aceitava, valorizava e se comprometia com a oferta de consultas centradas na pessoa dos residentes, o que gerou a princípio uma retribuição afetiva positiva para ambos. No entanto, do lado dos residentes, devido à alta demanda física, emocional e moral das condições de saúde da população do morro, isso levava a uma rotina de trabalho exaustiva com impactos de cansaço físico e desgaste pessoal, falta de tempo para a vida familiar, relacionamentos e lazer. Do lado dos pacientes, havia o risco da cronificação de sua presença no serviço, mais temida a princípio na população do asfalto. As consultas regulares “centradas na pessoa” podiam produzir a dependência dos atendimentos com os médicos, pois se tornavam um espaço privilegiado de convívio social para os pacientes. Esse fato criava condições para reproduzir, como efeito colateral, a chamada “lei de cuidados inversos” (HART, 1971). Segundo este conceito, nativo da medicina de família e da atenção primária, determinados pacientes, que, por várias razões, já frequentam regularmente os serviços, recebem mais medidas de cuidado, nem sempre prioritárias e urgentes, enquanto pacientes distantes do serviço e que teriam algum tipo de prioridade clínica são negligenciados e não acessam tratamentos e outras intervenções de potencial benefício para eles.

Portanto, este trabalho de campo mostrou como, em torno dos “sintomas depressivos”, em um cenário “pragmático”⁹³ – para utilizar um conceito caro à epidemiologia clínica contemporânea e à SMG –, houve reinvenções locais de categorias diagnósticas, modelos explicativos e esquemas de abordagem terapêutica que foram influenciados por uma determinação social típica do território (morro/asfalto). Também emergiram influências das orientações epistêmicas de profissionais e pacientes, como nas situações em que os pacientes do asfalto demandavam os saberes e especialidades “psi” a médicos de família, e pela reconfiguração terapêutica de questões morais, estudada especificamente nas práticas e discursos dos residentes,. Identifiquei uma tensão entre, de um lado, perfis e padrões de experiências e de representação, expresso na hipótese de um tipo depressivo do “morro” e outro do “asfalto”, que, de fato, se sustentou mediante a codificação das experiências dos pacientes. Do outro lado, as singularidades e incomensurabilidades, das “vidas em

⁹³ Expressão utilizada para designar estudos desenvolvidos em cenários clínicos sem intervenções significativas da pesquisa sobre as rotinas de trabalho dos profissionais, acesso dos pacientes ao serviço e tratamentos e condutas recomendados (RUGGERI; LASALVIA; BONETTO, 2013; THORNICROFT; PATEL, 2014).

sofrimento” dos pacientes, e as práticas terapêuticas de “reengajamento com a vida”, sensíveis a estas singularidades, voltavam-se para o reconhecimento e valorização do que escapa aos perfis e padrões. No entanto, como tentei retratar no sétimo capítulo, a operação a partir de um perfil ou padrão diagnóstico, mesmo tendo emergido do reconhecimento de elementos de determinação social ou talvez por isso, trouxe problemas que tentamos mapear. Essa categorização social do sofrimento vem de forma indissociável vinculada a questões de representação epistêmica e significados morais que produzem afinidades e distanciamentos, vínculo terapêutico e dependência, excesso ou comedimento na oferta de cuidados, desgaste ou preservação emocional, entre médicos e pacientes.

É válido destacar que meu propósito não é reificar nenhum desses conceitos, categorias, procedimentos e significados morais, menos ainda rotular pacientes e profissionais com esses desígnios ou fazer um juízo de valor sobre as apostas morais dos residentes. Pelo contrário, como afirmei no segundo capítulo, me vejo inclusive contemplado por muitas destas últimas. Além disso, inquietou-me a hipótese de que a sensibilidade a elementos de determinação social estivesse presente na compreensão dos profissionais médicos sobre o sofrimento depressivo e na criação de estratégias de manejo desses problemas – os grupos da unidade, a frequência das “consultas centradas na pessoa” – e quis entender como isso funcionava no dia-a-dia. O balanço que faço é de que essa categorização, ainda que socialmente “sensível,” colide e hibridiza com questões epistêmicas e morais dos sujeitos envolvidos, e que isso traz mais tensões e dificuldades do que potência de cuidado. Aliás, o estudo mostrou que cuidado, “em excesso”, também pode vir acompanhado de um preço: desgaste dos profissionais, dependência dos pacientes em relação aos médicos e ao serviço e negligência de outros pacientes mais distantes do serviço ou com menos afinidades morais e epistêmicas. Nesta pesquisa, o estudo dos cuidados públicos em saúde mental pôde retratar mais perspectivas do campo por essa aproximação em conjunto das interações entre orientação epistêmica, estruturas sociais e valores morais.

Este estudo, portanto, aponta para quatro indicativos que podem ser abordados tanto pela perspectiva da pesquisa quanto das políticas e práticas assistenciais em saúde mental. Primeiro, como salientei no segundo capítulo, minha escolha foi por um cenário em que estão concentradas recomendações importantes para a integração entre atenção primária e saúde mental: (1) a atenção primária sendo oferecida por profissionais com treinamento nas competências específicas deste nível de atenção e (2) o suporte clínico, centrado na necessidade dos profissionais da atenção primária, de profissionais especialistas em saúde

mental. No entanto, considerando apenas a especialização em medicina de família, essa situação representa, no melhor dos casos, menos de 8% das equipes da Estratégia Saúde da Família no Brasil. Este estudo corrobora que, para além das dificuldades apontadas, os médicos de família, representados pelos residentes, assumem os cuidados em saúde mental, com diversos aspectos positivos como a prática “centrada na pessoa”, sua preocupação em oferecer medidas que atinjam os determinantes sociais e a integração flexível e sensível ao contexto social e individual de protocolos, medicamentos e a avaliação de especialistas em saúde mental. Infelizmente, a formação especializada em atenção primária no Brasil, com exceção de poucos cenários como o Rio de Janeiro, tem sido negligenciada às custas de uma expansão em larga escala e subfinanciada da Estratégia Saúde da Família. Essa negligência tende a se agravar com a nova Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017, cf. nota 39), que mantém a omissão das políticas anteriores sobre o estímulo à formação especializada e cria as equipes de atenção básica. O modelo destas equipes, com loteamento da carga horária atribuída ao profissional médico, tende a ser mais um reforço da ocupação das vagas de trabalho na atenção primária por médicos com outras especialidades e recém-formados sem especialização.

Segundo, especialmente em relação às polêmicas da Saúde Mental Global, corroborei a hipótese de que as polarizações não dão conta do que acontece em um cenário de expansão de cuidados públicos à saúde mental no Brasil, como no caso estudado, a Estratégia Saúde da Família no Brasil. No cenário pesquisado, houve lugar para protocolos, escalas diagnósticas, medicamentos, encaminhamento a especialistas, mas eles não foram o eixo ou orientação principal dos comportamentos e discursos dos profissionais. Também não foram ignorados ou julgados de forma negativa pelos residentes. Apenas, para esses profissionais, estava claro, como nas palavras do residente Jaime: “se você medicalizar e esquecer do resto, se você centrar na doença, ferrou”. Por exemplo, a abordagem com uso do questionário Babel ocorreu, porém, os profissionais não trabalharam com ela de forma rígida ou como simples replicadores desse questionário. Os medicamentos não são “objetos”, mas “coisas” que estão vivas, em movimento no processo terapêutico dos pacientes. Se existiu um eixo da prática dos residentes, um “protocolo”, e sugiro que sim, esse foi a abordagem “centrada na pessoa”. Questionários, medicamentos e encaminhamentos estiveram presentes em função da compreensão social, moral e “centrada na pessoa” dos residentes de medicina de família e não o inverso. Essas ferramentas protocolares tiveram usos reinventados dentro da categorização morro/asfalto, sendo menos adotadas pelos residentes do morro e mais pelos residentes do

asfalto. Atribuo essa tendência a uma adequação às demandas do perfil de sofrimento e de modelos de tratamento – consultas com psiquiatra e terapia com psicólogo – mais procurados pelos pacientes do “asfalto”, e não ao fato dos residentes do “asfalto” terem um discurso ou prática mais fechados com uma abordagem centrada no diagnóstico psiquiátrico do sofrimento de seus pacientes.

A potência⁹⁴ de não “centrar na doença” e no diagnóstico psiquiátrico e, sim, nas “pessoas” e na “vida”, sem necessidade de negar os recursos da abordagem psiquiátrica convencional, é um horizonte de pesquisas demandado pelos cenários clínicos contemporâneos como o deste estudo. Kirmayer também tem destacado a importância de uma “centralidade na pessoa” como estratégia de superarmos essas dicotomias e colocarmos à disposição do paciente os conhecimentos perspectivas de abordagem disponíveis e não o contrário (KIRMAYER, GOMEZ-CARRILLO; VEISSIÈRE, 2017). Esse horizonte me parece estar em sintonia com a tendência de pesquisadores importantes dentro do campo da Saúde Mental Global, como o próprio Vikram Patel (2017), que sugeriu a criação de uma categoria não patológica intermediária, “distress” (sofrimento, angústia, aflição), na abordagem das experiências de sofrimento emocional e moral na saúde pública, reconhecendo que as pessoas, nessas situações, merecem cuidados em saúde, mas não se beneficiam – pelo contrário, podem ser prejudicadas – pelo diagnóstico e transtorno de um transtorno depressivo maior. Esses apontamentos não se opõem a estudos que denunciem a perseguição violenta de sistemas autóctones de cuidado em saúde mental, em países ou grupos sociais em que eles existam (por exemplo, SOOD, 2016). No entanto, essa não apareceu como uma questão de pesquisa, em um cenário metropolitano brasileiro como o deste estudo, que me convocou a análise de outros problemas como os derivados da categorização morro/asfalto.

