

PERSPECTIVAS LATINO-AMERICANAS SOBRE GLOBALIZAÇÃO E SAÚDE MENTAL

Renato D. Alarcón

Marina J. Piazza

Introdução

Talvez não exista período na história que não tenha sido considerado tempestuoso, incerto, difícil e perigoso pelos que nele viveram, pelos cronistas que relataram seus avatares ou mesmo pelos estudiosos que, décadas ou séculos mais tarde, se dedicaram a analisá-lo. Os ingredientes de angústia, dúvida, ambivalência ou mesmo uma noção auto-persuasiva de que a situação nunca foi tão trágica são aspectos comuns dessa perspectiva. Obviamente, a primeira década do século 21 não é exceção e no chamado Terceiro Mundo essa convicção é ainda mais dramática. A América Latina, como parte desse imenso segmento geoeconômico, tem sua parcela de pobreza generalizada, violência doméstica, criminosa ou política, opressão e terror, junto com iniquidades sociais e culturais, desnutrição e infecções, AIDS e escassez de serviços de saúde acessíveis e capazes. Portanto, é imperativo discutir essas realidades tendo em mente o contexto e significado de um fenômeno que seria perigoso ignorar: a globalização. Este artigo tenta examinar as realidades da saúde mental na América Latina, a natureza política, social, cultural e ética dessas realidades, bem como as opções para melhorá-las quantitativa e qualitativamente (Frenk e Gómez-Dantés, 2002).

Globalização: Conceitos e Implicações

A primeira ironia nessa análise é que esse termo é definido e compreendido diferentemente por economistas, comunicadores sociais, cientistas e o público em geral (Watkins, 2003). Economistas e políticos, particularmente do chamado mundo desenvolvido, encaram a globalização como a evolução de imensas oportunidades de crescimento econômico e as possibilidades concomitantes de maior renda para indivíduos, famílias, nações,

continentes ou regiões em todo o mundo (Sachs e Warner, 1995; Beim e Calomiris, 2001 & Stiglitz, 2002). Para os comunicadores sociais ou mesmo cientistas sociais, a globalização reflete principalmente o acesso e divulgação de informações de maneira precisa, imediata e objetiva. A “aldeia global” é uma metáfora favorita dessas perspectivas (Atasoy, 2003; Martin, 2001 & Castells, 2000).

Outros vêem a globalização como pouco menos que o maior e mais sofisticado contrabando de idéias experimentado pela humanidade em toda a sua história. Renda maior, sim, eles dizem, mas para os países industrializados mais ricos ou, ainda pior, para suas empresas, consórcios e conglomerados. Mais empregos, sim, mas com salários inferiores e sem maiores benefícios no médio e longo prazo. Mais acesso à comunicação, sim, mas somente para a divulgação de subculturas e estilos de vida que são veículos alienadores da mediocridade e homogeneização indesejável. Mais informação, sim, mas informação manipulada e disfarçada, destinada apenas a exacerbar um consumismo vazio, sendo a “renda maior” dedicada à aquisição frívola de itens frívolos (Saul, 2004). Os benefícios para a saúde e educação, importantes em qualquer desenvolvimento social e econômico, são eminentemente resultados colaterais de um processo totalmente previsível, segundo os defensores da globalização. Para seus críticos, porém, o mundo pode ser uma aldeia ou mesmo uma cidade, mas, como qualquer outra, ainda tem *barrios*, guetos ou favelas crescendo agressivamente ao lado de suas seções residenciais exclusivas, assépticas e superelegantes.

