

O ANTROPÓLOGO E O PSIQUIATRA FACE ÀS
MEDICINAS TRADICIONAIS: Relato de
uma experiência*

Emmanuelle Kadya Tall

INTRODUÇÃO

Quando cheguei pela primeira vez a Cotonou para estabelecer as modalidades da minha colaboração com o Departamento de Psicologia Médica e de Psiquiatria da Universidade Nacional do Benin, eu estava longe de suspeitar que este trabalho necessitaria de um grande investimento pessoal no seio da equipe médica e universitária que me acolhia. Este investimento, com ares de militância, me fez frequentemente passar por uma profissional de saúde aos olhos dos doentes e de certas pessoas das instituições médicas nas quais me inseri. Com frequência, cheguei a ter direito a um "meu bom Doutor", à guisa de saudação. Esta confusão de papéis, à qual acabei por habituar-me, me obrigava, repetidamente, a explicitar a razão da minha presença nestes lugares (é verdade que minhas questões muitas vezes duplicavam aquelas dos médicos, habituados aos exercícios da psiquiatria transcultural).

Este texto foi originalmente publicado in Cahiers des Sciences Humaines, v. 29, n. 1.1992. ORSTOM. O Conselho Editorial do Caderno CRH agradece a permissão da Autora para a sua publicação em português.
Pesquisadora do ORSTOM - Institut Français de Recherche Scientifique pour le Développement en Coopération.

Caderno CRH, n. 16, p. 97-111, jan/jun, 1992.

Com meu interlocutor psiquiatra, decidimos centrar nossa pesquisa nos recursos terapêuticos tradicionais e modernos na região Sul do Benin. Entre os recursos não-biomédicos, privilegiávamos o estudo do "Cristianismo Celeste" - igreja sincrética em pleno surto - e do vodum Dan - divindade do arco-íris, simbolizada por uma serpente - a quem é atribuído um certo número de perturbações mentais. O interesse psiquiátrico por essas duas instituições terapêuticas dizia respeito à questão da histeria nas sociedades africanas, onde a maior parte dos trabalhos de etnopsiquiatria apontava sobretudo para os "Culture Bound Syndromes"² e para as neuroses de aculturação, muito embora a questão do transe de possessão estivesse de há muito colocada. Seria a histeria - perceptível entre os adeptos dos cultos e das novas religiões - uma produção interna a essas instituições, onde a reiteração das crises desenvolveria a personalidade histérica do indivíduo? Ou era um modo de expressão controlada e limitada, no espaço e no tempo, aos rituais de possessão? Esta curiosidade dos psiquiatras beninenses para com o culto Dan e a igreja do Cristianismo Celeste não se reduzia ao fenômeno do transe; ela incluía uma interrogação sociológica sobre o lugar e o papel dessas instituições na sociedade do Sul do Benin. Para o antropólogo, a escolha dessas instituições permitiria um vislumbre da dinâmica da sociedade beninense de hoje, através dos diferentes recursos terapêuticos. Minha colaboração com técnicos parecia-me um trunfo maior para trabalhar sobre práticas concretas e não sobre sistemas teóricos a serem reconstruídos. Para os médicos, o confronto com um pesquisador das Ciências Sociais devia ajudá-los a encontrar os instrumentos metodológicos e teóricos de uma nova prática psiquiátrica no Benin. Fortemente influenciados por Henri Collomb e sua escola de psiquiatria de Dakar-Fann, os psiquiatras beninenses têm uma visão muito culturalista da doença mental: divididos entre um saber biomédico ocidental, que eles criticam por não levar em conta as variantes culturais próprias a cada região do mundo, e um conhecimento popular das terapias locais que eles queriam legitimar, os psiquiatras beninenses agrupam-se, ainda, em dois tipos de crenças: a crença num saber científico positivista médico e a crença num saber mágico dos anciãos - saber ao qual eles buscavam conferir uma certa fundamentação científica. De partida, recusei focalizar meu trabalho sobre o debate já clássico entre saber "positivista" e saber "mágico". Temia ver-me premiada a

1 O professor René Gualbert Ahyi, Diretor do Departamento de Psicologia e de Psiquiatria da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Nacional do Benin, e Médico-chefe do Centro de Neuropsiquiatria até o início de 1989.

2 "Síndrome das fronteiras culturais".

exercer um papel de juiz"³, tendo que confirmar ou negar eficácia de tal ou qual prática terapêutica! Na África, a importante questão da eficácia tende a estar freqüentemente inserida num quadro político de legitimação.

A PLURIDISCIPLINARIDADE, OU ATÉ ONDE O ANTROPÓLOGO DEVE COLABORAR ?

