



Saúde e Sociedade

ISSN: 0104-1290

ISSN: 1984-0470

Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
Associação Paulista de Saúde Pública.

Maluf, Sônia Weidner; Andrade, Ana Paula Müller de
Entre políticas públicas e experiências sociais: impactos da pesquisa
etnográfica no campo da saúde mental e suas múltiplas devoluções¹
Saúde e Sociedade, vol. 26, núm. 1, 2017, Janeiro-Março, pp. 171-182
Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Associação Paulista de Saúde Pública.

DOI: 10.1590/S0104-12902017168331

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263964021>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org



Sistema de Informação Científica Redalyc
Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal
Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

Entre políticas públicas e experiências sociais: impactos da pesquisa etnográfica no campo da saúde mental e suas múltiplas devoluções¹

Between public policies and social experiences: impacts of ethnographical research in the field of mental health and its multiples devolutions

Sônia Weidner Maluf

Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Departamento de Antropologia. Florianópolis, SC, Brasil.

E-mail: soniawmaluf@gmail.com

Ana Paula Müller de Andrade

Universidade Federal de Pelotas. Faculdade de Enfermagem. Pelotas, RS, Brasil.

E-mail: psicopaula@yahoo.com.br

Resumo

O retorno ou devolução da pesquisa etnográfica não é um tema novo na antropologia e pelo menos desde os anos 1990 tem sido foco de análise e debate. A intenção deste artigo é, partindo do princípio de que são muitas as formas possíveis de devolução, retorno ou restituições da pesquisa etnográfica no campo da saúde, discutir o aspecto específico dessa devolução no caso de pesquisa feita no âmbito da atuação do Estado e das políticas públicas, ou seja, em que o campo de pesquisa é o próprio Estado. Os dados analisados advêm de uma pesquisa etnográfica desenvolvida por uma equipe de pesquisadoras/es desde 2006, que tem como foco fazer uma reflexão sobre as intersecções entre gênero, saúde e aflição a partir de uma abordagem do chamado “campo da saúde mental”. O foco da análise aqui apresentada é o contexto da reforma psiquiátrica no Brasil e duas dimensões da pesquisa desenvolvida nesse contexto: uma antropologia das políticas em saúde mental; e uma antropologia nas políticas públicas em saúde mental. As análises desenvolvidas apontam para a importância de confrontar as políticas públicas com as experiências sociais a fim de garantir uma avaliação qualitativa das próprias políticas públicas. Além disso, demonstram que a contribuição da

Correspondência

Sônia Weidner Maluf
Rua Lauro Linhares, 897, apto. 403, Trindade.
Florianópolis, SC, Brasil. CEP 88036-001.

¹ Pesquisa financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e pela Fundação de Apoio à Pesquisa Científica e Tecnológica do Estado de Santa Catarina (Fapesc).

antropologia vai além de instrumentalizar a aplicação dessas políticas, já que auxilia na construção de instrumentos teóricos e etnográficos para se repensar sua lógica interna.

Palavras-chave: Antropologia; Saúde Mental; Políticas Públicas; Metodologia.

Abstract

The theme of return or devolution of research in anthropological research is not recent, and since the 1990s is a focus of analysis and debates. The aim of this article is, recognizing that there are several forms of devolution, return or restitution of ethnographical research in the field of health, to discuss the specificity of this devolution in the case of the research in the sphere of public policies and the State. The data analyzed come from an ethnographic research conducted by a team of researchers since 2006, which focuses on a reflection on the intersections between gender, health, and distress from an approach of the “mental health field”. The context of our approach is the process of Psychiatric Reform in Brazil and two dimensions of the research: an anthropological of the policies of mental health, in their dimensions of gender; and an anthropology in the public policies, as integrant of the politics of deinstitutionalization of mental health in the state of Santa Catarina, Brazil. The analyzes show the importance of confronting public policies with social experiences in order to guarantee a qualitative evaluation of public policies themselves. Moreover, they demonstrate that the contribution of anthropology goes beyond instrumentalizing the application of such policies since it contributes in the construction of theoretical and ethnographic instruments to rethink the internal logic of such policies.

Keywords: Anthropology; Mental Health; Public Policies; Methodology.

Introdução

O tema do retorno ou devolução dos dados e das pesquisas etnográficas aos sujeitos e às comunidades pesquisadas não é novo na antropologia e pelo menos desde os anos 1990 tem sido foco de análise e debate (Flamant, 2005; Interrogations, 2011; Kobelinski, 2008; Vidal, 2011). A intenção deste artigo é, partindo do princípio de que são muitas as formas possíveis de devolução, retorno ou restituições da pesquisa etnográfica no campo da saúde, discutir um aspecto específico ligado à pesquisa feita no âmbito da atuação do Estado e das políticas públicas e de sua devolução para o próprio Estado, a partir da contribuição que podem trazer para a avaliação e/ou elaboração de políticas públicas.

Grande parte das discussões sobre a devolução da pesquisa etnográfica está ligada às formas e aos modos de comunicação desta aos sujeitos pesquisados, por meio da restituição dos dados e dos materiais recolhidos em campo, do retorno das análises – como relatórios, dissertações e teses, publicações –, e dos registros feitos em campo – como imagens, gravações sonoras, registros e fontes digitalizados. Há ainda um debate intenso envolvendo sobretudo os museus de arqueologia e etnologia sobre a restituição de objetos, peças e artefatos arqueológicos e etnológicos. Mas há ainda outra dimensão que diz respeito às devoluções simbólicas, em seu sentido lato, que envolveria a circulação de conceitos, teorias, procedimentos e metodologias.