São múltiplos os fatores determinantes da globalização. A história das civilizações sempre conheceu grupos e coletividades cujo objetivo era conquistar mais terras e subjugar outros povos. A migração, primeiro do leste para oeste, e agora do sul para o norte e através do globo, talvez seja o sinal mais dramático da globalização (Martin, 2001; Simmons, 2002 & Center for Immigration Studies, 2005). A economia contemporânea cresce apoiada por práticas como a terceirização, “mão-de-obra barata”, trabalhadores migrantes e computadores transcontinentais. A ciência e a tecnologia são as principais armas da globalização. As comunicações representam um nível potencialmente mais alto de informação e educação, nem sempre realizado. Finalmente, a cultura é um determinante da globalização mediante processos como a hibridização, mestiçagem ou interações de grupos e populações que resultam numa mudança dramática – e desconcertante – de

identidades (Ward e Styles, 2003; Hochberg, 2004; Liang e Krieger, 2004 & Arnett, 2002). Evidentemente, isso deve ser tratado de maneira humana e ética (Marmora, 1998). A perspectiva crítica da globalização é apoiada por estatísticas dramáticas. Mike Davis, um comentarista social, escreveu em 2004:

Em algum dia do próximo ano, uma mulher dará à luz na favela de Ajegunle, Lagos, um menino que fugirá de sua aldeia no oeste de Java para as luzes brilhantes de Jacarta, ou um agricultor levará sua família pobre para um dos inúmeros *pueblos jóvenes* de Lima. O evento exato não é importante, e passará inteiramente despercebido. Todavia, constituirá um marco na história humana. Pela primeira vez, a população urbana ultrapassará a rural.

Em 1950, havia 86 cidades no mundo com mais de um milhão de habitantes; hoje há 386 e no ano 2015 serão pelo menos 550, mais de 100 na América Latina (Gilbert, 2004). A população urbana atual (cerca de 3 bilhões) é muito maior que a população mundial em 1960. As áreas rurais registrarão sua maior população em todo o mundo (3,3 bilhões) em 2020 e depois começarão a declinar. Em consequência, a população mundial do futuro – cujo pico de 9 bilhões está previsto para 2050, com mais de 780 a 800 milhões na América Latina, 221 dos quais no Brasil, 150 no México e 53 na Argentina – estará aglomerada principalmente nas cidades, conforme previu Davis. O que é pior, 95% desse total viverão em áreas urbanas dos países em desenvolvimento, cuja população duplicará para quase 4 bilhões na próxima geração. No ano 2001, 924 milhões estavam vivendo em favelas nas cidades e pelo menos metade dessa população tinha menos de 25 anos. O resultado mais dramático desse processo será a multiplicação de megacidades (com população acima de 8 milhões), pelo menos 18 em nosso continente e, ainda mais dramático, um crescente número de “hipercidades” com mais de 20 milhões de habitantes. Na América Latina, Cidade do México, São Paulo e Buenos Aires serão hipercidades (Hyman et al., 2004).

Os defensores da globalização como Stiglitz (2002) acreditam que, eliminando as barreiras ao livre comércio e possibilitando uma maior integração das economias nacionais, a globalização...

“pode ser uma força positiva, e tem o potencial de enriquecer todos os habitantes do mundo, particularmente os pobres” (p-IX).

Essas opiniões otimistas são compartilhadas por Feachem (2001), que diz ...

“a abertura ao comércio, às idéias, ao investimento, às pessoas e à cultura traz benefícios como tem feito há séculos — e também traz riscos e conseqüências adversas, como tem feito há séculos”.

Okasha (2005) afirma ...

“a aldeia global supostamente criada pela globalização não é tão global assim”.

De cada 100 pessoas que vivem na Terra, 57 são asiáticas, 21 européias, 8 africanas e 6 americanas; 48 são homens e 52 mulheres; 30 brancos e 70 não brancos; 30 cristãos e 70 não cristãos. Por outro lado, 6 pessoas possuem 59% de toda a riqueza, todas norte-americanas; 80 de cada 100 vivem na pobreza, 70 não sabem ler, 50 morrem de fome, uma tem educação superior e uma tem computador. É óbvio que o poder e os recursos não parecem seguir o padrão maioria/minoria da população mundial; isso significa que a globalização não representa democraticamente o mundo que ela alega globalizar.