Durante os quatro anos que passei no Benin, consagrei a metade do meu tempo ao estudo e à observação participante da instituição psiquiátrica em Cotonou. Nutrindo uma certa desconfiança com relação a este modo de investigação, optei pelo mesmo quando me convenci de que era o meio mais rápido para chegar a um mínimo de integração no seio da equipe que me acolhera. Presente a algumas consultas hospitalares, participei das reuniões matinais das quintas-feiras, que aconteceram durante os dois primeiros anos no Centro de Neuropsiquiatria de Jacquot. Estas reuniões semanais eram consagradas à apresentação de um doente e à discussão coletiva sobre o seu caso, seguida de uma assembléia institucional que agrupava o conjunto do pessoal, dos doentes e seus acompanhantes, sob um alpendre, à imagem do pinc dakarense. Minha presença entre os médicos, os estudantes, os enfermeiros e os doentes parecia mal entendida por alguns: quem seria eu senão um agente das forças imperialistas, vindo para explorar a força vital e as experiências dos beninenses, de modo a tirar disso um imenso lucro, através de uma tese que se tornaria um "best seller"? ou, por outra, uma cooperante incapaz que seu governo tinha mandado para o Benin como forma de castigo? Por isso, rapidamente me apercebi de que deveria agir, dando provas de minha competência. Essa percepção paranóica sobre uma estrangeira⁴ era o sinal do mal-estar que reinava na equipe, como pude perceber ao longo da pesquisa que conduzi sobre o funcionamento do Centro de Neuropsiquiatria de Jacquot.

- 3 A institucionalização de alguns curandeiros consagrados pelo povo e pelas instâncias político-administrativas iniciou-se no Benin durante, a Revolução, nos anos oitenta.
- 4 Da qual eu não era a primeira vítima e que não estava ligada, pois, à minha própria pessoa.

O CENTRO DE NEUROPSIQUIATRIA DE JACQUOT⁵

Situado na periferia oeste da cidade, próximo à beira-mar, o Centro de Neuropsiquiatria é chamado familiarmente Jacquot, nome do bairro em que se localiza. Antiga fazenda privada, anexada em 1932 pelas autoridades territoriais na época da construção do aeroporto, foi transformada em isolamento para recolher os doentes de varíola entre anos 1943 e 45. Abandonada durante vários anos, tornou-se um asilo para doentes mentais em 1948. Até 1979, o Centro de Jacquot dispunha de um orçamento equivalente a 28 centimes⁶ por doente e por dia, e de um pessoal mínimo. Estrutura asilar no sentido pleno do termo, Jacquot - chamado, na época, "o parque dos loucos" - abrigava, em grande maioria, doentes crônicos abandonados por suas famílias - que vinham, às vezes, às ocultas, à noite, jogá-los por cima do muro dentro do asilo.

O retorno ao país no final de 1979 de três psiquiatras formados no estrangeiro - dois dos quais na escola de Dakar-Fann - alteraria radicalmente esta situação. Para os psiquiatras, a criação do Departamento de Psicologia Médica e de Psiquiatria na Faculdade de Ciências da Saúde permite romper o isolamento dos doentes e ampliar o pessoal, graças à associação estreita, do mundo universitário e do mundo hospitalar. Além disso, a utilização dos meios radiofônicos permite mobilizar a opinião pública e encontrar fundos para a reabilitação do lugar: destruição das celas e sua substituição por quartos para três ou quatro pessoas; construção de uma cozinha no local - anteriormente as refeições eram preparadas numa outra extremidade da cidade e transportadas a Jacquot, uma vez por dia, por uma caminhonete vetusta; preparação de uma parte do terreno para cultivo de gêneros alimentícios, o que produz, ademais, ganhos monetários; e abertura de uma lanchonete no recinto de Jacquot, à qual os doentes tinham livre acesso. O atendimento terapêutico inspira-se nos métodos adotados em Dakar-Fann: cada novo doente deve ser necessariamente acompanhado por uma pessoa durante toda sua permanência no hospital. O acompanhante seria o elo de ligação entre a família e o mundo de referência do doente, por um lado, e o mundo médico, por outro. Ao instaurar a presença de um acompanhante, os psiquiatras querem conservar o espírito de solidariedade, habitual na África em face da doença. A permanência crônica dos doentes mentais no hospital provém, em boa parte, do desinteresse do meio familiar. A livre circulação dos doentes, a instauração do sistema de acompanhantes, o desenvolvimento de atividades ergoterapêuticas (jardinagem, pequeno comércio e cantina) e recreativas (animação de reuniões semanais por uma orquestra de músicos e cantores) transformaram "o parque dos

5 Para mais detalhes, ver E.K.Tall e R.G.Ahyi (1988-89).

6 Aproximadamente 0,05 US\$ dólares americanos.

loucos" num hospício, onde a qualidade do conforto moral vem compensando a mediocridade do conforto do alojamento.