Cada uma dessas dimensões do retorno da pesquisa se articula com debates mais amplos em torno de metodologia e ética na pesquisa, linguagens da etnografia, relação etnográfica, e mais recentemente questões sobre situação colonial, pós-colonialismo e reparação. Ou seja, a discussão sobre restituição ou retorno da pesquisa nunca é uma discussão por si mesma, mas está articulada a outras dimensões da pesquisa, algumas delas relacionadas à própria viabilidade e possibilidade dessa devolução: seria a linguagem etnográfica traduzível? A cena etnográfica muda na restituição? Quais são as formas e possibilidades de recepção da pesquisa pelos sujeitos pesquisados? Essas não são questões que pretendemos respon-

der, mas servem para mostrar alguns fios dessa discussão. Parece, no entanto, ser consenso entre os autores que têm se debruçado sobre o tema que o retorno da pesquisa não é um acessório ou um anexo da pesquisa, mas faz parte do processo de pesquisa em si, de sua reflexividade e da própria relação etnográfica, que não se esgota na coleta de dados (Flamant, 2005; Interrogations, 2011; Kobelinski, 2008; Vidal, 2011).

Na abordagem que propomos neste artigo, sugerimos que essa multiplicidade de modos de devolução da pesquisa possa ser reunida em uma perspectiva comum, que é a discussão sobre a circulação do conhecimento antropológico, sobre os impactos sociais da pesquisa e sobre a questão mais geral acerca do que pode a antropologia. Se a antropologia se alimenta do campo, em uma relação eventualmente pensada como de mão única, colocar o problema dos modos de restituição é já engajar-se no projeto de uma antropologia preocupada com a circulação do conhecimento, com seus impactos e seus efeitos; é engajar-se no projeto de uma antropologia implicada.

As reflexões expostas aqui emergem de pesquisa desenvolvida na zona de confluência entre as práticas e ações do Estado e as dos sujeitos sociais, e estão ligadas aos retornos possíveis de uma etnografia do Estado e das políticas públicas, tomadas como práticas sociais. No caso desta análise, focada sobre a etnografia do Estado, a devolução é discutida tendo como contexto as instituições e os espaços de elaboração, realização e avaliação de políticas públicas. Duas dimensões da pesquisa etnográfica desenvolvida no contexto das políticas de saúde mental no Brasil são levadas em consideração: uma antropologia das políticas em saúde mental nas suas dimensões de gênero, ou mais especificamente os modos como as políticas de saúde mental são endereçadas às mulheres (seja nos próprios planos de saúde mental, seja nos programas de saúde da mulher e seus desdobramentos); e uma antropologia nas políticas públicas em saúde mental, a partir de uma experiência como pesquisadoras integrantes do processo de desinstitucionalização da saúde mental no estado de Santa Catarina.

Etnografia no contexto da reforma psiquiátrica: uma cartografia complexa

A pesquisa desenvolvida desde 2006, envolvendo uma equipe extensa de pesquisadoras/es e estudantes de graduação e pós-graduação, tem se desenrolado em diferentes sítios e planos etnográficos². Um desses planos envolveu pesquisa feita em diferentes bairros populares da cidade de Florianópolis e arredores, privilegiando as narrativas de mulheres em torno de suas experiências diretas ou indiretas com processos de diagnóstico e tratamento de transtorno psiquiátrico pela rede pública de saúde. Privilegiou também os relatos e experiências de profissionais que atuam nos serviços públicos de saúde, como agentes comunitários de saúde, enfermeiras/os, médicas/os, farmacêuticas/os, no caso dos dispensários públicos de medicamentos. O espaço de pesquisa também variou entre espaços do bairro, a rua, o bar, a casa das pessoas, centro comunitário, transporte e unidades básicas de saúde.

Outro plano foi o de análise de documentos referentes às políticas públicas de saúde mental: Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001); documentos de avaliação do Ministério da Saúde; documentos e protocolos específicos; planos e programas de saúde mental etc. Também na dimensão da elaboração das políticas públicas, participamos de fóruns de discussão e decisão, como conferências municipais e estaduais de saúde mental e, de forma sistemática desde 2006, do Grupo de Trabalho de Desinstitucionalização da Saúde Mental no estado de Santa Catarina, criado pela Secretaria Estadual da Saúde para avaliar o processo de aplicação da Lei da Reforma Psiquiátrica e das políticas nacionais de saúde mental em Santa Catarina. Cabe ressaltar o caráter coletivo da pesquisa e o fato de o projeto mais abrangente ter se desdobrado em projetos mais específicos que resultaram em trabalhos de conclusão de curso de graduação, relatórios de iniciação científica, dissertações de mestrado, teses de doutorado e diversas publicações.

2 Aprovada em Comitê de Ética.

Para tornar mais claro nosso argumento, inicialmente situaremos o contexto das políticas recentes de saúde mental no Brasil, descrevendo alguns resultados da pesquisa no que se refere a essas políticas públicas, para depois discutirmos efeitos, impactos, retornos e contribuições possíveis da pesquisa antropológica para as políticas públicas em saúde mental.

A Lei da Reforma Psiquiátrica foi aprovada em 2001 (Brasil, 2001), depois de cerca de 12 anos de tramitação no Congresso e muitos anos de debates no interior dos movimentos ligados à democratização da saúde e à luta antimanicomial (Amarante; Torre, 2010). Ela é resultado de um longo processo em que diferentes compreensões da questão da saúde mental e diferentes comunidades morais (Fassin, 2010) trouxeram perspectivas eventualmente antagônicas para o debate, que acabou tendo como efeito, além da lei, o próprio processo da reforma psiquiátrica no Brasil (Andrade, 2012; Fonseca; Engelman; Perrone, 2007). A lei tem como objetivo central redirecionar a assistência psiquiátrica no país, com a criação de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, envolvendo diferentes programas e dispositivos de cuidado, acolhimento e tratamento dos usuários da rede pública (Brasil, 2004, 2011a).