Os líderes sociais, intelectuais e científicos da América Latina concordam com os defensores e adversários da globalização em um ponto: o processo é inevitável e incontível. Os avanços tecnológicos e os recursos dedicados à comunicação de massa em muitos países estão catalisando esse fenômeno. As principais questões são como e que forma a globalização adotará, e quanto tempo levará. A globalização está nas mentes e documentos dos grupos de trabalho de organizações internacionais, governos nacionais e diretorias de empresas e entidades financeiras (Brundtland, 2005; Waitzkin et al., 2005). Embora seja inapropriado falar de “distribuição igual da riqueza” quando 80% da população mundial é desnutrida e não tem acesso a serviços de saúde, quando um número semelhante vive em condições sub-humanas sujeito às ameaças de doenças e desastres, ou quando mais de metade da força de trabalho tem uma renda abaixo do nível de pobreza dos países desenvolvidos, é claro que a globalização ocorrerá (Cattell, 2001). Na verdade, já está ocorrendo (Brown et al., 2006).

Globalização e saúde mental

A globalização em psiquiatria e saúde mental não produziu um quadro coeso e integrado da função e disfunção, forças e

vulnerabilidades humanas, apesar dos avanços prodigiosos em muitas áreas. Segundo Berger e Luckmann (1967), um motivo é a apropriação dos termos (por exemplo, “self”) pela psicologia e disciplinas conexas para constituir uma linguagem positivista que se tornou cada vez mais complicada, quase um dialeto singular e às vezes intraduzível. A linguagem científica ocidentalizada isolou suas disciplinas de tal maneira que a comunicação entre culturas num mundo globalizado pode sofrer interferências, apesar da acessibilidade dos avanços tecnológicos. A perpetuação dos tratamentos pseudocientíficos sem grande apoio empírico pode contribuir indiretamente para o florescimento do charlatanismo e formas de shamanismo que, apesar da falta de evidência científica, podem sentir e atuar mais próximos das realidades do sofrimento do homem comum. Uma alternativa é o uso de uma linguagem comum, que possa ajudar a transcender o abismo criado por uma globalização unidirecional, resgatando descrições de percepções, comportamentos, atitudes e sistemas que serão verdadeiramente holísticos, imparciais e construtivos. Mesmo o dilema interno de “mente versus corpo” pode desaparecer se forem vistos como realidades híbridas, conseqüências tanto da nossa fisicalidade quanto da nossa imaterialidade (Rizzolatti & Fadiga, 1998).

Tanto a globalização quanto a psiquiatria e a saúde mental devem fortalecer uma abordagem interdisciplinar mediante o uso de diálogos multiculturais; cultura não só no sentido de base étnica, socioeconômico ou geográfica, mas em termos das ações diárias dos sistemas, entidades e organizações que conduzem o conhecimento e a prática na saúde mental pública. Miller (2006) resume o “ônus global da doença mental” em termos de uma crescente carga de negligência, erosão familiar e distúrbios de desenvolvimento, com conseqüências ainda mais graves em termos da relação dos grupos humanos com sistemas de saúde amorfos nos países em desenvolvimento.

Contra esse pano de fundo, o quadro global da saúde mental é um dos maiores, e talvez mais ignorados (embora, para falar a verdade, isso esteja mudando), problemas do mundo contemporâneo. O impacto de todos esses fatores sobre a saúde, em particular a saúde mental, é percebido não só em termos de crescente prevalência e incidência, alteração nas práticas de diagnóstico e terapia, provisão de serviços e políticas e pesquisa de saúde pública (Dech et al; 2003). Também se mostra em áreas que incluem estigmatização, preconceito, discriminação e fratura dramática das relações humanas decentes. A área dos direitos

humanos tem um vínculo direto com a globalização e seu impacto sobre a saúde mental (Jakubec, 2004).

A prevalência dos distúrbios mentais está aumentando tanto nas áreas urbanas quanto nas rurais. Estimativas da Organização Mundial da Saúde colocam ao menos seis distúrbios mentais ou problemas conexos entre as 10 doenças com maior impacto sobre a força de trabalho, produtividade econômica e qualidade de vida da população (Murray e López, 1996). O vínculo evidente entre pobreza e distúrbio mental é inegável; a educação deficiente, baixa renda, más condições sanitárias, baixo nível de educação e informação de saúde e a interferência de algumas (não todas) crenças e práticas culturais tornam a globalização uma ameaça ainda mais alarmante e grave para esta geração e as próximas (Dejarlais et al., 1995; Lacroix e Shragge, 2004).