Mas, em 1987, o ardor das transformações de 1979 de há muito já se atenuara e a criatividade dos primeiros tempos cederá lugar à rotina cotidiana. A reunião institucional das manhãs de quintas, cujo princípio é debater todos os problemas internos à instituição, torna-se uma tarefa enfadonha para o conjunto da população de Jacquot. A comunicação entre uns e outros deixara de se fazer e, não fossem as brincadeiras de uma maníaco-depressiva, verdadeiro pilar da instituição (na medida em que conheceu todas as transformações do Centro nos últimos vinte anos), o mal-estar seria tão forte que tornaria intolerável assistir a este rito, já destituído de sentido.

Uma pesquisa conduzida junto à população que vivia ou trabalhava em Jacquot nos permitiu identificar os problemas paralisantes das atividades do Centro.

A bancarrota do Estado beninense - que levava a que, há vários anos, o orçamento do Centro fosse apenas nominal - serviria de pretexto a uma reflexão coletiva sobre o futuro de Jacquot. Mas, os problemas econômicos mascaram problemas internos mais profundos, de ordem hierárquica e de estatuto. Os enfermeiros dedicados à causa psiquiátrica reclamam, há muitos anos, o reconhecimento oficial de sua competência e a possibilidade de adquirir uma formação especializada em psiquiatria a fim de obter uma melhor remuneração. Essa reivindicação, estatutária e salarial, é tanto mais viva que os enfermeiros defrontam-se cotidianamente com os estudantes de medicina, a quem um diploma será entregue.

O conflito latente entre os enfermeiros e os estudantes com especialização em psiquiatria é recíproco. Os estudantes queixam-se do desprezo dos enfermeiros com respeito às receitas que eles prescrevem para os doentes, ou seja: os enfermeiros negam aos estudantes em psiquiatria uma competência que eles julgam inferior à sua. Quando solicitados para justificar seus atos, refugiam-se, de forma falaciosa⁷, na legislação administrativa, segundo a qual eles são plenamente responsáveis pelos doentes a que atendem, o que lhes daria autoridade para recusar as prescrições estabelecidas pelos estudantes, que não estão submetidos à mesma administração que gerencia os enfermeiros.

A administração hospitalar é ligada ao Ministério da Saúde Pública enquanto que a administração universitária depende do Ministério da

7 Os estudantes e os enfermeiros estão diretamente subordinados ao médico-chefe, que autoriza os estudantes a prescrever receitas.

Educação Média e Superior⁸. Essas duas instituições paralelas juntam-se, em Jacquot, na pessoa do seu médico-chefe e seus auxiliares, que também ensinam na Universidade. Fazendo de Jacquot um local de estágio para os estudantes, os universitários tentam atenuar a indigência dos serviços públicos em matéria de pessoal médico e de estruturas educativas. O médico-chefe de Jacquot sente-se, ele próprio, vítima da administração. Com efeito, algum tempo após a reforma psiquiátrica de 1979, o Ministério impôs um diretor administrativo, o que pode parecer normal numa sociedade onde cabe ao Estado comandar as transformações de uma instituição; entretanto, isto foi vivenciado em Jacquot como uma vontade de controlar e de capitalizar as reformas realizadas sem sua ajuda.

É certo que a cronicização dos doentes mentais nas instituições de cura coloca em questão a psiquiatria em todas as suas latitudes; mas na África ela atinge uma amplitude que se explica pelo lugar que ocupa a psiquiatria na multiplicidade dos recursos terapêuticos: muitas vezes, o psiquiatra surge como o ponto final de uma procura terapêutica, quando o conjunto do corpo social que cuida do doente está social e economicamente esgotado. Entregando-o a uma instituição psiquiátrica, o grupo aceita o fracasso e a morte social do indivíduo hospitalizado. As visitas tornam-se esparsas, a contribuição às necessidades em medicamentos é mais e mais precária e, aos poucos, o doente transita para a permanência crônica, sem que se possa determinar exatamente o momento em que se produziu a passagem de doente agudo a doente crônico.

As dificuldades econômicas manifestas em 1987 ocasionaram um surto de revolta do psiquiatra, então médico-chefe de Jacquot, que decidiu colocar as famílias e o Estado diante de suas responsabilidades. As primeiras manifestações desse processo foram a procura das famílias dos doentes crônicos estabilizados e a exigência de uma participação financeira das autoridades político-administrativas no atendimento aos doentes capturados pela polícia na via pública. Num segundo momento, busca novas estruturas de atendimento aos doentes, permitindo a hospitalização durante o dia e a consulta nos bairros. A criação de postos de saúde chamados "Solidariedade" seria o meio de familiarizar o público com a ação, retirando o psiquiatra dos lugares demasiadamente especializados onde se encerrava para o exercício de suas atividades. Embora os problemas de estatuto do pessoal ainda não estivessem resolvidos - cabe ao Estado resolver-lhes, mas em 1987, o Fundo Monetário Internacional já exigia do Benin uma redução do efetivo de fun-

8 Desde o governo de transição, todos os ministérios relacionados à educação foram reagrupados em um único, desde então denominado Ministério da Educação.

cionários - a privatização dos locais de atendimento dos doentes permitiria também a contratação de médicos e de enfermeiros diplomados que o Estado não podia absorver.

