



RUBIM DE PINHO

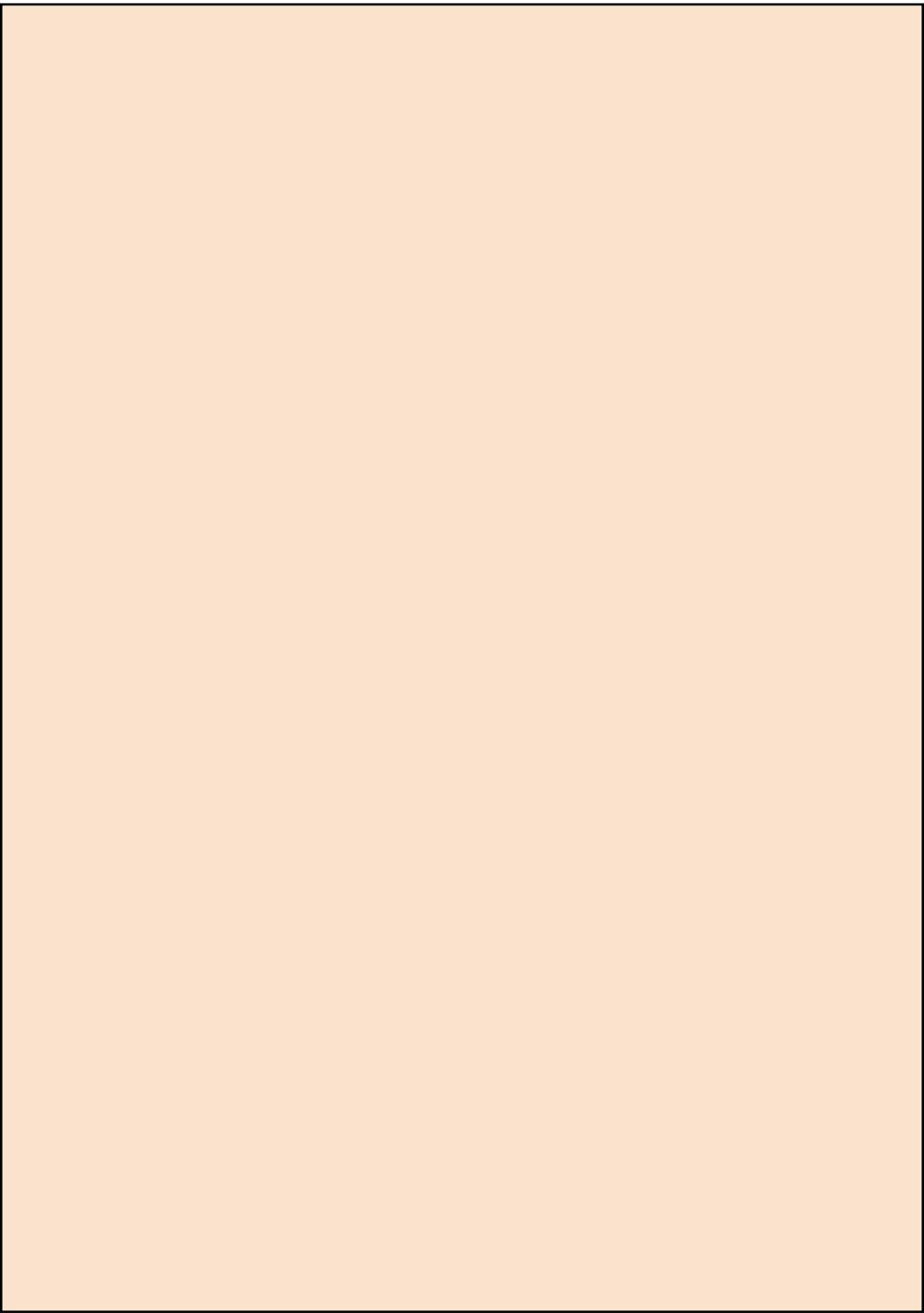
fRaGmentos

da psiQuiatRia

tRanscuLTural

ORGANIZADORES
AUGUSTO COSTA CONCEICAO
GABRIEL CEDRAZ NERY
SOLANGE RUBIM DE PINHO





RUBIM DE PINHO

FRAGMENTOS DA PSIQUIATRIA TRANSCULTURAL



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Reitor

NAOMAR DE ALMEIDA FILHO

Vice-Reitor

FRANCISCO JOSÉ GOMES MESQUITA



EDITORA DA UFBA

Diretora

FLÁVIA M. GARCIA ROSA

Conselho Editorial

Antônio Virgílio Bittencourt Bastos

Arivaldo Leão de Amorim

Aurino Ribeiro Filho

Cid Seixas Fraga Filho

Fernando da Rocha Peres

Mirella Márcia Longo Vieira Lima

Suplentes

Cecília Maria Bacelar Sardenberg

João Augusto de Lima Rocha

Leda Maria Muhana Iannitelli

Maria Vidal de Negreiros Camargo

Naomar Monteiro de Almeida Filho

Nelson Fernandes de Oliveira

**Augusto Costa Conceição
Gabriel Cedraz Nery
Solange Rubim de Pinho
Organizadores**

RUBIM DE PINHO
FRAGMENTOS DA PSIQUIATRIA TRANSCULTURAL

**Salvador
EDUFBA
2002**

©2002 by organizadores
Direitos para esta edição, cedidos à
Editora da Universidade Federal da Bahia.
Feito o depósito legal.

Capa e projeto gráfico
Joe Lopes

Editoração eletrônica
Joe Lopes

R896 Rubim de Pinho : fragmentos da psiquiatria transcultural / Augusto Costa
Conceição, Gabriel Cedraz Nery, Solange Rubim de Pinho, organizadores ;
apresentação Naomar de Almeida Filho. – Salvador : EDUFBA, 2002.
162 p.

Inclui apêndice.

ISBN: 85-232-0279-X

1. Psiquiatria transcultural. 2. Estudos interculturais. 3. Psiquiatria cultural.
I. Conceição, Augusto Costa. II. Nery, Gabriel Cedraz. III. Pinho, Solange Rubim de.
IV. Almeida Filho, Naomar de. V. Título. VI. Universidade Federal da Bahia.

CDU – 616.89

CDD – 616.89156

EDUFBA
Rua Barão de Geremoabo, s/n Campus de Ondina
40.170-290 Salvador Bahia
Tel: (71) 263 6160 / 263 6164
edufba@ufba.br www.edufba.ufba.br

AGRADECIMENTOS

- Berenice Tavares Rubim de Pinho
- Manuel Barral Neto (Diretor da Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia)
- Heonir Rocha (ex-Reitor da Universidade Federal da Bahia)
- Simone Rubim de Pinho Lima
- Suani Tavares Rubim de Pinho
- Suzane Tavares de Pinho Pêpe

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

9

À GUIA DE INTRODUÇÃO

15

**ASPECTOS HISTÓRICOS DA PSIQUIATRIA
FOLCLÓRICA NO BRASIL**

27

SOBRE A ASCENSÃO DA MULHER

55

**ASPECTOS SOCIOCULTURAIS DAS
DEPRESSÕES NA BAHIA**

67

LA FUNCIÓN DEL PSIQUIATRA EN LAS REGIONES EN DESARROLLO

83

A VISÃO PSIQUIÁTRICA DO MISTICISMO

91

**TRATAMENTOS RELIGIOSOS
DAS DOENÇAS MENTAIS**

103

**ASPECTOS MÉDICOS E SOCIAIS DO USO DE
CANNABIS NO BRASIL**

121

**O CULTURAL E O HISTÓRICO NO
CAMPO DO DELÍRIO**

135

APÊNDICE

155

APRESENTAÇÃO

Mestre Rubim

Professor Titular de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, Álvaro Rubim de Pinho, ou Professor Rubim, como era conhecido entre os seus estudantes e inúmeros discípulos, foi uma liderança incontestada na Medicina e na Psiquiatria baiana e brasileira. Conheci-o em 1972, aluno do terceiro ano de Medicina, quando cursava com interesse a disciplina Psicologia Médica e Psicopatologia. Naquele semestre, um seminário pioneiro sobre Psiquiatria Transcultural fôra organizado

pelo Professor Rubim, na antiga sede Faculdade de Medicina do Terreiro de Jesus. Grandes conferências foram proferidas por convidados estrangeiros. Recordo com clareza, no entanto, uma palestra sobre a contribuição da Antropologia para a Psiquiatria, feita por Vivaldo da Costa Lima que, ao citar Lévi-Strauss e Roger Bastide, despertou imediata curiosidade. Muito interesse provocou também a intervenção de Luiz Tenório Oliveira Lima, mencionando algo sobre troncos de árvore caindo sobre os *Azande* (tribo da África Central), e interpretado como resultado de bruxaria. A sessão de encerramento do seminário, presidida pelo Professor Rubim, foi fascinante. Ele produziu diante de nós uma impressionante síntese de todo o evento, fazendo-nos sonhar com a possibilidade de, um dia, chegarmos a compreender melhor aquelas intrigantes questões.

O Departamento de Neuropsiquiatria da Faculdade de Medicina realizava sessões científicas às quintas-feiras, nas quais geralmente havia discussões de casos, quase sempre sem grandes novidades. Internos apresentavam histórias clínicas, residentes e estagiários graduados discutiam os casos, docentes corrigiam informações e discutiam prognósticos, terapêuticas e encaminhamentos, às vezes traziam contribuições teóricas e, ao final, o Professor Rubim sempre fazia uma grande síntese em que tudo parecia convergir. Numa dessas reuniões, o Professor Hubert Tellenbach, Catedrático de Psiquiatria da Universidade de Heidelberg, leu em espanhol uma conferência sobre Psiquiatria Cultural. Abertos os debates, um longo silêncio. Pois bem,

mero estudante de graduação, nem interno, nem residente, sequer ainda decidido a tomar a Psiquiatria como especialidade, ousei levantar a mão e solicitei ao ilustre visitante que dissesse algo mais sobre o conceito de temporalidade e a variação intercultural da noção de tempo. Lembro-me perfeitamente da resposta – uma tipologia das temporalidades: linear, cíclica, descontínua, sincicial; dos exemplos – ocidentais, povos nômades, aborígenes australianos, montanhese do Vietnã (onde ele realizara trabalho de campo, justamente sobre aquele tema). No final da sessão, o Professor Rubim me apresentou ao visitante como um dileto discípulo seu (o que, na época, deveu-se tão somente à sua enorme generosidade). *Herr Professor*, simpático, indagou sobre meus planos de carreira. Devo ter balbuciado algo sobre tornar-me um pesquisador no campo da Psiquiatria Cultural, porque ele convidou-me a prosseguir estudos de pós-graduação no seu departamento. Na semana seguinte, matriculei-me no Instituto Goethe e comecei a estudar, a sério, Kraepelin e Jaspers (em velhas edições espanholas, emprestadas pelo Professor Rubim).

Quando já finalizava o internato, dei uma entrevista a um jornal local a respeito das más condições de assistência psiquiátrica no setor privado de Salvador, denunciando sobretudo a ausência de psiquiatras treinados nos hospitais, cujos pacientes ficavam sob a responsabilidade de estudantes que, como eu, exerciam a função de plantonistas. Em conseqüência, abriu-se dura polêmica com o proprietário da principal rede de asilos da cidade, e este terminou denunciando-me à

Polícia Federal como subversivo. Além disso, recebi ameaças de que não obteria o registro profissional, sofri processo no Conselho Regional de Medicina porque admitira exercer a Medicina antes de graduar-me e o psiquiatra-empresário fez a promessa (efetivamente cumprida) de que eu nunca teria emprego em qualquer instituição do setor. Na época, Professor Rubim era membro do CREMEB e sua atuação foi decisiva, com o apoio Professor Luiz Umberto Pinheiro, na intricada engenharia política que me permitiu escapar das ameaças e punições, naqueles duros tempos de regime militar e Lei de Segurança Nacional.

Após esses episódios, pouca chance tivemos de trabalhar juntos por dois motivos. Primeiro, porque dirigi minha formação para a Epidemiologia, área da Medicina Social que apenas tangenciava os seus interesses de pesquisa. Segundo, porque o Departamento de Neuropsiquiatria, a contragosto do Professor Rubim, chefe do departamento à época, em quase unanimidade decidiu não me acolher no seu quadro docente quando retornei do meu doutoramento. Em 1980, juntamente com a Profa. Ann Dunbar, Diretora do *Center for Afro-American Studies* na Universidade da Carolina do Norte, colaborei com a organização de uma série de conferências do Professor Rubim nos Estados Unidos. Tive então o privilégio de ser o seu tradutor naqueles eventos. O interesse despertado por suas apresentações foi notável, propiciando convites para gravação de entrevistas que foram registradas no banco de dados do Centro. Posteriormente, Thomas Csordas utilizou esse material para um importante

artigo sobre o candomblé da Bahia, publicado no influente periódico *Social Science & Medicine*.¹

A outra rara oportunidade em que pudemos colaborar foi em 1982 quando, reconhecendo importante lacuna na literatura sobre o perfil epidemiológico nacional, o Professor Rubim, Vilma Santana e eu empreendemos uma investigação pioneira no Brasil sobre a morbidade neuropsiquiátrica em idosos, publicada no *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*.² Guardo, portanto, o maior carinho, respeito e sincera admiração pela figura do saudoso Professor Rubim, quase heróico em seu esforço de fazer docência e pesquisa de alta qualidade, mesmo em um contexto acadêmico desfavorável e periférico.

O presente volume reúne textos inéditos e publicados do Professor Álvaro Rubim de Pinho. Não se trata realmente de um *festschrift*, apesar do seu total merecimento, mas isto deve ser incorporado à dívida intelectual da ciência médica baiana para tão eminente acadêmico, a ser paga em futuro próximo. A diversidade de temas tratados e os diferentes tipos de literatura científica arrolados nesta coletânea atestam a amplitude de interesses de Professor Rubim, que alguns desavisados considerariam criticável ecletismo. Nada mais longe da verdade. Os múltiplos aportes testemunham o seu pioneirismo em lidar com assuntos que, na época de suas análises, apenas começavam a despertar o interesse em pesquisadores de outros países. Desafortunadamente, aqui não se incorporam as aulas magistrais que o Professor Rubim ministrava com tanto talento, erudição e sutil senso

de humor. Era um tempo em que o rebuscamento retórico superava em muito a preocupação com o registro sistemático e a difusão ampliada de achados e idéias originais em periódicos científicos indexados. Dessa forma, muito dos seus resultados de pesquisas e criativas argumentações se perderam ou se guardam apenas na memória (finita) de seus discípulos. De todo modo, leitoras e leitores deste livro poderão perceber, nos textos que o compõem, uma pequena amostra da competência e criatividade deste que foi e segue sendo, para todos nós, um mestre, na mais completa acepção do termo: Mestre Rubim.

Naomar de Almeida Filho

Professor Titular de Epidemiologia, Instituto de Saúde Coletiva
da UFBA

Reitor da Universidade Federal da Bahia

¹ - CSORDAS, T. Health and the holy in African and Afro-American spirit possession. *Social Science & Medicine*, v. 4, n.1, p.1-11, 1987.

² - ALMEIDA FILHO, N.; SANTANA, V.; RUBIM DE PINHO, A. Estudo epidemiológico dos transtornos mentais em uma população de idosos – área urbana de Salvador-BA. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 33, n. 2, p. 114-119, 1984.

À GUIZA DE INTRODUÇÃO

Eduardo Saback Dias de Moraes

Discurso em homenagem ao Prof. Dr. Álvaro Rubim de Pinho quando da inauguração de seu Memorial, na Faculdade de Medicina do Terreiro de Jesus, em 6 de novembro de 2000.

Estamos aqui reunidos para homenagear Álvaro Rubim de Pinho, sob os auspícios de quatro instituições: o Departamento de Neuropsiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, o Conselho Regional de Medicina, a Associação Bahiana de Medicina (ABM) e a Associação Psiquiátrica da Bahia (APB).

Na Universidade Federal da Bahia, foi Rubim de Pinho

Docente Livre, em 1955; Catedrático, em 1965; Membro da Câmara de Pós-Graduação do Conselho de Coordenação e do Conselho de Curadores, em 1979; Vice-Diretor da Faculdade de Medicina, em 1985.

Do CREMEB, foi Presidente, em 1969, e conselheiro dos mais atuantes; na verdade, o trato contínuo e cuidadoso das questões éticas e deontológicas conduziu-o à elevada posição de membro do *Committee to Review the Abuse of Psychiatry*, instituído pela Associação Mundial de Psiquiatria, em 1979.

Da ABM, foi, também, Presidente, no biênio 60/61, ali exercendo funções de relevo, destacando-se a edição do livro *ABM – Meio Século de Existência*, em que narra a história da entidade, até o ano de 1992. Ademais, em 1961, foi eleito, por voto direto, 1º Vice-Presidente de Associação Médica Brasileira, na gestão de Sebastião de Almeida Prado Sampaio.

Da APB, foi fundador e primeiro Presidente, em 1968. Aqui se inverte a cronologia habitual, pois, já anteriormente, em agosto de 1966, eleito para o Conselho Executivo da Associação Brasileira de Psiquiatria, figurava entre os seus fundadores, ao lado, entre outros, de Ulysses Vianna Filho, recentemente falecido. Veio Rubim a presidir a ABP no período 68/71, quando procurou estreitar os laços com a Associação Psiquiátrica da América Latina, representando o Brasil em Bogotá e no Texas, quando da I Conferência de Saúde Mental das Américas.

Duas outras Instituições poderiam, também, subscrever

o convite para esta solenidade: a Academia de Medicina da Bahia e o Conselho Penitenciário do Estado. Da Academia, onde ocupava a Cadeira n° 17, tendo como patrono Climério de Oliveira, tornou-se Presidente, em 1987.

Ao Conselho Penitenciário chegou em 1979, presidindo-o, em sucessão a Estácio de Lima, de 1987 até o dia 10 de novembro de 1994, quando a morte nos veio privar do brilho de seu talento, da solidez de sua cultura e da firmeza de seu julgamento. Médico nascido numa família de ilustres juristas, o interesse pela Psiquiatria Forense e pela interface entre Direito e Medicina, que perpassa toda sua vida profissional, lhe adveio, talvez, de seu parente Bernardino Madureira de Pinho, grande criminalista, Chefe de Polícia dos Governos Góes Calmon e Vital Soares, na Velha República, e de seus filhos Péricles e Demóstenes. O número de outubro de 1929 da revista *A Luva* mostra uma fotografia de Madureira de Pinho – cuja semelhança de traços com Rubim é impressionante – presidindo uma sessão de livramento condicional, como tantas a que assistimos na atual sede na Vitória. De qualquer forma, a atuação de Rubim de Pinho na Psiquiatria Legal ganhou reconhecimento nacional quando da criação, pela Associação Psiquiátrica Brasileira, do prêmio anual que leva seu nome.

É assim com grande orgulho que hoje homenageamos o mestre. Orgulho equivalente ao daqueles que o agraciaram, em 1992, com o título de Professor Emérito, e, em 1987, com a Cidadania de Salvador.

Isso porque, embora de tradicional estirpe baiana,

nasceu Rubim de Pinho, em 1922, na cidade de Manaus. Dificuldades econômicas pretéritas tinham determinado a fixação de um ramo da família na Amazônia, onde se estabeleceram com grande êxito, chegando a fundar a cidade de Sena Madureira, no Acre.

Só em 1938, aos dezesseis anos, chega Rubim, já aluno laureado do Ginásio Amazonense Pedro II, a Salvador, para cursar os preparatórios, nos Maristas. De 1940 a 45 faz o curso de Medicina, numa cidade que vivia as inquietudes e os sobressaltos da II Guerra Mundial e da dicotomia esquerda/direita que iria reger as décadas subseqüentes, décadas em que Salvador multiplicou sua população, às custas de uma migração desordenada, que lhe intensificou a miséria e a violência e lhe desestruturou valores e costumes, tudo isso entremeado por profundas modificações econômicas e políticas. Em suma, Salvador ofereceu, nesta segunda metade do século, um panorama feito sob medida para o olhar analítico da Psiquiatria Social.

As peripécias iniciais, vivenciou-as Rubim na Presidência da UEB, a União dos Estudantes da Bahia, que assumiu em 1942. As transformações subseqüentes, acompanhou-as de um ponto de observação privilegiado – como Neurologista do IAPC, cargo obtido por concurso público, em que logrou a primeira classificação, e que manteve até 1972. A antiga Previdência Social constituía-se em melhor mirante para a realidade médico-social do País do que a Universidade, ainda excessivamente encastelada no acadêmico.

Aquilo que se poderia ter transformado em ambivalência

ou dicotomia – o rigor da Neurologia frente à sensibilidade da Psiquiatria – constituía, em Rubim de Pinho, um todo harmonioso. Considerava-se um Neuropsiquiatra, várias vezes mo disse. E, na verdade, desde o quinto ano de Medicina, freqüentava, simultaneamente, o Serviço de Neurologia do Prof. Carlos Gama, e o Sanatório Bahia. Publicou, regularmente, em Neurologia, pelo menos até 1963. A partir daí, passou a afunilar sua produção neuropsiquiátrica, dirigindo-a especialmente para as epilepsias que, acredito, lhe pareciam a intersecção mais demonstrável, à época, do somático e do psíquico. Exemplo dessa tendência é sua tese de concurso, de 1965, *As Funções Cognitivas nos Epilépticos*.

Mas não há dúvida que o Sanatório Bahia – onde se iniciou como plantonista, em 1947 – e, depois, o Sanatório São Paulo, de que foi Diretor Clínico de 1954 a 1957, proporcionavam, sob a égide de Luis Cerqueira e Nelson Pires, ambiente mais propício para a pesquisa. Como me dizia, há dias, Gabriel Nery, Nelson se encarregava do rigor germânico da Psicopatologia e Luis lhe adicionava o toque humano da Psiquiatria. Eram trabalhos interessantes, em equipe, executados com a colaboração de todo o corpo clínico – além de Rubim, figuram, como co-autores, Nery e George Alakija, entre outros. Alguns deles foram levados, por Nelson, ao exterior, como, por exemplo, ao Congresso de Paris, em 1950, o primeiro Congresso Mundial da Psiquiatria, esta jovem especialidade...

Ainda mais interessantes foram os dois cursos ministrados por Nelson Pires e Rubim de Pinho, em 1949 e 1950,

pioneiros, na Bahia, dos conceitos de Educação Continuada e de Atividade de Extensão. O primeiro, sob o patrocínio da UEB, versando a Psicologia Médica, abertos a alunos e profissionais formados. O segundo, sobre Psicologia e Psicopatologia da Infância, patrocinado pela ABM e pela Sociedade Unificadora dos Professores Primários (SUPP). Para este último, contaram os organizadores com o apoio do Governo do Estado, então exercido por Octávio Mangabeira, e de seu Secretário de Educação e Saúde, Anísio Teixeira.

Em 1955, faz Rubim a sua Docência Livre, com a tese *O Diagnóstico da Psicose Maníaco-depressiva (ensaio de sistematização)*. Depressão e seus correlatos são temas que voltará a tratar, amiúde, nos anos subseqüentes.

Inicia também uma série de trabalhos, que muito valorizava, sobre o maconhismo – “diambismo”, como então se dizia – série que culmina, em 1979, com *Social and Medical Aspects of the Use of Cannabis in Brazil*, capítulo que redigiu para o volume *Spirits, Shamans and Stars*, da coleção *World Anthropology*.

Meu primeiro contato pessoal com o Professor foi em 1957, no meu terceiro ano de Medicina, quando nos ministrou aulas de Semiologia Neurológica e Psiquiátrica, na cadeira de Clínica Propedêutica Médica, regida por Augusto Mascarenhas. Tal foi a impressão deixada que, em 1960, ao nos formarmos – já se vão quarenta anos – escolhêmo-lo como homenageado – talvez a primeira das múltiplas vezes em que assim foi distinguido pelos doutorandos desta Faculdade. As vicissitudes do relacionamento acadêmico

conduziram-no, por essa época, a fixar-se na Clínica Pediátrica, de Hosannah de Oliveira. A esse período devemos seu último trabalho de Neurologia pura: *Convulsões e Hipertermia*, em co-autoria com Orlando Sales; e quiçá a ele se relacione a opção de sua dileta filha Solange pela Psiquiatria Infantil, especialidade que exerce com tanta competência.

Em 1965, por ocasião do concurso de cátedra, tivemos, eu, como assistente de Estácio de Lima, Presidente da Comissão Examinadora, e Gabriel Nery, como Chefe de Clínica do Hospital Juliano Moreira, a honrosa incumbência de escolher os pacientes a serem sorteados para a prova prática, ali realizada. Para mim, aos meus 29 anos, foi uma oportunidade única de assistir, de perto, ao desempenho de dois luminares e de seus argüidores.

A autoridade, recém-adquirida, de catedrático permitiu a Rubim de Pinho, arrostando críticas e incompreensões iniciais, dedicar-se a outro de seus eixos de interesse científico – a Psiquiatria Transcultural. Disso resultaram o estudo acurado e a observação participante do candomblé; a organização do célebre Simpósio de 1968; e uma linha de pesquisa constituída por trabalhos publicados ao longo de mais de uma década. As críticas e incompreensões iniciais transformaram-se em aplausos quando, em 1979, foi convocado pela Organização Mundial de Saúde para integrar seu *Expert Advisory Panel on Traditional Medicine*.

Em 1969, convidado que fui por Joaquim Batista Neves, Diretor da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, para a consolidação do recém criado Curso de Psicologia,

visitei o Professor, em busca de orientação e conselho. Com a magnanimidade de sempre, consentiu em desfalcocar seu dispositivo departamental, cedendo-nos o Professor Caio Flaminio de Carvalho e, em regime de colaboração docente, o Prof. Luis Fernando Mattos Pinto.

Nesta, como em tantas outras oportunidades, ficou patente o pleno engajamento de Rubim de Pinho na Reforma de 68, no que ela trouxe de favorável ao aprimoramento do ensino superior. Várias vezes Chefe de Departamento, Coordenador do Colegiado do Curso de Medicina, Coordenador do Mestrado de Medicina Interna, em todos esse cargos suportou os excessos da burocracia acadêmica, em prol da boa formação psiquiátrica, conforme expôs em seu artigo de 1975, *Universidade e Psiquiatria*. Desenvolveu, na graduação, o ensino da Psicologia Médica; promoveu e ampliou a Residência em Psiquiatria; e, principalmente, instituiu o *hospital-dia*, de início no quinto andar do Hospital das Clínicas, com pleno apoio dos residentes que, com isso, perdiam suas acomodações. Coroou, assim, a revolução iniciada por Nelson Pires quando, anos antes, ao assumir a cátedra, insistiu em ensinar Psiquiatria no Hospital das Clínicas, ao invés de fazê-lo no Juliano Moreira, modelo anacrônico que, entretanto, tinha sido elevado à perfeição pela administração de Oswaldo Camargo.