Terceiro, esse horizonte de uma agenda propositiva de centrar na “vida” e nas “pessoas”, não pode significar um abandono da tarefa crítica. Entendo que a preocupação sobre a análise da circulação das economias morais e da biolegitimidade são pistas de chaves interpretativas disponibilizadas por Fassin que não podem deixar de constituir um foco de atenção de destaque nas pesquisas sociais. Há questões delicadas quando determinação social, orientação epistêmica e apostas morais entram em cena e, apenas, fazendo-as emergir podemos coloca-las à disposição dos sujeitos nelas envolvidos.

Por último, volto a destacar que os impasses morais vividos pelos residentes mediam sua dedicação intensa e exaustiva – ou não – ao sofrimento moral dos pacientes, a

⁹⁴ Graduo essa potência dentro do projeto de Ingold de uma prática antropológica voltada à exploração das possibilidades da vida humana (INGOLD, 2015).

cronificação e dependência dos usuários em relação ao serviço de saúde como espaço de convívio social e os riscos de uma negligência oculta de pacientes que demandam cuidados – físicos, sociais, morais e mentais – mais urgentemente. Essas observações convidam à reflexão em torno dos problemas de elegermos a saúde pública como foro privilegiado de reconhecimento e cuidado do sofrimento humano em nossas sociedades. O fato do Brasil ser, segundo a OMS (2017), o segundo país das Américas em prevalência e carga de doença da depressão⁹⁵ e o primeiro do mundo em prevalência de ansiedade guarda correspondência com minha experiência no campo de alta pressão assistencial sobre os residentes quanto a estas questões. Por outro lado pacientes e profissionais são conscientes e tentam, em alguma medida maior ou menor, lidar com sua evidente determinação social. Estes me parecem sinais claros de que respostas, propositivas e críticas, a estes dados, extravasam recomendar ou questionar estratégias de saúde pública, como o aumento do número de médicos, do uso de protocolos, de medicamentos e de sessões de psicoterapia para lidar com todo sofrimento emocional e moral que esses números traduzem. Cabe avançar em análises sobre a circulação desses significantes da saúde mental, seus significados e manifestações, fora dos cenários de saúde, no cotidiano das pessoas, para entender e pôr em questão os fenômenos sociais de que esses dados fazem parte⁹⁶.

De volta para casa

Esta tese envolveu um laboratório de práticas etnográficas em pude testar não apenas diferentes teorias antropológicas, mas também, o que me pareceu impossível de dissociar, diferentes formas de fazer antropológico. Entendo que essas escolhas resultaram de questões trazidas pelo campo, como a tensões entre padrões e incomensurabilidades e entre orientação epistêmica, determinação social e valores morais. Acredito que esta escolha produziu uma tese que deu visibilidade a contradições e isso pode ter gerado um texto final com um encadeamento argumentativo árido e pouco fluido. No entanto, defendo que estas

⁹⁵ Considerando os dados de Lopes et al. (2016) e comparando-os com os dos demais países pela OMS (2017), o Brasil também teria a maior prevalência de depressão do mundo em 7,9%.

⁹⁶ Um exemplo útil deste tipo de investigação cotidiana dessas questões é o estudo *Sadness or depression: making sense of low mood and the medicalization of everyday life* de Brøer e Besseling (2017).

características finais do texto refletem minha experiência do campo, com momentos de fluidez e momentos de colisões, fragmentações e desvios.

Todas as abordagens antropológicas que me orientaram – Kleinman, Das, Ingold e Fassin – não colocam como parte de seus objetivos oferecer respostas ou soluções às questões sociais que dão visibilidade. Entendo que a principal contribuição dessas abordagens, mesmo as mais críticas, é mostrar a plasticidade do mundo social, com suas potências, violências e dificuldades. Os resultados de suas incursões antropológicas são evidências das múltiplas expressões e da capacidade de transformação do “fenômeno humano”. Acredito que este trabalho, mesmo considerando as limitações derivadas de meu período curto de observação participante, reafirma estes princípios mostrando a diversidade de experiências que são disparadas em torno dos “sintomas depressivos”. Não oferecer respostas finais acaba sendo o compromisso que se assume diante de uma valorização do que não se pode definir ou medir em meio ao reconhecimento, tradução e cuidado do sofrimento humano. Essa atenção às incomensurabilidades como uma potência orientadora inclusive dos padrões e protocolos é o aprendizado pessoal mais significativo que levo desta experiência.

Iona Heath, uma referência internacional da medicina de família e ex-presidente do *Royal College of General Practitioners*, considera o livro *A Fortunate Man (Um homem afortunado)*, tradução minha, do escritor e crítico de arte John Berger com registro fotográfico de Jean Mohr, o melhor livro escrito sobre medicina de família (HEATH, 2012). *A Fortunate Man* não é um tratado sobre diagnósticos e condutas médicas. Ao meu ver, trata-se de um ensaio etnográfico sobre a medicina de família. Através de fotos, descrições e reflexões, ele retrata o cotidiano de trabalho de John Sassal, um médico rural inglês a quem Berger sombreou durante três meses em 1966. “Ele faz mais do que trata-los quando estão enfermos; ele é a testemunha objetiva de suas vidas”⁹⁷ (BERGER, MOHR, 2015, p. 11, tradução minha) afirma Berger sobre o trabalho de Sassal.

Esse generalista rural não via a enfermidade separada da “personalidade total” do paciente, o que Berger coloca como o oposto do que fazia um especialista. Ele não se mantinha distante e se aproximava das pessoas para reconhecê-las como pacientes “por inteiro”. Apesar de atender cerca de 2000 pessoas, Sassal era consciente de como todos eles eram “inter-relacionados”, além dos vínculos familiares. “Os números raramente adquirem uma objetividade estatística para ele”. Acima de tudo, ele considerava como seu dever tentar

⁹⁷ Texto original em inglês: “He does more than treat them when they are ill; he is the objective witness of their lives.”

tratar “ao menos certas formas de infelicidade” e raramente enviava um paciente para um hospital psiquiátrico, o que ele considerava “um tipo de abandono”.⁹⁸ (BERGER, MOHR, 2015, p. 114, tradução minha).

Finalizo, voltando a falar mais desde o lugar de médico de família e menos de pesquisador social. Este recorte da obra de Berger é um exemplo de como a questão central desta tese – a atenção ao sofrimento das pessoas manifesto por “certas formas de infelicidade” – está no âmago do que caracteriza a prática profissional dos médicos de família em sua apresentação contemporânea, moldada ao longo do século XX. Investigá-las, debate-las, adaptá-las a novos contextos, desde uma perspectiva que explora sentidos e significados dentro do mundo social, são tarefas que integram a nossa “cultura” profissional. Esta tese oferece um exercício acadêmico destas tarefas com o intuito de produzir novas questões para a sua continuidade. Refaço o convite de Heath (2017) de assumirmos como um dos principais desafios contemporâneos na saúde pública e na atenção primária à saúde não nos submetermos à tendência totalitária de reduzirmos nosso pensamento e nossa prática a regras e uniformizações e reinstauramos o lugar das pessoas – que expando para a vida – nas práticas de saúde.

⁹⁸ Texto original em inglês que reúne as expressões traduzidas nesse parágrafo: “But his sensibility is not just consequence of his character: it is equally the consequence of his position and the way he practises. He never separates an illness from the total personality of the patient – in this sense, he is the opposite of a specialist. He does not believe in maintaining his imaginative distance: he must come close enough to recognize the patient fully. Although he has about 2.000 patients, he is aware of how they are all interrelated – and not only in the family sense – so that the numbers seldom acquire a statistical objectivity for him. Most important of all, he considers that is his duty to treat at least certain forms of unhappiness. He very seldom sends a patient to mental hospital for he considers it a kind of abandonment.”