A COLABORAÇÃO COM OS TERAPEUTAS PRÁTICO-TRADICIONAIS*

Malgrado os choques entre psiquiatras e terapeutas prático-tradicionais, produzidos regularmente na instituição (choques de origem sócio-política antes que de ordem ética), os dois curandeiros de Jacquot são funcionários do Ministério da Saúde Pública e obtiveram esse estatuto graças aos apoios políticos do antigo regime marxista-leninista.

A colaboração psiquiatra/terapeuta prático-tradicional parece ser uma necessidade para os médicos, carentes, em seu trabalho, de medicamentos psicotrópicos e de estruturas adequadas. Além do aspecto psicoterapêutico da sua confiança nas curas locais, os psiquiatras interessam-se, também, pelos princípios ativos de certas plantas. Apesar de uma certa idealização do poder destas - tão em moda em tempos recentes - atribui-se às plantas efeitos secundários menos nocivos que aqueles dos medicamentos psicotrópicos. Mas, o seu trunfo maior reside no aspecto econômico do tratamento fitoterapêutico. Os temas da auto-suficiência (produção local de medicamentos), da autodeterminação (criação de estruturas de cura adaptadas à demanda local), e da "Saúde para Todos no Ano 2.000" são percebidos como de tamanha urgência que, muito embora o médico desconfie do prático-tradicional, o faz menos pela descrença no saber deste último, que pela desconfiança na aplicação que se faz da medicina prática tradicional. O engodo positivista lhe permite imaginar a possibilidade de um emprego racional das crenças e dos saberes tradicionais.

RELATO DE UMA AVENTURA NA CASA DE UM FITOTERAPEUTA

O encontro com um curandeiro, especialista em distúrbios mentais, testemunha essa vontade de colaboração do psiquiatra com os terapeutas locais. Foi através dos parentes de doentes toxicômanos internados em Jacquot que ele logrou reconhecimento. Esta colaboração devia idealmente se manifestar pela troca de doentes, em caso de fracasso de uma ou outra parte. Desse modo, o psiquiatra já pensava em se livrar de todos os toxicômanos que lhe tomaram difícil a vida em Jacquot. Às trocas dos primeiros tempos, devia suceder-se um período de

Traduziu-se por terapeutas prático-tradicionais a noção de "tradipraticiens", e por "curandeiro" a palavra "guérrisseur", usadas distintamente pela Autora no texto original (N.T.).

estreita colaboração onde cada um fazia estágios na instituição do parceiro interlocutor. Anteriormente, uma investigação antropológica devia verificar o que justificava a fama do terapeuta, ou pelo menos fazer-se a intérprete das duas culturas.

Próximo aos oitenta anos, nosso curandeiro é um ancião vigoroso e brincalhão. Membro do grupo *holli*, sociedade de antigos caçadores, agora agricultores, ligada ao grupo *yoruba*, esse terapeuta instalou-se, há mais de cinquenta anos, a alguns quilômetros da morada paternal. Ali vive com quatorze de suas esposas e sua prole. Também casado na Nigéria, para onde vai freqüentemente, esse terapeuta exerce uma parte de seu poder distribuindo esposas. Extraíndo-as do grupo constituído por suas pacientes, ele instala as doentes mentais "melhoradas" com seus aprendizes, constituindo, assim, uma clientela de fiéis que lhe devem tudo. Esta acumulação e redistribuição de mulheres lhe permite adquirir uma mão-de-obra gratuita para cultivar suas terras. Seus numerosos filhos são dispensados das tarefas agrícolas e participam dos cuidados aos doentes mentais, a quem eles distribuem poções e remédios. As esposas encarregam-se da preparação das refeições dos doentes carentes de acompanhantes.

Esse curandeiro define-se antes de tudo como um fitoterapeuta⁹, adepto da divindade *Osanyin*TM. Herdou do pai uma parte do seu saber das plantas - numa cadeia clássica de transmissão linhageira; aprendeu, porém, muitas outras coisas viajando pelo país e pela vizinha Nigéria. Especialista do *Bo* (enfeitiçamento e desenfeitiçamento), que está na origem da maior parte das desordens mentais, esse terapeuta cura os males do ventre, as inchações do corpo, as paralisias dos membros inferiores e superiores, a epilepsia, as feridas rebeldes, a lepra, a impotência e a cegueira - que são os principais signos do *Bo*.

Como fazem muitos especialistas em desordens mentais, nosso interlocutor afirma a preponderância da intervenção dos seres humanos na causação das doenças mentais. Ciúmes, rivalidades de todo tipo, estão na origem da maior parte dos casos tratados. A doença mental, enquanto castigo dos deuses ou como invectiva de uma divindade, é limitada a casos específicos: geralmente quando a família do doente esqueceu uma promessa feita a uma divindade, ou transgrediu uma interdição.