Ireneu Gomes, aqui presente, que foi seu interno e residente, falava-me, há dias, do afeto e admiração que tinham todos os seus colegas pelo Professor Rubim de Pinho. Relembrou, com encanto e saudade, as sessões clínicas

das quartas-feiras e as palestras, às manhãs de sábado, tão estimulantes, seguidas de reuniões informais, em que professor e alunos confraternizavam em torno de um *campari*, seu drinque preferido, moderadíssimamente consumido. O interesse com que acompanhava junto ao Itamarati, as gestões desenvolvidas pelo próprio Ireneu Gomes, já Ministro da Saúde da República de Cabo Verde, para a escolha e convite de pós-graduados – dentre os quais o Doutor Domingos Coutinho - que reforçassem o dispositivo de cuidado à saúde mental de seu País; as freqüentes publicações em periódicos estrangeiros; as relações pessoais que mantinha com López Ibor, Sarró, Sivadon, Henri Ey; tudo contribuía para reforçar a reputação de Rubim de Pinho, já estabelecida, literalmente, de norte a sul, por sua presença em dezenas de bancas examinadoras, desde as de David Zimmermann e Ellis Busnello, no Rio Grande do Sul, até a de Othon Bastos, em Pernanbuco.

Dois são os documentos que, a meu ver, lançam maior luz sobre a personalidade de Rubim de Pinho. O primeiro, o artigo intitulado *Sobre a Ascensão da Mulher*, que publicou no *Boletim Cultural da Universidade*, em 1967. Nele, com grande sensibilidade, tece um hino ao eterno feminino, revelando profundo conhecimento da psicologia da mulher. Ao lê-lo, podemos compreender a harmonia e o entendimento que presidiram seu consórcio com D. Berenice, esposa dedicadíssima, entendimento e harmonia que se estenderam a suas quatro filhas, Solange, Suzana, Simone e Suani, que tão amorosamente se empenharam na concretização

do Memorial que hoje se inaugura nesta Casa, plena de recordações de seu avô materno, Armando Sampaio Tavares, sucessor de Clementino Fraga na primeira cadeira de Clínica Médica, cuja tese de doutoramento se fez com pacientes do Asilo São João de Deus.

O segundo documento é a entrevista que concedeu, em julho de 1986, a Renato Alarcón, psiquiatra peruano, consultor da OPAS e professor em Birmingham, Alabama. Tratava-se de um projeto, intitulado *Identidad de la Psiquiatria Latinoamericana* publicado, em 1990, no México, em que foram ouvidos os 29 psiquiatras mais representativos da Região, os líderes da especialidade. Nela, Rubim de Pinho declara-se eclético e faz o elogio do ecletismo. Reitera sua valorização do transcultural, mencionando sua admiração por Carlos Alberto Seguin e, no ambiente cultural baiano, pela obra de Jorge Amado (a mim dizia, com frequência, não perder as novelas da Globo, fonte preciosa para o entendimento das aspirações e conflitos da clientela). Por fim, considera essencial promover a “receptividade popular para com a Psiquiatria”, e aconselha, como meta principal nas regiões em desenvolvimento, a integração Universidade/Serviços Públicos de Saúde. Ante tal amplitude e justeza de vistas, não é de estranhar que o livro de Darcy de Mendonça Uchoa, *Organização da Psiquiatria no Brasil*, editado em 1981, lhe faça nada menos que seis citações.

Nessa mesma entrevista, inquirido sobre os maiores centros de produtividade da Psiquiatria latino-americana, cita o Rio de Janeiro, São Paulo, Cali e Buenos Aires, omi-

tindo modestamente a Bahia. No entanto, da Bahia e de sua Escola saíram discípulos, como Luis Tenório, Paulo Duarte, Uraci Ramos, Maria Helena Loureiro e tantos outros, que foram enriquecer a Psiquiatria paulista e carioca.

Era Álvaro Rubim de Pinho dotado de grande tenacidade, temperada por saudável ceticismo, à Anatole France, que o imunizava contra posturas sectárias e lhe permitia uma fecunda tolerância. Assim, sob sua influência, floresceram, no Departamento de Neuropsiquiatria e no Serviço de Psiquiatria, a Psicofarmacologia, tão bem representada por Luis de Meira Lessa; a Psicanálise freudiana, com Adilson Sampaio; a Psicanálise lacaniana, com Euvaldo Mattos e Aurélio Souza; o Psicodrama, com Waldeck d'Almeida; a Saúde Mental Coletiva, com Luis Humberto Ferraz Pinheiro.

Numa época em que a Psiquiatria se esgarça, dilacerada por forças centrífugas, ao ponto de só encontrarmos, na feliz expressão de Miguel Roberto Jorge, psiquiatras adjetivados – psiquiatras biológicos, psiquiatras dinâmicos, psiquiatras alternativos etc – o que Rubim de Pinho exerceu, com maestria, foi a arte do consenso. Consenso que permitia operacionalizar a Saúde Mental, cuidando da *illness* e da *disease*, da doença e do doente; pensando doença e doente no contexto do ser humano, que os transcende a ambos; e encarando a este, como queria Ortega, em suas circunstâncias, que incluem o histórico, o social, o econômico e o cultural.

Tarefa de gigante, sem dúvida. Mas cujos objetivos são simples e claros, como nos diz o próprio Rubim, em seu

artigo *O Compromisso Social da Psiquiatria*: “O compromisso social da Psiquiatria deve objetivar, acima de tudo, a valorização do homem, em sua dignidade e sua liberdade. Dignidade e liberdade que, nos doentes, nos cabe recuperar. Dignidade e liberdade que, em todas as pessoas, nos cabe respeitar” (1979).

ASPECTOS HISTÓRICOS DA PSIQUIATRIA FOLCLÓRICA NO BRASIL*

Álvaro Rubim de Pinho

Matéria de perenes debates essa do conteúdo e limites do folclore. Como escreveu Arthur Ramos (1952), “a clientela” do folclore “é vasta e heterogênea” e sua definição “tem oscilado ao gosto disparatado de afeiçoados tão diversos”.

À literatura anônima, que fôra, primordialmente, o

* Trabalho apresentado no Congresso Brasileiro de Psiquiatria, 1966, e publicado na revista *Universitas*, Salvador, Universidade Federal da Bahia, n. 29, p. 15-30, jan./abr., 1982.

objeto do folclore, adicionaram-se, no curso dos tempos, processos rituais, fórmulas lingüísticas, músicas, mitos, superstições, tudo que fosse a sabedoria tradicional, também, considerada nela, a medicina popular.

Os mais ciosos da necessidade de circunscrever objetivos defenderam, como qualidade indispensável da coisa folclórica, o ser “fato vivo”, o que permanece no presente dos povos, inspirado ou condicionado pelo saber antigo. O que depende da moda é apenas popularesco. Para que algo seja folclórico, precisa ser tradicional. Mas, admitiu o insuspeito Mário de Andrade (1939), pode ocorrer o “transitoriamente tradicional”.

Quanto às enfermidades e seus remédios, aquilo que não sobrevive, porém repetiu-se em séries, por décadas ou séculos; transmitidos, através de gerações, modelos que resultaram de crenças ancestrais ou do conhecimento empírico; mantidos óbvios os vínculos com elementos culturais, parece-nos incluir-se entre as coisas folclóricas. Relevem os peritos este entendimento largo, talvez capitulável entre os de “gosto disparatado”, que referira Arthur Ramos.

De há muito, o tema da medicina popular entrou nos programas de ensino e pesquisa do folclore. Entretanto, no que se refere aos distúrbios mentais, os informes colhidos são escassos, talvez porque, na história de cada povo, como na da humanidade inteira, é tardio o reconhecimento dos estados psíquicos como indicadores de doenças.

A expressão “Psiquiatria Folclórica” tem sido utilizada recentemente em sentido estreito: conjunto dos métodos adotados pelos curandeiros profissionais para o tratamento

das moléstias psíquicas. Empregamo-la, aqui e agora, com significado mais amplo: nela compreendido o conhecimento de quadros psicopatológicos rigorosamente ligados às superstições, mas, também, o de outros que ocorreram com frequência mais ou menos elevada em períodos apreciáveis da história nacional; atingiram grande repercussão entre as massas; e revelaram-se sempre obedientes, na fisionomia clínica, a formas emanadas da cultura e a conteúdos definidos pela tradição.

Até fins do século XVIII – físicos, cirurgiões, boticários e barbeiros (diversificação de títulos não faltava e alguns eram cirurgiões-barbeiros) – os profissionais formalmente habilitados ao exercício da Medicina foram pouco numerosos, de baixo nível sócio-econômico e de má capacidade técnica. No dizer de Lycurgo Santos (1947), a “Colônia não foi ‘habitat’ adequado para que nela medrassem os homens de ciência e para a colonização da longínqua terra americana não se engajaram homens cultos e de saber”. Provavelmente por isto, não ficou, de todo esse tempo, uma literatura médica luso-brasileira que informasse sobre as doenças e seus tratamentos na América Portuguesa. Contrastando, no curto período do domínio holandês, a Pernambuco veio, além do naturalista Boerhave, o esculápio Guilherme Piso (1948), arquiatra do Príncipe de Nassau. A obra clássica de Piso, *História Natural da Medicina do Brasil*, é claramente fundamentada nas doutrinas hipocráticas e revela, nas citações, a grande erudição do médico nos moldes clássicos. Entretanto, é curioso observar como nela se integraram

os métodos de terapêutica popular da região, sobretudo os indígenas. O livro não apresenta, no estudo sistemático sobre as doenças, qualquer capítulo sobre as mentais. Mas a parte inicial, dedicada aos “elementos proveitosos ou nocivos à saúde”, inclui recomendações que objetivam nítidos cuidados de psiquiatria preventiva. Eis alguns tópicos:

Os sofrimentos da alma, sobretudo a melancolia, quem não lhes souber impor um freio, de modo a manter livre o movimento da natureza e dos espíritos, não será capaz de suportar a tempérie destes climas. [...] Os que abusam de Vênus extinguem o ardor juvenil e se preparam para uma velhice precoce, estorvam a transpiração e a circulação do sangue. [...] Pois o coito, aqui como em toda parte, é naturalmente conducente a extinguir o incêndio de Vênus; mas provocado por uma turgidez e não por uma libido vaga e intempestiva; e isso melhor à noite que de dia. Mais constante que, neste caso, não se coma logo depois; nem se siga o trabalho com a vigília.

Guilherme Piso foi uma portentosa exceção. A história escrita da Medicina no Brasil dos três primeiros séculos só pode ser reconstituída à custa das cartas dos jesuítas e dos relatos dos viajantes. O pajé, o próprio jesuíta e o curandeiro luso que aqui se instalou mantiveram-se, todo esse tempo, os guardas da saúde para homens e mulheres, qualquer que fosse sua origem étnica.

Nas primeiras narrativas, terra e clima constituíram alvo de grandes elogios, ante a saúde que ressumava da aparência do índio. Só depois de chegados o europeu e o africano, trazidos por eles tantas infecções e infestações, - o calor, a

umidade e os miasmas seriam supostos determinantes das chamadas “doenças tropicais” e o problema da aclimação passaria a ser encarado com reservas e temores.

Doutra parte, como acentuou Gilberto Freyre (1973), foi realmente

dentro de condições físicas adversas que se exerceu o esforço colonizador dos portugueses nos trópicos. [...] Larvas, vermes, insetos, roendo, esfuracando, corrompendo. Semente, fruta, madeira, papel, carne, músculo, vasos linfáticos, intestinos, o branco do olho, os dedos dos pés, tudo fica à mercê de inimigos terríveis.

Da colonização do século XVI, além do governo, participaram aventureiros, degredados, náufragos e cristãos novos refugiados, nem todos portugueses. E a vinda dos degredados lusos não deve ser ligada à identificação dos mesmos com tarados e semiloucos, se se consideram os critérios de crime e de pena então vigentes no Reino, a que aludiu o mesmo Gilberto Freyre. A arma feliz da colonização lusitana – o branco exilado por si mesmo e seu encontro erótico com a índia – parece ter sido essencial à estruturação da sociedade harmoniosa que hoje temos, para cuja formação também contribuíram, nos séculos seguintes, as famílias brancas então transferidas, e os negros que às mesmas se fundiriam.

Os portugueses, ao que tudo indica, resistiram bem às mudanças, nos planos de saúde física e mental. Distúrbios psíquicos que lhes fossem específicos não se conheceram.

Estados de melancolia epidêmica, referidos por historiadores, não conseguimos caracterizar como situações primariamente psiquiátricas, apesar da referência a certa tristeza de humor, talvez como um de seus traços caracterológicos.

Quanto ao elemento indígena, descrições iniciais lhe atribuíram indolência, bravura, desconfiança, sugestibilidade, nomadismo. Para muitas tribos, o canibalismo era honroso. Referências a casos de pederastia e incesto não trouxeram negativa ao reconhecimento de que sua vida erótica era regulada por normas e limitações. A fraqueza sexual dos machos teria sido contrastante com a voluptuosidade das cunhãs.

Dos primeiros séculos, não foram descritas psicoses entre os nativos. Mas alguns informes isolados revelam, nos documentos de então, fatos dignos de consideração psiquiátrica.

Vieram com o branco e o negro, - já isso foi dito, - os germens das epidemias e o indígena, isento de defesas orgânicas, a elas pagou o maior tributo. Vale reproduzir, sobre as conseqüências psicológicas de um desses momentos, em meados do século XVI, na Bahia, alguns tópicos das *Cartas Avulsas* dos jesuítas (CARTAS..., 1931):

Era extrema a depressão de ânimo, por ocasião das epidemias. [...] A imaginação também fazia estragos. [...] Muito trabalho nos dá a imaginação desta gente nos tais tempos de doença, porque quase todos parece que morrem dela como da peste. [...] Uma pobre mulher a quem morreu o marido, que ela muito amava, se foi lançar na rede, dizendo: 'quero morrer'. E assim morreu, deitando-se muito sã.

O temor dos castigos já era constante no índio, antes da colonização. Deve ter havido, nele, depois da catequese, a introdução de conteúdos cristãos, pelo que se depreende dos seguintes textos de Anchieta (1933):

Habilmente se empregaram meios, a fim de impedir que dois indivíduos se suicidassem por enforcamento pois eles meditavam a sua perdição, por um tão infame gênero de morte". Veja-se outra carta. "Havia um homem que estava doente na cama e que era perseguido, durante a noite, por medonhos fantasmas (esse indivíduo era de costumes depravados) e de tal modo se via atormentado pelo demônio, que era continuamente lançado no desespero da salvação, convencendo-se de que de nada lhe valiam as confissões de sua vida passada e os sacramentos que recebera, assegurando-lhe o demônio que estava condenado.

Sobre os hábitos alcoólicos dos nativos, assim se expressa Anchieta:

São muito dados ao vinho, o qual fazem das raízes da mandioca que comem e de milhos e outras frutas. [...] Com o vinho das frutas, que é muito forte e se embebedam muito e perdem o siso, mas deste bebem pouco e somente o tempo que elas duram; mas o vinho comum das raízes e milho bebem tanto que às vezes andam dois dias com duas noites bebendo, e às vezes mais, principalmente nas matanças de contrários e todo este tempo cantando e bailando sem cansar nem dormir.

A adoção da aguardente de cana agravou, sem dúvida, o problema e Anchieta protestava contra o fato de que colonos induziam à bebida nativos que a tinham deixado por

obediência à proibição jesuíta. O uso de outros tóxicos pelos índios brasileiros, entre eles o *iagê* e o *paricá*, somente seria descrito bem depois, pelos viajantes do século XIX. Também só neste se teria a primeira referência ao surgimento de psicoses em nossos indígenas.

Quando a Arquiduquesa Maria Leopoldina D'Áustria dirigiu-se ao Brasil para o enlace com o Príncipe que se tornaria Pedro I, alguns homens de ciência aqui vieram, comissionados pelo Rei Maximiliano José da Baviera. Entre eles, estava Carlos Frederico Filipe von Martius que, com João Batista Spix, percorreu o Continente Americano em várias dimensões. Nesse tempo, que foi de 1817 a 1820, Martius não limitou suas visitas à elaboração da grandiosa *Flora Brasiliensis*. Caminhou pela Geologia, a Meteorologia e a Zoologia. Revelou-se etnólogo, estabelecendo a clássica divisão dos nossos índios em tupis e não tupis. E deu testemunhos de valia sobre as doenças e a medicina das populações brasileiras, inclusive quanto aos aspectos psíquicos (1939). Anotou a pobreza afetiva e a passividade como traços comuns aos indígenas nacionais, julgando uma inadequação entre esses elementos caracterológicos e o vigor somático, por tantos e por ele próprio enaltecido. “Ódio e ciúme” seriam, nos silvícolas, “as únicas paixões”: o estoicismo ante o sofrimento corporal e o desprezo da morte, atitudes constantes; a raridade das moléstias psíquicas, um fato digno de registro.

É textual de von Martius, na tradução de Pirajá da Silva, o que vai a seguir. “A única doença mental de que

ouvi falar deveria ser comparada com a licantropia, isto é, com a alienação na qual o indivíduo, fora de si de raiva, corre ao ar livre, imita a voz e os modos do cão ou do lobo, transformando-se em lobisomem”. Do mutismo e do isolamento, o paciente transitava para a grande agitação, com sede de sangue humano, uivando e buscando cadáveres e apresentando, após, abatimento e febre. Apesar das supostas causas mágicas, ao tempo dominantes, a descrição é fortemente sugestiva de psicoses sintomáticas, em cujos conteúdos psicopatológicos se projetasse a crença na posse por animais. Havia, porém, notícia de contágio da psicose, ao ponto de se constituírem surtos epidêmicos, para cuja prevenção os missionários aconselhavam o afastamento entre sãos e doentes.

Na literatura folclórica, a credence sobre a mudança de homens em animais ferozes aparece como universal, dependendo da cultura e do momento histórico a transfiguração em lobo, tigre, hiena ou monstros diversos. No dicionário psiquiátrico de Hinsie e Campbell (1970), está dito que o delírio de metamorfose animal, rareando nos últimos séculos, tornou-se ainda menos evidente a partir da primeira metade do XIX. Os trabalhos de Psiquiatria Transcultural sugerem que, em algumas das chamadas “psicoses primitivas”, ele permanece, como é o caso de *witigo*, descrito a propósito de índices canadenses. Provavelmente, entre nós, esse conteúdo já não se revela. Enquanto o mito que, historicamente, precedeu o delírio sobreexistente, pelo menos em populações do Norte e Nordeste, multiplicadas

as variantes regionais, quanto à motivação desse fato a que teriam de submeter-se certos indivíduos humanos.

Desde a terceira década do século XVI, começou a importação de africanos para o Brasil. Motivos polêmicos têm sido invocados para justificar a substituição do índio pelo negro na escravatura, dentre eles, talvez dos mais importantes, a tenacidade no trabalho e a experiência agrícola.

Dóceis, fortes e sensuais, homens e mulheres negros passaram, desde então, a ter presença significativa na formação do povo brasileiro, a muitas frações do qual emprestaram a nota da alegria, suposta uma de suas características marcantes.

Sobre o humor dos tipos étnicos geradores da população nacional, assim se expressou Gilberto Freyre (1973):

Foi ainda o negro que animou a vida doméstica do brasileiro de sua maior alegria. O português, já de si melancólico, deu no Brasil sorumbático, tristonho; e do caboclo nem se fala; calado, desconfiado, quase um doente na sua tristeza. Seu contato só fez acentuar a melancolia portuguesa. A risada do negro é quem quebrou essa 'apagada e vil tristeza' em que se foi abafando a vida nas casas grandes.

Quanto aos negros e mestiços do Pará, Spix e Martius (1938) tinham escrito, no início do século XIX: “a mesma gente facilmente excitável, exuberante, pronta para qualquer partida, sem socego, visando a efeitos espalhafatosos.”

A literatura sobre as doenças de nosso escravos, inclusive o livro fundamental de Octávio de Freitas, não refere a ocorrência de psicoses, caracterizadas como tais.

Paradoxalmente (ou quem sabe? compreensivelmente), foi na esfera da patologia afetiva que algo se evidenciou como próprio do negro. Sua decantada alegria, incluída em depoimentos de tantos viajantese eternizada pelas manifestações lúdicas de nosso povo, teve seu contraste em duas formas tradicionais de anormalidades anímicas: o banzo e o calundu.

Nos dicionários, o banzo é apresentado como um tipo de nostalgia ou melancolia mortal, dos negros d'África, se tornados cativos e ausentes de suas pátrias. O antecedente do africanismo “banzar” é encontrado por Moraes (1922), verbo *cubanza*, de língua angolana, significativo de “pensar”. Fundamentado na mesma raiz, assim se manifestou João Ribeiro (apud MENDONÇA, 1935) “Banzo, em quimbundo *mbanza* (aldeia) e daí pensarmos poder ter vindo banzo, saudade da aldeia e, por extensão, da terra natal”. Na definição de Afonso Cláudio (1915): “Uma moléstia estranha que é a saudade da pátria, uma espécie de loucura nostálgica, suicídio forçado, o banzo dizima-os pela inanição e fastio ou os torna apáticos e idiotas”.

As longas viagens dos navios negreiros e a vida imposta aos escravos neles embarcados são, de há muito, temas de história e de poesia. Ninguém melhor que Castro Alves as denunciou:

Era um sonho dantesco!...O tombadilho
Que das luzernas avermelha o brilho,
Em sangue a se banhar!

Tinir de ferros, estalar de açoites,
Legiões de homens negros como as noites,
Horrendos, a dançar!

Não poucos morriam antes de alcançar o porto de destino. Sobrevivente e entrado em nossas cidades, encontrava o negro o trabalho insano e contínuo; o alimento carente e mau; as sevícias e os castigos; a falta de liberdade e a saudade da terra. Essas as condições do grupo em que indicia o banzo.

O discurso do baiano Oliveira Mendes (1763), na Academia de Ciências de Lisboa, enumera fatores psicógenos da doença: “ressentimento entranhado por qualquer princípio, como, por exemplo, a saudade da família ou de sua aldeia, a ingratidão, a aleivosia que outro fizera, a cogitação profunda sobre a perda da liberdade, a meditação continuada da aspereza com que os tratam.” A narrativa toma caracteres de observação clínica, ao falar de um paciente. “Sempre com a cabeça sobre os joelhos, se entregara a um tal fastio, por efeito do banzo, que nada queria comer, ainda oferecendo-se-lhe as maiores comidas, assim do nosso costume como de seu país”. E a evolução da moléstia vem a seguir “...surda e insensivelmente abusando e consumindo”, “entregando-a fielmente à morte”, “sem achar socorro na melhor medicina” (DUARTE, 1952).

A excelente revisão bibliográfica feita por Satamini Duarte (1952) na *Contribuição ao Estudo Histórico-clínico do Banzo* conduziu o autor à sugestão de que a síndrome

dominante era de feitiço catatonóide, com tendência ao estupor, à caquexia e à morte.

O pensamento de Nina Rodrigues (1977) foi de que o africano, em regra, não chegava a adaptação plena no Brasil, aspirando sempre o retorno à terra de origem. Os relatos de viajantes do século passado e múltiplos outros documentos levantados por Pierre Verger (1968) permitem, pelo contrário, supor que, naquela época, em muitas localidades, as condições de vida dos negros tinham melhorado e havia fortes indícios de sua integração. A pesquisa de Athayde (1975) não refere o banzo anotado como *causa mortis*, durante todo o século XIX, em Salvador, inclusive ao estudar a letalidade dos escravos recém-chegados.

Os que viveram na Cidade do Salvador pelas últimas décadas do mesmo século XIX e primeiras do XX conheceram uma figura de singular autoridade nos candomblés: o *babalaô* Martiniano do Bonfim. Sua juventude incluiu 18 anos vividos seguidamente na África. Em sua existência de oitenta e muitos anos, manteve constantes contatos com o Continente Negro e transmitiu a várias gerações uma sabedoria sobre assuntos afro-brasileiros que, em aspectos históricos e religiosos, se tornou famosa e indiscutida. Sua morte, em 1943, abriu um claro que permanece, no sentido de não ter surgido depois, para as casas de culto, liderança igualmente unitária e de tão alta respeitabilidade. Há razões para acreditar-se que Arcanjo, personagem central do romance de Jorge Amado, *Tenda dos Milagres*, - o preto que simboliza o saber popular, contracenado com a ciência

acadêmica, - foi concebido à custa da fusão de traços de duas personalidades reais: o escritor Manuel Querino e o *babalaô* Martiniano do Bonfim.

A escassez de dados da literatura histórica sobre os distúrbios mentais dos negros escravos conduziu-os à busca de informação oral e, se morto está Martiniano, a procura de quem melhor lhe tivesse captado os conhecimentos, que o tempo (quem sabe?), possivelmente já nivelou e minimizou, na memória dos poucos dentre seus discípulos agora sobreviventes. Movido por essa idéia, fomos escutar Antonio Albérico Santana, mulato de 60 anos, sargento reformado da Marinha, de quem Martiniano foi mestre e preceptor dedicado. No *Axé Opô Afonjá*, terreiro de candomblé dos mais tradicionais da Bahia, nosso entrevistado, primeiro *Obá* da direita de Xangô, é conhecido pelo nome que o santo lhe conferiu: Kankanfô, significando, em língua iorubá, “Senhor dos Exércitos”.

Notamos a surpresa de Kankanfô por ver-nos relacionar banzo com doença mental e referir que esse tema se liga à Psiquiatria. No idioma iorubá, que estuda e maneja, existe a palavra *kolori*, para expressar a condição de loucura. Trata-se, no caso, de enfermidade, e não se cabe confundir com isso o banzo nem os estados de possessão.

Recordam as narrações de Martiniano: o banzo era um estado de tristeza profunda, conduzindo os escravos, no curso da viagem marítima, ao mutismo, à imobilidade, à falta de iniciativa de comer, à completa decadência física e psíquica. Alguns comandantes mais hábeis mostravam-se

generosos na distribuição de alimentos e permitiam, por horas, a exposição ao sol e a liberdade dos cultos, como formas de prevenir ou tratar o estado de banzo e, assim, restringir o obituário de bordo. Os negros procedentes do Congo e Angola, supostos muito primitivos e rudes, menos adaptáveis às mudanças de meio social, revelavam-se os mais, senão os únicos susceptíveis de apresentar o quadro. À chegada dos navios, na praia por isso denominada de *Chega Nego* – onde hoje se ergue o Aeroclube de Salvador e os folcloristas se encantam com os aspectos plásticos e musicais da pesca de xaréu, - os escravos acometidos, ainda sobreviventes, eram transportados nos ombros dos sãos, muitos melhorando ou recuperando-se, apenas ao encontro dos compatriotas já inseridos na nova comunidade. A condição não se mostrava sensível à influência dos tratamentos religiosos. Parece que Martiniano evocava ou, pelo menos, não referia casos de banzo iniciado já em terra brasileira.

A literatura dos fins da escravidão e os documentos médicos, seus contemporâneos, não falam sobre banzo. Cabe, assim, acreditar que, na segunda metade do século XIX, sua frequência caíra apreciavelmente e, nos pretos aqui integrados, se anulara.

A análise retrospectiva dos fatos conduziu alguns estudiosos à busca de identificar o banzo com entidades hoje bem caracterizadas pela nosologia médica. Vale, pelo menos, examinar duas interpretações: a de Pirajá da Silva e a de Satamini Duarte.

Pirajá (apud MARTIUS, 1939), o mestre eminente da

Parasitologia nacional, sugeriu que muitos casos de banzo fossem de doença do sono. Esta enfermidade não se teria radicado no Brasil por falta de insetos hematófagos aptos a tornarem-se hospedeiros dos germes. Sem excluir que, em situações individuais, a tripanomíase viesse a ter sua aparição clínica durante as viagens, desacreditamos de um valor significativo desse fato na apreciação do conjunto. E a síndrome atribuída ao banzo era mais cataléptica que letárgica.