REFERÊNCIAS

- ABAS, M. et al. Defeating depression in the developing world: a Zimbabwean model. *Br. J. Psych*, v. 164, n. 3, p. 293-6, 1994.
- ABRASCO. *Parecer Abrasco para a Consulta Pública sobre a PNAB*. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/institucional/parecer-abrasco-para-consulta-publica-sobre-pnab/29951/>>. Acesso em: 09 out. 2017.
- ADAMS, V. Evidence-based global public health. In: BIEHL, J.; PETRYNA, A. *When people come first: critical studies in Global Health*. Princeton, NJ: Princeton University Press, p. 54-90, 2013.
- ANDERSSON, S. J. Conceptions of depressive disorder and its treatment among 17 Swedish GPs. A qualitative interview study. *Family Practice*, v. 18, p. 64-70, 2001.
- ANDREWS, G. Placebo response in depression: bane of research, boon to therapy. *The British Journal of Psychiatry*, v. 178, n. 3, p. 192-194, 2001.
- ANGERMEYER, M. C. et al. Biogenetic explanations and public acceptance of mental illness: systematic review of population studies. *The British Journal of Psychiatry*, v. 199, n. 5, p. 367-72, 2011.
- APA. American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. 5 ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2014.
- _____. *American Psychiatric Association. What Is Mental Illness?* Disponível em: <<https://www.psychiatry.org/patients-families/what-is-mental-illness>>. Acesso em: 09 set. 2017.
- _____. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 1st ed.. Washington, DC: APA, 1952
- _____. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 2nd ed. Washington, DC: APA, 1968.
- APPLBAUM, K. Pharmaceutical Marketing and the Invention of the Medical Consumer, *PLoS Med.*, v. 3, n. 4, e189, 2006.
- ARENDT, H. *Homens em tempos sombrios*. São Paulo: Companhia de Bolso, 2008.
- _____. *Eichmann in Jerusalem*. New York: The Viking Press, 1963.
- ATHIÉ, K. et al. Matriciamento em saúde mental na Atenção Primária: uma revisão crítica (2000-2010). *Rev Bras Med Fam Comunidade*, v.8, n.26, p.64-74, 2013.
- BAIK, S. Y. et al. The recognition of depression: the primary care clinician's perspective. *Annals of Family Medicine*, v. 3, n. 1, p. 31-7, 2005.

BANZATO, C. E. M.; ZORZANELLI, R. Superando a falsa dicotomia entre natureza e construção social: o caso dos transtornos mentais. *Rev. Latinoam. Psicopatol. Fundam.*, v. 17, n. 1, p. 100-113, 2014.

BARLEY, E. A. et al. General practitioners' and practice nurses' views and experience of managing depression in coronary heart disease: a qualitative interview study. *BMC Family Practice*, v. 13, 1, [n. p.], 2012.

BASS, J. K.; BOLTON, P.A.; MURRAY, L.K. Do not forget culture when studying mental health. *The Lancet*. 2007; v. 370, n. 9591, p.918–919, 2007.

BAUMEISTER, R. F.; LEARY, M. R. Writing Narrative Literature Reviews. *Review of General Psychology*. v. 1, n. 3. p. 311-320, 1997.

BAXTER, A. J. et al. Global epidemiology of mental disorders: what are we missing? *PLoS One*, v. 8, n. 6, e65514, 2013.

_____. et al. Challenging the myth of an “epidemic” of common mental disorders: trends in the global prevalence of anxiety and depression between 1990 and 2010. *Depression and Anxiety*, v. 00, p. 1–11, 2014.

BECKER, A. E.; KLEINMAN, A. Mental health and the global agenda. *N Engl J Med.*, v.369, n.1, p.66-73, 2013.

BEHAGUE, D. P. The Domains of Psychiatric Practice: From Centre to Periphery. *Cult. Med. Psychiatry*, v. 32, n. 2, p. 140-151, 2008.

BEMME, D.; D'SOUZA, N. A. Global mental health and its discontents: an inquiry into the making of global and local scale. *Transcultural Psychiatry*, v. 51, n. 6, p. 850-74, 2014.

BERGER, J.; MOHR, J. *A fortunate man: the story of a country doctor*. Edinburgh, London: Cannongate, 2015.

BIEHL, J.; PETRYNA, A. Critical Global Health. In: BIEHL, J.; PETRYNA, A. *When people come first: critical studies in Global Health*. Princeton, NJ: Princeton University Press, 2013, p. 1-20.

_____; GOOD, B.; KLEINMAN, A. Introduction: rethinking subjectivity. In: BIEHL, J.; GOOD, B.; KLEINMAN, A. (eds). *Subjectivity: ethnographic investigations*. Berkeley, CA: University of California Press, 2007. p. 1-24.

BONET, O. Sentindo o saber. Educação da atenção e medicina de família. *Horiz. antropol.*, v. 21, n. 44, p. 253-277, Dec. 2015.

_____. *Os médicos da pessoa: um olhar antropológico sobre a medicina de família no Brasil e na Argentina*. Rio de Janeiro: 7 letras, 2014a.

_____. Itinerâncias e malhas para pensar os itinerários de cuidado. A propósito de Tim Ingold. *Sociologia e Antropologia*, v. 4, n. 2, p. 327-350, 2014b.

_____. Emoções e sofrimentos nas consultas médicas. Implicações de sua irrupção. *Teoria e Cultura*, v. 1, n. 1, p. 117-138, 2006.

_____. *Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

BONFIM, I. G.; BASTOS, E. M.; GÓIS, C. W.; TÓFOLI, L. F. Apoio matricial em saúde mental na atenção primária à saúde: uma análise da produção científica e documental. *Interface (Botucatu)*, v.17, n.45, p.287-300, 2013.

BRACKEN, P.; GILLER, J.; SUMMERFIELD, D. Primum non nocere. The case for a critical approach to global mental health. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, v. 25, n. 6, p. 506-510, 2016.

_____. et al. Psychiatry beyond the current paradigm. *The British Journal of Psychiatry*, v. 201, n. 6, p. 430-4, 2012.

BRANDT, J. A. Grupos Balint: suas especificidades e seus potenciais para uma clínica das relações do trabalho. *Rev. SPAGESP*, v. 10, n. 1, p. 40-45, 2009 .

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica*. n. 34, 2013.

_____. *Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial, Brasília, DF. Seção 1, no. 183, p. 68-76, 22 set. 2017

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

_____. Ministério da Saúde. *Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39). v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 01 set. 2014.

BRHLIKOVA, P.; POLLOCK, A. M.; MANNERS, R. Global Burden of Disease estimates of depression – how reliable is the epidemiological evidence? *Journal of the Royal Society of Medicine*, v. 104, n. 1, 25–34, 2011.

BRÖER, C.; BESSELING, B. Sadness or depression: Making sense of low mood and the medicalization of everyday life. *Soc. Sci. Med.*, v. 183, p. 28-36, 2017.

CALLAHAN, C. M.; BERRIOS, G. E. *Reinventing depression: a history of the treatment of*

depression in primary care, 1940-2004. Oxford: Oxford University Press, 2005.

CAMPBELL, C.; BURGESS, R. The role of communities in advancing the goals of the Movement for Global Mental Health. *Transcultural psychiatry*, v. 49, n. 3-4, p. 379-395, 2012.

CAMPOS JUNIOR, A.; AMARANTE, P. D. de C. Estudo sobre práticas de cuidado em saúde mental na Atenção Primária: o caso de um município do interior do estado do Rio de Janeiro. *Cad. saúde colet.*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 425-435, 2015.

CAVALLIERI, F.; LOPES, G. P. *Índice de desenvolvimento social: comparando as realidades micro urbanas da cidade do Rio de Janeiro*. Coleção Estudos Cariocas. Rio de Janeiro (RJ): Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos, 2008.

CHEW-GRAHAM, C. A. et al. Managing depression in primary care: another example of the inverse care law? *Family Practice*, v. 19, p. 632-637, 2002.

CHIAVERINI, D. H. (org.) et al. *Guia prático de matriciamento em saúde mental* Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

CHO, J. Y.; LEE, E. Reducing Confusion about Grounded Theory and Qualitative Content Analysis: Similarities and Differences. *The Qualitative Report*, v. 19, n. 64, p. 1-20, 2014.

COHEN, A.; PATEL, V.; MINAS, H. A brief history of global mental health. In: PATEL V.; MINAS H.; COHEN A.; PRINCE M. *Global mental health: principles and practice*. New York, NY: Oxford University Press, p. 3-26, 2014.

_____. et al. Questioning an Axiom: Better Prognosis for Schizophrenia in the Developing World? *Schizophrenia Bulletin*, v. 34, n. 2, p. 229-244, 2008.

COOPER, S. Global mental health and its critics: Moving beyond the impasse. *Critical Public Health*, v. 26, n. 4, p. 355-358, 2016.

CORREIA, V. R.; BARROS, S.; COLVERO, L. A. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. *Rev. Esc. Enferm. USP*, v. 45, n.6, p. 1501-1506, 2011.

COSTA, J. F. *Psicanálise e contexto cultural: Imaginário Psicoanalítico, Grupos e Psicoterapias*. Rio de Janeiro: Campus, 1989.

_____. Consciência da doença como consciência do sintoma: a 'doença dos nervos' e a identidade psicológica. *Cadernos do IMS*, v. 1, p. 4-44, 1987.

COVENTRY, P. A. et al. Talking about depression: a qualitative study of barriers to managing depression in people with long term conditions in primary care. *BMC Family Practice*, v. 12, 10, [n. p.], 2011.