Adepto e sacerdote de *Shango*, esse curandeiro também é adepto de *Omolu* e de *Osumare*; o primeiro, uma divindade da terra - que se

9 *Amawato*, literalmente aquele que faz medicamentos de folhas.

10 *Osanyin*, entidade das folhas medicinais e litúrgicas, é detentora do ase, - poder, vitalidade, força - indispensável aos próprios deuses (Cf. Verger, 1957: 229). Essa divindade é freqüentemente cultuada pelos caçadores, dada a sua proximidade na floresta.

manifesta através de doenças eruptivas, a mais fatal das quais, a varíola; o segundo, divindade do arco-íris, simbolizada por uma serpente que morde a cauda. Essas três divindades marcam sua identidade de linhagem, enquanto que *Osanyin* marca sua identidade social de curandeiro - está, aliás, proibido a outro que não ele próprio ou seus colaboradores, perceber essa divindade, cuja força *ase lhe* permitiu adquirir, sem danos, a multiplicidade de *Bo* que fazem sua fama nacional e regional.

Escolhido por seu pai para *lhe* suceder - não após consulta adivinhatória ou sinal premonitório, mas porque entre seus irmãos ele era o único a preencher os requisitos morais ligados a essa função - o terapeuta ainda não sabe quem viria a *lhe* suceder. Mas não vê urgência em designar seu herdeiro, pois possui um *bo* contra a velhice. Pudemos constatar que alguns de seus filhos são bem menos vigorosos que ele!

Sua aldeia terapêutica organiza-se como uma empresa familiar: um filho primogênito residente na aldeia funciona como secretário, por haver freqüentado a escola primária até à quarta série. Ele mantém de maneira mais ou menos regular o caderno de entradas e saídas de doentes, à semelhança dos cadernos que servem às estatísticas nacionais da Saúde Pública, que se encontram nos postos de saúde. O caderno, iniciado em 1981, recenseia 104 doentes em vários anos e interrompe-se em 1984. O preenchimento do caderno visava a obtenção de uma carteira de curandeiro para o seu pai; quando este a conseguiu, o caderno não teve a seus olhos mais utilidade. Filhos mais jovens e um sobrinho tomam conta da coleta das plantas, da distribuição de medicamentos e da recepção dos doentes quando o responsável está viajando. Aprendizes, eles são simples executantes. Apenas o secretário, que aprendeu o *Fa* com um tio, acompanha seu pai nas viagens e o assiste em alguns procedimentos de diagnóstico, quando a adivinhação pelos búzios revela-se insuficiente. Contudo, os doentes e seus familiares sempre têm a possibilidade de se dirigir ao adivinhador de sua escolha.

Permaneci durante duas estadias na aldeia desse curandeiro. Na primeira, eu acompanhava o psiquiatra num fim de semana. Este última viera colocar ali um paciente toxicômano cujos atos de delinqüência o impediram de permanecer em Jacquot, onde o conjunto do pessoal e dos doentes tinham alcançado o limiar da tolerância a seu respeito (o último ato fora uma agressão violenta contra um enfermeiro de Jacquot que sofreu traumatismo craniano). Após a destruição das celas, e devido à penúria de medicamentos, Jacquot já não dispunha de meios coercitivos para dominar os doentes violentos. Por isso, a alternativa de uma estadia na casa de um terapeuta prático-tradicional havia sido projetada.

Na casa do curandeiro, os doentes em fase aguda de perturbações são presos pelo pé num tronco de árvore cortada e submetidos a uma dieta rigorosa fundada na supressão de todo condimento, olea-

ginoso e proteína. Encerrados como gado, numa floresta de solo desimpedido, os doentes têm por único abrigo a folhagem de árvores que os protege do sol, quando os parentes não constroem um leito em galhos elevados e protegido por um teto de folha. Uma cabaça ou uma velha lata de conserva servem de penico. Presos ao chão pelo tronco da árvore, os doentes têm apenas a possibilidade de sentar-se e estender-se. Afastados uns dos outros cinco a seis metros, são isolados no fundo de leves depressões formadas pela erosão do solo. Vimos uma mulher muito velha, senil, abandonada há mais de um ano pela família, amarrada para evitar suas constantes tentativas de fuga. Parecendo conformada com a prisão, ela nos dedicava sempre uma palavra amável quando passávamos por ela. Os doentes que apresentam melhoras eram alojados numa vasta construção de sopapo, dividida em pequenos boxes como num pensionato. Ali, doentes e acompanhantes dormem e preparam suas refeições. Os doentes "estabilizados" e os recém-chegados são alojados em vários pequenos quartos da aldeia.