Quanto à hipótese de Satamini Duarte – casos de esquizofrenia hebefreno-catatônica desencadeados psicogenamente – parece-nos ainda mais difícil de aceitar. Seria supor um longo período histórico de esquizofrenia endêmica em certo grupo da população, para seguir-se inexplicavelmente seu desaparecimento, ao menos sob aquela forma tradicional e aquele curso para a morte. E as características não têm revelado que as catástrofes e os conflitos armados agravem a incidência de psicoses endógenas.

A identificação nos parece cabível é com síndromes descritas nas últimas décadas, quando guerras e revoluções, acarretando súbita destruição de valores, terror, confinamento, perseguição e fome, têm-se assestado contra imenso número de vítimas: “síndrome de campo de concentração”; “síndrome de campo de extermínio”; “síndrome de opressão”, conforme o nome usado, entre nós, por Elso Arruda (1966). Esses quadros, produtos de situações muito semelhantes às geradoras do banzo, nascem e se engravecem à custa de um complexo de fatores etiológicos, somados

o *stress*; a brutalidade da situação existencial protraída; as carências alimentares; a vulnerabilidade a moléstias corporais diversas. Tudo conflui, aí, para o embotamento afetivo, a queda dos impulsos de autoconservação, a dissolução do eu, a liquidação somática.

As expressões são usuais em muitas localidades brasileiras: “estar de calundu”, “estar de lundu”.

Os dicionaristas registram as duas formas (lundu e calundu), ambas comportando duas acepções: uma refere-se à irascibilidade, mau humor, arrufo, veneta; outra tem a ver com antigas reuniões de negros africanos para a prática de feitiçarias. A esta, certamente, corresponde o significado, na quadra de Gregório de Matos:

Que de quilombos que tenho
Com mestres superlativos
Nos quais se ensinam de noite
Os calundús e feitiços:

Com devoção os frequentam
Mil sujeitos femininos,
E também muitos barbados
Que se prezam de Narcizos.
Ventura, dizem, que buscam...

[...]

A outra acepção – a de *distímia irritável* - liga-se à poesia popular do registro de Silvio Romero:

Vou criar minhas raivas
Com os meus calundús...
Para fazer as coisinhas
Que eu bem quiser.

A origem da palavra foi registrada por Teodoro Sampaio (1928) e Fernando São Paulo (1970) como sendo tupi-guarani (corrutela de açã mundú, significando “cabeça quente”). Parece, porém, superada essa interpretação. *Kalundu*, para nagôs e angolanos, correspondia a uma divindidade. João Ribeiro (1933) admitiu este antecedente, agora registrado por quase todos os dicionários. E o mesmo João Ribeiro reproduz o texto de 1853, escrito por José Ferrari:

O que os pretos nagôs chamam de calundú é um suposto qualquer santo de sua terra natal. Aqueles que dizem sentir em si o calundú, ordinariamente é por moléstia conjunta a descontentamento, imaginação, superstição, etc., que tal presumem. Qualquer moléstia física desconhecida e sobretudo as afecções morais, as atribuem às vezes a calundús que entram em seus corpos.

Na entrevista já citada sobre banzo, indaguei de Kankanfô a respeito de calundu. A resposta foi imediata: “é um tipo de possessão”. Por isto mesmo, “é sensível aos tratamentos religiosos”. Esta, pois, uma diferença axial que o saber popular estratificou. Estão de acordo Kankanfô, gramáticos e antropólogos (Arthur Ramos tratou da matéria) em que o calundu é uma disforia atribuída à posse por um santo, diferindo dos outros estados de transe, no sentido de que, nele, não se altera a consciência do eu. No calundu, a pessoa fala

pouco ou não fala, mas, se articula palavras, o faz sem perda de conhecimento da própria identidade.

Branco, índio e negro fundiram-se, racionalmente, no curso dos tempos, mas também se fundiram suas crenças ancestrais, misturando conteúdos e adotando feição mais ou menos individual, na dependência de peculiaridades da cultura. E um dos mitos universalmente mais constantes - o da mãe d'água - criou no Brasil variantes regionais. *Iemanjá* ou *Janaína* da Bahia ou da Guanabara têm, entre si, semelhanças e distinções, como têm todas as figuras de *Sereia*, *Eiara*, *Ciara*, *Uiara*, *Iara*, das várias regiões nacionais. É sempre bela e pronta para um convite, buscando levar gente para suas cidades e palácios do fundo das águas. Disse Bilac sobre a *Iara*, que ela tem sido “a mãe de toda nossa poesia”.

O mito amazônico foi captado, com poucas diferenças, por muitos viajantes. Barbosa Rodrigues (1945), etnógrafo dos mais autorizados, conta a propósito dele:

A crença neste mito é tão grande que, pelos lugares em que a tradição diz que ela mora, os naturais a certa hora da tarde nunca passam. Se por acaso eles têm necessidade de por aí passar, a imaginação fustiga-lhes o espírito de tal maneira que tornam-se logo tristes, evitam os amigos, começam a procurar a solidão; e se dos parentes não tomam conta, sobrevém uma excitação nervosa que os torna quase loucos. [...] Nesta circunstância, se não são presos logo, ou se a medicina não vier em seu socorro, a morte será certa, porque na primeira ocasião que tiverem lançar-se-ão n'água, certos de que vão encontrar a lara e os gozos que ela lhes pode prodigalizar. Tal é a convicção dos naturais na existência deste mito, que produz uma doença,

cujo termo é asfixia por imersão. O tapuio pegado pela lara é um louco, por toda parte ele a vê, e procura os lagos e os rios para neles se afogar. Nunca vi, mas afirmam que o remédio pronto para esta moléstia é a fumigação com alho e uma surra com as cordas dos arcos.

É ainda Barbosa Rodrigues (1945) quem narra, de sua viagem ao rio Jumundá, o mito da uacauã, ave que canta ao modo de risada. Assim como uirapuru dá felicidade, o uacauã constitui “o gênio das desgraças e o inimigo das mulheres”. O autor apresenta pormenores da seqüência. A mulher sente tristeza e dor de cabeça, precedendo a crise. Durante esta, que pode demorar muitas horas, a postura é de quem dorme, aos quados sorrindo levemente e, em períodos mais ou menos ritmados, gargalhando de modo idêntico ao canto do pássaro. No fim do século XIX, em Faro, no Lago Grande ou Algodoal, a condição era endêmica e sempre de bom prognóstico. De Barbosa Rodrigues (1945) a afirmação que se segue. “Para alguns, esta moléstia não passa de um embuste ou de uma farsa mas não creio, porque o que vi não se pode fingir, embora a paciente fosse uma grande comediante”.

Esta apreciação do eminente etnógrafo permite-nos acreditar que casos desses, apesar da diferenciação que lhes confere o cunho da superstição regional, se comportariam entre os estados históricos. Mas não só nos meios rurais a histeria, no Brasil, tomou feições particulares. “Cabe aqui recordar a doença chamada caruara, que na segunda metade do último século, atingiu muitas capitais do Nordeste, para alcançar, em Salvador, sua mais gritante repercussão”.

A origem do nome é tupi-guarani. O missionário Yves d'Evreux (1921), que visitou o Brasil no século XVI, consigna a expressão com significado de “reumatismo”, uma das condições mórbidas observadas entre os índios. Charles Wagley (1953) refere o uso desse nome, na Amazônia, para um artrópodo que atiraria “flechas invisíveis” nas mulheres menstruadas. Os efeitos de tais flechadas seriam semelhantes aos do reumatismo. Teodoro Sampaio (1928) registrou caruara como “tudo que corroe”, incluindo “sar-na” e “bouba”, assim como uma formiga com grande poder de destruição sobre as árvores. Informantes de Alagoas contam-nos ser a mesma a denominação de um tipo de vento fortíssimo que, quando sopra, “não deixa as árvores de pé”. Em Caldas Aulete (1958), está o significado de doença articular dos bois e, também, o de quebranto. Em várias dessas acepções existe algo de comum: a dificuldade para manutenção de postura erecta.

Desde cerca de 1870, a condição existia em São Luiz do Maranhão, tornando-se epidêmica em 1877. Nina Rodrigues (1891), ainda estudante, testemunhou-a e a evocaria depois: “as ruas percorridas por grande número de mulheres principalmente, amparadas por duas pessoas e em um andar rítmico interrompido a cada passo de saltos repetidos, genuflexões e movimentos desordenados”. E o Dr. Afonso Saulnier de Pierrelevés, conceituado médico do Maranhão, descrevia em 1890, em carta ao mesmo Nina Rodrigues:

uns arrastam os pés e progridem como se estivessem sofrendo de paralisia incompleta dos membros inferiores; outros atiram as pernas não podendo coordenar o movimento dos músculos, como acontece aos que sofrem de ataxia muscular progressiva; outros, enfim, apresentam uma marcha incerta irregular, saltitante, como se fossem verdadeiros coreicos, todos, porém, a cada passo, fazem grandes genuflexões e por lhes faltar a força precisa para sustentar o peso do corpo.

A idéia então dominante era de que se tratava de uma forma de beriberi, doença que continuamente assolava a região.

Progressivamente, a caruara transmitiu-se aos estados do Nordeste, para constituir-se, em Salvador, problema de valor maior. Em outubro de 1882, editorial da *Gazeta Médica da Bahia* assim se expressava:

Uma moléstia singular tem sido observada há alguns meses, no subúrbio de Itapagipe, mais raramente na cidade. As pessoas afetadas, depois de caminharem naturalmente por algum tempo, dobram de repente uma ou ambas as pernas, ou o tronco para um dos lados por alguns minutos, como se fossem coxas paralíticas ou cambaleassem, continuando depois a marcha regular. Entretanto não caem e podem subir e descer ladeiras sem grande dificuldade. Contam-se já, segundo ouvimos, para mais de quarenta casos desta singular moléstia originada em um dos mais saudáveis subúrbios e manifestando-se em pessoas de um e outro sexo, e pouco adiantadas em idade.

O contágio amplo da enfermidade motivou a interferência da Câmara Municipal, por esta sendo designada para estudo da matéria uma comissão constituída por médicos dos mais eminentes da época: Almeida Couto, Horácio César,

Silva Lima, Ramiro Monteiro e Manuel Vitorino Pereira. O parecer da douta comissão (SALVADOR, 1883), publicado em abril de 1883, relata os fatos, com judiciosas considerações. Estabelece uma classificação das formas clínicas: saltatória, rotatória, vibratória, procursiva e maleatória, sendo esta a mais freqüente. Desaconselha os ajuntamentos nas praias e festas populares, até hoje muito características no bairro. Acentua o bom prognóstico. Relaciona a moléstia às coreomanias que se apresentam, historicamente, com feitio epidêmico e refere o agravamento que, às mesmas, teriam dado às práticas supersticiosas e fanáticas, como a doença de São Vito, na Bélgica, Holanda e Alemanha; a tarântula, na Itália; o tigre-tier, na Abissínia; o convulsionismo, na França; as danças macabras, em vários outros países.

Simultaneamente com os fatos observados no Brasil, Charcot e vários de seus colaboradores estudavam, na Salpetrière, casos com sintomas semelhantes. E Blocq (apud BRITTO, 1892), em 1888, apresenta um trabalho de vulto (11 observações, dentre as quais, sete de Charcot), com o título: *Sobre uma Afecção Caracterizada pela Astasia e a Abasia*. Seguem-se a isso duas comunicações e uma memória de Alfredo Brito (1891, 1892) e, doutra parte, excelente estudo de Nina Rodrigues (1891), identificando ambos, a caruara com a astasia-abasia histérica.

Procuramos entrevistar pessoas idosas, médicos e leigos, solicitando-lhes reminiscências quanto à caruara, que, desde o fim do século, deixou de aparecer como tema de publicações na *Gazeta Médica da Bahia*.

A doença era endêmica, a princípio densamente localizada em Itapagipe, mas depois disseminada por toda a Capital e estendida à zona do Recôncavo. Considerava-se importante o diagnóstico diferencial entre beriberi e caruara, porque, no primeiro caso, havia indicação para cura nas praias de Itaparica, enquanto no segundo, nas praias de Itacaranha. Alguns transportavam-se diariamente de Itapagipe e Itacaranha (lugares fronteiriços), observando-se as oscilações dos sintomas de um para outro, na dependência do local em que estivessem. Os médicos evitavam a palavra “caruara” e aconselhavam, como forma correta de denominar a doença “dança de São Guido”. A moléstia foi rareando no curso dos tempos e, sobretudo, circunscrevendo sua incidência a pacientes do sexo feminino e da classe pobre. Os últimos casos observados em serviços médicos parecem ter ocorrido contemporaneamente à guerra de 1914. Populares passaram a satirizar as pacientes. E restou, no meio baiano, até o presente, a referência à “caruara”, no sentido de desmaio ou lipotímia psicógena, sempre vinculado à idéia de que escapa à pessoa a capacidade para manter-se de pé.

Certo, não terá resultado o fato daquela advertência da comissão médica quanto aos inconvenientes que as superstições poderiam ter, no caso da caruara. Mas, é curioso observar que, em populações tão propícias às crenças mágicas, a coreomania histórica não tivesse motivado, em sua época, interpretações e tratamento nelas buscados. Documentos e relatos orais fazem pensar que a caruara foi sempre vista como problemas de âmbito médico.

Entretanto, no mesmo período histórico, mantinha-se, em Salvador, um hábito de tipo medieval. Mulheres, em grande agitação, vítimas da moléstia denominada “diabo no corpo”, eram conduzidas semanalmente à igreja da Piedade, para submeter-se a exorcismos, que incluíam vigorosas cordoadas pelos frades capuchinhos. Segundo a unanimidade dos nossos informantes, isso sobreexistiu, pelo menos, até a primeira metade do século atual. Os resultados, pelo que soubemos, produzem efeitos diversos. Cabe, porém, supor que, além das reações de dissociação sob a capa da possessão demoníaca, essa massa de pacientes incluísse casos de outros tipos. Já se tinha sugerido, sobre os convulsionários de Saint Médard, dos séculos XVII e XVIII, que a demonomania pudesse comportar psicoses esquizofrênicas. E a casuística de Carvalhal Ribas (1964) revela que, entre nós, as demonopatias, apreciadas no ângulo psiquiátrico, podem corresponder a diagnósticos os mais variados.

Essa passagem, ao modo do caleidoscópio, por temas em que se encontram o popular e o psiquiátrico, tem seguramente, sempre, a marca de nossa cultura, o selo brasileiro. Certo – já se tem dito – nem tudo que é popular é nacional. Pode ser apenas regional, como pode ser universal. Num País que tem dimensões continentais e cuja população resultou da união dos mais diversos grupos étnicos, há diversidades culturais que, no entanto, se harmonizam e complementam, na medida em que se consolida o sentimento de nação.

Servem, entretanto, alguns fatos lembrados neste texto, para fixar como nossas peculiaridades transitórias e

culturais têm marcado a feição dos sofrimentos psíquicos e, sobretudo, o modo de experimentá-los.

REFERÊNCIAS

ANCHIETA, José de. *Cartas, informações, fragmentos históricos e sermões*, 1554-1594. Rio de Janeiro: Academia Brasileira de Letras, 1933.

ANDRADE, Mário de. *Namoros com a medicina*. Porto Alegre: Globo, 1939.

ARRUDA, Elso. *Síndrome de opressão*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1966.

ATHAYDE, J. L. *La ville de Salvador aux XIX siècle*; aspects démographiques. 1975. Thèse (Doctorat). [S.l: s.n.], 1975?

AULETE, Caldas. *Dicionário contemporâneo da língua portuguesa*. Rio de Janeiro, Delta, 1958.

BRITTO, A. *Astasia neste Estado*. Salvador: Imprensa Popular, 1892.

_____. Duas observações da abasia paralytica. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, n. 24, 56-62, 271-5, 1891.

_____. Endo-epidemia de abasia choreiforme na Bahia. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, n. 24, 109-16, 174-9, 1891. Consultar original

CARTAS avulsas: 1550-1568. Rio de Janeiro: Academia Brasileira de Letras, 1931. (Cartas jesuíticas, 2).

CLÁUDIO, Afonso. As tribos negras importadas: estudo etnográfico. Sua distribuição regional no Brasil. Os demais mercados de escravos. *Revista do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro*, Rio de Janeiro, 1915. P. 642. Número consagrado ao I Congresso de História Nacional).

DUARTE, O. Satamini. Contribuição ao estudo clínico-histórico do 'banzo'. *Revista Brasileira de História da Medicina*, n. 3, p. 75-89, 1952.

EDITORIAL. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, n. 14, p. 190-1, 1882.

FREITAS, O. *Doenças africanas no Brasil*. São Paulo: Nacional, [19-].

FREYRE, G. *Casa grande e senzala*. 15. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1973.

HINSIE, L. E.; AMPELL, R.J. *Psychiatric dictionary*. 4 ed. New York: Oxford University, 1970.

MARTIUS, K.F.P. von. *Natureza, doenças, medicina e remédios dos índios brasileiros*. Tradução de Pirajá da Silva. São Paulo: Nacional, 1939.

MENDONÇA, Renato. *A influência africana no português do Brasil*. São Paulo: Nacional, 1935. p. 177.

_____. *Língua nacional: notas aproveitáveis*. 2. ed. São Paulo: Nacional, 1933.

MORAES E SILVA, A. de. *Dicionário da língua portuguesa*. 2. ed. fac. similar. Rio de Janeiro: Lipographia Fluminense, 1922.

NINA RODRIGUES, Raymundo. Abasia choreiforme epidêmica no norte do Brasil. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, n. 22, p. 396-459, 1891.

_____. *Os africanos no Brasil*. 5. ed. São Paulo: Nacional, 1977.

PISO, Guilherme. *História natural da medicina no Brasil*. São Paulo: Nacional, 1948.

RAMOS, A. *Estudos de folk-lore*. Rio de Janeiro: Casa do Estudante do Brasil, 1952.

RIBAS, J.Carvalho. *As fronteiras da demonologia e da psiquiatria*. São Paulo: Edigral. 1964.

RODRIGUES, J. B. Lendas, crenças e superstições. In: CASCUDO, João da Câmara. *Antologia do folclore brasileiro*. São Paulo: Martins, 1945. p. 154-85.

SALVADOR. Câmara Municipal. Comissão Médica. [Acerca da moléstia que apareceu em Itapagipe e que se tem propagado em toda a Cidade]. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, n.15, p. 445-53, 1883.

SAMPAIO, Teodoro. *O tupi na geografia nacional*. 3. ed. aum. Salvador: Escola de Aprendizes Artífices, 1928.

SANTOS FILHO, Lycurgo. *História da medicina no Brasil*. São Paulo: Brasiliense, 1947.

SÃO PAULO, Fernando. *Linguagem médica popular no Brasil*. Salvador, Itapoã, 1970.

SPIX, J.B.; MARTIUS, K.F.P. von. *Viagem pelo Brasil*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1938. Tradução Lícia F. Lanmeyer.

VERGER, Pierre. *Flux et reflux de la traite de nègres entre le Golfe de Bénin et Bahia de Todos os Santos*. Paris: Moutin, 1968.

YVES d'Evreux, Y. *Viagem ao norte do Brasil*. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1921. Tradução Cesar Augusto Marques.

WAGLEY, C. *Amazon town: a study of man in the tropics*. New York: MacMillan, 1953.

SOBRE A ASCENSÃO DA MULHER*

Álvaro Rubim de Pinho

A notícia tem procedência mitológica. Primeiro, o Caos gerou a Noite – divindade feminina – e depois E'rebo, irmão da Noite. Da união dos dois, nasceram o E'ter e o Dia. Mas, à Noite, coube produzir, sozinha, todos os males da Terra: a miséria, a fraude, a concupiscência, a discórdia, a velhice, a morte.

* Publicado no *Boletim Cultural*, Salvador, Universidade Federal da Bahia, n. 130/131, p. 22-28, 1967.

O Corão sentencia: “os homens são superiores às mulheres por causa das qualidades que Deus lhes deu”.

No Antigo Testamento, a posição da mulher não é mais favorável. De início, foi criado o homem. “O Senhor Deus resolveu dar-lhe “uma ajudante”. “E da costela que tinha tirado de Adão, formou o Senhor Deus uma mulher”. Ela, “vendo que o fruto daquela árvore era bom para se comer e era formoso e agradável à vista, tomou dele e comeu e deu a seu marido”. Praticando o pecado original, Eva seria responsável pela queda do homem.

No dizer de Pitágoras, há um princípio bom, que criou a ordem, a luz, o homem; e um princípio mau, que criou o caos, as trevas e a mulher. Aristóteles afirmou que “a fêmea é fêmea em virtude de certa carência de qualidades”. Segundo São João Crisóstomo, “em meio de todos os animais selvagens, nenhum é mais nocivo que a mulher”. Para São Tomás, a mulher é um “ser ocasional”. Santo Agostinho considerou a mulher “um animal que não é firme nem estável”. E, como pôde perceber Simone de Beauvoir em quase todas as concepções tradicionais, “a mulher determina-se e diferencia-se em relação ao homem e não este em relação à mulher. O homem é o Sujeito, absoluto; ela é o outro”.

A disparidade vem de milênios. A culpa pelos erros surgiu da mulher. A insuficiência de aptidões foi-lhe sempre atribuída. E, quando a nota se pôs no respeito e no encanto pela feminilidade, isso se condicionou a múltiplos sacrifícios. No meio muçulmano, os homens nunca se obrigaram a cobrir a face para sair à rua. Na cultura chinesa, só as mulheres enfaixaram os

pés, para atrofiá-los. Em nosso mundo, nenhum casamento se anulou por saber a esposa que o marido quebrara a castidade.

Na história das sociedades, o matriarcado terá sido e continua a ser a exceção. Já se disse que, quando a família sucedeu a horda e surgiu a propriedade privada, teve início o processo de escravização da mulher. Entretanto, os modernos estudos antropológicos projetam, em tempos cada vez mais recuados, a estrutura familiar. E cabe pensar que a inferioridade feminina pudesse existir quando o primata ainda evoluía no sentido da feição humana.

No auge da cultura helênica, a *República*, de Platão, prega a igualdade dos sexos. Mas as mulheres estão divididas entre a clausura doméstica e as pseudoliberalidades de prostíbulo. Nas vivendas familiares, quarto e cozinha são isolados da sala, sem janelas, para evitar a comunicação das mulheres com os visitantes. E, no apogeu da arte dramática ateniense, a pessoas do sexo feminino não é concedida entrada nos teatros.

A família romana é a expressão máxima do patriarcado. A mulher deve submissão integral à tirania do marido. A matrona consubstancia a inferioridade social da mulher honesta. E, doutra parte, fixando para a posteridade os casos de adultério consentido e desejado, tem seguidores o conselho de Ovídio. “Se és sábio, fecha os olhos. Cultiva os amigos que deves a tua mulher. E verás tua casa cheia de presentes”.

Ninguém dissera, ainda, que ela deveria ser mais que um objeto para saciar a fome carnal do homem e mais que uma

serva para cumprir-lhe as ordens de trabalho. E veio o Cristo, com a linguagem de compreensão e sua atitude renovadora. A promoção dos infortunados estava no centro de sua subversão ideológica. A espiritualização do amor e a dignificação da mulher – que o episódio da Madalena simboliza – teriam de repercutir na cultura romana. Porém, lamentavelmente, o sopro da caridade que o Cristo estendia às mulheres não correspondeu, na prática, à sua redenção. As distorções do cristianismo primitivo conduziram à subestimação e à rejeição dos encantos físicos. Chegou a parecer que formosura e alegria se identificavam com pecado. E o interesse pela própria beleza – traço do caráter feminino, que atravessara, íntegro, as vicissitudes milenares do sexo – quase foi substituído pelo culto masoquista da fealdade.

Na Idade Média, alguns indícios aparecem de participação da mulher na vida social. Ela está presente nas assembleias dos habitantes de certos lugares e seu consentimento se faz necessário para a alienação de bens do casal. Em nova fase, o cristianismo reergue a mulher, fazendo contracenar com a figura pecadora de Eva a imagem sublime da Mãe do Redentor.

Ascendem novas forças sociais e novos ideais do espírito. Sentindo a insegurança de suas bases, a Igreja e o Estado entram em delírio de perseguição. As superstições conduzem ao brotar de uma jurisprudência especial. A bruxaria, forma de atuação do demônio, concebida a partir de epidemias psicopatológicas, constitui-se numa racionalização piedosa para tudo que se oponha ao desejo

dos poderosos. E – flagrante da tradição misógina – as bruxas são mulheres. Muito mais que o masculino, o sexo feminino foi mártir das fogueiras da Inquisição.

Vem o Renascimento. A tagarelice das Cortes. Os prenúncios da Revolução Francesa. As bases teóricas do liberalismo estão lançadas. Elas influem nas ciências, nas artes, na política e na religião. Mas o estilo de existência da mulher ocidental – sucessora da matrona romana – permanece inalterado. Liberdade, igualdade e fraternidade – sim, para o homem. A alienação da mulher cada vez mais se consolida.

O 14 de Julho ocorre num período de tumultos de rua, nos quais aparecem as mulheres do povo. Por algum tempo, uma liberdade anárquica permite a indiscriminação dos sexos, na comparência às tavernas. Mas a situação, na burguesia, não se altera; às mulheres é vedado o exercício dos cargos de representação popular; e, no campo, a esposa não comparece às mesas de refeições, ao lado do marido e dos filhos.

A reorganização política é seguida do Código de Napoleão; a mulher solteira goza de capacidade civil plena, que cessa com o casamento. Hipertrofia-se o poder marital.

Ascende a burguesia. Arauto de seu pensamento é Balzac, na *Physiologie du Mariage*. Dominar a esposa, como meio de prevenir o adultério e, conseqüentemente, a desonra e o ridículo do marido. Instruí-la o menos possível. Confiná-la às atividades do lar. Lisongear-la, com os requintes da delicadeza. Entronizá-la, como santa e rainha da família.

A revolução industrial está em curso. Trabalhando nas

fábricas, a mulher cresce em importância econômica e ela não pode ser dispensada porque a necessidade de mão-de-obra aumenta. Chega a ser preferida porque “trabalha melhor e mais barato”. A resignada submissão aos horários excessivos contribui para tal preferência. E o argumento de que as necessidades femininas são menores serve de justificativa à remuneração vil de seus serviços. O retardo na regulamentação do trabalho da mulher acoberta o novo tipo de escravização.

É agora o Século XX. Desde antes da guerra de 1914, mas sobretudo após ela, também a mulher burguesa procura atividade fora do lar. Comércio, indústria, bancos e, em crescente, as profissões de nível universitário.

Em todas as nações desenvolvidas, qualquer que seja o regime político, o trabalho feminino contribui para o progresso e modifica-se, por isso, a posição da mulher nos grupos sociais. Ela ascende, agora, em todos os setores.

Cabe pensar que, num plano formal, as mulheres já ganharam a batalha. O feminismo, que Leon Richier iniciara em 1869, restringiu-se, nos primeiros tempos, às reivindicações do âmbito dos direitos civis e deve-se registrar que, na França, terra de sua vanguarda, só em 1897 as mulheres foram aceitas como testemunhas em processos judiciais. É do século atual a marcha de todas as nações para o reconhecimento legal das especificidades do trabalho feminino. E a campanha sufragista apenas alcançou êxito há pouco mais de 30 anos. De então, para o presente, amplia-se a contribuição da mulher na vida política.