COX, N., WEBB, L. Poles apart: does the export of mental health expertise from the Global North to the Global South represent a neutral relocation of knowledge and practice?. *Sociology of Health and Illness*. v. 37, n. 5, p. 683-697, 2015.

CRAVEN, M.A.; BLAND, R. Depression in primary care: current and future challenges. *Can. J. Psychiatry*, v. 58, n.8, p. 442-448, 2013.

DAS, A., RAO, M. Universal mental health: re-evaluating the call for global mental health. *Critical Public Health*, v. 22, n. 4, p. 383-389, 2012.

DAVAR, B. V. Globalizing psychiatry and the case of ‘vanishing’ alternatives in a neo-colonial state. *Disability and the Global South*, v. 1, n. 2, p. 266-284, 2014.

_____; LOHOKARE, M. Recovering from Psychosocial Traumas: The Place of Dargahs in Maharashtra. *Economic and Political Weekly*, v. 44, n. 16, p. 60-67, 2009.

DEMYTTENAERE, K. et al. Do general practitioners and psychiatrists agree about defining cure from depression? The DEsCRIBE™ survey. *BMC Psychiatry*, v. 11, 169, [n. p.], 2011.

DEW, K. et al. “This Glorious twilight of uncertainty”: mental health consultations in general practice in *New Zealand*. *Social Science & Medicine*, v. 61, p.1189-2000, 2005.

DOWRICK, C. et al. Do general practitioners’ attitudes towards depression predict their clinical behavior? *Psychological Medicine*, v. 30, n. 2, p. 413-419, 2000.

_____; FRANCES, A. Medicalising unhappiness: new classification of depression risks more patients being put on drug treatment from which they will not benefit. *BMJ*, v. 347, f7140, 2013.

_____. et al. Normalisation of unexplained symptoms by general practitioners: a functional typology. *British Journal of General Practice*, v. 54, n. 500, p. 165-70, 2004.

DUARTE, L. F. D. A pulsão romântica e as ciências humanas no ocidente. *Rev. bras. Ci. Soc.*, v. 19, n. 55, p. 5-18, 2004.

_____. Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 8, n. 1, p. 173-183, 2003.

_____. Pessoa e dor no Ocidente (o “holismo metodológico” na Antropologia da Saúde e Doença). *Horiz. antropol.*, v. 4, n. 9, p. 13-28, 1998.

_____. A outra saúde: mental, psicossocial, físico-moral? In: ALVES, P.C.; MINAYO, M. C. (Org.). *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 83-90, 1994.

_____. *Da Vida Nervosa (nas classes trabalhadoras urbanas)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor/CNPq, 1986.

EATON, J. et al. Scale up of services for mental health in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, v. 378, n. 9802, p. 1592-1603, 2011.

EPSTEIN, R. M. Mindful practice. *JAMA*, v. 282, n. 9, p. 833-9, 1999.

FABREGA, H. The study of disease in relation to culture. *Syst. Res.*, v. 17, p. 183-203, 1972.

FARMER, P.; MURRAY, M.; HEDT-GAUTHIER, B. Clinical trials and global health equity. *Lancet Global Health Blog*. 8 jul. 2013. Disponível em: <<http://globalhealth.thelancet.com/2013/07/08/clinical-trials-and-global-health-equity>>. Acesso em 20 mai. 2017.

_____. et al. Structural Violence and Clinical Medicine. *PLoS Med.*, v. 3, n. 10, e449, 2006.

_____. An Anthropology of Structural Violence. *Current Anthropology*, v. 45, n. 3, p. 305-325, 2004.

_____. On suffering and structural violence: a view from below. *Daedalus*, v. 125, n. 1, p. 261-283, 1996.

FASSIN, D. Towards a critical moral anthropology: an European Research Council Programme. *La Lettre*, 49. Échos de la recherche. *La Lettre de l'EHESS*. s/d. Disponível em: <<http://lettre.ehess.fr/3323>>. Acesso em: 03 jun. 2014.

_____. A case for critical ethnography: rethinking the early years of the AIDS epidemic in South Africa. *Social Science & Medicine*, v. 99, p. 119-126, 2013.

_____. Introduction: Toward a Critical Moral Anthropology. In: FASSIN, D. (ed.) *A companion to moral anthropology*. Malden: Wiley Blackwell, p. 1-18, 2012.

_____. Another politics of life is possible. *Theory, Culture & Society*, v. 26, n. 5, p. 44-60, 2009.

_____. Le sens de la santé. Anthropologie des politiques de la vie. In: SAILLANT, F.; GENEST, S. (eds.). *Anthropologie médicale. Ancrages locaux, défis globaux*. Québec: Les Presses de l'Université Laval; Paris : Anthropos, p. 383-399, 2005.

FERNANDO, G. A. The roads less traveled: mapping some pathways on the global mental health research roadmap. *Transcultural Psychiatry*. v. 49, n. 3-4, p. 396-417, 2012

_____. Interventions for Survivors of the Tsunami Disaster: Report from Sri Lanka. *Journal of Traumatic Stress*, v. 18, n. 3, p. 267-268, 2005

FERNANDO, S. Globalization of psychiatry - a barrier to mental health development. *International Review of Psychiatry*, v. 26, n. 5, p. 551-557, 2014a.

_____. *Mental Health Worldwide: culture, globalization and development*. London: Palgrave Macmillan, 2014b.

FERRARI, A. J. et al. Global variation in the prevalence and incidence of major depressive disorder: a systematic review of the epidemiological literature. *Psychological Medicine*, v. 43, n. 3, p. 471-81, 2013.

FLICK, U. *Desenho da pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FONSECA, M. L. G.; GUIMARÃES, M. B. L.; VASCONCELOS, E. M. Sofrimento difuso e

transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. *Rev. APS.*, v. 11, n. 3, p. 285-94, 2008.

FONSECA, C. Quando cada caso não é um caso: pesquisa etnográfica e educação. *Revista Brasileira de Educação*, n. 10, p. 58-78, 1999.

FOURNIER, J. C. et al. Antidepressant Drug effects and Depression Severity: A Patient-Level Meta-Analysis, *JAMA*, v. 303, n. 1, 47-53, 2010.

FREUD, S. *Luto e melancolia*. São Paulo: Cosac Naify, 2011.

FULFORD, K. W. M. et al. Looking with both eyes open: fact and value in psychiatric diagnosis? *World Psychiatry*, v. 4, n. 2, p. 78–86, 2005.

GASPARYAN, A. Y. et al. Writing a narrative biomedical review: considerations for authors, peer reviewers, and editors. *Rheumatology International*, v. 31, p. 1409-1417, 2011.

GBD 2016 DISEASE AND INJURY INCIDENCE AND PREVALENCE COLLABORATORS. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. v. 390, 1211-59, 2017.

GEERTZ, C. *A interpretação das culturas*. 1ª ed. 13ª reimpr. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

GILCHRIST, G.; GUNN, J. Observational studies of depression in primary care: what do we know? *BMC Family Practice*, v. 8, 28, [n. p.], 2007.

GILBODY, S.; GASK, L. Depressive Disorders in Primary Care: A Review. In: HERMAN, H.; MAJ, M.; SARTORIUS, N. (eds.) *Depressive Disorders*, 3rd ed. Chichester, UK: John Wiley & Sons, p. 271-318, 2009.

GILBODY, S.; BOWER, P. (eds.) *Depression in Primary Care: Evidence and Practice*. New York, NY: Cambridge University Press, 2011.

GOLDENBERG, M. J. On evidence and evidence-based medicine: lessons from the philosophy of science. *Social Science and Medicine*, v. 62, n. 11, p. 2621-32, 2006.

GOLDBERG, D. The heterogeneity of “major depression”. *World Psychiatry*, v. 10, n. 3, p. 226–228, 2011.

_____. The overlap between the common mental disorders – Challenges for classification. *International Review of Psychiatry*, v. 24, n. 6, p. 549–555, 2012.

GONÇALVES, D. A.; MARI, J. J.; BOWER, P.; GASK, L.; DOWRICK, C.; TÓFOLI, L. F. et al. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. *Cad. Saúde Pública*, v.30, n.3, p.623-632, 2014.

_____; FORTES, S.; CAMPOS, M.; BALLESTER, D.; PORTUGAL, F. B.; TÓFOLI, L. F. et al. Evaluation of a mental health training intervention for multidisciplinary teams in primary care in Brazil: a pre- and posttest study. *Gen Hosp Psychiatry*, v.35, n.3, p.304-8,

2013.

GONE, J. P.; KIRMAYER, L. J. On the wisdom of considering culture and context in psychopathology. In: MILLON, T; KRUEGER, R. F.; SIMONSEN, E. (Eds.) *Contemporary Directions in Psychopathology: Scientific Foundations of the DSM-V and ICD-11*, New York: Guilford, p. 72-96, 2010.

GREEN, B. N.; JOHNSON, C. D.; ADAMS, A. Writing narrative literature reviews for peer-reviewed journals: secrets of the trade. *J. Chiropr. Med.*, v. 5, n. 3, p. 101-17, 2006.