Foi um processo bastante complexo, cuja análise por si só traz alguns elementos para pensar sobre o que é elaborar uma política pública, sobre o jogo de forças e de alianças entre os diversos atores sociais envolvidos e sobre os desdobramentos dessa política até chegar aos documentos, programas e protocolos e a ação e práticas de sujeitos concretos que falam e agem em nome do Estado (nas unidades de saúde, nas instituições de acolhimento, e em todo e qualquer espaço em que uma política pública se realiza).

Os serviços consolidados pela política nacional de saúde mental preveem a criação de uma ampla e disseminada rede de atendimento, que envolve diferentes dispositivos da atenção pública à saúde, como os centros de atenção psicossocial, os serviços residenciais terapêuticos, os leitos psiquiátricos em hospitais gerais, a rede de atenção psicossocial, entre outros. Entendemos que esses dispositivos visam ao fechamento gradativo dos leitos nos hospitais psiquiátricos até a extinção definitiva desses hospitais.

A aprovação da Lei 10.216/2001 instituiu outro modelo de política pública no campo da saúde men-

tal, em que a internação em hospitais psiquiátricos é vista como recurso extremo. Além disso, por meio de programas como o De Volta para Casa (Brasil, 2007), a política nacional de saúde mental visa a garantir a reinserção social de pacientes de longa internação em hospitais psiquiátricos.

O objetivo, segundo nossa compreensão, seria o de substituir o chamado “modelo asilar” por um modelo de rede psicossocial de atendimento e cuidado, evidenciando um novo modo de governamentalidade no campo da saúde mental, que se desloca da violência institucional e do encarceramento à ideia de emergência de um sujeito que pode viver na cidade.

Por outro lado, e esse foi um dos sentidos da abordagem etnográfica da pesquisa, o fato de termos hoje uma política nacional de saúde mental baseada nos princípios da reforma psiquiátrica não significa que ela seja executada de forma homogênea em todo país. Além do que está previsto na lei e nas diretrizes governamentais, foi preciso levar em consideração os modos como essas diretrizes são realizadas, como os programas e protocolos são aplicados no cotidiano dos serviços, além de reconhecer as diferentes e contraditórias interpretações sobre a política de saúde mental, assim como o que os profissionais da saúde mental no serviço público fazem no cotidiano de seu trabalho.

Há ainda outro fator, não menos importante, que é o contexto mais geral de hegemonia do discurso e das estratégias fármaco-médicas e a disseminação de uma verdadeira cultura da medicalização e da medicamentação. Em relação às políticas públicas, esse contexto se expressa, por exemplo, no que alguns autores identificam como uma ambulatorização crescente do atendimento no campo da saúde mental, estendendo o modelo psiquiátrico e medicamentoso para a atenção básica e para outros espaços de atendimento, tal como apontado por Aguiar (2004). Outros trabalhos apontam para uma importante dimensão do gênero na política pública de saúde mental (Carvalho; Dimenstein, 2004; Maluf; Tornquist, 2010; Zanello; Andrade, 2014), discutindo, por exemplo, o quanto as mulheres de camadas populares e periféricas têm sido alvo dessa dinâmica de psiquiatrização e medicamentação do sofrimento e da vida cotidiana.

Para além do que é previsto como política pública e social no setor, o processo da reforma psiquiátrica

é heterogêneo, desigual e contraditório, estendendo-se em práticas e agenciamentos não previstos e não necessariamente resultados da ação direta do Estado - e mesmo essa ação direta é extremamente heterogênea e desigual (Andrade; Maluf, 2015; Fonseca; Engelman; Perrone, 2007). Assim, para compreender o contexto das políticas de saúde mental no Brasil hoje, além do mapeamento e da análise das políticas, das instituições e das práticas institucionais e de outros dispositivos previstos pela reforma psiquiátrica, bem como as novas formas de governamentalidade nelas refletidas, foi preciso cartografar outra dimensão das políticas públicas, que são as práticas, discursos, relações estabelecidas pelos sujeitos que realizam e efetivam essas políticas no cotidiano.

No caso das políticas de saúde mental, podemos mencionar os profissionais que atuam nos espaços públicos de atendimento, como os centros de saúde, os centros de atenção psicossocial, mas também iniciativas como as atividades realizadas pelas associações de usuários em saúde mental, os movimentos como os da luta antimanicomial, e os outros modos de agenciamentos políticos e/ou terapêuticos não previstos pelas políticas institucionais. Mesmo no interior das instituições, atitudes e ações imprevistas por parte dos profissionais se incorporam às demais medidas instituídas pelos protocolos de atenção. Essas agências imprevistas estão presentes em diferentes dimensões da ação do Estado, dentro ou fora de instituições.

Entendemos que cartografar as políticas públicas é também cartografar esses agenciamentos singulares, e essa abordagem está relacionada à discussão apresentada a seguir sobre o que seria uma etnografia do/no Estado e das/nas políticas públicas, dimensão que define também as especificidades da devolução da pesquisa nesse campo.

Antropologia do/no Estado e das/nas políticas públicas

A abordagem das possíveis devoluções da pesquisa antropológica quando esta é feita no contexto das políticas públicas, com os atores e agentes dessas políticas, requer uma discussão preliminar sobre (1) como estamos abordando teoricamente o Estado e

as políticas públicas e (2) quais são as entradas da antropologia nesse terreno.

Em relação à abordagem do Estado e das políticas públicas, partimos de um diálogo com a perspectiva antropológica de pensar o Estado como campo de ações. Trabalhos clássicos e contemporâneos em torno da antropologia do Estado têm partido do questionamento de sua existência como uma entidade orgânica, um ente substantivo dado, buscando entendê-lo como práticas, ações e discursos que envolvem um conjunto heterogêneo e contraditório de atores ou agentes sociais, com diferentes disposições morais e subjetivas. Para além das leis, dos textos e documentos, o Estado é também o que se produz no plano do que fazem seus agentes, que no lugar de serem apenas executores das políticas públicas são também aqueles que, em suas práticas cotidianas, reinventam a política.