Foi na Índia que, em 1930, o fato aconteceu. Ghandi resolvera começar a rebelião lutando contra um imposto incidente sobre o sal. As mulheres lançaram-se às ruas e invadiram tribunais, proclamando, simbolicamente, a luta pelo “sal da liberdade”. E quando o imposto foi abolido, o Mahatma pôde dizer: “A maior revolução num país, é aquela que transforma as mulheres e seu sistema de vida. Não se pode fazer revolução sem as mulheres. Talvez as mulheres sejam fisicamente mais fracas, mas, moralmente, possuem uma força cem vezes maior. Se eu pudesse fazer o exército da liberdade só com mulheres, estaria certo de vencer a guerra num ano”. E a Índia dá, hoje, ao mundo, o exemplo da grande nação cuja chefia incumbe a figura feminina.

A busca, no presente, não é mais tanto da igualdade perante a lei, mas, sobretudo, da indiscriminação das oportunidades no meio social. As mulheres, a quem a cultura atribui a maior parcela de responsabilidade nos trabalhos domésticos, antepõe-se hoje o grande problema: participação simultânea na vida profissional.

Os trabalhos do lar caracterizam-se pela repetição, a segurança e o imediatismo. Nos profissionais, tem-se a variedade, o risco e a criação. O instinto materno e as normas da cultura exigem da mulher que se mantenha no serviço da casa. As novas necessidades sociais e a ânsia de afirmação conduzem-se à luta em campos mais largos.

O caminho ideal para a solução do problema é procurado em toda parte e cabe pensar que, quaisquer que sejam as dificuldades, não se comportarão recuos. Mas, é real que as

mulheres obtêm o ensejo de colaborar para o progresso, sem que se tenham corrigido antigas fantasias que lhes distorcem a imagem; sem que se tenham esgotado preconceitos tradicionais que lhes subestimam as possibilidades. Uns apresentam a mulher inferior ao homem. Outros mostram-na igual ao homem. Cabe fugir a essa alternativa, reconhecendo que ela não terá de ser sempre inferior, porém que é e, seguramente, deve ser, diversa do homem.

Já Freud advertira: “Masculino ou feminino é a primeira diferença que fazeis ao enfrentar um outro ser humano e estais habituados a levar a cabo tal diferença com segurança indubitável”. “Estamos acostumados a empregar os conceitos de masculino e feminino também como qualidade anímica e transferimos para a vida psíquica a tese da bissexualidade”.

Os testes de inteligência não revelam diferenças quantitativas na média de nível dos dois sexos. É certo que as criações intelectuais de categoria excepcional têm sido raras nas mulheres. Na expressão de Edmond Goncourt, “não há mulheres geniais; todas as mulheres de gênio eram homens”. George Sand e George Eliot teriam sido exemplos de masculinidade.

Entretanto, sabe-se das dificuldades de realização individual que têm os membros de grupos socialmente esmagados. É evidente que, em termos de oportunidades, a maioria das mulheres não dispõe de situação idêntica à dos homens. Maria Bashkirtseff, a adolescente angustiada cujo diário íntimo inspirou primoroso estudo de Aníbal Pon-

ce, chegou a perguntar: “com saias, que se há de fazer?”. Apesar desse óbices, Marie Curie, como Elizabeth Barrett Browning, tem servido para mostrar ao mundo que a plena feminilidade é compatível com as mais altas construções da inteligência.

Mas, a mulher é diversa do homem. Não apenas anatomicamente. Não apenas endocrinamente. Não nos cabe discutir quanto há, nisso, de patrimônio cromossomal, quanto de condicionamento da cultura. A feminilidade existe. É tipo de caráter. É atitude diante da vida. É forma de comportamento no meio social. Nem há porque desejar, antes vale impedir, que a ascensão da mulher implique em perda de certas de suas características, particularmente no plano afetivo. Cabe lembrar o pensamento de Amoroso Lima: “o mundo perderia mais se perdesse as qualidades femininas que as masculinas”.

Determinar essas qualidades é uma das tarefas magnas da Caracterologia. Que traços, independentemente do tempo e do lugar, do *status* e da idade, constituem os universais da mulher? Nas linhas finais do estudo sobre “A feminilidade”, Freud registrou as insuficiências de seu próprio trabalho, revelando considerar que suas discípulas disporiam de condições melhores para abordagem do tema. E Simone de Beauvoir, no tom polêmico com que trata o assunto, protesta contra o fato de que “a história das mulheres foi sempre feita pelos homens”, descrevendo estes a figura feminina “como gostariam que ela fosse”. Mas, a psicologia diferencial dos sexos parece já ter fixado algo de válido, resistente a críticas

de parcialismo desse tipo.

Uma excepcional figura de mulher – Gina Lombroso – rotulou de “chave da alma feminina o alterocentrismo”. “A mulher é altruísta”, diz “ou, mais exatamente, alterocentrista, no sentido de que situa o centro de seu prazer, não em si mesma, porém na pessoa a quem ama e por quem deseja ser amada”. Não pode prescindir de identificar-se afetivamente com os que vivem em seu redor.

O egoísmo conduz o homem a limitar seus interesses aos projetos pessoais. A mulher preocupa-se com gostos e opiniões dos outros. Participa dos êxitos e lutos dos demais.

O altruísmo feminino parece imprescindível à continuidade da espécie. Graças a ele, a mãe tem a intuição de criar algo que a perpetua na própria terra. Se servir à vida é o destino biológico da mulher, é também a direção de seu procedimento no mundo das relações pessoais.

A delicadeza é outra característica feminina. A sutileza da mulher permite-lhe, a cada instante, dispensar os mecanismos racionais, limitando-se aos da intuição. E esta lhe basta para a percepção dos nuances das coisas. Daí o encanto pelo frágil, o inútil, o inessencial, a dar a nota da frivolidade. A escala prioritária dos cuidados femininos é realmente diversa, às vezes oposta à que deriva do utilitarismo. Porém, sem ela, quanto a humanidade perderia, no aspecto decorativo! E a ausência de opção entre o belo e o feio é compatível com a vida animal mas não com o estar-no-mundo, como forma de existência humana.

A mulher é curiosa. De ver, escutar e saber o que aconte-

ce em torno. Não lhe interessa muito o que está sucedendo a grandes distâncias. Mas o próximo está dentro do seu mundo. Já se tem dito que o prazer feminino de ir à janela é universal. Vigiar, espiar e observar são as fontes preferenciais de estímulos para sua imaginação e sua inteligência.

A mulher é tenaz. O homem tem persistência até atingir a meta predeterminada, seja a conquista de posto, fortuna ou objeto amoroso. O vigor de sua carga afetiva começa a cair no dia do sucesso. A mulher hesita em aspirar e em aceitar. Mostra-se volúvel quanto ao que é de superfície. Mas, no fundamental, desde que decidida, revela-se perenemente forte, na constância de amor, desprendimento, fidelidade, paciência e trabalho.

A mulher é rica de confiança em si. Em seus projetos e opiniões. E, porque confia, é parcial e apaixonada nas disputas. Demonstrações de lógica e resultados de experiência não valem sempre para detê-la. Nas contendas entre figuras ou grupos femininos, há sempre o risco da intolerância. Quando a perspectiva do tempo permite a análise serena dos fatos, o que era visto como agressão e perfídia pode, muita vez, reduzir-se a simples diferenças de conduta, de gosto e de pontos de vista.

Mantendo tais características, nossas avós e mães sempre souberam, no atendimento às tarefas do lar, inclusive em nossa formação, desempenhar, com o máximo de dignidade, o papel que coube às mulheres de suas gerações. Nesta segunda metade do século XX, vive a mulher outra etapa histórica, em que, mantida a estreita vinculação com a família, deve dignificar-se também pelo trabalho produtor

e, mais, ter acesso à vida política.

As efêmeras liberdades que, episodicamente, a mulher conquistou em séculos passados correspondem a períodos de grave desagregação social. Foram mais licenciosidade que emancipação. Em nossos dias, ela está numa hora (a primeira, talvez) em que tem, legítima e estavelmente, a possibilidade de contribuir para a organização do mundo.

As circunstâncias desse novo instante aconselham à mulher a lembrança de que, ao lado de todos os deveres éticos, cabe sempre o da fidelidade de cada pessoa a sua natureza e a seu destino. Aqueles traços que parecem ser os autênticos da feminilidade podem coexistir plenamente com sua atuação profissional e política e, mais até, podem aprimorá-la, conduzindo-a aos êxitos maiores. Cabe evitar tanto a mulher-boneca, que vai sendo ultrapassada, como a mulher-homem, que as deformações da função social feminina podem condicionar. Que se tenha, antes de tudo, a mulher consciente de seu papel histórico.

E essa consciência lhe dará, além dos de profissionais eficientes, outros encargos: os de denunciadora de erros, porta-voz de aspirações e construtora de uma nova cultura.

ASPECTOS SOCIOCULTURAIS DAS DEPRESSÕES NA BAHIA*

Álvaro Rubim de Pinho, Luiz Meira Lessa, Uraci Simões Ramos e Ricardo Cruz

O Estado brasileiro da Bahia e, em particular, a Cidade de Salvador (sua Capital) constitui modelo de comunidade multirracial, com mudanças sociais de elevada frequência.

* Trabalho apresentado no V Congresso Latinoamericano de Psiquiatria e VIII Congreso Colombiano de Psiquiatria, Bogotá, 1968.

A área definitivamente urbana comporta cerca de 1 milhão de habitantes, e para ela converge a maioria dos doentes mentais do Estado.

Em todas as regiões fisiográficas, é evidente a variação étnica de que se originaram as coletividades, mas, no povoamento da Costa, incluindo Salvador, o elemento negro esteve mais presente que nas zonas do Sertão.

Algumas observações de Pierson (1966), feitas há cerca de 30 anos, permanecem válidas. Uma delas é de que as características étnicas indígenas estão quase extintas e as do negro parecem tendentes ao futuro desaparecimento, absorvidas pela população de raízes européias.

Em meio desse processo de miscigenação, tem-se calculado que pretos e mestiços somam, nos últimos tempos, mais ou menos 60% dos habitantes citadinos, enquanto os restantes 40% correspondem à fração considerada de “brancos”, sem que se entenda a palavra como expressiva de um tipo étnico puro, mas no sentido popular de “brancos da Bahia”.

Conforme verificou o mesmo Pierson (1966), segundo as categorias ocupacionais, o negro e o mulato escuro compõem a maior parte da classe baixa, enquanto o mulato claro se aproxima progressivamente do branco e este ocupa as posições preferíveis. A identificação entre tipo antropofísico e estrato social é quase constante e os preconceitos da camada alta são bem mais nítidos quanto à classe que quanto à cor.

No plano religioso, embora existam minorias protestantes, prevalece na população uma atitude sincrética,

em que se fundem crenças católicas, espíritas e de seitas primitivamente africanas.

Tal sincretismo expressa-se no fato de que as mesmas pessoas freqüentam uns e outros cultos, mas também na identificação de santos católicos e divindades dos candomblés. Nas respostas aos recenseamentos, quase todos se dizem católicos. Esse catolicismo popular não é, porém, modificado apenas pela inclusão das superstições e crenças mágicas. Apresenta certas características particulares, que Azevedo registrou. Entre elas, cabe anotar: a menor importância dada à salvação; à ausência relativa da noção de pecado; o significado secundário dos sacramentos; a ênfase no culto propiciatório dos santos.

Nas classes média e alta da comunidade baiana, prevalece a família de tipo conjugal, tradicionalmente marcada por grande coesão. Os grupos familiares extensos, ainda presentes nas camadas ricas do meio rural, são escassos na área urbana.

A família parcial é muito freqüente na classe pobre. Nela, a mulher dirige e mantém os filhos, muita vez oriundos de ligações eróticas eventuais. Noutros grupos, observa-se o concubinato, com estabilidade quase semi-precária, chegando o casamento civil a ser infreqüente nos estratos sociais inferiores.

Investigações de Stainbrook (1952, 1954), realizadas há 20 anos, sugeriram a crença de que, no meio baiano, os estados depressivos são escassos nas classe pobres. Dadas as características da população local, constituiu-se

essa observação num argumento a favor de tese da raridade das depressões nas coletividades pré-letradas. E, na seqüência dela, múltiplos artigos, repletos de contradições e divergências, têm abordado a matéria das influências sócio-culturais na incidência, etiologia e sintomatologia dos quadros depressivos.

Essas as razões de pesquisas que, com diversos colaboradores, vimos realizando, expostas, até o presente, em dois trabalhos (PINHO, 1968, 196-).

O Relatório de agora objetiva resumir alguns dentre os dados contidos nesses estudos anteriores, procurando relacioná-los a proposições da literatura de Psiquiatria Transcultural.

O material de nossas investigações tem-se constituído sobretudo por 200 casos de depressão, observados em um mesmo período de quatro anos. Incluem 100 da Clínica Psiquiátrica do Hospital Professor Edgar Santos (nosocômio geral universitário, com serviços inteiramente gratuitos). Na escolha dessas fontes, considerou-se a diferença evidente entre os dois grupos de pacientes, seja quanto ao nível sócioeconômico, seja quanto a outros fatores a ele vinculados na população baiana, sobretudo o tipo antropofísico e o grau de instrução.

Apesar das divergências doutrinárias sobre a sistemática das depressões, preferimos reduzir nossa casuística aos três grupos tradicionais, julgando esta classificação que se mantém mais inteligível, em meio às diversidades da Psiquiatria atual. No consultório privado, como no Hospital

Professor Edgar Santos, comparecem, por ordem de frequência: 1º, depressão neurótica; 2º, depressão endógena; 3º, depressão involutiva. E coincidente, em todas, a maior proporção do sexo feminino.

Passamos a comentar, em três tópicos, os achados que nos parecem mais dignos de atenção.

INCIDÊNCIA DE DEPRESSÃO NA CLASSE POBRE

A baixa incidência de estados depressivos em pobres e iletrados, sobretudo referida a propósito dos pretos africanos, constitui uma das crenças mais difundidas entre os autores de Psiquiatria Transcultural. E ela estava, sem dúvida, presente, no raciocínio de Stainbrook, quando ele buscou as similaridades entre os achados da África e os do meio baiano. Suas observações na Bahia tiveram por sede o Hospital Juliano Moreira, nosocômio público então comportando 1 100 psicóticos quase todos de classe pobre. O autor considerou raras as “reações depressivas intensas” naquele hospital e registrou o contraste com um sanatório privado, onde depressões com sentimentos de culpa e conduta autopunitiva não eram escassas. Anotou que, nos cinco anos anteriores, não tinham ocorrido suicídios no nosocômio.

Nossa observação é de que, no mesmo Hospital Juliano Moreira, nos quatro anos coincidentes com a coleta de nossa casuística, a taxa de depressões não alcança 2% dos internados. Isso contrasta evidentemente com os achados

do Hospital Professor Edgar Santos, no quinquênio 1961-1965: matriculam-se na Clínica Psiquiátrica 1 793 pacientes, dos quais 228, ao sejam 12,7%, eram deprimidos.

Considerando-se a identidade das características sócio-econômicas da população que ocorre aos dois estabelecimentos, procuramos buscar os mecanismos geradores de tal diversidade. Alguns fatos merecem ser apontados:

a) o Hospital Juliano Moreira é tradicionalmente conhecido como destinado a doentes mentais; b) nas camadas incultas da Bahia, o deprimido não é habitualmente identificado como doente da esfera da Psiquiatria; c) o Hospital Professor Edgar Santos, na condição de nosocômio geral, dispõe de um serviço de triagem que seleciona os doentes para cada clínica, inclusive a Psiquiatria; d) o Hospital Juliano Moreira, em permanente superlotação, restringe, no possível, o internamento de doentes passíveis de assistência ambulatorial.

A alta frequência de deprimidos que encontramos em casuística de classe pobre e iletrada da Bahia equivale aos achados de Collomb (1966), no Senegal. E serve como sugestão de que, em regiões subdesenvolvidas, a incidência de depressões na população geral não se expressa nas estatísticas hospitalares.

FATORES SOCIOCULTURAIS NA ETIOLOGIA DAS DEPRESSÕES

A) COR

A apreciação rigorosa dos grupos étnicos oferece, na Bahia, dificuldades quase intransponíveis. Se valorizamos isoladamente, os critérios do aspecto físico, incluindo peculiaridades dos cabelos e configuração do nariz e lábios, a identificação dos negros e mulatos se amplia consideravelmente. Mas a cor da pele, apreciada com critério flexível, mantém-se popularmente como o carácter mais importante para expressar a raça. Este registro deve ser feito, advertindo-se que, em nosso material, o tipo antropofísico foi estabelecido, de acordo com os usos baianos, quase exclusivamente a base da cor da pele.

Como demonstram as Tabelas* I e II, negros e mulatos são quase 60% dos deprimidos do Hospital Professor Edgar Santos, que representa os consulentes mais pobres. Os negros são menos numerosos na clínica particular, onde os brancos predominam.

No exame conjunto de 200 pacientes, 121 são brancos, 61 mulatos e 18 negros, correspondendo, respectivamente, a 60,5%, 30,5% e 9%.

Tendo-se em vista que o material inclui casos procedentes do interior do Estado (onde o elemento negro é

* As tabelas citadas não constam deste artigo por não terem sido localizadas na documentação do Dr. Rubim de Pinho.

menos freqüente), cabe pensar que a distribuição de cor encontrada nos dois grupos aproxima-se da que se observa nos estratos sociais correspondentes da população baiana. As depressões ocorrem, assim, indiferentemente, qualquer que seja o grupo antropológico.

B) RELIGIÃO

O papel da religião, no presente estudo, parece ser o mais difícil de avaliar. As cifras coligidas seguramente não representam a situação real, no que se refere à autenticidade dos credos ou à participação nos ritos. Valem somente para indicar a pertinência a um grupo de origem.

Numa exploração clínica não dirigida, como a que aqui apresentamos, o predomínio do catolicismo é absoluto. Não obstante, um de nós (L.M.L.), com pesquisa ainda em curso, examinando o tema em profundidade, tem verificado em pacientes de vários diagnósticos, inclusive deprimidos, a elevada incidência de crenças primitivas, não só nas classes pobres, mas também na classe média. A adoção de tais crenças não é apanágio dos negros e mulatos, nem sequer dos iletrados. É uma nota predominante na cultura baiana. Assim, pois, as depressões ocorrem independentemente do vigor com que comparece cada fração do sincretismo religioso.

C) ESTADO CIVIL E ORGANIZAÇÃO DA FAMÍLIA

O informe sobre ser solteiro, casado ou viúvo não expressa, nas classes populares inferiores, o papel do indivíduo à família. Atendendo a importância social do concubinato,

foi ele incluído nas Tabelas I e II, paralelamente às situações legais capituladas como “estado civil”.

Os dois grupos diferenciam-se pela maior ocorrência de concubinato na amostra do hospital público, o que reflete uma condição geral da classe pobre. Mas é digno de atenção que ele incide muito mais nas depressões neuróticas, tanto no consultório como no Hospital Professor Edgar Santos. E, muito mais ainda, no sexo feminino.

É provável que, dadas as condições do meio baiano, o concubinato constitua um fator de neurose para mulher da classe pobre, devido à instabilidade dos laços e à ausência de direitos que o caracterizam e, na burguesia, por estes mesmos motivos, além de outro que assume grande importância – a perda de prestígio social.

Relacionado, de certa maneira, ao nível sócio-econômico dos pacientes, está seu ajustamento familiar. Em 72 casos do Hospital Professor Edgar Santos, sem que se distingam as diferenças etiológicas, 45 pacientes (62,5%) são desajustados, enquanto de 74 pacientes de consultório apenas 36 (48,6%) se revelaram em idênticas condições. Quando se comparam os grupos de depressão neurótica, observa-se que o registro de desajuste familiar é equivalente. A análise destes fatos sugere que, no que se refere à clínica particular, é evidente a correlação positiva entre neuroticidade e desajuste de família, o mesmo não ocorrendo com os deprimidos do Hospital. Nestes, existem desajustamentos vinculados a outros fatores, dependendo, de forma direta ou indireta, dos de ordem econômica.

D) ACONTECIMENTO PRECIPITANTE

Com a finalidade de avaliar o papel dos fatores sociais no desencadeamento dos estados depressivos, coligiram-se os dados constantes das Tabelas III e IV.

O estudo global dos 124 casos em que foi narrado um acontecimento precipitante (Tabela III) permite observar que nos pacientes de consultório, isto ocorre com maior frequência, seja o fato referido um autêntico fator patogênico, seja um elemento provocador ou apenas uma fantasia racionalizadora. A significância estatística realça aqui, sobretudo, o que se observa nas depressões diagnosticadas como endógenas. Dos pacientes de classe pobre, apenas três atribuíram a situação mórbida a uma vivência provocadora, enquanto 19 pacientes de consultório particular, correspondendo a indivíduos seguramente mais diferenciados, revelaram uma experiência que consideraram causal.

Na Tabela IV, apresentam-se discriminadamente, alguns tipos de acontecimento. A pequenos números não permite observar significância estatística mas, em algumas parcelas, há nítida tendência de comportamento das cifras, que deve ser valorizada.

Antes do mais, cabe anotar o que se refere à “perda de objeto”. A identificação psicoanalítica da depressão com o luto não exige, aqui, esforços de interpretação profunda, visto que os casos rotulados correspondem a situação inequívocas de perda do ente querido, pela separação ou pela morte. Somam cerca de 25% do total, aparecendo na mesma proporção, quaisquer que sejam os grupos nosológicos ou

os níveis sociais dos pacientes. Este é o tipo de acontecimento que surge com frequência mais alta.

Os conflitos amorosos revelam-se mais patogênicos na casuística de consultório particular. O achado é compreensível, levando-se em conta os hábitos conservadores e as repressões sociais a que está condicionada a burguesia baiana, se comparados aos da população pobre.

No estrato social mais alto, os desajustes profissionais prevalecem como fator causal. As pessoas mais diferenciadas desadaptam-se mais facilmente ou, pelo menos, seu desajuste é capaz de conduzi-las a repercussões psíquicas mais graves, de tipo depressivo.

A doença, somática, não referida como causa exógena, senão pelas vivências que proporciona a pelos problemas existenciais que desencadeia, revela-se como fator de depressão na classe pobre. As fantasias pessimistas quanto à natureza da moléstia e o sentimento de inválidos com suas repercussões sócio-econômicas parecem aqui, muito mais que nas classes altas, constituir-se em fator patogênico.

Os desajustes familiares, assim como os financeiros, ao menos como provocadores imediatos da depressão, não diferem, numericamente, nos dois grupos. O mesmo ocorre com a vivência da menopausa, motivo de preconceitos culturais que são, no ambiente estudado, comuns em todas as classes.

FATORES SOCIOCULTURAIS NA SINTOMATOLOGIA DAS DEPRESSÕES

Submetemos os achados de nossa casuística a uma tabulação dos sintomas, assim distribuídos:

a) *Sintomas da afetividade* – tristeza vital, tristeza anímica, sentimentos autovalorativos negativos, labilidade afetiva, ansiedade.

b) *Sintomas da ideação* – inibição do pensamento, idéias de perseguição, idéias de suicídio, idéias de culpa, idéias de prejuízo, idéias obsessivas.

c) *Sintomas da corporalidade* – impotência, frigidez, astenia, queixas dispépticas, palpitações, dores precordiais, insônia, cefaléia, zumbidos nos ouvidos, dispnéia, tonturas, tremores, anorexia.

d) *Sintomas da atividade* – inibição, excitação.

A ansiedade e a labilidade afetiva caracterizam, como comprometimento da afetividade, os pacientes de depressão endógena da clínica particular, enquanto no Hospital Professor Edgar Santos domina a ansiedade e a tristeza vital. Na depressão involutiva, ansiedade e tristeza anímica são os elementos mais freqüentes no consultório, enquanto ansiedade e labilidade afetiva são proeminentes no Hospital Professor Edgar Santos. Quanto à depressão neurótica, os pacientes não se distinguem entre si: apresentam, igualmente, ansiedade e tristeza anímica.

Comparando-se os tipos de depressão de uma mesma clínica de origem, verifica-se que as idéias de suicídio são mais freqüentes na depressão endógena e neurótica do

que na depressão involutiva e que estes achados coincidem nos dois grupos. As idéias de suicídio predominam sobre as de culpa e de perseguição nas depressões endógenas e neuróticas, independentemente da procedência. A depressão involutiva comporta-se de modo diferente: as idéias de perseguição e de culpa prevalecem sobre as de suicídio, em consultório particular. No material procedente de um nível econômico inferior, não aparecem idéias de perseguição.

A apreciação conjunta da casuística leva a evidência de que, a par da ansiedade (74%), evidenciam-se como mais constantes os sintomas da corporalidade, particularmente insônia (75%), anorexia (43,5%) e astenia (40%). A inibição de atividade está presente em 38%, as idéias de suicídio em 20,5%; as idéias de culpa em 10%; as de perseguição em 5%. Tais números expressam a alta incidência dos fenômenos da esfera corporal, contrastando com a pequena freqüência das idéias de culpa e de perseguição.

A proeminência que têm os sintomas e queixas somáticas, nas depressões observadas na Bahia, constitui um achado que se aproxima do de Collomb, no Senegal. A pequena incidência de idéias de culpa também aparecem como uma identificação, com as descrições relativas a quase todos os países africanos. Difere nosso material das observações da África porque, entre nós, as idéias de perseguição não comparecem muito e, de outra parte, as de suicídio não são infreqüentes.

Têm-se admitido a influências das religiões mais punitivas na propiciação das idéias de culpa dos deprimidos. E

a relação entre as idéias de culpa e os credos, dominados nos países desenvolvidos – particularmente o católico é um registro que vem chamando a atenção de muitos. É possível que as características do catolicismo popular baiano otimista e não castigador, possa estar em causa na minimização das idéias de culpa, bem como de perseguição.

As especificidades sintomáticas atribuídas às depressões neuróticas, endógenas e involutivas são de valor limitado, quando se apreciam as interferências dos fatores sócio-culturais. Parecem existir fisionomias comuns a depressões de causas variadas, ocorrendo numa mesma cultura. E algumas diversidades seguramente existem, na mesma comunidade, na dependência dos fatores sócio-econômicos que determinam a divisão das classes.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, Thales de. *Catolicismo popular no Brasil: tipologia e funções*. [Salvador, 196-]. Comunicação pessoal.

COLLOMB, H. Psychiatrie et cultures. *Psychopatol. Afric.*, n. 2, p. 259, 1966.

PIERSON, D. *Negroes in Brazil: a study of race contact at Bahia*. Carbondale: Southern Illinois University, [1967].

PINHO, R. et al. Fatores sócio-culturais na etiologia das depressões. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE PSIQUIATRIA TRANSCULTURAL, 1968, [Salvador?]. [Salvador: s.n., 1968?].

_____. *Fatores sócio-culturais na etiologia das depressões*. [Salvador, 196-]. Não publicado.

STAINBROOK, Edward John.. A cross-cultural evaluation of depressive reactions. In: HOCH, Paul H.; ZUBIN, Joseph. (Ed.). *Depression*. New York: Grune and Stratton, 1954.

_____. Some characteristics of the psychopathology of schizophrenic behavior in bahian society. *Amer J. Psychiat.* n. 109, p. 303, 1952.