Durante essa primeira estadia, apesar do horror e da consternação diante das condições de vida dos doentes agudos, o que mais nos impressionou foi a resignação, às vezes divertida, dos doentes e das famílias, que pareciam achar a situação natural. Um jovem estudante toxicômano, que tinha feito várias estadias em Jacquot e se encontrava preso à beira da floresta, nos interpelou com um discurso sucessivamente sábio e político sobre a necessidade para ele de fumar "ganjá", antes de agradecer-nos a nossa visita, e de pedir-nos para voltar regularmente e conversar com ele, observando que ali onde ele estava, tinha pouca oportunidade de conversar com letrados!

Durante esse fim de semana, assistimos a um ritual de purificação de uma nova paciente. Recém-casada, estava acompanhada de um homem velho, seu marido, preocupado com os sinais de agitação e de dissociação que ela manifestava há algum tempo. O psiquiatra descobriu nela os sinais de uma crise depressiva, mas as entrevistas não permitiram aprofundar o diagnóstico. Algumas semanas depois, reencontrei-a amarrada na floresta reservada aos doentes agudos, com um ar totalmente ausente. Seu marido a tinha deixado ali e vinha, uma vez por semana, para lhe trazer alimentação.

Durante a minha segunda estadia, estava acompanhada por um intérprete e passamos uma semana na aldeia. Ausente a maior parte do tempo, o terapeuta nos entregou a um de seus filhos mais novos, um malandro perfeito, que se comportava incestuosamente com a última e jovem esposa de seu pai, com quem simpatizáramos e que preparava nossa refeição. Estrangeira nesse meio, ela era originária do vale do Ouémé. Depois de um casamento infeliz, desposara em segundas núpcias o terapeuta, através de uma alcoviteira que a iludira com promessas de um grande dote. Casada há dois anos, ela continuava

esperando, em vão, pelo dote que deveria lhe permitir montar um comércio. Por enquanto, preparava e vendia doces de amendoins, que eram regularmente roubados pelos filhos do marido. Era mãe de um adolescente de treze anos e perdera gêmeos num aborto natural. Porque isso era visto como o fim do seu período fecundo, foi renegada pelo primeiro marido e acabou desposando um velho. Nossa hóspede estava magoada pela atitude desenvolta do seu novo marido, que não lhe tinha dado o menor apoio quando do recente falecimento do seu pai. Mais que a ausência do dote, era a ausência física e financeira de nosso hóspede durante os funerais paternos que a afligia. Ela prometia a si mesma deixá-lo quando tivesse, de novo, algumas economias.

OS DOENTES

Entre os trinta e cinco doentes que residem na casa do curandeiro na época de nossa passagem, dezoito estão presos aos troncos de árvore; quatro vivem no edifício de sopapo, quatro outros nos quartos dando para a aldeia, e nove antigos doentes estão instalados na própria aldeia. Este último grupo é constituído de quatro mulheres, que desposaram aprendizes e de cinco homens que cultivam os campos do terapeuta. Entre os doentes acorrentados, oito estão acompanhados de parentes, que cuidam de sua manutenção: uma mulher senil e dois toxicômanos estão alojados entre prováveis psicóticos. Os dez doentes sem acompanhantes estavam nus ou em farrapos. Entre eles, uma jovem mulher grávida de seis meses, que fora provavelmente violentada, por um aprendiz¹¹, pois encontra-se presa há oito meses. Uma velha esposa do curandeiro, ex-paciente, pernetá, com a perna coberta de feridas, é encarregada da alimentação dos doentes sem acompanhantes. Há nesse local vinte mulheres doentes e quinze homens: entre os doentes reclusos na floresta, há dez homens e oito mulheres.

Entre os oito doentes em reestabelecimento, um hemiplégico que readquirira o uso do braço, um leproso, um epilético e uma mulher com chagas abertas acotovelam-se com quatro doentes mentais cujas perturbações agudas cessaram.

A clientela hospitalizada é composta, na maioria, por camponeses que habitam as redondezas. Os demais doentes hospedados na aldeia provêm da Nigéria ou de Porto Novo, onde integravam hierarquias

11 Segundo a jovem esposa do curandeiro, seu marido não sabe nada desse crime, o que tende a provar que ele não anda freqüentemente perto dos doentes acorrentados. Quando nós fizemos uma observação sobre o estado avançado da gravidez desta mulher diante de um filho de nosso hóspede, esse retorquiou-nos que ela não estava grávida, mas "parasitada"!

locais. Nos fins de semana afluem comerciantes, homens de negócio e políticos, que recorrem ao curandeiro em busca de talismãs para neutralizar seus rivais. É essencialmente dessa clientela que nosso hóspede retira a sua renda. Os doentes oriundos do mundo rural nada mais têm que seus braços para retribuir o curandeiro, conquanto o início do tratamento demande sempre uma soma mínima que varia de dez a vinte mil francos CFA¹². O terapeuta explica grande parte das recaídas e da cronicização dos doentes pelo não cumprimento dos rituais de cura. Uma matança simbólica da doença, através do sacrifício de animais, assegura teoricamente uma cura completa. A maior parte dos doentes presos na floresta teve períodos de melhora durante os quais foram alojados na vila. Quando de nossa estadia, o período de reclusão dos doentes variava de algumas semanas a um ano. O terapeuta estimava em quatro meses a duração média da reclusão, mas se recusou a precisar a taxa de recaída que ele imputava à crise econômica, cujos efeitos são sentidos por todos.