Essa perspectiva dialoga com os debates em torno das biopolíticas contemporâneas e das formas de governamentalidade, a partir de Foucault, para quem, mais do que abordar o Estado como aparelho tal como prevê a ciência política tradicional, é preciso analisar as formas e as técnicas de governar (Foucault, 2008a, 2008b).

A segunda questão, sobre quais são as entradas da antropologia nesse terreno, ou seja, qual é a relação da antropologia com o Estado (e suas ações), é a que propicia uma discussão mais focada nas formas de devolução ou retorno da pesquisa etnográfica nesse campo. Desdobramos essa questão em dois aspectos: o primeiro é o das implicações de uma antropologia **do** Estado e **das** políticas públicas, e o segundo é pensar os aportes e os limites de uma antropologia realizada **no** Estado e **nas** políticas públicas. Ambas as perspectivas ou desdobramentos dessa relação da antropologia com o Estado apresentam modos diferentes de dispor essa reflexão sobre o retorno da pesquisa - e seus impactos sociais.

Em relação à etnografia do Estado e das políticas públicas, o trabalho de pesquisa realizado foi de etnografar e analisar as políticas públicas por meio, de um lado, da leitura atenta dos documentos, e de outro, da observação das práticas e discursos dos profissionais e agentes sociais que lidam cotidianamente e diretamente com as pessoas denominadas usuárias do sistema e dos serviços públicos de saúde.

Para tanto, na pesquisa desenvolvida, foram realizados um levantamento e uma leitura etnográfica dos documentos, em que foram mapeados os esquemas conceituais e as temáticas presentes, as hierarquias e lógicas discursivas, o léxico empregado, as estratégias de ação pensadas, e os modos de enunciação e de endereçamento a seus públicos. Em relação aos agentes e profissionais que atuam nos serviços públicos, foram feitas inserções etnográficas em bairros e espaços de atendimento.

As dimensões de gênero nas políticas de saúde mental

A pesquisa de campo realizada permitiu algumas constatações referentes à dimensão de gênero nas políticas de saúde mental, das quais salientamos abaixo aquelas que nos ajudam a refletir sobre uma antropologia do/no Estado e das/nas políticas públicas.

A primeira delas diz respeito ao fato de que, do ponto de vista de uma abordagem das relações de gênero, predomina nos documentos e na aplicação dessas políticas uma abordagem de caráter mais fisicalista da saúde mental das mulheres, baseada na noção de ciclo de vida. Além disso, a pesquisa de campo constatou uma medicalização excessiva das mulheres no que concerne à saúde mental na rede pública. Essa é também uma constatação do Ministério da Saúde, expressa no Relatório de Gestão 2007-2010 (Brasil, 2011a), que reconhece o aumento do consumo de benzodiazepínicos, anorexígenos, anfetaminas e antidepressivos entre as mulheres.

A definição da especificidade das mulheres no campo da saúde mental a partir de seu ciclo de vida e da hipermedicamentação (que se articula também com o aumento dos diagnósticos) traz alguns enunciados importantes para compreendermos a ambivalência das políticas sociais contemporâneas, não apenas em relação às políticas públicas em saúde mental e saúde da mulher, mas em outros campos das políticas sociais, tanto em relação à saúde de modo geral quanto em relação às ações e políticas voltadas para populações específicas. Esses enunciados estão ligados à redução das aflições e do sofrimento a sua dimensão biológica; à redução da especificidade feminina a um corpo biológico

essencializado, pela noção de ciclo biológico das mulheres, ou seja, o seu ciclo reprodutivo, já que essas diferentes etapas traçadas no ciclo de vida são as etapas que constituem essa carreira reprodutiva.

A pesquisa feita nos documentos governamentais e com agentes e profissionais de atenção básica à saúde apontou questões sobre as políticas de saúde mental, sobretudo no que diz respeito ao atendimento básico e público, entre elas: 1) a necessidade de uma avaliação crítica das práticas institucionais que reforçam ou reproduzem a desigualdade de gênero; 2) a constatação de uma realidade de hipermedicalização e hipermedicamentação das mulheres com psicofármacos; 3) a confusão entre democratização e universalização do acesso à saúde e a distribuição de medicamentos, o que implicaria em pensar uma política terapêutica (e psicoterapêutica) menos medicamentosa; 4) a necessidade de se oferecer outros tratamentos além do medicamentoso; 5) a necessidade de se repensar os modelos de cuidado e atendimento nas políticas de saúde da mulher de modo mais amplo; 6) a ruptura com o modelo de saúde da mulher assentado na visão biologicista-fisicalista do ciclo de vida como determinante de sua suposta vulnerabilidade a questões de saúde mental; e 7) o reconhecimento de outros saberes e modos de lidar com a aflição e o sofrimento para além do paradigma biomédico ou psicologizante.

Essas conclusões mostram a importância de pesquisas qualitativas e de cunho etnográfico em torno das políticas públicas. A abordagem dessas políticas não apenas no que diz respeito ao que preveem os documentos mas também em relação à sua concretização por agentes e profissionais que atuam em nome do Estado, confrontada com uma etnografia das experiências sociais de sujeitos concretos, alvos dessas políticas, dá visibilidade a dimensões que de outro modo não seriam percebidas, permitindo uma reflexão crítica sobre essas políticas e uma avaliação sobre seus sentidos, sua eficácia e seus efeitos.