LA FUNCIÓN DEL PSIQUIATRA EN LAS REGIONES EN DESARROLLO*

Álvaro Rubim de Pinho

En las tres últimas décadas, el problema de las desigualdades de nivel de vida entre las poblaciones ha pasado

* Publicado en WORLD CONGRESS OF PSYCHIATRY, 5th, 1971, Mexico, D.F. *Psychiatry* : proceedings of the V World Congress of Psychiatry, Mexico, D.F, 25 November-4 December, 1971. Edited by Ramón de la Fuente and Maxwell N. Weisman. Amsterdam: Excerpta Medica; New York: American Elsevier, 1973. v.1, p.247-250.

a constituirse en el más importante asunto de la teoría económica, vinculado a él, el presupuesto de que la industrialización y a través de ella, enriquecimiento, son esenciales a la estabilidad política y social. Países y regiones han sido rotulados como *desarrollados* o *subdesarrollados*. El curso del tiempo y la comparación entre las áreas llamadas subdesarrolladas han relevado disparidades de ritmo del proceso, conduciendo a la distinción de grados que se pueden agrupar en varias fajas. Y otro modo de enunciar ha surgido: regiones en desarrollo.

Diferentes criterios han sido propuestos para la medición: industria pesada, consumo de energía, índices de alfabetización, mortalidad y morbilidad y, sobre todo, el de la renta bruta y el de la renta por habitante. Es este último el que comparece en la mayoría de los documentos internacionales, pero a él se ha hecho la reparación de que, a pesar de su gran valía no informa cuanto a la riqueza acumulada ni cuanto a la manera como ella se distribuye. Es que la tendencia se observa para diferenciar el crecimiento y desarrollo económicos, antes expresiones sinónimas. El segundo implica, además de esto, en las mudanzas de estructura económica e social, con repercusiones en la distribución de las rentas y en la elevación del nivel de vida de los pueblos.

La mejoría progresiva de los servicios de salud debe, evidentemente, incluirse entre esas repercusiones y en ella lo que se refiere a la salud mental. Pero tal evolución no se realiza de una manera simultánea y homogénea en todos

los aspectos del desarrollo, de modo que se verifica, en áreas que ya alcanzan altos niveles de industrialización y renta 'per capita', la persistencia de asistencia psiquiátrica en moldes de los más atrasados, con el agravamiento que adviene de la gran desorganización y el crecimiento demográfico y de la urbanización tumultuosa, no contenida. Tales acontecimientos se vienen observando con extrema frecuencia, tanto en los países antiguos que todavía no han alcanzado la condición de desarrollos como en los de reciente independencia política, buscando a pasos más o menos rápidos esa anhelada condición.

En las zonas de índice más bajo de desarrollo, las enfermedades son tratadas por el curandero, predominando en su acción las prácticas mágicas a veces adicionadas de remedios constituidos por productos de la naturaleza. El médico general llega después, cuando la economía local se va elevando o cuando el poder público le delega la función. En la secuencia progresiva de la complejidad social, solamente después que comparecen los especialistas y entre ellos el psiquiatra es, casi siempre, de los últimos que aparecen. Todas esas figuras pasan a coexistir, pero en el mismo lugar y en idéntico momento histórico, atendiendo a personas con problemas que en áreas desarrolladas constituyen objeto de acción exclusiva del psiquiatra.

Contrariando opiniones anteriormente emitidas, los recientes trabajos de psiquiatría transcultural con materiales procedentes de Asia, África y América Latina, desmienten las grandes diversidades de incidencias de psicosis y

neuroses cuando se hace la comparación con los pueblos occidentales desarrollados. Hay, al contrario de todo eso, diferencias en la manera de expresión de las enfermedades y en la actitud popular que no caracteriza determinados comportamientos como reveladores de estados mórbidos. Está fuera de duda que la evidencia de las anormalidades psíquicas en los pueblos en desarrollo crece a medida que surgen el centro de salud y el psiquiatra y se estrechan las relaciones entre ellos y la comunidad. Pero, por otra parte, también es verdad que en medio de los grandes desniveles sociales-económicos y educacionales, las clases más elevadas y entre sus participantes el psiquiatra, no identifican y llegan a desconocer aspectos tradicionales de la sociedad en que están insertados, atribuyendo carácter de enfermedad a conductas que son ocasionadas apenas por condicionamientos culturales. Y el ámbito de acción del psiquiatra todavía se añade de la patología psicosocial conferida por la pobreza: la inestabilidad, la inestabilidad exigente, el fatalismo, el hambre crónica, el comportamiento antisocial.

La magnitud de los problemas se revela inversamente proporcional a la cantidad de los psiquiatras que asisten a las masas y al poder de lo que ellos disponen.

La insuficiencia es flagrante en la mayoría de las áreas, pero en muchas de ellas se observa el número creciente de estudiantes y médicos que pretenden la especialidad. Por motivos obvios, por lo menos en los países de organización política liberal, el psiquiatra como los otros médicos – y

más que los otros – se localiza donde le son favorables las perspectivas financieras, quedando al margen de su acción todas las poblaciones de las zonas más pobres. Las consecuencias del pequeño número de psiquiatras son así gravemente ampliadas por la mala distribución de los mismos, prácticamente ausentes en el ambiente rural. Y las mayores concentraciones urbanas, abrigando número apreciable de psiquiatras disponen, salvo excepciones, de pésimos servicios de salud mental. El bajo nivel de los sueldos pagados por el poder público, la insuficiencia de poder financiero del pueblo y la tentativa de los psiquiatras, común a los demás médicos, de mantenerse en ‘status’ elevado, determinan en muchos países, para un mismo profesional, una acumulación de encargos que limita acentuadamente la productividad: poco tiempo para el atendimento de las masas debido a sus múltiples empleos y tiempo relativamente largo para la clínica particular en beneficio de pocos. Pero, cualquiera que sea el aumento del número de psiquiatras cualesquiera que sean las mudanzas de estructura de la organización médica, no hay perspectivas de que, en las próximas décadas, las regiones en desarrollo pueden alcanzar la proporción psiquiatra-habitante que tienen las naciones ricas de la actualidad.

Además de la magnitud de los problemas de salud directamente relacionados a la situación económica de las poblaciones y las singularidades de la cultura, dificultades de orden distinta se oponen a la actuación del psiquiatra en las regiones en desarrollo. Es la carencia o la mala

distribución de recursos materiales. Es la suma de los preconceptos tradicionales con relación a la enfermedad mental. Es la insuficiencia de prestigio de la especialidad, con el consecuente estrechamiento de su ámbito. Es la deficiente preparación del propio psiquiatra, ora improvisado, preparado de una manera rudimentaria, ora producto de una formación sofisticada y alienada. Es la existencia de estructuras administrativas emperradas y improductivas. Es la mala interpretación de los criterios de prioridades por los responsables de los servicios oficiales, omitiendo o desestimando los problemas de salud mental en las programaciones de salud mental y en las programaciones de salud pública, hasta en zonas donde ya se perciben aperturas para niveles menos atrasados de desarrollo.

En esas áreas, como en todo el mundo, es función del psiquiatra el atendimento individual de los neuróticos y los psicóticos. Pero es cierto que, en sus responsabilidades actuales, el debe, cuando no formalmente, por lo menos por actitud, método o objeto de trabajo, integrarse en una visión que no lo restrinja solamente a la psiquiatría curativa y individual, pero alcance a la preventiva y la social. La adopción exclusiva o predominante de técnica que lo inmovilicen o le restrinjan el objeto de actuación implica un perjuicio para la mayoría, tanto en el plan sanitario como el económico.

La función del psiquiatra en las regiones en desarrollo no puede ni debe ser una copia servil de la observada en naciones enriquecidas. En la hora actual es ineficaz, sino de difícil ejecución, ampliar el área de acción del psiquiatra

hasta los dilatados límites que ella viene alcanzando en tales países. Pero, cabe adoptar algunas lecciones de la experiencia común en el sentido de que hechas adecuaciones locales y mudanzas técnicas, las técnicas comunitarias vienen a ser ejecutables, eficientes y económicas. Es menester romper el dilema tradicional: 'no se deja la pobreza porque no se economiza' y 'no se economiza por ser pobre'.

La función del psiquiatra en las regiones en desarrollo exige, como tarea básica, la obtención de la receptividad popular hacia la psiquiatría. Pero no apenas por la escasez de psiquiatras, también para la racionalización del trabajo, debe él delegar a médicos generales, a todos los profesionales de la salud y a todas personas capaces de la comunidad, bajo su orientación o asesoría, muchas tareas del ámbito de la salud mental. En la dependencia de condiciones culturales, cabe incluso, admitir la actividad del curandero con su incontestable poder psico-terápico y con la capacidad de actuación en casos en los cuales fallan enteramente las técnicas de la medicina científica.

La función del psiquiatra en las regiones en desarrollo puede y debe incluir la pesquisa científica, no aquella exigente de costosas condiciones materiales y técnicas pero la factible con la pobreza de recursos económicos, orientada para la identificación de los problemas locales que son captables por el investigador identificado con la tierra, la gente y el idioma.

La función actual del psiquiatra en las regiones en desarrollo debe evolucionarse en triple aspecto de la prevención

primaria, secundaria y terciaria y de su eficacia estará dependiendo, por lo menos en parte apreciable, la salud mental de las actuales poblaciones bajo su responsabilidad al alcanzar el nivel de desarrolladas.

REFERÊNCIAS

ALVARADO, J.M. La asistencia psiquiátrica en América Latina. *Psiquiatria en la América Latina*. 1968. p. 103.

_____. La salud mental en Bolivia; estudio preliminar. In: CONFERENCIA DE SALUD MENTAL DE LAS AMÉRICAS, 1968. [S.l.: s.n.], 1968?

BERNARD, V.W. Some principles of dynamic psychiatry in relation to poverty. *Amer. J. Psychiat.*, n. 122, p. 254, 1965.

BINITIE, A. Attitude of educated Nigerians to psychiatric illness. *Acta Psychiat. Scand.*, n. 46, p. 391, 1970.

CARSTAIRS, G.M. Psychiatric problems of overdeveloped countries. *Amer. J. Psychiat.*, n. 122, p. 1406, 1966.

CHIAPPE COSTA, M. Psiquiatria folklórica peruana: el curanderismo en la Costa Norte del Perú. *Psiquiatria en la América Latina*, 1968. p. 530.

A VISÃO PSIQUIÁTRICA DO MISTICISMO*

Álvaro Rubim de Pinho

O Prof. Rubim de Pinho fez um histórico dos estudos psiquiátricos sobre as manifestações místicas. Em sua apreciação, ele expôs a posição de vários autores sobre a análise psicopatológica dos “fazedores de milagres”. Observou o Prof. Pinho, em um momento importante de seu relatório, que na literatura psiquiátrica ocorre uma dificuldade em se isolar

* Publicado na revista *Diálogo Médico*, Rio de Janeiro, n. 1, p. 211-224, 1975.

os critérios de valor, quando se trata de alterações senso-perceptivas (alucinações) de conteúdo místico, e referiu-se a um vício da Psiquiatria tradicional em identificar tais fenômenos como necessariamente psicopatológicos. O fato de que podem ocorrer em pacientes histéricos mostra em certas circunstâncias podem também ocorrer nos psiquicamente sadios, acionados por vários fatores, sobretudo pelos condicionamentos da cultura.

Ao debater o conceito de normalidade psíquica, na introdução de sua famosa monografia sobre Personalidades Psicóticas, Kurt Schneider contrapôs os critérios de média e de valor, anotando a inadequação deste para a abordagem científica do tema. À base de certos valores – pensamos – o mais normal poderia ser o rei Saul, Omar, São Paulo, Santa Catarina de Sena, Calvino, São Francisco de Assis, Santo Inácio de Loyola ou Santa Tereza de Jesus. Seguramente, num critério de média, ainda consideradas as respectivas épocas, incluir-se-iam eles entre as personalidades anormais e, assim, figuras dignas de consideração psiquiátrica. A idéia e o sentimento religioso são de todos os momentos da história. Em muitos, o fanatismo religioso misturou-se ao fanatismo político. Em todos, terão existido psicoses e comportamentos desviantes. Renan, citado através de Cullerre, dá exemplo disso ao afirmar que, coetâneos de Jesus, “os loucos pululavam na Judéia e os profetas se erguiam de todos os lados”. Alguns ter-se-ão identificado aos olhos da comunidade. Outros não se revelaram. Outros, ainda, marcados pela genialidade ou pela inspiração, viriam a influir decisivamente nos rumos da humanidade, enquanto os místicos

não psicóticos, fruto quase exclusivo de fatores sócio-culturais, existiram, individualmente ou agrupados, em todas as seitas e todas as eras.

Cabe ao psiquiatra brasileiro de hoje conhecer a psiquiatria folclórica de sua subcultura; distinguir, no quadro clínico, o que é patogênico e o que é patoplástico, sabendo valorizar nesse conjunto os elementos impressos pelas seitas; discriminar os casos de cuja orientação não deve abdicar e ser permissivo para os que realmente podem beneficiar-se das práticas religiosas.

O estudo da Psicopatologia Histórica vem dos fins do século XIX, pouco depois que a Psiquiatria se corporificara e integrara na Medicina.

De então para o presente, o conteúdo e as dimensões da Psiquiatria se têm ampliado, transferindo-se progressivamente a seus profissionais funções que eram antes dos sacerdotes. E, em meio da sinuosa em que se acentua ou suaviza o misticismo popular, os temas religiosos surgem à apreciação da Psiquiatria Clínica e Social.

O assunto envolve múltiplos aspectos: os delírios e as pseudopercepções de conteúdo religioso: toda a faixa de personalidades, comportamentos e reações interpretáveis como expressivos de inspiração, santidade ou messianismo; as situações individuais e coletivas de êxtase; os chamados “estigmas”, manifestações corporais de identificação com os sacrifícios das divindades; os estados de possessão, por demônios, espíritos ou santos; as concepções religiosas sobre a etiologia das doenças; as práticas de tratamento preventivo e curativo, clara ou veladamente presentes em todas as seitas.

A Psiquiatria do século XIX, estudando delírios crônicos, dera ênfase aos conteúdos religiosos: “teomania” de Calmeil, “loucura religiosa” de Kraft Ebing. E, descrevendo a parafrenia, Kraepelin conferiu apreciável importância ao tema, fato compreensível, desde que os hospitais da época sempre abrigaram delirantes místicos.

Contemporâneo de nosso tempo, concebendo sua teoria mitologemática dos delírios esquizofrênicos, admite Sarró duas grandes síndromes delirantes, cujos núcleos respectivos seriam o messianismo e o pluralismo. E, ao discriminar 16 unidades temáticas, correspondentes a mitos universais, inclui o mitologemado [mitologizado?] messianismo e o da divinização. No primeiro caso, por intuição delirante, o paciente sabe-se eleito representante da divindade. Na divinização, evolui-se, progressivamente, de um contraditório relacionamento com Deus à identificação absoluta com o mesmo Deus. Schreber, o esquizofrênico da análise magistral de Freud, seria, disso, exemplo significativo.

Nas últimas, vieram as investigações transculturais sobre a esquizofrenia. Os sintomas esquizofrênicos de 1ª categoria, centrados no sofrimento da autonomia do eu, parecem presentes em todos os povos. Mas os próprios sintomas fundamentais variam em frequência. E os conteúdos ideativos são influenciados por elementos culturais e históricos, fato que Jaspers já comentara.

Com a abordagem oposta à de Sarró, diz Fernandez que “as fábulas e os temas da esquizofrenia derivam principalmente das condições culturais”. E, ao relacionar as metafor-

moses da patologia psiquiátrica ocorridas nos últimos anos, fala da “transformação dos delírios esquizofrênicos de tipo religioso e místico em delírios hipocondríaco e técnico”.

Seja pelas mudanças culturais, seja pela adoção dos tratamentos farmacológicos, é evidente que, no meio brasileiro, vai rareando a apresentação de parafrênicos místicos, pelo menos em material clínico. Doutra parte, os fenômenos mentais intercríticos dos epiléticos, provavelmente também em decorrência de fatores sociais e médicos, trocaram de feição ou estão a minimizar-se, no aspecto da produtividade psicopatológica. A religiosidade do caráter epilético, sobretudo as psicoses com delírio místico, nos moldes dos textos tradicionais, não são, agora observadas.

O limite entre a esquizofrenia e a paranóia kraepeliniana de uma parte e, de outra, as personalidades psicopáticas e as reações paranóicas, constituiu-se em tema central da teoria psiquiátrica.

O “fanático” de Schneider não é apenas a figura de caráter tenaz e rígido e atenção concentrada nas idéias supervalentes. Nele, as teses alcançam nível de “importância pública”, pelo menos no subtipo nuclear da categoria: o dos lutadores. Quanto aos fanáticos pacíficos (expressão que o próprio Schneider vê como inadequada), têm em comum com os outros a apresentação das idéias supervalentes, mas faltam-lhes a atividade e o espírito de combate. Em todos, o caráter propiciando reações e desenvolvimentos paranóicos. Em todos, a freqüente proeminência de temas políticos ou religiosos.

Adotado o critério de Kretschmer, o elemento endógeno da personalidade, no que tem de estável e no que tem de lábil, contribui para diferenciar o tipo de reação às situações vivenciais, estas mesmas crescidas de valor em função dos antigos complexos. Mas quando se apreciam os fanáticos religiosos, essa abordagem polidimensional fica muito incompleta, se nela não se integra a importância decisiva do contexto social.

Bem antes dos modernos antropólogos, proclamara Cullerre a influência do misticismo católico de certas épocas para o surgimento de ascetas e solitários, enquanto noutras o dogmatismo estimulava a propaganda e o apostolado ortodoxo.

Kretschmer lançou, a propósito, questões fundamentais: “Até que ponto participam, na variação da posição pessoal, os fatores endógenos?” “E até que ponto o fazem os psicorreativos?” “Que porção era dinamicamente ativa a princípio e qual a é agora?” “Que pôs em marcha a variação paranóica, conduzindo-a e talvez levando à situação de repouso?” Cabem provavelmente tais perguntas na análise psicopatológica dos fazedores de milagres, que, periodicamente, movimentam o sertão brasileiro. Os mais marcantes, sem dúvida, Antônio Conselheiro e o Padre Cícero. Em cada um deles, como nos demais, a miséria, a ignorância, as perseguições, a religiosidade e as esperanças coletivas promoveram e dimensionaram a figura do místico.

Na definição de Brugger, “mística”, em sentido largo, é “toda espécie de união interior com Deus”, enquanto em sentido restrito corresponde à “união extraordinária com

Deus”. Essa fusão ao mundo divino é obtida, em certas culturas, a partir de músicas e danças, às vezes com estímulo de drogas, enquanto noutras pela meditação, a renúncia e as mortificações, do que o êxtase constitui o modelo mais expressivo. Sucedendo a fases de autopurificação, ocorre um estado paroxístico da vivência de unidade com Deus, contraditoriamente repleto de felicidade e sofrimento, estenia e inspiração. Há grandes repercussões sobre a vida visceral que, no ioga indiano, têm dado motivo aos estudos experimentais de Nair. Vinculam-se provavelmente a isso as manifestações corporais das pessoas que, na história do cristianismo, foram ditas estigmatizadas. São Francisco de Assis, isolando-se dos prazeres e mortificando-se pelos jejuns, reproduziu com tanto rigor os sacrifícios da Paixão que suas mãos apresentaram feridas, delas gotejando sangue. Na hora atual, admite-se obviamente um êxtase não patológico, obtido sobretudo nas práticas de contemplação e exercitação condicionadas por algumas religiões orientais. Mas os tratadistas antigos deram ênfase à ocorrência de êxtase em delirantes crônicos, epilépticos e histéricos, fato que, parece, quase não se observa no presente.

Nota-se, na literatura psiquiátrica, que a dificuldade de isolar os critérios de valor tem grande evidência quando se trata das alterações sensoperceptivas. Lhermitte considera verdadeiros “místicos” apenas os indivíduos cuja razão é movida por forças sobrenaturais.

São João da Cruz e, sobretudo, Santa Tereza de Jesus, deixaram as narrações mais preciosas para o estudo dessas

pseudopercepções. E, em monografia clássica a respeito das alucinações, Quercy esquematizou o pensamento dos místicos sobre suas próprias visões. Quanto à forma, há visões “corporais imaginativas e intelectuais” ou, em linguagem usual, percepções, alucinações e pensamentos. As visões divinas, como as diabólicas e as patológicas, são imaginativas, o que implica numa identificação dos fenômenos sensoperceptivos dos místicos e dos psicóticos, julgamento acorde com o de Alves Garcia. No dizer de Baruk, há, nos místicos, “uma exaltação da voz da consciência”, representando “poderosa força interna que, entretanto, não se integra totalmente com a personalidade e guarda bastante independência para julgá-la”. Pelas descrições, as imagens alcançam extrema nitidez, mas há compreensão de que não correspondem a objeto presente e, na frase de Santa Tereza, não são vistas “pelos olhos do corpo, porém pelos olhos da alma”. Foi sempre enfatizada, como preliminar essencial a tais ocorrências, a intensa vibração afetiva e a análise dos relatos nos faz pensar que se trata de fenômenos em que se implica características de alucinações verdadeiras, de alucinações psíquicas e de pseudo-alucinações. É Quercy quem propõe a questão: “Se as visões divinas são alucinações como as do louco, como saber que são divinas?” A resposta do mesmo autor arrola sete categorias de provas: a experiência, vivenciada como hebetude; as visões e locuções proféticas; a conformidade da visão às verdades da fé; a visão certificada pelo próprio Deus (em geral através da imagem de Cristo); o sentimento de evidência; as conseqüências

subjetivas para o místico; as conseqüências exteriorizadas nas virtudes de humildade, renúncia, inteligência e ação. Observa-se, por toda essa lista, que se trata de provas aceitáveis para quem dispõe da precondição da fé, não podendo manter-se quando se tenta excluir do julgamento os critérios de valor. Essa interferência das crenças pessoais mostra-se clara no texto de Lhermitte. No plano das pseudopercepções divinas, distingue verdadeiros e falsos místicos. No das pseudopercepções diabólicas, discrimina os autênticos possessos e os doentes mentais. No das pseudopercepções espíritas, vê tudo derivando da sugestão e anota o enlace com os estados histéricos.

A vibração religiosa em acessos ou episódios toma, em diferentes épocas e povos, a forma da possessão. A coreomania, a demonopatia e a zoantropia enchem longas páginas da história. Aos quandos, tem expansão epidêmica.

Na hora atual e em nosso meio, a possessão permanece, sob a face dos transe mediúnicos e dos estados de santo. Um vício da Psiquiatria tradicional identificou tais estados como de dissociação histérica. Aplicando conceitos de Kretshmer ao estudo das iaôs, advertiu para o fato de que os mecanismos hipobúlicos comparecem nas reações primitivas, podendo ocorrer em qualquer pessoa. Os histéricos usam esses mecanismos, o que não impede que, nos psiquicamente sadios, eles sejam acionados por fatores vários, sobretudo os condicionamentos da cultura.

As populações dos centros espíritas e candomblés incluem imensa maioria de pessoas normais, simultanea-

mente com a minoria de anormais, estes em parte levados pela expectativa das curas. É o que também se passa nas romarias do sertão e nos templos urbanos de santos famosamente milagrosos. Se nuns casos o estímulo místico acentua fantasias e frustrações, noutras muitos propicia o ajuste e a tranqüilidade. Resulta que, na patologia psiquiátrica do Brasil atual, passaram a constituir-se em raridades os conteúdos marcadamente religiosos das psicoses. Se tal fato revela, em certo sentido, uma queda nas influências místicas sobre a vida mental, noutra sentido se observa que cresce o misticismo, disseminando-se as crenças nas concepções religiosas sobre a gênese das doenças e na eficácia dos tratamentos segundo os moldes das casas de culto. Parece declinar o prestígio do catimbó nordestino. Mas o espiritismo kardecista cresce e consolida-se. Os orixás nagôs alcançam todos os quadrantes do País. E o umbandismo, resultante sincrético de elementos do espiritismo, do culto do caboclo, do candomblé angolano, do candomblé nagô e do catolicismo, progride, rápido, nos centros sulistas de maior densidade demográfica.

Certo, muito desse sucesso das religiões mediúnicas decorre da função terapêutica com que se apresentam, sobretudo quanto a pessoas levadas, sucessiva ou simultaneamente, a consultas com o psiquiatra e o líder religioso.

Ante essa realidade indiscutível, cabe ao psiquiatra brasileiro de hoje conhecer a Psiquiatria folclórica de sua subcultura; distinguir, no quadro clínico, o que é patogênico e o que é patoplástico, sabendo valorizar nesse conjunto os

elementos impressos pelas seitas; discriminar os casos de cuja orientação não deve abdicar e ser permissivo para os que realmente podem beneficiar-se das práticas religiosas. Tudo implicando em superar a fantasia; de onipotência, tão marcante no médico, fruto do radicalismo científico-natural e da superestimação social da profissão.

TRATAMENTOS RELIGIOSOS DAS DOENÇAS MENTAIS*

(ALGUMAS CARACTERÍSTICAS NO MEIO BAIANO)

Álvaro Rubim de Pinho, Antônio Reinaldo Rabelo, Célia Nunes Silva
e Domingos Macedo Coutinho

INTRODUÇÃO

Em trabalho anterior, com Luiz Meira Lessa (LESSA; PINHO, 1971), um de nós apreciou, em ambulatório de previ-

* Publicado na *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 4, n. 4, p. 183-192, dez. 1975.

denciários baianos, as relações entre tendências religiosas e doenças mentais. O material permitia mostrar que, na maioria dos pacientes, juntavam-se, às da religião declarada, crenças místicas de múltiplas seitas, particularmente as de origem afro-brasileira. Essa atitude sincrética interferia, evidentemente, nas concepções sobre as causas dos distúrbios psíquicos e os tipos de tratamento utilizados. A simultaneidade ou sucessão das terapêuticas religiosas e médicas a que se submetia o mesmo doente estava nítida no trabalho citado.

A apresentação de agora revela parcialmente os resultados de nova pesquisa, com o propósito de melhor focalizar as crenças dos pacientes quanto à natureza das moléstias e à eficácia dos tratamentos. Informes descritivos sobre os métodos terapêuticos e comentários mais desenvolvidos sobre os demais achados deverão construir matéria para trabalho posterior.

MATERIAL E MÉTODO

Um questionário, aplicado pelos autores nos anos de 1972 e 1973, foi respondido por 60 pacientes psiquiátricos que, sabidamente, tinham-se submetido a tratamentos médicos e extramédicos. Eram 8 clientes de clínica universitária e 52 previdenciários internados em sanatórios particulares, todos na Cidade de Salvador. Em todos os casos, o estado mental, no momento do inquérito, era compatível com autocrítica bastante para permitir o sentimento da doença.

A idade dos enfermos distribui-se nas faixas da 2.^a à 6.^a

décadas, dispostos os mais numerosos na 3.^a (21 casos) e na 4.^a (15 casos). São 40 do sexo masculino e 20 do feminino. Há 18 brancos, 22 pardos e 20 pretos. 26 são solteiros, 25 casados e 2 viúvos, enquanto 6 vivem em concubinato e sobre 1 não foi possível precisar o estado civil. 51 residem em área urbana e 9 em meio rural. 13 são analfabetos, 18 têm instrução primária incompleta, 11 primária completa, 11 secundária incompleta, 1 secundária completa, não se tendo apurado o grau de escolaridade de outros 6. No registro das profissões há um comerciante, um fazendeiro e uma professora primária; seguem-se industriários e comerciários de nível médio; mas 43 tem atividades de estratos sociais inferiores, com exemplos nas de pedreiro, encanador, pa-deiro, lavrador e doméstica.