Nosso hóspede mostrou-se pouco prolixo sobre suas técnicas de atendimento e cura. Recorrendo à observação e ao confronto de informações convergentes chegamos às conclusões seguintes: o terapeuta vê os doentes na sua chegada ou, se está ausente, algum tempo depois. Ele os recebe no seu quarto, onde está assentada sua divindade *Osanyin*. Uma adivinhação pelos búzios, completada, às vezes, por uma adivinhação *Fa*, efetuada por seu filho, o secretário, lhe permite estabelecer uma etiologia e elaborar um programa de tratamento que passa aos cuidados dos aprendizes. Os doentes que chegam em fase de agitação aguda são primeiramente confinados na floresta, após administração de sedativos potentes¹³. O tratamento dos doentes confinados na floresta é deixado sob inteira responsabilidade dos aprendizes, colocados sob a autoridade do filho mais jovem do curandeiro, cuja mãe é a anciã doente, de uma perna só, que é responsável pela administração. O curandeiro lhe entrega todos os presentes que recebe das famílias dos doentes. Muito autoritária e vingativa, essa mulher impõe um grande temor entre as co-esposas, do qual se aproveita o seu filho único, arrogando-se privilégios que, por não ser primogênito, não lhe seriam permitidos. Seu comportamento de pequeno delinqüente é conhecido de todos, inclusive do seu pai, que se recusa a reprimi-lo com receio da esposa. Esta última pareceu-nos ter todos os atributos de uma feiticeira (velhice, esterilidade ou quase - ela tem apenas um filho - e vigor da linguagem - cada manhã éramos acordados por sua voz estridente!). Os preparativos das festividades-aldeãs por ocasião da saída do convento

12 Equivalente aproximadamente a quarenta ou oitenta U.S. Dólares.

13 Trata-se de plantas que não foram identificadas e que, ingeridas sob forma de decoção, fazem dormir os doentes mais agitados durante dois a três dias.

de quatro novos adeptos da divindade do Trovão não são suficientes para explicar aquele clima de hiperexcitação que reina na casa de nosso hóspede. A estadia ulterior do curandeiro na casa do psiquiatra o conduzirá a dar um diagnóstico de hipomania. Mas, o que nos espanta, de imediato, é a ausência de autoridade que o terapeuta demonstra em relação à sua gente, a insolência dos seus filhos e mulheres, contrastando singularmente com a deferência manifesta por seus clientes. O terapeuta, durante uma visita a Jacquot, no dia de apresentação de um doente, mostraria o mesmo espanto a respeito do psiquiatra. Com efeito, a conversa com um doente e as discussões que se seguem - durante a apresentação do caso na quinta de manhã em Jacquot - me parecem um sinal de complacência e de quebra de autoridade em relação aos doentes. Do mesmo modo, terá dificuldade em entender porque o médico-chefe mandou destruir as celas, ao tempo em que se queixa da violência dos pacientes.

Certos distúrbios mentais exigem uma contenção do doente, e a camisa de força química é uma violência tão terrível quanto a prisão a um tronco de madeira. Mas o que me choca mais na aldeia terapêutica, é menos o uso compulsório da força que a duração deste. Teoricamente prevista para acalmar o doente antes do início dos cuidados, ela substitui pouco a pouco todos os rituais de reabilitação do paciente.

Essa estadia destruiu as poucas ilusões que me restavam sobre os terapeutas prático-tradicionais, especialistas em doenças mentais¹⁴. Assustou-me, sobretudo, pela similitude das posições do terapeuta e dos doentes, no setor psiquiátrico e no setor tradicional no Bénin atual. Com efeito, um e outro atendem, na maioria das vezes, doentes solitários - as famílias apresentam-se somente para deixá-los num lugar ou noutro, lugares que se substituem um ao outro. Quando acompanhados, o são geralmente por uma velha mãe, sobre quem recaem todas as suspeitas de feitiçaria. Em psiquiatria, como na medicina tradicional, o tratamento nunca chega a seu termo - por falta de meios, dizem as famílias: a coesão familiar não é mais um valor na economia de hoje. Os ritos de identificação e de ressocialização, quando acontecem, são cumpridos com parcimônia. Isso obriga o nosso terapeuta, apesar da idade avançada, a espichar as viagens para vender seus talismãs, ainda atrativos aos olhos dos seus clientes.