No entanto, o paradigma metodológico que sustenta a elaboração das políticas na área da saúde, e especificamente da saúde mental, não é a pesquisa qualitativa e etnográfica, mas a pesquisa epidemiológica, de caráter quantitativo e estatístico

- e essa é uma das dificuldades da devolução ou dos efeitos que a pesquisa etnográfica pode provocar no Estado e suas políticas: como transformar os dados qualitativos relevantes para serem levados em consideração?

A pesquisa antropológica e a pesquisa qualitativa e de cunho etnográfico têm demonstrado que outras políticas da vida vêm sendo exercidas por sujeitos reais em suas vidas e experiências cotidianas. Por isso, cabe perguntar a esses sujeitos o quanto o reconhecimento dessas políticas, saberes e práticas, assim como a especificidade com que vivem a aflição, o sofrimento ou o adoecimento, pode contribuir para que se repense a dinâmica de funcionamento das instituições e dos dispositivos do Estado no campo das políticas públicas, do reconhecimento e dos direitos. Esses são alguns pontos trazidos pela nossa etnografia das políticas no campo da saúde mental.

Antropologia no Estado

Outra dimensão da relação da antropologia com o Estado e com as políticas públicas se dá de uma perspectiva interna, ou seja, trata da antropologia *no* Estado e *nas* políticas públicas. São vários os trabalhos que têm problematizado essa questão, muitos deles focados nos laudos técnicos que antropólogos fazem sob demanda judicial ou de populações e comunidades em busca de direitos (Leite, 2005; Oliveira; Mura; Silva, 2015). Mas não só. Nos últimos anos têm crescido a participação de antropólogos em órgãos estatais, como o Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (Incra), o Ministério Público, a Fundação Nacional da Saúde (Funasa) etc.³

Uma particularidade da devolução da pesquisa antropológica feita no interior das políticas públicas é que esta não se faz num momento posterior, mas integra a própria *démarche* antropológica nessa situação.

No caso da nossa pesquisa, a experiência de participação no Grupo de Trabalho de Desinstitucionalização da Saúde Mental em Santa Catarina tem sido instigante sob vários aspectos. Esse Grupo de Trabalho, doravante denominado GT, foi criado

pela coordenação de Saúde Mental da Secretaria de Saúde de Santa Catarina em 2006 com o objetivo de avaliar e estabelecer estratégias para a implementação da reforma psiquiátrica no estado.

O GT de Desinstitucionalização passou por diversas fases desde sua criação, com mudanças em sua composição e na própria relação com a Secretaria de Saúde, além de momentos de inatividade e outros de retomada de atividades. Em 2014-2015 ele foi retomado com uma composição mais ampla que em seus momentos iniciais, com a participação de conselhos e associações profissionais, professores, pesquisadores e estudantes universitários, representantes dos governos municipal e estadual, dirigentes e profissionais que atuavam nos serviços de saúde mental, e ativistas do campo da saúde mental, incluindo os movimentos antimanicomiais. A rica trajetória do GT merece uma análise de mais fôlego. Neste artigo, nos deteremos em seus momentos iniciais e nas expectativas em torno das contribuições e participação de antropólogos/os e estudantes de antropologia no GT.

No momento da criação do GT em 2006, o estado de Santa Catarina ainda estava bastante retardatário em relação a outros estados na implementação dos dispositivos de atenção psicossocial substitutivos aos hospitais psiquiátricos. A Rede de Atenção Psicossocial (Raps), tal como proposta na Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (Brasil, 2011b), vinha sendo construída a passos lentos. Assim, a primeira medida encaminhada pelo GT seria a realização do Censo dos Moradores em Instituições Psiquiátricas do estado de Santa Catarina, no entanto esse censo acabou não sendo realizado como o planejado inicialmente, como relataremos mais adiante.

Os censos da população interna em instituições psiquiátricas são dispositivos importantes do processo da reforma psiquiátrica no país, pois permitem um (re)conhecimento da população interna, seu perfil, e informações relevantes para o estabelecimento de políticas de desospitalização e reintegração social dos pacientes internados (Barros; Bichaff, 2008; Barros et al., 2014; Diniz, 2013; Tenório, 1999). O primeiro Censo de População de In-

3 Sobre a atuação de antropólogos em políticas de saúde indígena, ver Ferreira, 2013.

ternos de hospitais psiquiátricos foi feito na cidade do Rio de Janeiro e acabou servindo de modelo para outros censos (Tenório, 1999). Em sua metodologia, além dos dados socioeconômicos, clínicos, qualidade do serviço oferecido, entre outras informações, esse censo incluiu uma dimensão qualitativa e etnográfica, por meio de diários de campo feitos pelos pesquisadores sobre o próprio processo de pesquisa, que foram fundamentais para o relatório qualitativo de cada uma das instituições recenseadas (foram vinte ao todo). O Censo do Rio de Janeiro (Tenório, 1999) foi uma referência importante na elaboração inicial do projeto de censo a ser realizado pelo GT de Santa Catarina.

Participavam do GT nesse momento inicial profissionais de diversas áreas, entre psicólogos, assistentes sociais, psiquiatras, antropóloga e, pouco depois, uma doutoranda em ciências humanas. Desde o princípio, explicitamos que nossa participação como pesquisadoras tinha uma dupla missão: de um lado engajar-se nas atividades do GT e no próprio processo de implementação da reforma psiquiátrica no estado, e de outro lado realizar uma pesquisa sobre o próprio processo, ou seja, etnografar as atividades do GT e o processo da reforma psiquiátrica.