À pergunta sobre a religião adotada, 42 respondem ser católicos, 12 espíritas, 2 protestantes, 1 crente exclusivo em candomblé, enquanto 3 se dizem sem religião. Não se definiu, entre os

ditos católicos, o número exato dos praticantes e não praticantes, mas pelo menos 23 revelaram não exercer qualquer prática religiosa efetiva.

Segundo as observações clínicas, contavam-se 21 casos de neuroses, 15 de esquizofrenia, 13 de psicose maniaco-depressiva, 6 de doenças cerebrais orgânicas e 2 de oligofrenias, além de 3 não diagnosticados.

RESULTADOS E COMENTÁRIOS

As características do material – dignos de nota os critérios de escolha e a condição de internados da grande maioria dos pacientes – evidentemente não asseguram que se trate de amostra representativa da população baiana. Vale, porém, a apresentação para noticiar fatos que seguramente ocorrem na prática psiquiátrica de nosso meio, numa comunidade multirracial em que diversas culturas se fundiram e o sincretismo religioso é constante.

Diferentes concepções sobre a etiologia das doenças revelam-se nos achados (Tabela I), deixando entrever as origens religiosas de muitas, porém, ao lado dessas, causas psicológicas e naturais, supostas, também elas, influenciáveis pelos tratamentos mágicos.

Entre as explicações de tipo kardecista, é mais freqüente o “encosto”, referido pelos pacientes com esta ou outras denominações. É a crença de que espíritos malignos podem agir, através de fluidos, provocando sintomas sobretudo da esfera mental.

Nesta linha, segue-se, como fator etiológico, a mediunidade não desenvolvida. O pressuposto é de que o exercício das potencialidades mediúnicas é necessário ao equilíbrio psíquico.

Enfim, dentre as explicações contidas nas respostas, as reveladas como “coisas do karma” ou, dito doutro modo, as “provações”.

TABELA I**Crenças dos pacientes quanto às causas das doenças**

Especificação das doenças	TOTAL	
	Nº	%
Encosto	14	23,2
Feitiço	9	15,0
Esgotamento	7	11,7
Mediunidade não desenvolvida	4	6,6
Nervoso	3	5,0
Coisas do karma	2	3,3
Nervoso + Espírito	2	3,3
Olhado	1	1,7
Quebra do preceito	1	1,7
Prejuízo financeiro	1	1,7
Candomblé	1	1,7
Não tem opinião formada	5	8,3
Desconhecido	10	16,7
TOTAL	60	100

Doenças como sacrifícios necessários à continuidade do progresso espiritual.

Interpretações herdadas do candomblé angolano comparecem: “feitiço” (sob este ou o nome de “trabalho”). Aqui, supõe-se que manipulações mágicas executadas por inimigos velados ou reconhecidos tiveram o poder de causar a moléstia. Em nosso material, dentre os nove casos de feitiço, quatro foram atribuídos a trabalhos de vizinhos.

Uma única vez, aparece na casuística, como fator etiológico, o “olhado” ou “quebranto”, provavelmente uma crença também provinda dos ascendentes de Angola. O poder patogênico do olhar do inimigo ou do invejoso.

Num caso, o candomblé mesmo foi responsabilizado pela doença.

Expressões psiquiátricas tradicionalmente popularizadas também se apresentam entre as causas: “esgotamento” e “nervoso”. E em duas vezes registrou-se a resposta eclética: “espírito e nervoso” associados.

O mesmo paciente, em episódios vários ou doença contínua, era tratado por médicos e curandeiros diversos (Tabela II), entendendo-se que os “médicos” aqui referido são psiquiatras e os “curandeiros” incluem líderes religiosos mas, também, alguns curandeiros profissionais.

TABELA II

Simultaneidade dos trabalhos médico e popular

Simultaneidade	TOTAL	
	Nº	%
Sim	40	66,7
Não	20	33,3
TOTAL	60	100

Foram minoria os casos em que o tratamento médico precedeu o popular (Tabela III). Por motivos de crença

pessoal ou maiores facilidades, por 40 pacientes a terapêutica popular foi a primeira procurada. E, em dois terços da casuística, demoradamente ou em algum momento da evolução da doença, houve simultaneidade dos métodos.

TABELA III

Preferência inicial quanto ao tipo de tratamento

Tipos de tratamento	TOTAL	
	Nº	%
Tratamento médico	20	33,3
Tratamento popular	40	66,7
TOTAL	60	100

Pelo que informam os pacientes, as atitudes dos médicos foram muitos diversificadas (Tabela IV): concordando, rejeitando ou mostrando-se indiferentes à coexistência dos tratamentos. Mas, em quase metade das vezes (19 em 40), o tratamento popular processou-se à revelia do médico.

A posição dos curandeiros foi bem mais permissiva (Tabela V). Em quatro casos, recomendaram tratamento médico exclusivo (Tabela VI) e em 16, a simultaneidade dos processos. Foi menos freqüente que o curandeiro desaprovasse o tratamento médico.

TABELA IV

Atitude do médico ante a simultaneidade dos tratamentos médico e popular

Atitude do médico / simultaneidade	TOTAL	
	Nº	%
Concordou	5	8,3
Rejeitou	4	6,6
Indiferente	16	26,7
À revelia	19	31,7
Não se aplica	16	26,7
TOTAL	60	100

TABELA V

Atitude do curandeiro ante a simultaneidade dos tratamentos médico e popular

Atitude do curandeiro / simultaneidade	TOTAL	
	Nº	%
Concordou	16	26,7
Rejeitou	16	26,7
Indiferente	2	3,3
À revelia	10	16,6
Não se aplica	16	26,7
TOTAL	60	100

TABELA VI

Indicação de tratamento médico exclusivo pelo curandeiro

Curandeiro/Indicação trat. médico exclusivo	TOTAL	
	Nº	%
Sim	4	6,6
Não	52	86,8
Desconhecido	4	6,6
TOTAL	60	100

A imensa gama em que se distribuem as casas de culto na Bahia não torna recomendável nem permite uma enumeração em trabalho com o objetivo deste. Entendido, entretanto, que sob o nome de “candomblé de caboclo” se podem reunir os de rituais indígenas e angolanos e toda a sua mescla com o espiritismo, o candomblé nagô e o catolicismo; e, mais ainda, que os grandes candomblés nagôs permanecem pouco permeáveis ao sincretismo, os locais dos tratamentos foram assim relacionados em ordem de frequência; no material em estudo: candomblés de caboclo, centros espíritas, tendas de curandeiros profissionais, candomblés nagôs.

O candomblé de caboclo (Tabela VII) (o mais próximo, em crenças e rituais, do umbandismo sulista) figura, assim, como o mais procurado, logo seguido pelos centros espíritas. Cabe lembrar que, em sua monografia *Kardecismo*

e *Umbanda*, com material de São Paulo, Camargo (1961) atribuiu grande parte do prestígio dessas seitas à sua função terapêutica.

TABELA VII

Sede de tratamentos populares

Sede	TOTAL	
	Nº	%
Candomblés	4	5,2
Centro espírita*	32	41,6
Curandeiro profissional	5	6,5
Candomblé de caboclo*	36	46,7
TOTAL	77	100

(*) 8 pacientes fizeram ambos tratamentos

O curandeiro profissional, pelo menos em zona urbana, está quase desaparecido na Bahia, razão provável pela qual surge, aqui, em pequeno número.

O candomblé nagô, o mais autêntico e representativo dos cultos afro-brasileiros no meio baiano, é, em frequência, o último apresentado na casuística. Tal achado mostra-se coerente com a observação local de um de nós (A.R.P), no sentido de que o candomblé nagô é sobretudo centro religioso, não tendo nele proeminência as atividades de curandeirismo. Mais ainda, - vale notar, - usando a técnica do jogo de búzios, as mães-de-santo nagôs orientam os ebós que visam desfazer feitiços mas não executam, elas próprias,

os feitiços. Este o significado da sentença tradicional: “esta é casa em que só se trabalha para o bem”.

É digno de registro que os tratamentos pelos líderes religiosos incluem, com alta frequência, sessões de aconselhamento (Tabela VIII). Rituais dos mais variados (passes, banhos, cumprimentos de obrigações, cerimônias com defumações e múltiplos objetos e animais, visando “fortificar a mente” e anular “trabalhos”) foram aplicados, no mesmo doente, por vários ou um só curandeiro; em várias ou numa só época (Tabela IX). Se nos templos espíritas dominam aconselhamentos e passes e nos candomblés nagôs há mais aconselhamentos e cumprimento de obrigações religiosas, uma ampla fusão de métodos aparece nos candomblés de caboclo: passes, banhos e cerimoniais vários. O uso de produtos da natureza sob as formas de chás e “garrafadas” foi constante nos programas terapêuticos dos candomblés de caboclo. E a prescrição de especialidades farmacêuticas (Tabela XIII) em centros espíritas, candomblés de caboclo e tendas de curandeiros profissionais alcançou uma quarta parte da casuística. Em quatro casos, os tratamentos se executaram durante internação na casa de culto.

TABELA VIII

Frequência de aconselhamento nos tratamentos populares

Aconselhamento	TOTAL	
	Nº	%
Sim	36	60,0
Não	24	40,0
TOTAL	60	100

O questionário investigou a maneira como cada paciente avalia os resultados dos tratamentos médico e religioso (Tabelas X e XI) e, doutra parte, como os julga comparativamente (Tabela XII). Quando se apreciam os números do inquérito referente a cada tipo, parece evidente a superioridade do tratamento médico, cujos efeitos a maioria considera bons, o que ocorre em número bem menor quanto ao tratamento popular. Vale, entretanto, observar as respostas relativas à comparação. Isolando-se as duvidosas, restam 49 a apurar. Pouco mais da metade (26) reconhece superioridade no tratamento médico, mas as respostas diluídas nos outros itens, quando somadas, fazem pensar que é armada a crença na eficiência dos outros processos. Assim, há os que atribuem maior eficácia ao tratamento religioso; os que consideram bons ambos os métodos; os que dizem ser melhor o tratamento médico, mas reconhecem que o religioso ajuda; e os que sugerem diferenças na indicação – para “nervoso”, o médico, para “espírito”, *médium* ou o

pai-de-santo.

Esta última tendência, a que supõe uma adequação etiológica, era referida com freqüência, há mais tempo, pelos adeptos das seitas que realizam tratamentos. A expansão das terapêuticas religiosas no nosso meio urbano parece ter modificado a crença antiga. Na maioria das vezes, o mesmo caso se revela, na concepção do doente, passível de ambos os tipos de tratamento. A casuística de agora depõe em tal sentido e naquele outro de que, muitas vezes, os tratamentos religiosos se processam simultaneamente aos médicos, com pleno desconhecimento pelo psiquiatra.

TABELA IX

Rituais utilizados nos tratamentos populares

Ritual	TOTAL	
	Nº	%
Passes	51	36,2
Obrigações	27	19,1
Banhos	34	24,2
Cerimoniais	18	12,7
Outros *	11	7,8
TOTAL	141	100

*Incluindo quatro internamentos em casas de culto.

TABELA X

Crenças dos pacientes quanto aos resultados do tratamento médico

Crenças	TOTAL	
	Nº	%
Ótimos	1	1,7
Bons	35	58,3
Não satisfatórios	10	16,7
Melhora só durante	4	6,7
Ruins	2	3,3
Não tem opinião firmada	2	3,3
Desconhecidos	6	10,0
TOTAL	60	100

TABELA XI

Crenças dos pacientes quanto aos resultados do tratamento popular

Crenças	TOTAL	
	Nº	%
Ótimos	1	1,7
Bons	21	35,0
Não satisfatórios	24	40,0
Bom após o internamento	3	5,0
Ruins	1	1,7
P/ nervoso, trat. Médico – P/ espíritos, tratamento popular	3	5,0
Não têm opinião firmada	2	3,3
Desconhecidos	5	8,3
TOTAL	60	100

TABELA XII

Comparação de resultados dos tratamentos médico e popular

Opiniões	TOTAL	
	Nº	%
Médico é superior	25	41,7
Popular é superior	5	8,3
Ambos são iguais	7	11,7
Nenhum é bom	3	5,0
O médico é melhor, mas o mágico ajuda	4	6,6
Para nervoso, o médico – para espíritos o popular	7	11,7
Não têm opinião firmada	3	5,0
Desconhecidos	6	10,0
TOTAL	60	100

TABELA XIII

Prescrição de especialidades farmacêuticas em tratamentos populares

Aconselhamento	TOTAL	
	Nº	%
Sim	14	23,3
Não	45	75,0
Desconhecido	1	1,7
TOTAL	60	100

RESUMO

Os autores, trabalhando na Bahia, aplicaram um questionário em 60 pacientes psiquiátricos que se tinham submetido a tratamentos médicos e populares. Foram investigadas as crenças sobre causas das doenças, as sedes dos tratamentos populares e a impressão sobre os resultados. Revelou-se muito ampla a crença em origem mágica das moléstias. As sedes mais freqüentes dos tratamentos religiosos mostraram-se os candomblés de caboclo e os centros espíritas. Quanto aos tratamentos, mostrou-se ampla a crença na eficiência dos processos religiosos. Os autores prevêem trabalho posterior, em que os achados da mesma pesquisa serão apresentados com maior desenvolvimento.

REFERÊNCIAS

- CAMARGO, C.P.F. *Kardecismo e umbanda*. São Paulo: Pioneira, 1961.
- LESSA, L. M.; PINHO, A. R. de. *Afro-brazilian mystique and mental disease*. In: CONGRESO MUNDIAL DE PSIQUIATRIA, 5, 1971, México. [México: s.n., 1971?].

ASPECTOS MÉDICOS E SOCIAIS DO USO DE *CANNABIS* NO BRASIL*

Álvaro Rubim de Pinho

Não é certo se *cannabis* já existia no Brasil, quando os primeiros colonizadores portugueses chegaram. É certo, contudo, que durante a primeira metade do século XV, a

* Publicado em BROWMAN, David; SCHWARZ, Ronald (Ed.). *Spirits, shamans and stars: perspectives from South America*. The Hague; New York: Mouton, 1979. p. 85-93. (World anthropology). Traduzido para esta edição por Sara Guedes Conceição, 2002.

semente da *cannabis* foi trazida pelos escravos africanos. A plantação de cana-de-açúcar, localizada no Nordeste, foi a mesma região que, ao longo dos séculos, concentrou as maiores plantações de *cannabis* e os seus mais assíduos fumantes das áreas rurais.

A maioria dos escravos veio de Angola e todos os sinônimos da *marihuana* no Brasil (maconha, diamba, liamba) têm sua origem na língua angolana. Outro sinônimo, raramente usado agora, é significativo quanto à origem: fumo d'Angola.

Descrevendo os hábitos da população do açúcar no Nordeste, durante o período colonial, Freyre (1937) observou que os proprietários permitiam aos escravos plantar *cannabis* entre a cana-de-açúcar. E, enquanto os brancos fumavam cigarro de tabaco, os negros fumavam *marihuana*, e nisso encontravam sonhos e êxtase. Freyre (1937) afirma que durante os intervalos das atividades agrícolas, os negros fumavam como um passatempo e, para os patrões, isso evitava os riscos de escravos preguiçosos, além de contribuir para a estabilidade dos trabalhadores.

O oposto ocorreu na plantação de café no Sudeste, onde a opressão do trabalho escravo era mais forte e a disciplina mais intensa. Nessa área, parece que o uso do *cannabis* era incomum e não tolerado. Um dito popular permanece na região: “maconha no pito faz negro sem vergonha”.

Existem indícios que fumar maconha já era observado entre os índios durante o período colonial, embora não saibamos se ela já estava presente ou foi introduzida durante o período pré-colonial. No Norte, incluindo a Amazônia, onde a

população rural se desenvolveu com menos participação dos negros, os fumantes de maconha também eram encontrados.

Existem registros da utilização de *cannabis* em rituais religiosos populares no interior da zona do Nordeste. A área predominante era em Catimbó, de origem indígena, com cerimônias privadas e públicas, nas quais espíritos são recebidos e pessoas doentes são curadas. O sincretismo religioso em Catimbó inclui o culto de deuses africanos e o uso de plantas é valorizado em tratamentos médicos e práticas mágicas; entre eles, a *marihuana* é tida como capaz de induzir adivinhações, revelações de segredos e alucinações místicas. Essas influências vêm diretamente dos grupos angolanos, que formaram o *candomblé de caboclo*, no litoral do Nordeste, a *macumba*, no Rio de Janeiro, e o *umbandismo*, na região Centro. Nesses cultos, o uso do álcool era freqüente e a *marihuana* nunca faltava. Isso não ocorre no *candomblé nagô*, na Bahia. Nessa doutrina derivada dos negros sudaneses, existe menos receptividade para o sincretismo - álcool e *marihuana* não aparecem nos rituais e são, em geral, considerados indesejáveis e condenados como vício.

Proclamações do século XIX proibem o uso da maconha em centros urbanos, incluindo o Rio de Janeiro, capital do Império, onde a detenção era a pena para os transgressores. As proibições da Nação, da capital, não alcançaram os agricultores e os fumantes das Províncias e não eram acompanhadas por vigilância da polícia.

A maioria das plantações extensivas eram sempre mantidas no Nordeste, particularmente no estado de Alagoas,

e a *cannabis* era vendida nas capitais da região Sul. Alguns fumantes da zona rural tinham pequenos canteiros de cultivo perto de suas próprias residências, exclusivos para uso pessoal, um fato que ainda hoje não é incomum.

De acordo com as observações feitas em 1915 (DORIA, 1958), alguns preconceitos e superstições eram limitadas ao cultivo da planta. Quando começava a ramificar, o final da semente era cortado para continuar o desenvolvimento da planta. Esse processo era chamado *capação*, um popular sinônimo para castração. Não poderia ser feito por mulheres, - especialmente durante a menstruação -, pois possuíam condição inferior à masculina. As práticas habituais entre os agricultores da região de assobiar e falar obscenidades enquanto cortavam a semente, era para ser evitada. A colheita era feita por homens e mulheres que participavam de atividades restritas.

A preparação da *cannabis* em chá e bebidas sempre foi excepcional no Brasil. O relato é de que era prescrito, na meio rural, para propósitos terapêuticos: dor de dente e cólicas menstruais. É possível que, em alguns casos, surtisse efeito.

Fumar em cachimbos de barro, conhecidos como *maricas*, parece ter sido a preferência dos escravos. Isso tem continuado em alguns lugares, de evidente influência angolana, especialmente entre os moradores ao longo do rio São Francisco.

Descrições do século passado e do começo deste enfatizam o costume de grupos nordestinos em encontros para a

queima da erva. Nos sábados à noite e nos fins de semana, jangadeiros e canoieiros, no mesmo barco no mar ou no rio São Francisco, adotavam um idêntico sistema de “assembléias”. É duvidoso que esses encontros coletivos tradicionais de fumantes ainda ocorram em algumas populações; pode-se afirmar, pelo menos, que isso não é freqüente.

Fumar em forma de cigarros tornou-se, nesse século, a forma dominante de usar *marihuana* entre camponeses e a única forma vista na população urbana.

No período de 1915 até 1930, muitos médicos do Nordeste relacionaram suas observações médicas ao uso de *marihuana*, que não era restrita às áreas rurais. Enquanto isso era um hábito tradicional em certos grupos populacionais em determinadas localidades, o uso de *cannabis* tinha uma outra forma nas cidades litorâneas. Ainda outros nomes foram adicionado à extensiva terminologia - “ópio dos pobres” fielmente expressando o nível econômico dos fumantes. As melhores freqüências do uso era entre pescadores, carregadores de navios e agricultores, mas o uso era também propagado entre prostitutas e vagabundos. A presença do vício alcança um significativo nível em penitenciárias e em alguns quartéis militares.

Pelo mesmo período e anos subsequentes, existem artigos de jornais revelando o comércio clandestino transportando *marihuana* do Nordeste, através do mar, para as grandes capitais do sul. O Rio de Janeiro se tornou um grande importador, mas cargas para distribuição em São Paulo, também eram desembarcadas no porto de Santos.

A correlação entre *cannabis* e a marginalidade social foi estabelecida em todas essas cidades. Aos artigos dos jornais foram adicionados pronunciamentos de médicos protestando contra os efeitos criminais da *marihuana*.

Durante a guerra, informes de saúde e das autoridades policiais (FARIAS, 1958) expressavam um interesse sobre a migração de revendedores para a Bahia, onde marinheiros da América do Norte eram vistos como compradores capazes de oferecer altos preços. Isso era referido como um fato secreto que alguns estrangeiros de um nível econômico elevado no Brasil foram também consumidores de *marihuana*, em aguçado contraste com o nível sociocultural da grande maioria dos consumidores brasileiros.

Na década de 1950 (em 1957 e 1958), alguns escritores e artistas excêntricos, secretamente fumantes habituais de *marihuana*, foram examinados com sintomas colaterais de repentina intoxicação (VEIGA; PINHO, 1962). Embora nós tivéssemos a declaração de apoio das autoridades policiais para a pesquisa e assegurássemos reserva do tema, não foi possível para nós, na Bahia, obter colaboração de intelectuais, supostos consumidores, provavelmente em consequência das pressões sociais. A investigação foi feita em parte nas prisões e em parte nas nossas clínicas privadas, entrevistando somente criminosos ou consumidores da *marihuana* sem registro criminal, porém considerados marginais por pertencerem a famílias irregulares ou possuírem uma profissão informal.

Em uma prisão de 321 condenados (PINHO, 1962)

todos, sem exceção, já tinham experimentado *marihuana*, embora existissem somente fumantes de cigarro (habituais). A proporção do uso de *cannabis* entre os criminosos, que cometeram crimes contra propriedade, era duas vezes maior que entre os criminosos que cometeram crimes contra a pessoa. Essa averiguação foi constatada quando nós procuramos correlacionar o alcoolismo com o tipo de delito criminal. Esse fato confirma averiguações entre delitos não processado judicialmente: a incidência do uso da *marihuana* era maior entre os ladrões da cidade. Quase sempre havia correspondência entre antecedentes na infância de desorganização familiar e abandono moral, paralelo à pobreza, e a dependência de outros tóxicos.

Comparações de idades entre primeiros usuários de *marihuana* - consumidores que nunca foram presos - e os que estavam na cadeia, são interessantes. Entre os presidiários, o hábito começa muito tarde, enquanto entre os primeiros usuários começa, geralmente, durante a infância ou adolescência.. Reavaliações do material permitiu-nos concluir que, para os presos, a prisão freqüentemente funcionava como um ambiente que conduz ao hábito.

Um estudo da década de 1950 (VEIGA; PINHO, 1962) revela que os efeitos da intoxicação foram desenvolvidos em usuários de *marihuana*, dessa vez, através de múltiplos fatores: a autenticidade da *cannabis* (adulterada pelos negociantes) e suas variações; a idade da planta; o método do fumante; o ritmo do consumo de cigarros; a personalidade e a condição nutricional do usuário. Também, tranqüilida-

de, conforto, e liberdade apareceram como fatores muito importantes, proporcionadores dos estímulos eufóricos. Havia escolhas individuais com relação aos lugares, e em geral, as praias eram as eleitas. Encontros coletivos para fumar era preferidos por quase todos os usuários.

Em 1969 e 1970, o hábito foi apreciavelmente difundido em regiões de grande densidade populacional. O comércio de *marihuana* multiplicou-se nas grandes cidades e ao longo das estradas. Na Bahia, nós observamos incidência de aumento em uma fonte (grupo definido) dos profissionais condutores. Eles eram, em sua maioria, homens da classe média com famílias estáveis, consumindo um a três cigarros, por noite. Eles fumam sozinhos, em casa, sem o risco da intoxicação. A influência desse hábito não era evidente em seus trabalhos ou conduta ética.

Durante esse período, um incremento em diversos aspectos sociais ocorre com respeito ao uso de *cannabis* em Brasil. Na grande população do Centro tinha uma difusão de uso fortuito ou habitual entre os adolescentes de classes média e alta. Isso começou com a juventude reconhecida como mal ajustada, foi assimilada pelas comunidades *hippies* e mais tarde, apareceu em clubes, bares, festivais públicos, e também em danceterias privadas.

Em consequência da proibição legal, o comércio foi facilmente atingido. Vendedores de cigarros, tabaco e sorvete, caixas de restaurantes e bares, e empregados das escolas são freqüentemente intermediários da venda de *marihuana*. Os bordéis de classe baixa, comandados por marginais, con-

tinuam a permitir a guarda e a venda da *marihuana*. Mas, nas grandes cidades, as praças e as praias da vizinhança residencial - a mais elegante e das classes médias - também são espaços especiais para o seu comércio. A maioria dos compradores são jovens e de nível pré-universitário. Nas universidades, apreciáveis diferenças são notadas de acordo com cada curso. Diversos observadores concluíram que estudantes de Artes, Comunicação e Ciências Humanas parecem adotar o hábito mais do que os candidatos de Medicina, Engenharia e outras profissões técnicas.

Quase sempre, a atitude dos mais velhos é de rejeição do uso da *marihuana* e às vezes têm repugnância do seu uso. Mas pessoas jovens, até os que não aderiram ao hábito, tem uma relativa posição de permissão e respeito ao uso da *marihuana*.

Em um dos estudos levado a cabo na década de 50, baseado no material dos marginais e dos prisioneiros, nossa atenção estava voltada para o registro da frequência da dependência de outros tóxicos na histórias dos usuários crônicos. Esse fato, comparado a outras experiências, ganhou significado em alcoólatras que, em geral, são dependentes somente do álcool.

O que é observado atualmente entre os brasileiros usuários habituais de *cannabis*, é que uma vez estabelecido o uso contínuo da *marihuana*, ocorrem experiências com outros tóxicos, simultaneamente ou sucessivamente, e outras dependências, especialmente das anfetaminas. De acordo com as autoridades policiais, o usuário crônico e

exclusivo de *marihuana* é raro ou, se existem em número significativo, não se tornam conhecidos ou presos. Os transgressores na prisão, incluindo os adolescentes, são, quase sempre, multidependentes.

Com respeito à comparação com o alcoolismo, é conveniente recordar dois fatores interrelacionados. Contrário à tradição, os atuais adolescentes das classes alta e média revelam um apreciável desinteresse pela bebida alcóolica; por outro lado, os pais não mostram a ansiedade antigamente observada a respeito da possibilidade do alcoolismo entre seus filhos. Isso contrasta com o seu acentuado medo em relação à intoxicação da maconha e outros tóxicos.

É importante apreciar o problema no que se refere aos aspectos médicos. Exames clínicos e de laboratório em 1969 (PINHO) de 15 fumantes compulsivos não revelaram distúrbio corporal relativos às intoxicações crônicas. Havia até alguma coincidência, em muitas de nossas observações, com excelente estado de nutrição, talvez compreensível, dentro da consideração do apetite que a intoxicação costuma a provocar.

Psiquiatras brasileiros estão divididos a respeito dos significados e da conseqüência da avaliação mental do usuário crônico de *cannabis*, atingindo radicalmente posições opostas: umas subestimam e outras exageram a possibilidade da ocorrência de conseqüências mentais. Tal debate não é relevante para o recorrente tema da decadência ética, a qual não deveria ser atribuída à ação farmacológica de tóxicos, mas a colocação da condição socioeconômica habitualmente associada a essa situação. As divergências cresceram em

importância quando se trata da relação entre o usuário crônico de *marihuana* e a psicose. Essa diferença de atitude é eliminada pela apreciação dos dados estatísticos, dos quadros psicopatológicos agudos em usuários crônicos de *marihuana* que são diagnosticados por alguns como psicose tóxica e por outros como esquizofrenia. E a função etiopatogênica da *cannabis* torna-se até mais difícil delimitar em uma visão de constante coincidência com outros fármaco-dependentes.