GUREJE, O.; STEIN, D. J. Disorders, Diagnosis, and Classification. In: PATEL V.; MINAS H.; COHEN A.; PRINCE M. *Global mental health: principles and practice*. New York, NY: Oxford University Press, p. 27-40, 2014.

GUSSO, G.; POLI, P. Gestão da Clínica. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (orgs.). *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática*. 2volumes. Porto Alegre, RS: Artmed, 2 v., p. 159-166, 2012.

GUYATT, G. H. et al. Users' guides to the medical literature. IX. A method for grading health care recommendations. Evidence-Based Medicine Working Group. *JAMA*, v. 274, n. 22, p. 1800-1804, 1995.

HACKING, I. *The Social Construction of what?* Cambridge, MA: Harvard University Press, 1999.

HALLIBURTON, M. Finding a fit: psychiatric pluralism in south India and its implications for WHO studies of mental disorder. *Transcultural Psychiatry*, v. 41, n. 1, p. 80-98, 2004.

HAROZ, E. E. et al. Depression symptoms across cultures: an IRT analysis of standard depression symptoms using data from eight countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, v. 51, n. 7, p. 981-91, 2016.

_____. et al. How is depression experienced around the world? A systematic review of qualitative literature. *Soc. Sci. Med.*, v. 183, p. 151-162, 2017.

HART, J. T. The inverse care law. *The Lancet*, v. 297, n. 7696, p. 405-412, 1971.

HEATH, I. The art of doing nothing. *Eur. J. Gen. Pract.*, v. 18, n. 4, p. 242-6, 2012.

_____. The missing person: The outcome of the rule-based totalitarianism of too much contemporary healthcare. *Patient. Educ. Couns.*, v. 100, n. 11, p. 1969-1974, 2017.

HELMAN, C. G. Doença versus Enfermidade na Clínica Geral. *Campos*, v. 10, n. 1, p. 119-128, 2009.

HERMENS, M. L. et al. The prognosis of minor depression in the general population: a systematic review. *General Hospital Psychiatry*, 26(6):453-62, 2004.

HICKIE, I. Is depression overdiagnosed? No. *BMJ*, v.335, n.7615, p.329, 2007.

HICKLING, F. W. et al. Current Research on Transcultural Psychiatry in the Anglophone Caribbean: Epistemological, Public Policy, and Epidemiological Challenges. *Transcultural Psychiatry*, v. 50, n. 6, p. 858-875, 2013.

HORTON, R. Offline: Social chaos – the ignored tragedy in global health. *The Lancet*, v. 383, n. 9912, p. 111, 2014.

HORWITZ, A. V.; WAKEFIELD, J. C. *The loss of sadness: how psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder*. Oxford: Oxford University Press, 2007.

HYDE, J. et al. A Qualitative Study Exploring how GPs decide to prescribe antidepressants. *British Journal of General Practice*, 55, n. 519, p. 755-762, 2005.

INGOLD, T. *Estar vivo: ensaios sobre movimento, conhecimento e descrição*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.

_____. *Ambientes para la vida. Conversaciones sobre humanidad, conocimiento e antropología*. Montevideo: Trilce, 2012a.

_____. Trazendo as coisas de volta à vida: emaranhados criativos num mundo de materiais. *Horizontes antropológicos*, v. 18, n. 37, p. 25-44, 2012b.

_____. *Anthropology and/as Education*. New York: Routledge, 2017.

INSEL, T. et al. Research domain criteria (RDoC): toward a new classification framework for research on mental disorders. *American Journal of Psychiatry*, v. 167, n. 7, p. 748-51, 2010.

JABLENSKY, A. Psychiatric classifications: validity and utility. *World Psychiatry*, v. 15, n. 1, p. 26-31, 2016.

_____; SARTORIUS, N. What did the WHO studies really find? *Schizophr. Bull.*, v. 34, n. 2, p. 253-5, 2008.

JACKSON, S. W. *Melancholia and depression: from Hippocratic times to modern times*. New Haven, Conn: Yale University Press, 1996.

JACOB, K. S. et al. Mental health systems in countries: where are we now? *The Lancet*. v. 370, p.1061-77, 2007.

_____; PATEL, V. Classification of mental disorders: a global mental health perspective. *Lancet*, v. 383, n. 9926, p. 1433-1435, 2014.

JADHAV, S. The cultural origins of western depression. *Int. J. Soc. Psychiatry*. 1996 Winter; v. 42, n. 4, p. 269-86, 1996.

JAIN, S.; JADHAV, S. Pills that swallow policy: clinical ethnography of a Community Mental Health Program in northern India. *Transcultural Psychiatry*, v. 46, n. 1, p. 60-85, 2009

_____; ORR, D. M. Ethnographic perspectives on global mental health. *Transcult Psychiatry*, v. 53, n. 6, p. 685-695, 2016.

JENKINS, J. H.; KLEINMAN, A.; GOOD, B. J. Cross-cultural studies of depression. In: BECKER, J.; KLEINMAN, A. (eds.), *Psychosocial aspects of depression*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, p. 67-99, 1991.

JOHNSTON, O. et al. Qualitative study of depression management in primary care: GP and patient goals, and the value of listening. *British Journal of General Practice*, v. 57, n. 544, p. 872-9, 2007.

KAKUMA, R. et al. Human resources for mental health care: current situation and strategies for action. *The Lancet*, v. 378, n. 9803, p. 1654-1663, 2011.

KARASZ, A. et al. What we talk about when we talk about depression: doctor-patient conversations and treatment decision outcomes. *Br. J. Gen. Pract.*, v.62, n.594, p. 55-63, 2012.

KENDELL, R.; JABLENSKY, A. Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *American Journal of Psychiatry*. v. 160, n. 1, p. 4-12, 2003.

KENDRICK, T. Depression in primary care: what more do we need to know? *Can. J. Psychiatry*, v. 58, n.8, p. 439-441, 2013.

_____. et al. Management of depression in UK general practice in relation to scores on depression severity questionnaires: analysis of medical record data. *BMJ*, v. 338, b750, 2009.

KESSLER, R. C.; BROMET, E. J. The epidemiology of depression across cultures. *Annual Review of Public Health*, v. 34, p. 119–138, 2013.

KIDD, M. *A contribuição da medicina de família e comunidade para os sistemas de saúde: um guia da Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA)*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

KIENZLER, H. Debating war-trauma and post-traumatic stress disorder (PTSD) in an interdisciplinary arena. *Social Science & Medicine*, v. 67, p. 218–227, 2008.

_____; LOCKE, P. The Effects of Societal Violence in War and Post-War Contexts. In: WHITE, R. G.; JAIN, S.; ORR, D. M. R.; READ, U. M. (eds.) *The Palgrave Handbook of Sociocultural Perspectives on Global Mental Health*. London: Palgrave Macmillan, p. 285-305, 2007.

KIRMAYER, L. J.; GOMEZ-CARRILLO, A.; VEISSIÈRE, S. Culture and depression in global mental health: An ecosocial approach to the phenomenology of psychiatric disorders. *Social Science and Medicine*, v. 183, p. 163-168, 2017.

_____; PEDERSEN, D. Toward a new architecture of global mental health. *Transcultural Psychiatry*, v. 51, n. 6, p. 759-776, 2014.

_____; CRAFA D. What kind of science for psychiatry? *Frontiers in Human Neuroscience*, v. 8, n. 435, 2014.

_____; GOLD, I. Re-Socializing Psychiatry: Critical Neuroscience and the Limits of Reductionism. In: SUPARNA, C., SLABY, J. (Eds) *Critical Neuroscience: A Handbook of the Social and Cultural Contexts of Neuroscience*. Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell, p. 307-330, 2012.

_____. Cultural psychiatry in historical perspective. In: BHUGRA, D.; BHUI, K. (Eds.). *Textbook of Cultural Psychiatry*. Cambridge, UK: Cambridge University Press, p. 3-19, 2007.

_____. Beyond the 'new cross-cultural psychiatry': cultural biology, discursive psychology and the ironies of globalization, *Transcultural Psychiatry*, v. 43, n. 1, p. 126-44, 2006.

_____; JARVIS, G.E. Depression across cultures. In: STEIN, D.J.; KUPFER, D.J.; SCHATZBERG, A.F. (eds.). *Textbook of Mood Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press, p. 699-715, 2006.

_____. Cultural variations in the response to psychiatric disorders and emotional distress. *Social Science and Medicine*, v. 29, n. 3, p. 327-39, 1989.

KIRSCH, I et al. Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Med*, v. 5, n. 2, e45, 2008.

KITANAKA, J. *Depression in Japan: psychiatric cures for a society in distress*. Princeton: Princeton University Press, 2012.

KLEINMAN, A. From illness as culture to caregiving as moral experience. *N. Engl. J. Med.*, v. 368, n. 15, p. 1376-7, 2013.

_____. Global mental health: a failure of humanity. *The Lancet*, v.374, n.9690 p.603-604, 2009.

_____; FITZ-HENRY, E. The experiential basis of subjectivity: how individuals change in the context of societal transformation. In: BIEHL, J.; GOOD, B.; KLEINMAN, A. (eds). *Subjectivity: ethnographic investigations*. Berkeley, CA: University of California Press, p. 52-65, 2007.