No pré-projeto do Censo (Santa Catarina, 2006), cujo objetivo seria o de conhecer para poder receber a população egressa de instituições psiquiátricas de longa permanência, a inexistência dos Serviços Residenciais Terapêuticos era apontada como o principal impedimento para a reintegração social dessas pessoas. O pré-projeto previa uma metodologia que envolvia três dimensões (também presentes no Censo do Rio de Janeiro). Transcreveremos a metodologia prevista, porque esse foi um dos pontos de tensão nas discussões:

- 1) Avaliação clínica e psicossocial da clientela alvo do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) e do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (IPQ), utilizando como fontes para a realização da avaliação: a) Entrevista com os *usuários e profissionais* que os acompanham [...] tendo como roteiro questionário-padrão [...] que abrange: história institucional; condições de autonomia; situação sócio-econômica, familiar e legal; situa-

ção laborativa e exercício da cidadania; situação clínica / psíquica (diagnóstico atual e problemas associados, medicação utilizada); qualidade do cuidado oferecido; participação no programa terapêutico; b) Pesquisa em prontuários; c) Observação direta do ambiente institucional - diário de campo. Dados qualitativos sobre: higiene, apresentação geral do paciente, espaços de circulação, relação dos pacientes com técnicos, funcionários e entre si, etc. d) Treinamento de avaliadores que não tenham vínculos com as instituições implicadas, possibilitando um olhar “não” contaminado sobre os usuários;

- 2) Levantamento quantitativo e qualitativo dos questionários;

- 3) Levantamento qualitativo dos relatórios a respeito do ambiente institucional (Santa Catarina, 2006, grifos nossos)

O questionário-padrão citado refere-se a uma enquête de cerca de 130 perguntas, dirigidas a cada um dos internos, cobrindo um conjunto extenso de informações e visando a construir um quadro completo da condição de cada um deles, incluindo sua autonomia em relação a diversas situações da vida cotidiana, tais como tomar os medicamentos prescritos, administrar dinheiro etc.

Nessa primeira versão, como mostra o fragmento apresentado, a pesquisa qualitativa e o registro de dados em diário de campo - incorporando assim uma técnica de registro já consolidada na pesquisa antropológica - aparecem como uma das três dimensões do Censo, inspirada naquele realizado no Rio de Janeiro, em que a dimensão etnográfica da pesquisa foi importante para subsidiar com elementos qualitativos o conhecimento da realidade dos internos nas instituições da cidade.

Em uma versão posterior do projeto de Censo dos Moradores em Instituições Psiquiátricas do estado de Santa Catarina (Santa Catarina, 2007), algumas prioridades se inverteram, e o levantamento qualitativo se tornou uma possibilidade acessória, tal como aparece no fragmento a seguir, referente à metodologia a ser adotada:

- 1) Levantamento da situação clínica e ou jurídica das pessoas em regime asilar no Instituto de Psi-

quiatria de Santa Catarina (IPQ) e das em regime de alta no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP). [...]

2) Avaliação psicossocial da clientela alvo identificada do HCTP e do IPQ. [...] a) Pesquisa em prontuários de diversas origens disciplinares; b) Relatórios técnicos e administrativos que envolvam interpretações das condições psicossociais do sujeito; c) Entrevistas com os usuários; d) Entrevistas com profissionais que os acompanham [...]

Se prevê a possibilidade de que os dados colhidos tragam informações controvertidas, de acordo com as diferentes fontes. Assim, se deverá lançar mão, ainda, de outro procedimento:

1) Observação direta do paciente no ambiente institucional - diário de campo. Dados qualitativos sobre: higiene, apresentação geral do paciente, espaços de circulação, relações com técnicos, funcionários e dos pacientes entre si, etc. (Santa Catarina, 2007)

Comparando os dois projetos de censo propostos pelo GT, entre a primeira e a segunda versão percebe-se um rearranjo dos procedimentos metodológicos e da estrutura da metodologia empregada. A pesquisa qualitativa e o registro de observações em diários de campo deixam de ser eixos metodológicos do Censo, tornando-se possibilidade complementar “caso os dados colhidos sejam controversos”. As prioridades evidentes passam a ser a situação clínica e jurídica e a avaliação psicossocial, que se divide em quatro itens, sendo as “entrevistas com os usuários” um desses itens. Há também um rearranjo na ordem de cada item: na primeira versão, as entrevistas com os usuários apareciam em primeiro lugar; já na segunda versão, aparecem como o terceiro item do segundo procedimento metodológico.

Em diversos momentos de discussão nas reuniões a avaliação clínica apareceu como sinônimo de diagnóstico, o que provocou o debate em torno de quem teria competência para fazê-la.

A colaboração da antropologia desde o início da discussão da metodologia do Censo proposto pelo GT teve um lugar definido: observação qualitativa e elaboração dos diários de campo, incluindo treinamento de estudantes no método etnográfico para

participarem do Censo. No entanto, nem sempre ficou claro que essa seria uma exclusividade dos antropólogos e estudantes que pudessem ser treinados para a pesquisa. Ouvimos em diversas reuniões, por parte de outros pesquisadores, que eles também poderiam fazê-lo, pois também utilizavam em suas pesquisas o método etnográfico.

A avaliação clínica e a avaliação psicossocial não eram vistas como objetos passíveis de análise etnográfica - e talvez esse tenha sido o ponto em que a necessidade da presença de antropólogas não ficasse muito evidente: em primeiro lugar, o fato de que outros profissionais teriam competência para fazer o que estava previsto para antropólogos e estudantes; em segundo, o incômodo gerado pelo fato de que nossa posição no grupo era também de pesquisadoras das próprias atividades deste e do processo da reforma psiquiátrica em Santa Catarina - posição que foi explicitada desde o início de nossa participação. Essa dimensão nunca foi objeto de discussão nas reuniões e não era tratada como algo que pudesse colaborar com as atividades do GT. Assim, se a dimensão da antropologia na política pública era parcialmente bem-vinda, por conta dos instrumentos metodológicos trazidos por ela para a realização da dimensão qualitativa do Censo de Saúde Mental, a antropologia da política pública, por conta da descrição etnográfica das atividades e do cotidiano do GT, causava alguns constrangimentos.