Em 1957, fizemos um inquérito em hospital psiquiátrico público da Bahia, obtendo respostas de 728 pacientes que nos deram um voto de confiança. Entre esse grupo, havia 327 esquizofrênicos e 44 pacientes diagnosticados como personalidades psicopatas. No total, havia oito indivíduos com experiências de uso da *marihuana*. Entre esses oitos, somente quatro tinham sido admitidos com psicoses: um com de síndrome Korsakoff, outro com paralisia geral, e dois com esquizofrenia bem definida. Nós concluímos que o papel da *marihuana* nesses casos não foi significativo.

Tendo em vista a disseminação da *marihuana* nos anos recentes, especialmente entre os jovens, é compreensível que, atualmente, um número muito maior de pacientes hospitalizados revele experiência com o uso da *marihuana*. É, de qualquer forma, importante notar que as psicoses observadas nos usuários de *marihuana* sem o histórico de outras dependências tem, em comum, uma fisionomia esquizofrênica - nunca apresentada como causa de morte - e outro tradicionalmente conhecida como síndrome de exógeno-reação.

Nossa observação pessoal corresponde totalmente à taxonomia proposta por Lucena (1961) em relação a psicoses dos usuários de *cannabis*, no mínimo como eles são apresentados no nosso milênio: (1) precipitação de um (previamente não aparente) processo esquizofrênico; (2) intensificação de sintomatologia já caracterizada antes, especialmente proporcionada pela exacerbação da produção de delírios; (3) ascensão dos complexos sintomáticos esquizofrênicos, com evolução benigna.

Em cada uma dessas possibilidades, é evidente que poderia ter suposta a participação dos fatores endógeno (a constituição) e um exógeno (a intoxicação). Em todos esses casos, é necessário reorganizar a essencialidade de predisposição, mas não existe razão para negar a adicional performance da *cannabis*.

Analisando o complexo etiopatogênico em uma dimensão perspectiva, pensamos que fatores psicogênicos, ou contribuem para a precipitação de psicoses, ou previnem o conteúdo da produção psicopatológica. É importante considerar também, a mudança de planos na vida e a perda das regras sociais.

Entre 1968 e 1971, modificações políticas eram refletidas em movimentos juvenis, interrompendo certos programas sociais, evitando manifestações coletivas, e impedindo o exercício de alguns papéis de liderança. Nosso caso no momento inclui aguda esquizofrenia em alguns desses jovens, que eram conhecidos por usar *marihuana* mais ou menos continuamente. Completa e rápida diminuição da psi-

coisa foi demonstrada. Estes casos foram conduzidos como “reações psicóticas em uma esfera alterada”, na percepção de Kurt Schneider. Uma predisposição constitucional e a intoxicação precipitaram eventos traumáticos repetidos, tendo entretanto, todas as características do sintomático modelo de esquizofrenia.

Em 1971, uma lei antitóxica, estabelecida no Brasil, proibia a plantação privada, o cultivo, a colheita e a exploração de qualquer variedade de planta tóxica. Apesar da violência formal dessa lei e a forte repressão prescrita, até agora não aparenta ter havido uma mudança apreciável no sistema do comércio de *marihuana*, em sua difusão ou em sua repercussão médica. Atividades policiais parecem mais orientadas na direção dos negociantes e dos usuários do mais baixo nível social que, em geral, apresentam uma atitude social e reações de vários tipos. Famílias de classes alta e média são acossadas por conflitos entre pais e filhos, e *marihuana* é freqüentemente o tema dos seus conflitos. Entre pais, existe uma tendência para atribuir à *cannabis* a lentidão das pessoas jovens em assumir suas identidades e responsabilidades. A nova geração, enquanto inclui muitos indivíduos com atitudes anormais, a exemplo da dependência de drogas, tem uma maior proporção que harmoniosamente supera os problemas de idade e começa a adequar seu desempenho dentro das próprias regras sociais. Muitos entre eles tiveram alguma experiência com *marihuana* e não parecem ser contra ela; mas são pessimistas a respeito do seu uso continuado.

No Brasil, existem aqueles que pensam que a moda jovem de fumar *marihuana* está começando a diminuir. Existem aqueles que julgam que há menos do assunto em certas áreas, porque a aceitação pela comunidade está consolidada. É muito cedo para confirmar ou negar essas duas possibilidades, tanto como as conseqüências que irão resultar de uma ou outra.

REFERÊNCIAS

DORIA, Rodrigues. Os fumadores de maconha: efeitos e males do vício. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Maconha*. Rio de Janeiro, 1958. p. 1-14. Trabalho originalmente apresentado no II Panamerican Scientific Congress, realizado em Washington, dezembro de 1951.

FARIAS, Roberval C. Relatório apresentado aos Srs. Membros da Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes; inspeção realizada de 7 a 19 de novembro de 1943 nos estados da Bahia, Sergipe e Alagoas, visando ao problema do comércio e uso da maconha. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Maconha*. Rio de Janeiro, 1958. p. 105-113.

FREYRE, Gilberto. *Nordeste*. Rio de Janeiro: José Olímpio, 1937.

LUCENA, José. La symptomatologia du cannabisme. In: CONGRESS OF PSYCHIATRY, 3, 1961, Toronto. Toronto: University of Toronto, 1961, v. 1, p. 401-406. Trabalho apresentado.

PINHO, Álvaro Rubim de. [Papers read]. In: CONGRESSO DA SOCIEDADE DE NEUROLOGIA, PSIQUIATRIA E HIGIENE MENTAL DO BRASIL, 9, 1969, Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: [s.n.], 1969. Trabalho apresentado.

_____. Problemas sociopsicológicos do maconhismo. *Neurobiologia*, Recife, n. 25, p. 9-19, 1962.

VEIGA, Edgar Pires da; PINHO, Álvaro Rubim de. Contribuição ao estudo do maconhismo na Bahia. *Neurobiologia*, Recife, n. 25, p. 38-68, 1962.

O CULTURAL E O HISTÓRICO NO CAMPO DO DELÍRIO*

Álvaro Rubim de Pinho

Kraepelin já publicara, sob o título *Comparativ Psychiatry* (1904), o relato precioso de suas observações em Java. No *Tratado de Psicologia Patológica*, dirigido por André Marie, já figurava o texto de Cullerre sobre a *Psicopatolo-*

* Contribuição à mesa redonda sobre *A causa do delírio*, II Simpósio Nacional de Psiquiatria, São Paulo, 1983. Publicado no *Boletim do Centro de Estudos e Pesquisas em Psiquiatria CEEP*, São Paulo, v. 1, n. 3, p. 5-13, 1984.

gia na História (1912). Mas cabe sempre ressaltar, sobre o tema, em sua fundamentação teórica, o capítulo que Jaspers incluiu na *Psicopatología General* (1950). Seu início merece a citação integral:

A medicina somática tem a ver com o homem só como ser natural. Investiga e explora seu corpo como o de um animal. A psicopatologia vê-se constantemente ante o fato de que o homem é, além disso, uma essência cultural. Se o homem tem suas predisposições corporais e psíquicas por herança, somente adquire a vida psíquica efetiva pela tradição, que lhe chega através do mundo circundante da sociedade humana.

A colaboração entre psiquiatras e cientistas sociais, iniciada no começo do século e sobretudo desenvolvida a partir dos anos 40, conduziu ao desenvolvimento de múltiplas linhas de pesquisa, objetivando comparar, quanto à incidência, à fisionomia clínica, à resposta terapêutica, os distúrbios psíquicos que se apresentam nas diversas culturas.

É certo que essa familiaridade dos antropólogos com o tema, muito marcada pelas noções de norma e de desvio, tendeu, em setores radicais, para a negação da doença e do doente psiquiátrico, buscando reduzir todas as desordens mentais a formas de reação socialmente condicionadas. Críticas e questionamentos, uns salutareos, outros maléficis, não alteraram, entretanto, em seu núcleo central, a compreensão do fato psiquiátrico. Para essa compreensão, cada vez mais integrativa, os estudos de linha sócio-antropológica têm dado

subsídios valiosos a alguns aspectos entre os quais o do conteúdo e o da repercussão dos delírios – suas variações, segundo a cultura e segundo o momento histórico.

Parecera estabelecido, na Psiquiatria do passado, que a qualidade das idéias delirantes estaria especificamente vinculada às síndromes ou entidades mórbidas. Descreveram-se e discutiram-se os grupos temáticos comportáveis nos delírios depressivos, nos maníacos, nos esquizofrênicos, nos paranóicos. O conteúdo ideativo era considerado, entre outros elementos semiológicos, como dado importante para o diagnóstico diferencial. As contribuições de Birnbaum (*Estrutura das Psicoses*) e Kretschmer (*Diagnóstico Polidimensional*) ampliaram a análise dos agentes etiológicos e de suas expressões sintomáticas. E, nesse contexto, a visão global de Jaspers (1950) foi particularmente sensível ao papel dos fatores culturais e históricos, como se depreende da formulação a seguir: “É evidente que o conteúdo das psicoses procede da torrente espiritual do grupo humano de que surge o enfermo.”

A loucura existiu em todas as épocas da humanidade, mas as notícias que dela se tem não são contínuas e sistemáticas, evidenciando-se mais por sua repercussão, nas crises sociais significativas. É muita vez difícil separar o que terá sido expressão de psicose e delírio e, doutra parte, o que correu por conta de transtornos de personalidade. Nuns e noutros, a influência do meio esteve presente, atuando sobre o indivíduo, a casta, a família, a plenitude do grupo social. O misticismo propicia o conteúdo mais constante nos

delírios da história, quaisquer que sejam as seitas em vigor. Entretanto, opiniões, desejos, temores e julgamentos, nem sempre diretamente vinculados às religiões, emprestam colorido próprio à temática das psicoses de cada momento. Nos tempos mais antigos, os loucos sentiam-se vítimas das fúrias. Na Idade Moderna, dominava a vivência de possessões pelo diabo. Após a Reforma, multiplicaram-se os inspirados e profetas. No século XIX, particularmente durante as agitações políticas, proliferaram as idéias persecutórias relacionadas aos partidos, aos clubes, às sociedades secretas, à política. Na hora presente, pelo menos nas regiões desenvolvidas, assumem dimensão significativa os delírios ditos técnicos, isto é, aqueles referindo a atuação de força e aparelhos físicos, incluindo as irradiações, o rádio, a televisão, as máquinas automáticas.

À literatura psiquiátrica internacional junta-se a prática clínica, demonstrando que certos papéis, situações e preconceitos, intimamente relacionados à cultura, tornam as pessoas vulneráveis a reações paranóicas e paranóides, ou conferem o tema de idéias delirantes verdadeiras: é o caso das solteironas, das damas de companhia, das governantas, das sogras, dos presos, dos refugiados políticos, dos candidatos a concursos, dos masturbadores, dos maridos atraídoos. E, em meio brasileiro, expressando a força do preconceito machista, idéias persecutórias relativas ao homossexualismo têm presença altamente significativa nos delírios dos pacientes masculinos. São temas, todos eles, pertinentes à cultura dita ocidental e cristã, de que brotaram muitas das atitudes

vigorantes nas comunidades do Continente Americano.

A partir dos anos 40, individualiza-se claramente a área de saber definida como Psiquiatria Transcultural. É quando, à base de casuística de populações nativas africanas, asiáticas e latino-americanas, surgem estudos clínicos e epidemiológicos, todos visando apreciar as especificidades dos distúrbios psíquicos de cada cultura.

Curiosa evolução tiveram as pesquisas realizadas na África, no que tange às psicoses afetivas. Durante duas décadas, minimizada ou negada a incidência, sobretudo quanto às depressões. Posteriormente o reconhecimento, por Collomb (1966): no Senegal, os estados depressivos ocorrem com frequência apreciável, mas com patoplastia diversa dos europeus (dominam as queixas somáticas e estão ausentes as idéias delirantes). Em sentido idêntico, sucederam-se outros depoimentos africanos e vários latino-americanos, inclusive o nosso (PINHO, 1969). Um estudo sobre os aspectos transculturais das depressões no meio baiano revelou que nelas, compareciam pouco as idéias de culpa e de perseguição.

As esquizofrenias, suas formas clínicas e seus temas delirantes proporcionaram, até agora, o material mais rico para investigação dessa linha.

Kraepelin (1904) relatara a presença de demência precoce entre os javaneses, notando porém, neles, escassez de idéias delirantes. Ainda que motivando contestações, depoimentos foram apresentados a sugerir que, em tribos primitivas da África e da Oceania, é desconhecido

qualquer caso de doença identificável com esquizofrenia. Collomb (1966) a considera rara nas sociedades africanas. Fernandez (1968), numa revisão da literatura, afirma que, pelo contrário, inexistem culturas na qual não se apresente a esquizofrenia, pelo menos, sobre as formas catatônica, hebefrênica e paranóide. Esta seria, no dizer de vários autores, a menos freqüente nas comunidades não ocidentais. O estudo piloto internacional da Organização Mundial de Saúde (1973, 1977), realizado comparando nove culturas, não trouxe esclarecimentos à questão da incidência, embora permitisse supor que podem ser reconhecidas diferenças quanto à sintomatologia e quanto ao curso das esquizofrenias, como elas se apresentam nas diversas áreas.

Parece certo que os sintomas fundamentais ou de primeira categoria, nas autênticas psicoses esquizofrênicas, são os mesmos onde elas se apresentem. Entretanto, os conteúdos das idéias delirantes verdadeiras, bem como os das interpretações deliróides, varia enormemente. Nas culturas não ocidentais, ricas de religiosidade e superstição; pouco sentimento de culpa; muito delírio de grandeza relacionado às divindades; idéias persecutórias referentes a demônios e outros seres sobrenaturais; a vivência de ser vítima dos feitiços.

Na Índia (BHASKARAN, 1966) as mulheres raramente apresentam idéias de grandeza. Os temas eróticos e de ciúmes são, entretanto, freqüentes em ambos os sexos.

Quanto aos delírios esquizofrênicos dos norte-americanos, tem-se descrito: nos brancos, o predomínio das idéias

de perseguição e hipocondríacas; nos negros, a constância dos conteúdos místicos.

Segundo revela o estudo internacional piloto da Organização Mundial de Saúde (1973, 1977), nos informes relativos ao Canadá, os delírios de destruição aparecem mais nos pacientes cristãos que em não cristãos.

Quanto às psicoses reativas, cabe o registro dos problemas que erguem, no plano transcultural, as reações paranóides, estados delirantes bem mais estruturados que as *bouffées delirantes*, embora seja destas últimas a maior incidência nos hospitais psiquiátricos africanos. Superstições e preconceitos alimentam muitas das reações paranóides, porém a história das ultimas décadas ora tem motivado mudanças culturais bruscas na mesma região, ora tem agilizado as correntes migratórias, impondo às pessoas o encontro com tipos diversos de sociedade. Essa adaptação ao novo, com os conflitos intra-psíquicos e psicossociais que a acompanham, é seguramente, elemento propiciador de reações delirantes. Seja pela transculturação, seja pela migração, produzindo o denominado “choque cultural”. O mais freqüente é a ocorrência de idéias persecutórias mas, na dependência dos padrões sociais em confronto, diversas formas delirantes podem revelar-se. Em caso que observamos, um técnico egípcio, vindo para São Paulo, casou-se com baiana. Decorrido algum tempo, o casal transferiu-se para Salvador. A convivência com os parentes da esposa e, sobretudo, a intimidade dela com os próprios irmãos e cunhados desencadearam, no árabe impregnado de condi-

cionamentos ancestrais, um delírio de ciúme que o levou à prática de atos agressivos brutais.

Numa apreciação conjunta sobre a incidência e o curso das psicoses, alguns fatos parecem nítidos: as parafrenias ou delírios crônicos identificam-se pouco nas sociedades ditas primitivas; as esquizofrenias, com ou sem delírio, mostram-se, no estudo piloto da Organização Mundial de Saúde (1973, 1977), com prognóstico mais favorável nas culturas não ocidentais que nas ocidentais; as psicoses reativas que, na África, têm sua apresentação mais constante sob a forma de *bouffées delirantes*, apesar da dramaticidade dos sintomas, demoram quase sempre algumas horas, raro alguns dias. Nelas, conteúdos delirantes pobres e incoerentes, isentos de qualquer sistematização.

Se é fato reconhecido que a cultura impregna a patoplastia de quase todos ou todos os delírios, isto adquire o máximo de evidência, quando se trata de algumas formas de psicose com feição vinculada a crenças e mitos comuns a certas populações bem definidas ou específicas de comunidades singulares.

É tema internacional do folclore o mito da transformação do homem em animal, inclusive o tigre, a hiena, o cão e o lobo, qualquer deles capaz de matar outros seres, sobretudo sangrando crianças. Por motivos de ordem moral, certas pessoas nasceriam predestinadas a tal fado. E a loucura que se revela quando o homem surge transfigurado em bicho é mundialmente chamada “licantropia”. Está no dicionário psiquiátrico de Hinsie e Cambell (1970) que o delírio de metamorfose animal, escasseando nos últimos séculos,

tornou-se mais raro no século XX.

No livro *Natureza, Doenças, Medicina e Remédios dos Índios Brasileiros*, relato de Martius (1939) sobre sua viagem ao Brasil, de 1817 a 1820, está dito sobre nossos selvícolas: “A única doença mental de que ouvi falar deveria ser comparada com a licanthropia, isto é, com a alienação na qual o indivíduo, fora de si de raiva, corre ao ar livre, imita a voz e os modos do cão ou do lobo, transformando-se em “lobisomem”. Martius conta, ainda, que o paciente passava, de súbito, do mutismo à agitação, com sede de sangue humano e buscando cadáveres. Mas havia febre e evolução para um estado de abatimento físico. Parece-nos provável que se tratasse de psicose sintomática, em cujos conteúdos confusos-oníricos se projetava a crença na possessão por animais.

Nas últimas décadas, permanece um remanescente de psicose relacionável aos delírios de metamorfose animal. É o *witigo* (ou *windigo*), próprio de tribos de índios canadenses da área dos esquimós: os *chippewa* e os *kree*.

Pela descrição de Linton, *witigo* é, no plano mitológico, o nome de um monstro canibal, que tem esqueleto e coração de gelo, morrendo a cada primavera, para reviver no inverno seguinte. Cabe pensar assim que, simbolicamente, o *witigo* representa o clímax da miséria, da fome e do isolamento, que aparece ao período hibernal.

A idéia delirante que marca o homem vitimado pelo *witigo* é precedida por um estado depressivo em que ele teme a possessão pelo monstro. Depois, os familiares e amigos são vistos como apetitosos. A evolução é variável: pode o

paciente pedir a outros que o matem; pode ser curado por métodos mágicos (caso em que vomita um coração de gelo); pode assumir conduta canibal realmente agressiva (caso em que a mulher deve assassiná-lo, assim domando o monstro).

Outro quadro descrito entre as chamadas “psicoses primitivas” é o *koro*, estado ansioso que, seguramente, se mescla com uma idéia delirante. É próprio de habitantes do arquipélago malaio.

No *koro* que, como o *witigo*, é doença masculina, o paciente teme a retração do pênis para o interior do abdômen, do que resultaria a morte. Para manter o pênis exteriorizado, o doente o sustenta, segurando à força, se preciso com o auxílio da esposa, parentes e amigos. Em certos casos, o pênis é pinçado por algum dispositivo metálico ou preso por uma caixa semi-fechada. Métodos tradicionais da medicina chinesa tratam a condição ministrando o princípio quente ou masculino, para anular o excesso do frio ou feminino. Mas é nítido que o temor se vincula à crença de que a perda do pênis constitui sinal de morte, visto que, no cadáver, o pênis costuma estar encolhido.

Também o *amok* tem sua origem histórica na Malásia. Pelas descrições antigas, o homem antes sereno e retraído, a partir da vivência de alguma frustração, empunhava, subitamente uma arma branca e, correndo, agredia, chegando a matar quem encontrasse.

Em parte, a ação era descrita como ocorrendo com o paciente de olhos fechados. Essa fúria homicida tinha, como causa suposta, a possessão demoníaca. Casos raros foram

relatados na África. Wagley, citado por Linton, teria visto síndrome parecida em índios brasileiros da Amazônia. Segundo Murphy (1978), o *amok* reapareceu, nos anos 60, em homens deslocados de comunidades rurais para cidades da Indochina, usando a granada como arma. Alguns estudiosos do assunto apresentam o *amok* como manifestação histórica que, naquela cultura, seria, específica do sexo masculino, tendo seu correspondente feminino no *latah*, estado crepuscular isento de carga agressiva. Mas Swanson e colaboradores (1974) vêem no *amok* uma “reação comparável à do paranoide que foi maltratado e sente-se sem saída”.

A morte *vodu* tem sido descrita sobretudo na Nova Guiné, na Austrália e na América Central. Em casos típicos, cristaliza-se, no paciente a idéia de que vai morrer, seja em consequência de envenenamento, seja de manipulação mágica pelo feiticeiro. E a vítima definha até aniquilar-se. Sobre o quadro, tem-se salientado como a demonstração maior dos transtornos corporais a que pode conduzir uma idéia delirante.

Apesar do interesse teórico que ergue a análise desses estados psicóticos específicos de certas populações, cabe ver, como fundamental no estudo dos delírios, quanto ao plano antropológico a busca da capacidade para discriminar, em clínica, o que é idéia delirante e o que é crença socialmente condicionada, noutras palavras, o que é patogênico e o que é patoplástico. E nossa curiosidade tem caminhado um pouco mais: para separar, nos temas, o que é das convicções de que se imbuíu a pessoa durante sua formação e, doutro

lado, aquelas que o meio social emprestou ao paciente, já no curso da psicose.

Temos, em andamento, uma pesquisa sobre os conteúdos de delírio no meio baiano e, pelo menos no que até agora ela permite sugerir, é digna de nota a presença escassa de idéias de culpa, de prejuízo, de ciúme e de destruição. Doutra parte, as de grandeza são bem menos freqüentes que as de perseguição. Entre estas últimas, aparece, o sexo masculino, como um dos tormentos constantes, a acusação de homossexualismo. Há temas de delírios tradicionais, inclusive, ainda que rara, a vivência de morte seguida de ressurreição.

Porém, os modernos veículos de comunicação compa-rem a cada momento. O doente sente-se televisionado. Suas idéias são difundidas pela televisão. O apresentador fala sobre ele.

No curso dos tempos que se seguiram ao descobrimento, o panorama das religiões baianas constituiu-se pelo encontro de múltiplas seitas: o catolicismo trazido pelo colonizador português, tendo seus maiores pregadores nos padres jesuítas; os candomblés oriundos de várias nações africanas, os quais, apesar de produtos de aculturação, se comporiam em duas grandes vertentes, mantendo relativa fidelidade a suas origens (o grupo Gêge-nagô e o Congo-angola, este mais vulnerável pelo sincretismo); os cultos de caboclo, conferindo, a muitos ritos de possessão, o cunho remanescente do ancestral aborígene; e o espiritismo kardecista, importado da Europa nos fins do século XIX.

Como aconteceu com os tipos étnicos, também as religiões se mesclaram. A miscigenação foi acompanhada pelo sincretismo. Várias dessas influências parecem ter contribuído para impregnar a população de um caráter flexível, cordial, otimista e permissivo, mas pleno de superstição e religiosidade. E antropólogos têm registrado, no catolicismo popular baiano, pouca preocupação com as noções de pecador e pecado.

A presença significativa das seitas protestantes em Salvador é um fato deste século mas, durante muitas décadas, restrito aos grupos batistas, luteranos, presbiterianos e metodistas. Depois, diversificaram-se bem mais esses cultos, instalando-se templos de Assembléia de Deus, Congregacionais, Adventistas do 7º Dia, Testemunhas de Jeová, Igreja do Evangelho Quadrangular. Nelas havia, até há pouco, bem nítidas, a tendência ao isolamento social e à adoção de uma ética puritana, oposta à flexibilidade do caráter baiano e do catolicismo de maioria.

Mais recentemente, outros cultos surgiram, numa explosão de número, de propaganda radiofônica e de penetração popular, usando linguagem e pregando normas que os confundem com as dos protestantes tradicionais. Espalham-se, também, as seitas de procedência japonesa. Disseminam-se, através de sacerdotes imigrados, as pregações de gurus norte-americanos. E até, chegando do Nordeste, passa a fazer proselitismo demonolátrico “papa do diabo”. Todos dizendo combater os cultos tradicionais de origem africana.

Vale ter em conta que, dentre as seitas tradicionalmente

arraigadas no meio baiano, exercita-se uma função terapêutica, muito utilizada por portadores de distúrbios mentais. Isso acontece pelo menos com o candomblé Angola, com o candomblé de caboclo e com o kardecismo, em suas formas puras ou sincretizadas. O fato novo a considerar é que também algumas das novas seitas populares, com ritos assemelhados aos protestantes, atendem pacientes, anunciam curas e prometem anular os feitiços.

Dos tratamentos religiosos, que têm alta frequência na Bahia, decorre o fato de que os conteúdos místicos dos delírios, como os detecta o psiquiatra, são em parte originários das crenças anteriores do doente mas, em parte, advindos da convivência nos templos e com os sacerdotes que realizam as práticas terapêuticas.

Presentemente, em nosso material, os delírios messiânicos constituem raridades. Mais escassa ainda, se não inexistente, a identificação delirante com os santos católicos ou com os orixás. O Diabo ainda aparece como elemento perseguidor, na forma divulgada pelo cristianismo tradicional, enquanto *Exu*, apesar do significado que lhe atribui o sincretismo, é dificilmente citado.

Temas oriundos do candomblé e do kardecismo surgem toda hora, para explicar as infelicidades, os mal-estares físicos, os distúrbios do eu e certas alucinações. São, sobretudo, as interpretações das vivências à base dos feitiços, dos fluidos de espíritos obsessores, do descumprimento de deveres religiosos. Nuns casos, toda a formação da personalidade fluiu em ambiente que torna compreensíveis

tais idéias. Noutros muitos, trata-se de inclusões temáticas decorrentes dos tratamentos. E a achado recente a registrar é a aparição de temas vinculados às novas seitas populares, nos quais a moral luterana se funde às superstições, dando conteúdo a idéias de culpa e de perseguição religiosa, antes ausentes nos nossos pacientes delirantes.

Qualquer apresentação que tente sumarizar as relações entre delírio e cultura ficaria incompleta se dela não participasse, de algum modo, a “loucura comunicada” ou “loucura induzida”. É que, antes da ida de Kraepelin a Java e antes que se falasse em Cultura e Psiquiatria Transcultural, os mestres franceses (Lasègue, Falret, Legrand du Saulle e outros) tinham descrito a transmissão de idéias delirantes, ora de uma a outra pessoa, ora em reciprocidade, ora de uma a muitas pessoas. E a sucessão dos tempos revelou quanto os efeitos sociais desses delírios dependem da interação delirante – meio. Mais ainda, a possibilidade de que os casos se restrinjam a matéria exclusiva de cuidados clínicos ou ganhem projeção como psicose coletivas, a ponto de constituir-se em acontecimento histórico.

O caso de Antônio Maciel, vulgo Antônio Conselheiro, estudado magistralmente por Nina Rodrigues (1939), ilustra por certo, este tópico.