O psiquiatra e o terapeuta prático-tradicional ocupam as extremidades de uma cadeia em posições sociais frágeis; o segundo tem uma

14 Uma visita à casa de um malam especialista em doenças mentais em uma aldeia fundamentalista no Senegal Oriental já havia me introduzido à violência dos tratamentos não-biomédicos e à exploração dos doentes pelos curandeiros, que ultrapassava em muito o tributo em trabalho, habitualmente exigido nas relações de clientela do doente com seu terapeuta.

autoridade cada vez mais tênue no mundo moderno, enquanto o primeiro detém uma autoridade ainda não assentada. A marginalização de ambos explica, ao nosso ver, o desejo de legitimidade que eles procuram, um no outro. O terapeuta prático-tradicional busca medicalizar sua prática dedicando-se a elaborar uma nosologia que integra os conceitos biomédicos, enquanto que o psiquiatra tenta integrar a pessoa humana num complexo mais vasto que as redes do triângulo edipiano. Reconhecendo a legitimidade das etiologias locais, a psiquiatria beninense aspira tornar-se o lugar terapêutico privilegiado da passagem entre a tradição e a modernidade.

CONCLUSÃO

As posições marginais do terapeuta prático-tradicional e do psiquiatra permitem a expansão de outros terapeutas melhor inseridos na lógica social do cotidiano. As novas igrejas e os novos cultos *vodun* - cujas práticas de cura privilegiam os rituais (oração, exorcismo, sacrifícios) - repõem o indivíduo sofredor num novo conjunto comunitário, fundado numa adesão individual. O terapeuta prático-tradicional clássico, com modelos de referência que tendem a se tornar obsoletos, e o biomédico, com visão muito organicista e psicologizante da pessoa, pouco respondem à expectativa dos seus pacientes. Na casa de um e de outro, procurar-se remédios, que tomam a forma de plantas e de talismãs para o terapeuta prático-tradicional, e de medicamentos bioquímicos para o psiquiatra. O futuro deste último reside na multiplicação das patologias de aculturação - das quais já é reconhecido como especialista, quando se considera os motivos de consulta (fracasso escolar e dificuldades profissionais).

Depois de minha estadia no Benin, ainda não sei se meu trabalho correspondeu realmente à expectativa que se tinha dele. Durante o coquetel de despedida reunindo o conjunto da equipe médica que me havia acolhido, a observação que mais me comoveu se referia ao benefício retirado das minhas intervenções, de aspecto anódino, durante as apresentações de doentes; nelas, eu tentava repor em seu contexto sociológico os discursos e atos de uns e outros. Se o método da observação participante me tinha sido imposto por meu objeto de estudo (a instituição psiquiátrica), os instrumentos de análise eram mesmo os da antropologia clássica. Minha participação - que eu qualifiquei de militante, na introdução deste texto - permitiu integrar-me melhor ao grupo, mas me deixa perplexa quanto ao papel que deve desempenhar o antropólogo no seio de uma instituição. Sucessivamente, motorista (para levar de volta os doentes crônicos "estabilizados" na sua família), psicóloga de grupo (para permitir a verbalização dos conflitos latentes), advogada

do diabo (para dinamizar discussões encerradas num jargão especializado), por várias vezes tive o sentimento de me perder nesses papéis. Felizmente, meus trabalhos de pesquisa em outras frentes me permitiam reencontrar a minha verdadeira natureza de antropóloga!

Incomoda-me o papel de demiurgo que se tende a atribuir ao antropólogo, conseqüente ao reconhecimento (mais ou menos oficial), pelo conjunto dos organismos de desenvolvimento e dos governos locais, do fracasso ou dificuldade de realização de políticas de Saúde Pública nos país em desenvolvimento.

A integração das práticas locais de atendimento às instituições biomédicas e a explicação culturalista dos fracassos que experimentam os centros de saúde primária, fazem parte, a meu ver, de um processo de relegitimação do poder biomédico e do poder político, mais que de um verdadeiro questionamento das hipóteses iniciais que conduziram ao fracasso constatado.

O papel do antropólogo e aquele do psiquiatra, ou de qualquer outro biomédico, não é de oficializar as práticas curativas dos terapeutas locais. Uma tentativa neste sentido é, sem dúvida, o melhor meio de torná-las inoperantes, como o prova a deserção da qual os curandeiros são objeto, quando são integrados às instituições biomédicas. Descrevendo a diversidade das escolhas terapêuticas e dos modelos de referência, e suas lógicas diferentes, o antropólogo incita os políticos da saúde à modéstia.

BIBLIOGRAFIA

TALL, E. K., AHYI, R.G.

1988-89 Le centre de neuro-psychiatrie de Jacquot: un itinéraire ou les difficultés de la mise en place des structures de la Psychiatrie Africaine (l'exemple du Benin), *Psychopathologie Africaine* 1988-1989, XXII, 1:5-20. VERGER, P.

1957 Notes sur le culte des orisa et vodun à Bahia, la Baie de tous les Saints, au Brésil et à l'ancienne Côte des Esclaves en Afrique, IFAN, Dakar.

Texto traduzido por Antônio Oliveira e revisado por Michel Agier.