Em seu desfecho, diante da dificuldade de que a metodologia do Censo proposta fosse aceita pelas administrações das duas instituições envolvidas - o Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (IPQ) e o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) -, o Censo tal como proposto inicialmente não foi realizado. No ano de 2009, foram apresentados aos membros do GT os resultados quantitativos de uma pesquisa feita pelos próprios profissionais que trabalhavam no Instituto de Psiquiatria, encaminhada internamente, sem utilizar a metodologia do Censo prevista pelo GT. Como parâmetro de medição de autonomia dos sujeitos internados naquelas instituições foi utilizado o instrumento denominado Índice Barthel (Mahoney; Barthel, 1965). O levantamento de dados não incluiu entrevistas com os sujeitos internados, mas com profissionais denominados no relatório como “informantes qua-

lificados”. Os dados qualitativos da pesquisa não foram apresentados.

A resistência por parte das instituições para receber a equipe dos pesquisadores em sua multiplicidade disciplinar foi grande. Alguns administradores e profissionais chegaram a argumentar que os dados a serem levantados já estariam nos prontuários de cada interno.

Pode-se dizer que nos debates, nas dificuldades e na própria inviabilização do Censo como proposto inicialmente pelo GT, aparece uma gradação entre uma perspectiva mais clínica e psiquiátrica da avaliação e uma perspectiva mais social e antropológica desta – perspectivas que implicavam em outro ponto de tensão, que era a centralidade da participação efetiva dos sujeitos internados no Censo.

As múltiplas devoluções e suas difíceis recepções: considerações finais

A pesquisa etnográfica junto de processos e instituições que envolvem profissionais, gestores, técnicos e mesmo outros pesquisadores e acadêmicos, sempre gera expectativas em relação a seus resultados. No entanto, nem sempre essa expectativa é contemplada e nem sempre a expectativa dos sujeitos de pesquisa corresponde àquilo que a pesquisa etnográfica produz ou pode produzir. O mesmo pode ser afirmado em relação à recepção da pesquisa, ou seja, nem sempre o que retorna aos sujeitos ou às instituições pesquisadas é recebido de acordo com o que estava previsto na pesquisa. Isso evidencia a tensão inerente ao fazer antropológico entre diferentes perspectivas e entre diferentes disposições morais.

Por outro lado, alguns aspectos da presença social e política da antropologia na elaboração e implementação de políticas públicas são incontornáveis, entre eles o engajamento em uma agenda de intervenção social e política que advém da pesquisa, tal como escreve Diniz (2013). A questão colocada em nossas reflexões é que nem sempre essa agenda antropológica corresponde à agenda do Estado.

No caso da antropologia do Estado e das políticas públicas, tal como discutido até aqui, entendemos que confrontar essas políticas com as experiências sociais poderia contribuir para uma avaliação qualitativa das próprias políticas públicas. Por exemplo, se nos últimos anos existe uma atenção maior a desenvolver ou a levar em consideração questões e abordagens de gênero na elaboração dessas políticas, um enunciado de fundo permanece tendo seus efeitos na realidade do cotidiano da atenção à saúde mental. Esses efeitos aparecem a partir de uma apreensão fiscalista, tal como discutido, presente nas políticas de saúde mental dirigidas para as mulheres e da constatação de uma realidade de hipermedicalização.

As questões advindas da pesquisa, expostas anteriormente, apontam para uma discussão sobre as políticas de saúde mental e buscam ir além da produção de dados que instrumentalizem a aplicação de políticas públicas tal como as temos hoje, buscando evidenciar seus aspectos estruturantes. Consideramos que esse retorno crítico da etnografia das políticas públicas para o próprio Estado, gestores e profissionais que participam da elaboração e da concretização dessas políticas, é uma forma de devolução do conhecimento gerado pelas pesquisas antropológicas. Assim, no exemplo descrito, para que uma política de saúde mental preocupada com as mulheres não reproduza as diferenças e não se constitua em mais uma tecnologia do gênero, ela precisaria incorporar em seus fundamentos a desconstrução dessa diferença, reconhecer a experiência e os agenciamentos das mulheres usuárias ou potenciais usuárias dos serviços públicos, assim como seus entendimentos dessas experiências – o que colocaria o conhecimento biomédico (diagnósticos, fármacos) como mais uma perspectiva entre outras, e não a única.

Já no que se refere a uma etnografia no Estado e nas políticas públicas, como no caso da participação no início das atividades do GT de Desinstitucionalização, essa questão reaparece, mesmo que de outros modos. Tal como relatado, o lugar precário que a dimensão qualitativa do Censo foi ocupando, até sua exclusão do levantamento efetivamente feito, mostra que no processo de realização da reforma psiquiátrica – ela mesma baseada em princípios

de cidadania e dos direitos humanos - nos depa-ramos com uma hierarquização de saberes, com uma dificuldade grande de lidar com as pessoas a serem desinstitucionalizadas como sujeitos que possam falar por si, ou que possam enunciar outra verdade que não a do diagnóstico já presente em seus prontuários. Essas questões mereceriam um desenvolvimento maior, mas ficam como desafios para novas reflexões e outros debates.

Se na concepção de antropologia do Estado e das políticas públicas trazida aqui a pesquisa é feita levando em consideração os sujeitos atingidos por essas políticas, levar a cabo a perspectiva etnográfica é também levar em consideração as perguntas que esses sujeitos fazem em relação ao Estado.

Nessa perspectiva, a contribuição da antropologia vai bem além de instrumentalizar a aplicação das políticas públicas e de garantir “uma melhor resposta da comunidade-alvo”, conforme aponta criticamente Langdon (2004), mas de construir instrumentos teóricos e etnográficos para se repensar a lógica mesma dessas políticas.