_____; BENSON, P. Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competency and How to Fix It. *PLoS Med.*, v. 3, n. 10, e294, 2006.

_____. Culture and depression. *N. Engl. J. Med.*, v. 351, n. 10, p. 951-3, 2004.

_____. Introduction: Common Mental Disorders, Primary Care, and the Global Mental Health Research Agenda. *Harvard Review of Psychiatry*, v. 11, p. 155–156, 2003

_____. The violences of everyday life: the multiple forms and dynamics of social violence. In: DAS, V. et al. (eds.) *Violence and subjectivity*, Berkeley: University of California Press, p. 226-241, 2000.

_____; DAS, V.; LOCK, M. (eds.) *Social suffering*. Berkeley: University of California Press, 1997.

_____; KLEINMAN, J. Suffering and its professional transformation: toward an

ethnography of interpersonal experience. *Cult. Med. Psychiatry*. v. 15, n. 3, p. 275-301, 1991.

_____; GOOD, B. (eds). *Culture and depression: studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder*. Los Angeles: University of California Press, 1985.

_____; EISENBERG, L.; GOOD, B. Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Ann. Intern. Med.*, v. 88, n. 2, p. 251-8, 1978.

_____. Depression, somatization and the "new cross-cultural psychiatry". *Social Science and Medicine*, v. 11, n. 1, p. 3-10, 1977.

KOHN, R. et al. The treatment gap in mental health care. *Bull. World Health Organ*. v. 82, n. 11, p. 858–866, 2004.

KOVRT, B. A. et al. Cultural concepts of distress and psychiatric disorders: literature review and research recommendations for global mental health epidemiology. *Int. J. Epidemiol.* v. 43: 365–406, 2014.

KOKANOVIC, R.; BENDELOW, G.; PHILIP, B. Depression: the ambivalence of diagnosis. *Sociology of Health & Illness*, v. 35, n. 3, p. 377–390, 2013.

KOPPER, M. Nos limites da intervenção: a antropologia crítica de Didier Fassin. *Mana*, v. 20, n. 2, p. 355-370, 2014.

KUPER, A. *Cultura, a visão dos antropólogos*. Bauru, SP: EDUSC, 2002

KURTH, J. Western Civilization, Our Tradition. *Intercollegiate Review*, v. 39, n. 1-2, p. 5-13, 2003.

KVAALE, E. P.; GOTTDIENER, W. H.; HASLAM, N. Biogenetic explanations and stigma: A meta-analytic review of associations among laypeople. *Social Science and Medicine*, v. 96, p. 95–103, 2013.

_____; HASLAM, N.; GOTTDIENER, W. H. The “side effects” of medicalization: A meta-analytic review of how biogenetic explanations affect stigma. *Clinical Psychology Review*, v. 33, n. 6, p. 782–794, 2013

LACEY, H. *Is Science Value Free? Values and Scientific Understanding*, London/New York: Routledge, 1999.

LAMBERT, H. Accounting for EBM: Notions of evidence in medicine. *Social Science & Medicine* v. 62, n. 11, p. 2633–2645, 2006.

LANCET GLOBAL MENTAL HEALTH GROUP. Scaling up services for mental disorders—a call for action. *The Lancet*, v. 370, p.1241–52, 2007.

LANGDON, E. J.; WIJK, F. B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 18, n. 3, p. 459-466, 2010 .

LAWLOR, C. *From melancholia to prozac: a history of depression*. Oxford: Oxford University Press, 2012.

LEE, D. T. S.; KLEINMAN, J.; KLEINMAN, A. Rethinking depression: an ethnographic study of the experiences of depression among chinese. *Harvard Review Of Psychiatry*, v. 15, n. 1, p.1-8. 2007.

LESETH, A. B. What is culturally informed psychiatry? Cultural understanding and withdrawal in the clinical encounter. *British Journal of Psychiatry Bulletin*, v. 39, n. 4, p. 187–190, 2015.

LOPES, C. S. et al. Inequities in access to depression treatment: results of the Brazilian National Health Survey – PNS. *International Journal for Equity in Health*, v. 15, 154, [n. p.], 2016.

LOPES, C. S. et al. ERICA: prevalence of common mental disorders in Brazilian adolescents. *Revista de Saúde Pública*, v. 50, supl. 1, 14s, 2016.

LUND, C. Innovations in closing the global treatment gap for depression. *The Lancet Global Health Blog*. Disponível em: <<http://globalhealth.thelancet.com/2017/04/07/innovations-closing-global-treatment-gap-depression>>. Acesso em: 20 set. 2017.

_____. et al. Poverty and mental disorders: breaking the cycle in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, v. 378, n. 9801, p. 1502-1514, 2011.

MACHADO, D. K.; CAMATTA, M. W. Apoio matricial como ferramenta de articulação entre a saúde mental e atenção primária à saúde. *Cad. Saúde Colet.*, v.21, n.2, p.224-232, 2013

MAFRA, C. et al. A antropologia como participante de uma grande conversa para moldar o mundo. Entrevista com Tim Ingold. *Sociologia e Antropologia*, v. 4, n. 2, p. 303-326, 2014.

MANWELL, L. A. et al. What is mental health? Evidence towards a new definition from a mixed methods multidisciplinary international survey. *BMJ Open*, 5(6):e007079, 2015

MARMOT, M.; Commission on Social Determinants of Health. Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *Lancet*. v. 370, n. 9593, p. 1153-63, 2007.

_____. Social determinants of health inequalities. *Lancet*, v. 365, n. 9464, p. 1099-104, 2005.

MARSELLA, A. J. et al. Cross-cultural studies of depressive disorders: an overview. In: KLEINMAN, A.; GOOD, B. (eds.). *Culture and depression: studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder*. Los Angeles: University of California Press, p. 299-324, 1985.

_____. Thoughts on cross-cultural studies on the epidemiology of depression. *Cult. Med. Psychiatry*, v. 2, n. 4, p. 343-57, 1978.

MARZANO, M. *As polêmicas sobre Arendt a 50 anos do caso Eichmann*, 07 abr. 2011.

Disponível em: <<http://www.ihu.unisinos.br/?catid=0&id=42330>>. Acesso em: 30 set. 2017.

MATTOS, R. A. Cuidado prudente para uma vida decente. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Cuidado: as Fronteiras da Integralidade*. 3. ed. São Paulo: Hucitec; p. 119-132, 2006.

MAUSS, M. *Sociologia e antropologia*. São Paulo: Cosac Naify, 2003.

MAYES, R.; HORWITZ, A. V. DSM-III and the revolution in the classification of mental illness. *J. Hist. Behav. Sci.*, v. 4, n. 3, p. 249-67, 2005.

MAYRING, P. *Qualitative content analysis: theoretical foundation, basic procedures and software solution*. Klagenfurt, Austria: edição do autor, 2014. Disponível em: <http://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/39517/ssoar-2014-mayring-Qualitative_content_analysis_theoretical_foundation.pdf?sequence=1>. Acesso em 15 set. 2015.

MCGRUDER, J. Life experience is not a disease or why medicalizing madness is counterproductive to recovery. *Occupational Therapy in Mental Health*, v. 17, n. 3-4, p. 59-80, 2001.

MCPHERSON, S.; ARMSTRONG, D. Negotiating 'depression' in primary care: a qualitative study. *Social Science and Medicine*, v. 69, n. 8, p. 1137-43, 2009.

MERCIER, A. et al. Understanding the prescription of antidepressants: a Qualitative study among French GPs. *BMC Family Practice*, v. 12, 99, [n. p.], 2011.

METZL, J. M.; HANSEN, H. Structural competency: Theorizing a new medical engagement with stigma and inequality. *Soc. Sci. Med.*, v. 103: 126–133, 2014.

MILLER, K. E.; RASMUSSEN, A. War exposure, daily stressors, and mental health in conflict and post-conflict settings: bridging the divide between trauma-focused and psychosocial frameworks. *Social Science and Medicine*, v. 70, n. 1, p. 7-16, 2010.

MILLER, G. Is the agenda for global mental health a form of cultural imperialism? *Medical Humanities*, v. 40, n. 2, p.131-4, 2014.

MILLER, G. Reflecting on the Medicalization of Distress. In: WHITE, R. G., JAIN, S., ORR, D. M. R., READ, U. M. (Eds.) *The Palgrave Handbook of Sociocultural Perspectives on Global Mental Health*. London: Palgrave Macmillan, p. 93-108, 2017.

MILLS, C.; WHITE, R.G. 'Global Mental Health Spreads Like Bush Fire in the Global South': Efforts to Scale Up Mental Health Services in Low- and Middle-Income Countries. In: WHITE, R. G., JAIN, S., ORR, D. M. R., READ, U. M. (Eds.) *The Palgrave Handbook of Sociocultural Perspectives on Global Mental Health*. London: Palgrave Macmillan, p. 187-209, 2017.