- O meio: no sertão baiano, terra seca e pobre, uma população iletrada e supersticiosa, mal saída da estrutura tribal.

- A época: fim do século XIX, grande crise financeira, resistência da população rural a aceitar o governo republicano.

- O líder: figura carismática, advogando as causas dos

pobres; protestando contra os impostos; adotando vestes de frade; construindo templos católicos; combatendo o Papa, o clero e o governo civil; assumindo postura de mártir; ganhando fama pelos milagres.

Quando se criou o conflito maior com o poder público, o Conselheiro estava preparado para a resistência, na localidade de Canudos. Depois de quatro anos de lutas, foi necessária uma força federal de 12 mil homens para dizimar os seguidores daquele chefe. Na batalha final, morreu o Conselheiro, mas também morreu o general comandante da tropa militar.

O diagnóstico de Antônio Conselheiro, formulado por Nina Rodrigues (1939), foi “delírio crônico de evolução sistemática”, o que, hoje, na classificação da Organização Mundial de Saúde, corresponde à parafrenia. Os documentos informativos da época, bem como os materiais escritos pelo paciente, soam compatíveis com tal diagnóstico. O delírio sistematizado e alucinatório evoluiu no curso de cerca de 30 anos. Na fase final, o delirante tornara-se um contemplativo, orando dia e noite, na capela. E toda a população fanática mantinha as lutas, convicta do caráter messiânico do Conselheiro. O caso permaneceria como exemplo de psicose coletiva, induzida pelo delirante.

Com cenário baiano, mas tendo características diversas, um broto messiânico abortado em 1977, figurando como seus principais personagens um casal exemplar de *folie à deux*. A consequência maior, que motivou intervenção da Justiça e da Polícia, um delito coletivo, de que resultou a

morte de oito crianças.

José Maurino de Carvalho nasceu no interior e foi, adolescente, para Salvador. De origem católica, não era religioso praticante. Trabalhou normalmente em empresas comerciais. Expansivo e alegre, fumava, bebia e fazia farras. Aos 24 anos, converteu-se a uma seita protestante: Igreja Batista Missionária. Depois, à Igreja Cristo Pentecostal. Escutou pregações de múltiplas seitas. Alterou os próprio hábitos, assumindo vida de asceta.

Maria Nilza Pessoa nasceu no sertão. Ainda criança, tornada aluna interna de um colégio de freiras em Salvador, mostrou-se precocemente mística e persistente na tarefa de ensinar a religião católica. Esses traços mantiveram-se contínuos, assim como a moderação nos gestos e atitudes, o falar baixo e monótono, a rigidez moral. Aos 19 anos, converteu-se à Assembléia de Deus, de que se tornou adepta fanática.

A casualidade permitiu o primeiro encontro. A ligação afetiva fortificou-se pela atenção comum aos temas religiosos. Oravam juntos. Num areal próximo à Lagoa do Abaeté, passaram a ter momentos de êxtase, sob a inspiração do Espírito Santo. O lugar, visto como sagrado, teve dele o batismo de “Morro das Oliveiras”. Lá eles se casaram, sozinhos, celebrando o sacramento pelo Espírito Santo, que lhes determinou fundar e difundir a Assembléia Universal dos Santos. José tomou, então, o nome de Matota e Maria Nilza, o de Marata. Assim partiram para Mundo Novo, terra onde ela nascera e residiam seus pais.

No sertão, na área da fazenda Havana, instalou-se o centro da nova seita. As revelações do Espírito Santo faziam-se sobretudo a Marata, adotando esta uma vida mais contemplativa e sedentária. Matota aparece, então, como o pregador, empunhando um exemplar da Bíblia, combatendo rigidamente os pecados e convidando ao desprendimento e ao sacrifício. Um grupo populacional com dimensões duvidosas adere à seita, cumprindo as obrigações religiosas mas, também, entregando os modestos bens materiais para serem geridos pelo líder (isso incluiu desde cabeças de gado até dentes de ouro). Porém, chega o dia em que a ordem é a transferência coletiva para Salvador. Apenas 21 pessoas adultas se propõem a cumpri-la, acompanhadas algumas de seus filhos em idade infantil. Realiza-se a mudança e chega a nova determinação do Espírito Santo: as crianças deveriam ser sacrificadas, pois eram todas pecadoras. Ainda que mostrando resistência, o grupo, sob o comando direto de Matota, afoga no mar oito meninos, com idades comportando-se entre oito meses e cinco anos. Poupando apenas o filho do casal líder, Morotó, então com um ano e meio. Assim o determinara o Espírito Santo porque, como Cristo, Morotó era filho de Deus. Ao exame de Morotó identifica-se uma criança de sexo feminino. Explicação: ainda gestante, Marata soube, revelado pelo Espírito Santo, que o menino nasceria castrado. Certo – pensamos, o Messias deveria ser homem. Hoje, plácida e disciplinadamente, Matota e Marata cumprem Medida de Segurança no Manicômio Judiciário. São discretos quanto às próprias crenças, mas aceitam como martírio de seu fado a permanência no hospital. E não tentam fazer qualquer pregação.

O momento histórico e o meio social foram, seguramente, decisivos para a evolução do caso do Conselheiro, bem como para a de Matota e Marata. Porém, num e noutro, o delirante conduziu as massas e elas, doutra parte, projetaram seus desejos, temores, protestos, crenças e necessidades no conteúdo dos delírios.

REFERÊNCIAS

BHASKARAN, K. A psychiatric study of paranoid schizophrenias in a mental hospital in India. *Psychiatry Quarterly*, n. 37, p. 734-751, 1963.

COLLOMB, H. Psychiatrie et cultures. *Psychopatologie Africaine*, v. 2, n. 2, p. 259-273, 1966.

CULLERRE, A. La folie dans l'histoire. In: MARIE, A. (Dir.). *Traité international de psychologie pathologique*. Paris: Librarie Félix Alcan, 1912. v. 3, p. 381-468.

FERNANDEZ, F. A. *Fundamentos de la psiquiatria actual*. [S.l.]: Paz Montalvo, 1968. v. 2

HINSIE, L. E.; CAMPBELL, R. J. *Psychiatric dictionary*. 4th ed. New York: Oxford University, 1970.

JASPERS, K. *Psicopatologia general*. Buenos Aires: A. Bini, 1950. Tradução da 5. ed. alemã por Roberto O. Saudidet e Diego A. Santillan.

KRAEPELIN, Emil. *Comparative psychiatry*. [S.l.: s.n.], 1904.

MARTIUS, K. F. P. von. *Natureza, doenças, medicina e remédios dos índios brasileiros*. Trad. de Pirajá da Silva. São Paulo: Nacional, 1939.

MURPHY, H. B. M. Ethnopsychiatrie: les psychoses. In: *ENCYCLOPÉDIE Médico-chirurgicale*. [S.l.: s.n.], 1978.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *The international pilot study of schizophrenia*. Genève, 1973. v. 1.

_____. _____. Genève, 1977. v.2.

PINHO, Álvaro Rubim de. Fatores socioculturais nas depressões. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 63-96, 1969.

RODRIGUES, R. Nina. *As coletividades anormais*. Prefácio e notas de Arthur Ramos. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1939.

SWANSON, D. W.; BOHNERT, P. J.; SMITH J. A. *El mundo paranoide*. Barcelona: Labor, 1974. Tradución Luís Sánchez Planell.

APÊNDICE

PUBLICAÇÕES COM AUTORIA DE ÁLVARO RUBIM DE PINHO

PSIQUIATRIA CLÍNICA

PINHO, Álvaro Rubim de. Classificação das depressões. *Anais da Academia de Medicina da Bahia*, Salvador, n. 6, p. 101-105, jul. 1985.

_____. Contribuição ao estudo do maconhismo na Bahia. Separata de: *Neurobiologia*, Recife, n.25, p. 38-68, mar. 1962.

_____. O delírio depressivo. *Boletim do Centro de Estudos e Pesquisas em Psiquiatria CEPP*. São Paulo, v. 2, n. 1, p. 5-12, 1984.

_____. O diagnóstico da psicose maniaco-depressiva (ensaio de sistematização). 1955. 164 p. Tese (Docência Livre de Clínica Psiquiátrica) – Faculdade de Medicina, Universidade da Bahia, Salvador.

_____. Epilepsia e agressão: aspectos psiquiátricos e criminais. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 13, n. 1-4, jan.-dez. 1986.

_____. A epilepsia sob o ângulo psiquiátrico. *Psiquiatria Atual*, v. 6, n.6, p. 59-63, 1970.

_____. Esquizofrenia hoje. *Neurobiologia*, Recife p.9-16, maio 1976. Suplemento.

_____. As funções cognitivas nos epiléticos: contribuição para seu estudo, à base da escala de inteligência de adultos Weschsler-Bellevue. 1965. 110 p. Tese (Cátedra de Clínica Psiquiátrica) - Faculdade de Medicina da Bahia, Salvador.

_____. O paciente difícil em gerontopsiquiatria. Separata de: *Anais Brasileiros de Geriatria e Gerontologia*. v. 1, n. 1, p. 9-14, nov.1979.

_____. Psicoses epiléticas. In: SENA, Plínio Garcez de. *Novas achegas sobre a epilepsia*. Salvador: Centro Editorial e Didático da Universidade Federal da Bahia, 1980. p.319-333.

_____. Social and medical aspect of the use of cannabis in Brazil. In: BROWMAN, David; SCHWARZ, Ronald (Ed.). *Spirits, shamans and star*:

perspectives from South America. The Hague; New York: Mouton, 1979. p. 85-93. (World anthropology).

PINHO, Álvaro Rubim de; PINTO, Luis Fernando; SAMPAIO, Adilson; SANTOS, Djalma; KRUCHEWSKY, Carlos; AZEVEDO, Venâncio; ANDRADE, Ayr Nazareth; SILVA, Neilton. Contribuição à mesa redonda sobre “problemas sócio-psicológicos do maconhismo”. Separata de: *Neurobiologia*, Recife, n.25, p.9-19, 1962.

PIRES, Nelson; PINHO, Álvaro Rubim de; ALAKIJA, George; NOVAIS FILHO, Erico; GUERREIRO, Manoel; NERY, Gabriel; COÊLHO, Jacques. *Personalidades piscopáticas*: (sobre 105 casos estudados na clínica hospitalar e de ambulatório). Recife: [s.n.], 1950. 133 p.

PIRES, Nelson; NOVAIS FILHO, Erico; BRANCO, Alípio Castelo; PINHO, Álvaro Rubim de; GUERREIRO, Manuel; NERY, Gabriel; COÊLHO, Jacques. Subdivisão clínica do grupo das esquizofrenias. Salvador: [s.n.], 1951. 133 p.

_____. Subdivisão clínica do grupo das esquizofrenias. Separata de: *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, v. 9, n. 1, p. 56-58, mar. 1951.

PIRES, Nelson; PINHO, Álvaro Rubim de; ALAKIJA, George; NERY, Gabriel. Psicoses de involução: estudo clínico de 50 casos com vistas ao prognóstico e terapêutica. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, v. 7, n. 2, p. 179-210, jun. 1949.

PIRES, Nelson; PINHO, Álvaro Rubim de; NOVAIS FILHO, Erico; BRANCO, Alípio Castelo; GUERREIRO, Manoel; NASCIMENTO, Arsenio; NERY, Gabriel; COÊLHO, Jacques. *Prognóstico das doenças mentais diante dos tratamentos de choque*: conclusão do estudo de 500 casos. Salvador: Empresa Gráfica, 1951. 57 p.

PIRES, Nelson; PINHO, Álvaro Rubim de; PINTO, Luis Fernando M. Sur 110 cas traités par le sommeil hivernal. *L'Encephale*, v. 1, n. 4, p. 677-681, 1956.

SALES, Orlando Figueira; PINHO, Álvaro Rubim de. Convulsões e hipertemia. Separata de: *Revista Médica da Bahia*, Salvador, v. 19, n. 3 e 4, p. 28-30, jul.-dez. 1963.

VEIGA, Edgard Pires da; PINHO, Álvaro Rubim de. Contribuição ao

estudo do maconhismo na Bahia. Separata de: *Neurobiologia*, Recife, n. 25, p. 38-68, 1962.

TERAPÊUTICA EM PSIQUIATRIA

PINHO, Álvaro Rubim de. Sobre tratamento das depressões. *Boletim do Hospital Juliano Moreira*, Salvador, p. 3, 1960. Impressões do coordenador da mesa redonda.

_____. Modificação dos quadros psiquiátricos em face da terapêutica moderna. *Anais da Academia de Medicina da Bahia*, Salvador, n. 5, jul. 1983.

_____. O papel do psiquiatra no hospital geral. *Boletim de Psiquiatria*, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 115-121, 1983.

_____. Terapêuticas farmacológicas e biológicas. In: CONGRESSO NACIONAL DE NEUROLOGIA, PSIQUIATRIA E HIGIENE MENTAL, 8, 1967, Porto Alegre. *Relatórios do tema oficial psiquiátrico*. Porto Alegre: [s.n.], 1967. p.93-102.

_____. Urgências e emergências psiquiátricas ligadas à epilepsia. *Clínica Geral*, São Paulo, v. 13, n. 12, p. 17-20, 1970.

PIRES, Nelson; PINHO, Álvaro Rubim de; PINTO, Luis Fernando; CAVALCANTI, Ulpiano; AGUIAR, Hélio. Sur 110 cas traités par le sommeil hivernal. In: COLLOQUE INTERNATIONAL SUR LA CHORPROMAZINE ET LES MÉDICAMENTS NEUROLEPTIQUES EN THÉRAU-TIQUE PSYCHIATRIQUE, 1955, Paris. Paris: G. Doim, 1956. Trabalho apresentado.

PÖLDINGER, N.; PINHO, A R. (Coord.); SILVA, J. A. Costa; PRIEST, R. Psychopharmacotherapy with benzodiazepines today and tomorrow. In: PRIEST, E. (Ed.). *Benzodiazepines today and tomorrow*. [S.l.]: Priest, 1980. p.275-276.

PSIQUIATRIA TRANSCULTURAL

ALVARO Rubim de Pinho. Ficha biográfica. El cuestionario. La Entrevista. In.: ALARCÓN, Renato D. *Identidad de la psiquiatria latinoamericana: voces y exploraciones en torno a una ciencia solidaria*. México: Siglo Veintiuno, 1990. p. 211-225.

PINHO, Álvaro Rubim de. Aspectos da medicina informal em algumas áreas culturais brasileiras. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 12, n. 3 e 4, p. 93-95, 1985.

_____. O cultural e o histórico no campo do delírio. *Boletim do Centro de Estudos e Pesquisas em Psiquiatria CEPP*, São Paulo, Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, v.1. n. 3, p. 5-13, 1983.

_____. La función del psiquiatra en las regiones en desarrollo. In: WORLD CONGRESS OF PSYCHIATRY, 5th, 1971, Mexico, D.F. *Psychiatry* : proceedings of the V World Congress of Psychiatry, Mexico, D.F, 25 November-4 December, 1971. Edited by Ramón de la Fuente and Maxwell N. Weisman. Amsterdam: Excerpta Medica; New York: American Elsevier, 1973. v.1, p.247-250.

_____. Sessão de Abertura. In: CONGRESSO LATINOAMERICANO DE PSIQUIATRIA, 5; CONGRESSO BRASILEIRO DE PSIQUIATRIA, 1, 1971. *Anais...* São Paulo: Ed. Clovis Martins, Luiz Marques Assis, 1971.

_____; LESSA, Luis. Afro-brazilian mystique and mental disease. In: CONGRESSO MUNDIAL DE PSIQUIATRIA, 5, 1971, México. México: Editorial Fournier, [1971?]. p. 470. Trabalho apresentado.

PINHO, Álvaro Rubim de. A visão psiquiátrica do misticismo. *Diálogo Médico*, Rio de Janeiro, n.1, p. 21-24, 1975.

PINHO, Álvaro Rubim de; LESSA, Luiz Meira; RAMOS, Uraci Simões; CRUZ, Ricardo. Aspectos socioculturais das depressões na Bahia. In: CONGRESSO LATINOAMERICANO DE PSIQUIATRIA, 5, 1968, Bogotá; CONGRESSO COLOMBIANO DE PSIQUIATRIA, 8, 1968, Bogotá. Bogotá: [s.n.], 1970. p.157-161. Tema: Psiquiatria en la América Latina. Trabalho apresentado.

PINHO, Álvaro Rubim de; PINHEIRO, L. U. F.; SANTANA, V. S. Trata-

mentos religiosos das doenças em bairro pobre de Salvador. *Revista de Psiquiatria y Psicologia Médica de Europa e América Latina*. Barcelona, v. 14, n. 3, p. 159-170, jul.-set. 1979.

PINHO, Álvaro Rubim de; RABELO, Antônio Reinaldo; SILVA, Célia Nunes; COUTINHO, Domingos Macedo. Tratamentos religiosos das doenças mentais: algumas características do meio baiano. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 4, n. 4, p. 183-192, dez. 1975.

PSIQUIATRIA FORENSE

PINHO, Álvaro Rubim de. Analyse psychologique des actes de violence. *Annales Médico-Psychologiques*. Paris, v. 142, n. 4, p. 562-566, abr.1984.

_____. É dever dos médicos... *Boletim do Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia*. Salvador, n.3, p.16-18, set.1965-1966.

_____. Epilepsia e agressão: aspectos psiquiátricos e criminais. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 13, n. 1-4, p. 28-32, jan.-dez. 1986.

_____. Laudo psiquiátrico forense. *Ensaio*, Salvador, v. 2, n. 1, p. 77-82, 1973.

PINHO, Álvaro Rubim de; PINHEIRO, Alípio. Psicose psicógenas e crime: psicoses carcerárias. *Revista Penitenciária*, Salvador, v. 1, n. 2. p. 1-45, jul.-dez. 1975.

NEUROLOGIA

PINHO, Álvaro Rubim de. Contribuição para o estudo da sintomatologia neurológica após o eletrochoque. Separata de: *Neurobiologia*, Recife, v. 8, n. 1, p. 19-39, mar. 1945.

_____. Sobre a chamada demência epiléptica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v.1, n.2, p.159-163, dez.1967.

PINHO, Álvaro Rubim de; GUERREIRO, Manoel. Sobre um caso de mio-tonia atrófica. Separata de: *Neurobiologia*, Recife, v. 10, n. 4, dez. 1945.

PSICOLOGIA E MEDICINA PSICOSSOMÁTICA

NERY FILHO, Antonio; PINHO, Álvaro Rubim de. Notas clínicas: apoio psicológico ao paciente portador de neoplasia maligna. *Revista da Associação Psiquiátrica da Bahia*, Salvador, v. 5, p. 127-130, 1983.

PIRES, Nelson; PINHO, Álvaro Rubim de. *Curso psicologia médica*. Salvador: UEB, 1949. 72 p.

PIRES, Nelson; PINHO, Álvaro Rubim de; NOVAIS, Menandro. *Curso de psicologia médica*. Salvador: [s.n.], 1950. 73 p.

_____. *Curso de psicologia médica e psicopatologia da infância*. Salvador: Associação Baiana de Medicina, 1949. 72 p.

PIRES, Nelson; PINHO, Álvaro Rubim de; PINTO FILHO, Heitor. Psicogênese das úlceras pépticas. Separata de: *Neuro-Psiquiatria*, v. 13, n. 3, p. 203-216, 1955.

ASPECTOS HISTÓRICOS DA MEDICINA E HISTÓRIAS DA MEDICINA NA BAHIA

PINHO, Álvaro Rubim de. Aspectos históricos da psiquiatria folclórica no Brasil. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE PSIQUIATRIA, 1966. [S.l.]: Associação Brasileira de Psiquiatria, 1966. p. 1-2.

_____. *Associação Baiana de Medicina: meio século de existência*. Salvador, 1992. 44 p.

_____. Compromisso social da psiquiatria. *Revista de Psiquiatria*, v. 22, n. 33, p.9-16, jun. 1979.

_____. Discurso [...] representando as várias Associações Médicas da Bahia. *Boletim Informativo*, n.69-A, p.22-23, jul.1962. Número em homenagem ao Prof. Edgar Rêgo Santos.

_____. In memoriam: Plínio Garcez de Sena. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria; Jornal da Academia Brasileira de Neurologia*, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 225-256, 1990.

_____. Juliano Moreira. *Sinopse Informativa*, Salvador, Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, n. 2, p. 223-228, out.1978.

_____. Hospital Santa Isabel. *Sinopse Informativa*, Salvador, v. 4, n 4, p. 169-174, out. 1982. Número especial em comemoração aos 150 anos da Faculdade de Medicina da Bahia 1832-1982.

_____. Macedo Costa: o médico. *Anais da Academia de Medicina da Bahia*, Salvador, n .7, p. 119-123, 1987.

_____. O pensamento psiquiátrico na Bahia. *Revista de Neurologia, Psiquiatria e Neurocirurgia*, v. 41, p. 95-104, 1973.

_____. *Universidade e psiquiatria*: requisitos necessários aos novos psiquiatras; subsídios psiquiátricos. [S.l.]: Johnson & Johnson, 1975. v. 1, n. 4.

OUTROS TEMAS

PINHO, Álvaro Rubim de. Discurso de posse. *Anais da Academia de Medicina da Bahia*, Salvador, n. 4, p.11-21, jun.1982.

_____. Discurso de saudação ao acadêmico Ruy Machado da Silva. *Anais da Academia de Medicina da Bahia*, Salvador, n. 8, p. 95-100, set. 1992.

_____. Ética e problemas administrativos na pesquisa psicofarmacológica clínica. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE PSICOFARMACOLOGIA CLÍNICA. METODOLOGIA DA PESQUISA PSICOFARMACOLÓGICA CLÍNICA, 1, 197-, Salvador. Salvador: Ed. Luiz Meira Lessa, 1971. p. 58-76. Trabalho apresentado.

_____. Los recursos de salud mental en Brasil. *Boletín de la Asociación Psiquiátrica de América Latina*, Córdoba, n. 6, p. 9-11, 1969.

_____. Relatório do presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria período: 1968-69. *Tribuna Médica*, n. 357, p. 36-39, dez. 1969.

_____. Sobre a ascensão da mulher. *Boletim Cultural*, Universidade Federal da Bahia, Salvador, n. 130/131, p. 22-28, set. 1967.

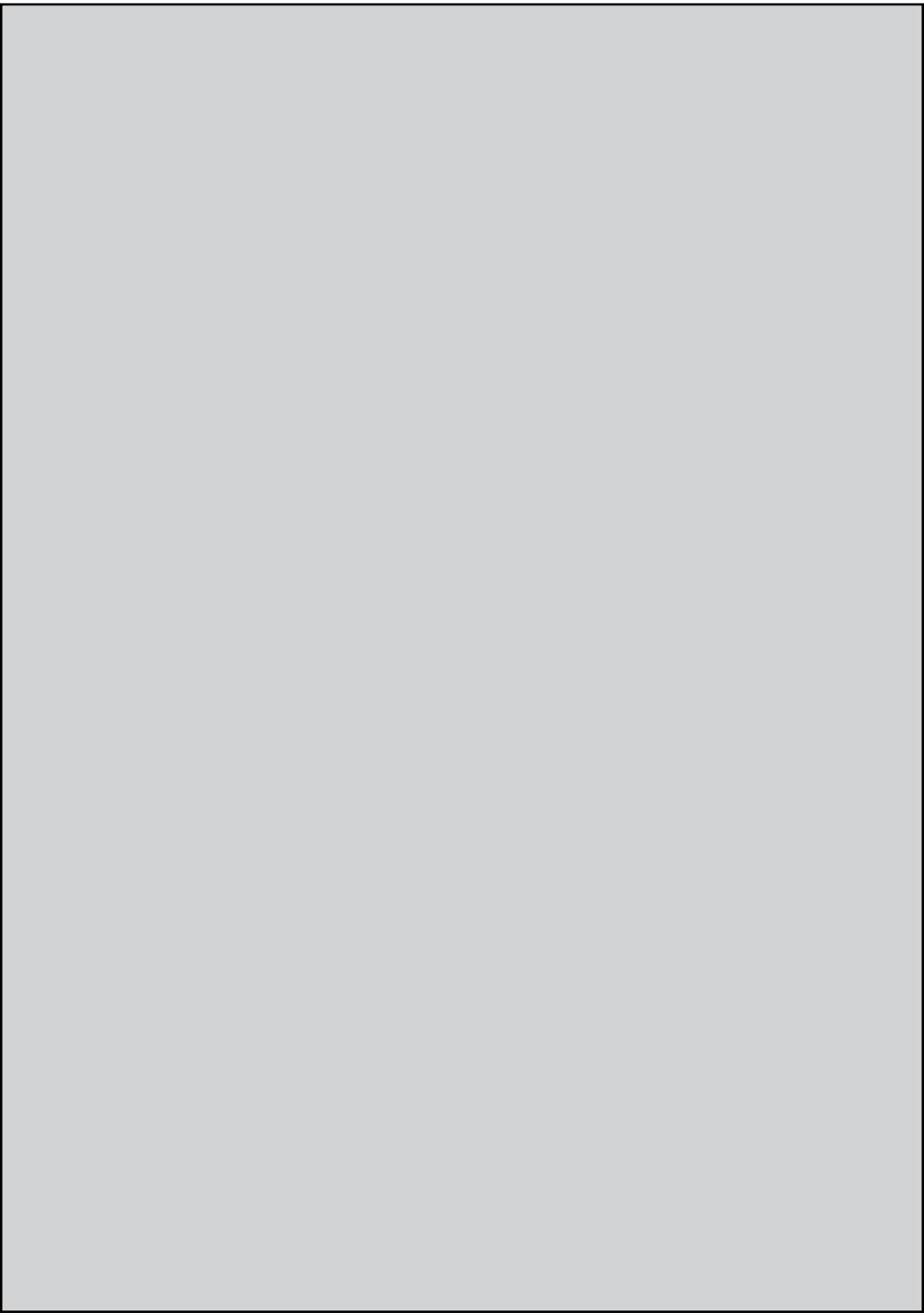
Sobre os organizadores:

Augusto Costa Conceição é médico psiquiatra, professor do Departamento de Psicologia, da Universidade Federal da Bahia, Mestre em Saúde Coletiva, Presidente da Associação Brasileira de Etnopsiquiatria - Regional Bahia.

Gabriel Cedraz Nery é médico psiquiatra, Assessor da Diretoria Executiva do Hospital São Rafael, ex-Presidente da Associação Psiquiátrica da Bahia.

Solange Rubim de Pinho é médica psiquiatra, professora de Psiquiatria da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal da Bahia.

Este livro foi publicado
no formato 140 x 200 mm
miolo em papel 75 g/m²
tiragem 400 exemplares
Impresso no Setor de Reprografia da EDUFBA
Impressão de capa e acabamento:
ESB



Numa época em que a Psiquiatria se esgarça, dilacerada por forças centrífugas, ao ponto de só encontrarmos, na feliz expressão de Miguel Roberto Jorge, psiquiatras adjetivados – psiquiatras biológicos, psiquiatras dinâmicos, psiquiatras alternativos etc – o que Rubim de Pinho exerceu, com maestria, foi a arte do consenso. Consenso que permitia operacionalizar a Saúde Mental, cuidando da *illness* e da *disease*, da doença e do doente; pensando doença e doente no contexto do ser humano, que os transcende a ambos; e encarando a este, como queria Ortega, em suas circunstâncias, que incluem o histórico, o social, o econômico e o cultural.

O MESTRE