Referências

- AGUIAR, A. A. *A psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004.
- AMARANTE, P.; TORRE, E. H. 30 anos de Reforma Psiquiátrica Brasileira: lutando por cidadania e democracia na transformação das políticas e da sociedade brasileira. In: FONTES, B. A. S. M.; FONTE, E. M. M. (Org.). *Desinstitucionalização, redes sociais e saúde mental: análise de experiências da reforma psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal*. Recife: UFPE, 2010. p. 113-136.
- ANDRADE, A. P. M. *Sujeitos e(m) movimentos: uma análise crítica da reforma psiquiátrica brasileira na perspectiva dos experientes*. 2012. Tese (Doutorado Interdisciplinar em Ciências Humanas) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.
- ANDRADE, A. P. M.; MALUF, S. W. Do hospital psiquiátrico para a cidade: itinerários e experiências de sujeitos nos processos de desinstitucionalização. In: GUANAES-LORENZI, C. et al. (Org.). *Psicologia social e saúde: da dimensão cultural à político-institucional*. Florianópolis: Abrapso: Edições do Bosque: UFSC, 2015. p. 272-294. (Práticas sociais, políticas públicas e direitos humanos, v. 2)
- BARROS, S.; BICHAFF, R. (Org.). *Desafios para a desinstitucionalização: censo psicossocial dos moradores de hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo*. São Paulo: Fundap: Secretaria de Estado da Saúde do Governo do Estado de São Paulo, 2008.
- BARROS, S. et al. Censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo: um olhar sob a perspectiva racial. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1235-1247, 2014.
- BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Seção 1, p. 2.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Legislação em saúde mental: 1990-2004*. 5. ed. amp. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde mental: novo cenário: novas imagens: programa De Volta para Casa*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica*. Relatório de Gestão 2007-2010. Ministério da Saúde: Brasília, DF, 2011a.
- BRASIL. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 30 dez. 2011b. Seção 1, p. 59-61.
- CARVALHO, L.; DIMENSTEIN, M. O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 9, n. 1, p. 121-129, 2004.

- DINIZ, D. *A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil*: censo 2011. Brasília, DF: Letras Livres, 2013.
- FASSIN, D. El irresistible ascenso del derecho a la vida: razón humanitaria y justicia. *Campos: Revista de Antropologia Social*, Curitiba, v. 19, p. 191-204, 2010.
- FERREIRA, L. O. *Medicinas indígenas e as políticas da tradição*: entre discursos oficiais e vozes indígenas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.
- FLAMANT, N. Observer, analyser, restituer. *Terrain*, Paris, v. 44, p. 137-152, mar. 2005.
- FONSECA, T. M.; ENGELMAN, S.; PERRONE, C. S. (Org.). *Rizomas da reforma psiquiátrica*: a difícil reconciliação. Porto Alegre: UFRGS, 2007.
- FOUCAULT, M. *Nascimento da biopolítica*: curso dado no Collège de France (1978-1979). São Paulo: Martins Fontes, 2008a.
- FOUCAULT, M. *Segurança, território, população*: curso dado no Collège de France (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes, 2008b.
- KOBELINSKI, C. Les situations de retour. Restituer sa recherche à ses enquêtés. In: BENS, A.; FASSIN, D. (Org.). *Les Politiques de l'enquête*. Paris: La Découverte, 2008. p. 185-204. (Collection Recherches)
- LANGDON, E. J. Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde. In: LANGDON, E. J.; GARNELO, L. (Org.). *Saúde dos povos indígenas*: reflexões sobre antropologia participativa. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004. p. 33-51.
- LEITE, I. B. (Org.). *Laudos periciais antropológicos em debate*. Florianópolis: NUR; ABA, 2005.
- MAHONEY, F. I.; BARTHEL, D. W. Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryland State medical journal*, Baltimore, v. 14, p. 61-65, 1965.
- MALUF, S. W.; TORNQUIST, C. S. *Gênero, saúde e aflição*: abordagens antropológicas. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010.
- OLIVEIRA, J. P.; MURA, F.; SILVA, A. B. *Laudos antropológicos em perspectiva*. Brasília, DF: ABA, 2015.
- INTERROGATIONS. *Le retour aux enquêtés*: dossiê. Besançon, n. 13, 2011.
- SANTA CATARINA. Secretaria Estadual de Saúde. *Pré-projeto para o Censo dos moradores em instituições psiquiátricas no estado de Santa Catarina*. Projeto do Grupo de Trabalho de Desinstitucionalização da Saúde Mental no estado de Santa Catarina. Santa Catarina, 2006.
- SANTA CATARINA. Secretaria Estadual de Saúde. *Censo de moradores em duas instituições psiquiátricas no estado de Santa Catarina com vistas à desinstitucionalização*. Projeto do Grupo de Trabalho de Desinstitucionalização da Saúde Mental no estado de Santa Catarina. Santa Catarina, 2007.
- TENÓRIO, F. Conhecer para cuidar: o primeiro censo da população de internos nos hospitais psiquiátricos no Rio de Janeiro. *Cadernos Ipub*, Rio de Janeiro, n. 3, p. 197-223, 1999.
- VIDAL, L. Rendre compte: la restitution comme lieu de refondation des sciences sociales en contexte de développement. *Cahiers d'Études africaines*, Paris, n. 2, p. 591-607, 2011.
- ZANELLO, V.; ANDRADE, A. P. *Saúde mental e gênero*: diálogos, práticas e interdisciplinaridade. Curitiba: Appris, 2014.

Contribuição dos autores

Maluf foi responsável pela concepção, delineamento, análise dos dados, redação e revisão crítica do artigo. Andrade fez a análise dos dados, redação e revisão crítica do artigo.

Recebido: 24/08/2016

Reapresentado: 09/12/2016

Aprovado: 31/01/2017