_____; FERNANDO S. Globalising Mental Health or Pathologising the Global South? Mapping the Ethics, Theory and Practice of Global Mental Health. *Disability and the Global South*, v. 1, n. 2, p. 188-202, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. DAB (Departamento de Atenção Básica). *Histórico de cobertura da Saúde da Família*. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em 10 mai. 2016.

MITCHELL, A. J.; VAZE, A.; RAO, S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *The Lancet*, v.374, n.9690, p.609-619, 2009.

MOLINA, M. R. A. L. *et al.* Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. *Rev. Psiquiatr. Clín.*, v.39, n.6, p.194-197, 2012.

MONCRIEFF, J.; COHEN, D. (2009). How do psychiatric drugs work? *The BMJ*, v. 338, b1963, 2009.

_____. Diagnosis and drug treatment. *Psychologist*, v. 20, n. 5, p. 296 – 297, 2007.

_____. The antidepressant debate. *The British Journal of Psychiatry*, v. 180, n. 3, p. 193-194, 2002.

MUNHOZ, T. N. *et al.* A nationwide population-based study of depression in Brazil. *J. Affect. Disord.*, v. 192, p. 226-33, 2016.

MURRAY, M.; BERWICK, D. M. Advanced access: reducing waiting and delays in primary care. *JAMA*, v. 289, n. 8, p. 1035-40, 2003.

NERI, M. C. (coord.). *Desigualdades e favelas cariocas: a cidade partida está se integrando?* Rio de Janeiro: FGV, CPS, 2010.

NICHTER, M.. Idioms of distress revisited. *Cult. Med. Psychiatry*, v. 34, n. 2, p. 401-16, 2010.

_____. Idioms of distress: alternatives in the expression of psychosocial distress: a case study from South India. *Cult. Med. Psychiatry*. v. 5, n. 4, p. 379-408, 1981.

NOGUEIRA, E. L.; RUBIN, L. L.; GIACOBBO, S. S.; GOMES, I. CATALDO NETO, A. Screening for depressive symptoms in older adults in the Family Health Strategy, Porto Alegre, Brazil. *Rev Saude Publica*, v.48, n.3, p.368–377, 2014.

OBEYESEKERE, G. Depression, Buddhism, and the work of culture in Sri Lanka. In: KLEINMAN, A.; GOOD, B. (eds.). *Culture and depression: studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder*. Los Angeles: University of California Press, p. 134-152, 1985.

OLIVEIRA, J. P. Pacificação e tutela militar na gestão de populações e territórios. *Mana*, v. 20, n. 1, p. 125-161, 2014.

OPAS. Série Técnica Inovação na Gestão. HARZEIM, E. (org) *Reforma da Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro – avaliação dos três anos de Clínicas da Família*. Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro. Porto Alegre, RS: OPAS, 2013.

ORTEGA, F.; WENCESLAU, L. D. Dilemas e desafios para a implementação de políticas de saúde mental global no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 31, n. 11, p. 2255-2257, 2015.

PALMER, V. et al. Diverse voices, simple desires: a conceptual design for primary care to respond to depression and related disorders. *Family Practice*, v. 27, p. 447-458, 2010.

PARKER, G. Is depression overdiagnosed? Yes. *BMJ*, v.335, n.7615, p.328, 2007.

PATEL, V. Is global mental health the ‘Americanization of mental illness’? *Think Neuroscience*, 07 jan. 2013. Disponível em: <<https://thinkneuroscience.wordpress.com/2013/01/07/global-mental-health/>>. Acesso em: 15 mai. 2017.

_____. Talking sensibly about depression. *PLoS Med.*, v. 14, n. 4, e1002257, 2017.

_____. Why mental health matters to global health. *Transcultural Psychiatry*, v. 51, n. 6, p. 777-89, 2014.

_____; THORNICROFT G. (eds.) *Global Mental Health trials*. New York, NY: Oxford University Press, 2014.

_____. Global mental health: from science to action. *Harvard Review of Psychiatry*, v.20, n.1, p.6-12, 2012.

_____. et al. The movement for global mental health. *Br. J. Psychiatry*, v. 198, n. 2, p. 88-90, 2011a.

_____. et al. A renewed agenda for global mental health. *The Lancet*, v. 378, n. 9801, p. 1441-1442, 2011b.

_____; PRINCE, M. Global mental health: a new global health field comes of age. *JAMA*, v. 303, n.19, p. 1976-1977, 2010.

_____. et al. Packages of Care for Depression in Low- and Middle-Income Countries. *PLoS Med.*, v. 6, n.10, e1000159, 2009.

_____. et al. Treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, v. 370, p. 991-1005, 2007.

_____; SARACENO, B.; KLEINMAN, A. Beyond evidence: the moral case for International Mental Health. *American Journal of Psychiatry*, v.163, n.8, p.1312-1315, 2006.

_____; KLEINMAN, A. Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of World Health Organization*, v. 81, n. 8, p. 609-15, 2003.

_____. et al. Depression in developing countries: lessons from Zimbabwe. *BMJ*, v. 322, n. 7284, p. 482-484, 2001.

_____; SUMATHIPALA, A. International representation in psychiatric literature. Survey of six leading journals. *The British Journal of Psychiatry*, v. 178, n. 5, p. 406-409, 2001.

_____. et al. The Shona symptom questionnaire: the development of an indigenous measure of non-psychotic mental disorder in Harare. *Acta Psych. Scand.* v. 95, n. 6, p. 469-75, 1997.

PEIRANO, M. Etnografia não é método. *Horizontes Antropológicos*, v. 20, n. 42, p. 377-391, 2014.

PEREIRA, M. E. C. Griesinger e as bases da "Primeira psiquiatria biológica". *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.*, v. 10, n. 4, p. 685-691, 2007.

PORTER, R. *Das tripas coração: uma breve história da medicina*. Rio de Janeiro: Record, 2004.

PRADO JUNIOR, J. C. Desafios para a expansão de programas de residência em Medicina de Família e Comunidade: a experiência carioca. *Rev Bras Med Fam Comunidade*, v.10, n.34, p.1-9, 2015.

PRINCE, M. et al. No health without mental health. *The Lancet*, v. 370, p. 859-77, 2007.

RADDEN, J. (ed.) *The nature of melancholy: from Aristotle to Kristeva*. Oxford: Oxford University Press, 2000.

RAGURAM, R. et al. Traditional community resources for mental health: a report of temple healing from India. *BMJ*, v. 325, n. 7354, p. 38-40, 2002.

READ, U. "I want the one that will heal me completely so it won't come back again": the limits of antipsychotic medication in rural Ghana. *Transcultural Psychiatry*, v. 49, n. 3-4, p. 438-60, 2012.

RIO DE JANEIRO. PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA. Guia de referência rápida. *Ansiedade generalizada e transtorno de pânico (com ou sem agorafobia) em adultos*. Manejo nos níveis primário e secundário de atenção. Rio de Janeiro, 2013a.

_____. PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA. Guia de referência rápida. *Depressão*. Tratamento e acompanhamento de adultos com depressão (incluindo pessoas portadoras de doenças crônicas). Rio de Janeiro, 2013b.

ROPA, D.; DUARTE, L. F. D. Considerações teóricas sobre a questão do "atendimento psicológico" às classes trabalhadoras. In: FIGUEIRA, S. (org.) *Cultura da psicanálise*. São Paulo: Brasiliense, p. 178-201, 1985.

ROSE, N. The Human Sciences in a Biological Age. *Theory, Culture & Society*, v. 30, n. 1, p. 3 - 34, 2013.

ROSSI, M. *Philia: derrote a depressão, o medo e outros problemas aplicando o Philia no seu dia a dia*. 1. ed. São Paulo: Principium, 2015.

ROTHER, E. T. Systematic literature review X narrative review. *Acta Paul. Enferm.*, v. 20, n.

2, p. v-vi, 2007.

RUGGERI, M.; LASALVIA, A.; BONETTO, C. A new generation of pragmatic trials of psychosocial interventions is needed. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. v. 22, n. 2, p. 111-117, 2013.

SARACENO, B. et al. Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. *Lancet*, v. 370, p.1164-74, 2007.

SAX, W. Ritual healing and mental health in India. *Transcultural Psychiatry*, v. 51, n. 6, p. 829-49, 2014.

SAXENA, S. et al. Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. *Lancet*, v. 370, p.878-89, 2007.

SBMFC. *Nota sobre a revisão da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB)*. Disponível em: <<http://www.sbmfc.org.br/media/file/Nota%20PNAB.pdf>>. Acesso em: 09 out. 2017.

_____. *Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade*. LERMEN JR., Nulvio, organizador. Rio de Janeiro: SBMFC, 2015.

SERRANO-BLANCO, A. et al. Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, v.45, n.2, p.201-210, 2010.

SILVA, M. B. Reflexividade e Implicação de um “Pesquisador-Nativo” no Campo da Saúde Mental: sobre o dilema de pesquisar os próprios “colegas de trabalho”. *Campos - Revista de Antropologia*, [S.l.], 2007. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/campos/article/view/8154>>. Acesso em: 22 out. 2017.

SHWEDER, R. A. Suffering in Style. *Culture, Medicine and Psychiatry*, v. 12, p. 479- 497, 1988.

SIMON, G. E; GOLDBERG, D. P.; VON KORFF, M.; USTÜN, T. B. Understanding cross-national differences in depression prevalence. *Psychol Med.*, v.32, n.4, p.585-594, 2002.

_____. et al. An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *New England Journal of Medicine*, 28;341(18):1329-35, 1999.

SINGLA, D. R. et al. Psychological Treatments for the World: Lessons from Low- and Middle-Income Countries. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* v.13, p. 149-181, 2017.

SNODGRASS, J. G.; MOST, D. E.; UPADHYAY, C. Religious Ritual Is Good Medicine for Indigenous Indian Conservation Refugees: Implications for Global Mental Health, *Current Anthropology*, v. 58, n. 2, p. 257-284, 2017.

SOOD, A. The Global Mental Health movement and its impact on traditional healing in India: A case study of the Balaji temple in Rajasthan. *Transcultural Psychiatry*, v. 53, n.6, p. 766–782, 2016.

SORANZ, D. R. O Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade do município do Rio de Janeiro. *Rev Bras Med Fam Comunidade*, v.9, n.30, p.67-71, 2014.

SOUZA, A. C.; RIVERA, F. J. U. A inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental. *Rev. Tempus Actas Saúde Colet.*, v. 4, n. 1, p. 105-114, 2010.

SOUZA, L. G. S. et al. Saúde mental na estratégia saúde da família: revisão da literatura brasileira. *Saúde Soc.* v. 21, n.4, p. 1022-1034, 2012.

SPINK, M. J. P. Pessoa, indivíduo e sujeito: notas sobre efeitos discursivos de opções conceituais. In: SPINK, M. J. P.; FIGUEIREDO, P.; BRASILINO, J. (orgs.). *Psicologia social e personalidade*. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais; ABRAPSO, p. 1-22, 2011.

SPITZER, R.L.; ENDICOTT, J.; ROBINS, E. Research diagnostic criteria: rationale and reliability. *Arch. Gen. Psychiatry*, v. 35, n. 6, p. 773-82, 1978.

STARCEVIC, V. et al. Will DSM-5 make us feel dysphoric? Conceptualisation(s) of dysphoria in the most recent classification of mental disorders. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, v. 47, n. 10, p. 954- 960, 2013.

STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco Brasil/ Ministério da Saúde, 2002.

STARLING, H. *O coração das trevas*. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/resenha/rs0807200015.htm>. 2000>. Acesso em: 10 out. 2017.

STEWART, M. et al. *Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico*. 3ª ed, Porto Alegre, RS: Artmed, 2017.

STEEL, Z. et al. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. *International Journal of Epidemiology*, v. 43, n. 2, p. 476-493, 2014.

SUMMERFIELD, D. A short conversation with Arthur Kleinman about his support for the global mental health movement. *Disability and the Global South*, v. 1, n. 2, p. 406-411, 2014.

_____. "Global mental health" is an oxymoron and medical imperialism, *BMJ* v. 346, f3509, 2013.

_____. Afterword: against "global mental health". *Transcultural Psychiatry*, v. 49, n.3-4, p. 519-30, 2012.

_____. How scientifically valid is the knowledge base of global mental health? *BMJ: British Medical Journal*. v. 336, n. 7651, p. 992-994, 2008.

_____. Depression: epidemic or pseudo-epidemic? *J. R. Soc. Med.*, v. 99, p. 161–162, 2006.

SWARTZ, L. An unruly coming of age: the benefits of discomfort for global mental health. *Transcultural Psychiatry*, v. 49, n. 3-4, p. 531-538, 2012.

TERLUIN, B. et al. The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ): a validation study of a multidimensional self-report questionnaire to assess distress, depression, anxiety and somatization. *BMC Psychiatry*, v. 6, 34, [n. p.], 2006.

TESSER, C. D.; SOUSA, I. M. C. Atenção primária, atenção psicossocial, práticas integrativas e complementares e suas afinidades eletivas. *Saude soc.*, v. 21, n. 2, p. 336-350, 2012.

THOMAS, P.; BRACKEN, P.; TIMIMI, S. The anomalies of evidence-based medicine in psychiatry: time to rethink the basis of mental health practice. *Mental Health Review Journal*, v. 17, n. 3, p. 152-162, 2012.

_____; BRACKEN, P.; YASMEEN, S. Explanatory models for mental illness: limitations and dangers in a global context. *Pakistan Journal Neurological Sciences*, v. 2, n. 3, p. 176-181, 2007.

THOMAS-MACLEAN, R.; STOPPARD, J. M. Physicians' Constructions of Depression: Inside/Outside the Boundaries of Medicalization. *Health (London)*, v. 8, n. 3, p. 275 – 293, 2004.

TREASURE, W. Depression in general practice. *Br J Gen Pract.*, v.59, n.561, p.288-289, 2009.

TRIBE, R. Culture, politics and global mental health. *Disability and the Global South*, v. 1, n. 2, p. 251–265, 2014.

TURNER, E. H. et al. Selective Publication of Antidepressant Trials and Its Influence on Apparent Efficacy. *New England Journal of Medicine*, v. 358, n. 3, 252-260, 2008.

TYLEE, A.; GANDHI, P. The Importance of Somatic Symptoms in Depression in Primary Care. *Primary Care Companion of the Journal of Clinical Psychiatry*, v. 7, n. 4, p. 167–176, 2005.

TYRER, P. Are general practitioners really unable to diagnose depression? *Lancet*, v.374, n.9690, p.589-590, 2009.

VAILLANT, G. E. Positive mental health: is there a cross-cultural definition? *World Psychiatry*, 11(2):93-9, 2012.

VICTORA, C. Sofrimento social e a corporificação do mundo: contribuições a partir da Antropologia. *RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde*, v5, n.4, p.3-13, 2011.

VIDAL, F; ORTEGA, F. *Being Brains: Making the Cerebral Subject*. New York: Fordham University Press, 2017.

WAGNER, R. *A invenção da cultura*. São Paulo: Cosac Naify, 2012.

WATKINS, A. *Mind-body medicine. A clinician's guide to Psychoneuroimmunology*. Churchill Livingstone: New York, 1997.

WENCESLAU, L. D.; ORTEGA, F.. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. *Interface* (Botucatu), v. 19, n. 55, p. 1121-1132, 2015.

WEINTRAUB, A. C. A. M.; VASCONCELLOS, M. P. C. Contribuições do pensamento de Didier Fassin para uma análise crítica das políticas de saúde dirigidas a populações vulneráveis. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.20, n.3, jul-set, p.1041-1055, 2013.

WFMH. World Federation of Mental Health. *Depression: a global crisis*. Occoquan, USA: WFMH, 2012

WHITE, R. G. et al. Situating Global Mental Health: Sociocultural Perspectives. In: WHITE, R. G., JAIN, S.; ORR, D. M. R.; READ, U. M. (Eds.) *The Palgrave Handbook of Sociocultural Perspectives on Global Mental Health*. London: Palgrave Macmillan, p. 1-27, 2017.

_____; JAIN, S.; ORR, D. M. R.; READ, U. M. (Eds.) *The Palgrave Handbook of Sociocultural Perspectives on Global Mental Health*. London: Palgrave Macmillan, 2017

_____; SASHIDHARAN, S. P. Towards a more nuanced global mental health. *British Journal of Psychiatry*, v. 204, n. 6, p. 415-417, 2014.

WHITLEY. R. Global mental health: Concepts, conflicts and controversies. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, v. 24, n. 4, p. 285–291, 2015.

WHO. World Health Organization. *Mental health: a state of well-being*. Disponível em: <http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/>. Acesso em: 15 out. 2017.

_____. World Health Organization. *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Geneva: World Health Organization, 2017.

_____. World Health Organization. *Depression: let's talk*. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/management/depression/en/>. Acesso em: 20 set. 2017.

_____. World Health Organization. *mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: mental health Gap Action Programme (mhGAP) – version 2.0*. Geneva: WHO, 2016.

_____. WONCA. *Integrating mental health in primary care: a global perspective*. Geneva: WHO, 2008.

WILKINSON, I.; KLEINMAN, A. *A passion for society: how we think about human suffering*. Oakland: University of California Press, 2016.

_____. *Suffering: a sociological introduction*. Cambridge: Polity, 2005.

WILKINSON, R. G.; PICKETT, K. E. Income inequality and population health: a review and

explanation of the evidence. *Soc Sci Med*, v. 62, n. 7, p. 1768-84, 2006.

WONCA. World Organization of Family Doctors. *International Classification of Primary Care*. 2nd ed, electronic version. Disponível em: <http://www.ph3c.org/4daction/w3_CatVisu/en/icpc-2e-download.html?wCatIDAdmin=1126>. Acesso em: 23 set. 2017.

WUNDERLINK, L. et al. Clinical recovery in first-episode psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, v. 35, n. 2, p. 362-9, 2009.

WYATT, W. J.; MIDKIFF, D. M. Biological Psychiatry: A Practice In Search of a Science. *Behavior and Social Issues*, v. 15, n. 2, p. 132-151, 2006.