Realidades da saúde mental na América Latina

A população da América Latina e Caribe chega a quase 500 milhões de habitantes. A renda média *per capita* é de US\$ 12.000 por ano. Ex-agricultores e suas famílias, empobrecidos e separados de suas redes sociais, em muitos casos descobrem que o novo contexto urbano não oferece oportunidades de recriar suas tradições e normas culturais de maneira adaptativa. Vivendo nos “cinturões de miséria” em torno das grandes cidades, tornam-se ao mesmo tempo fonte e alvo da violência, um cenário de perdas emocionais e materiais num padrão que se perpetua diariamente, com o subsequente acúmulo de ressentimento, raiva e mais violência (Alarcón, 2002). Cerca de meio milhão de médicos em todo o continente incluem não mais de 15.000 psiquiatras, com um coeficiente de 3,4 psiquiatras por 100.000 habitantes.

A saúde mental, como ramo da saúde pública, tem uma história relativamente jovem na América Latina. Pode-se dizer que, recentemente, aumentou a atenção dada à saúde mental nos países em desenvolvimento em geral, em particular os da América Latina. Várias questões, inclusive a alta prevalência de doença mental na população geral, bem como nos serviços primários de saúde, estão ganhando crescente relevância. Outros temas incluem a emergência de novas necessidades em saúde mental; sua associação com processos sociais e culturais como a violência, desastres, migração interna e externa, bem como guerras e deslocamento forçado, gera crescentes níveis de incapacidade relacionada aos distúrbios mentais.

A prevalência dos problemas de saúde mental foi estimada em 18-25% em toda a comunidade, 27-48% nos ambientes clínicos e cerca de 12-29% entre crianças e adolescentes. A população afetada por esses problemas chegou a 20 milhões em 1990, e será de cerca de 35 milhões em 2010. Entre os distúrbios mais frequentes e perigosos, a depressão, a ansiedade e os problemas somáticos representam cerca de 20% da prevalência total. A epilepsia, com 5 milhões (dos quais apenas 1,5 recebem tratamento adequado) e a esquizofrenia, de 3,3 a 5,5 milhões, fazem parte do drama diário nas ruas, favelas e casas da América Latina. O fenômeno da “exclusão social” tem sido descrito: abandono dos doentes mentais por famílias que simplesmente não podem cuidar de condições clínicas cada vez mais deterioradas quando as necessidades primárias do grupo não são atendidas (Alarcón, 2002; Pan American Health Organization, 1990 & World Health Organization, 2001).

Os custos econômicos em termos de anos de vida ajustados por incapacidade (AVAI) vão de 7,1 a 11,5% na América Latina. São ônus adicionais o impacto da doença mental nas famílias e provedores de cuidados, a ocorrência de problemas físicos, estigma e violação dos direitos humanos. Dos casos de psicose, 60% se tornam crônicos, exercendo pressão adicional sobre as instalações de saúde mental (hospitalares, ambulatoriais e comunitárias) deficientes e insuficientes. Num estudo brasileiro, cerca de 10% dos pacientes psicóticos não receberam tratamento e 30% permaneceram em hospitais e asilos (Leitão, 2001).

A saúde mental nos países da América Latina consome menos de 1% do orçamento nacional de saúde, com pouquíssimas exceções. Todavia, há algumas cifras encorajadoras sobre as políticas, programas e leis de saúde mental: desde 1990, 65% dos países têm políticas específicas de saúde mental, 81% possuem planos e programas de saúde mental em operação e 58% têm legislação específica de saúde mental. A força de trabalho por 100.000 habitantes inclui 3,4 psiquiatras, 1,7 enfermeiros psiquiátricos, 2,8 psicólogos e 1,9 assistente social. Há 3,3 leitos psiquiátricos por 10.000 habitantes, sendo 47,6% em hospitais psiquiátricos, 16,8% em hospitais gerais e 35,6 na comunidade. Mais de 70% dos países da América Latina têm menos de 20% dos leitos psiquiátricos em hospitais gerais. Somente três países têm mais de 50% em hospitais gerais e ambientes residenciais e somente 30% têm serviços comunitários. Conforme mencionado anteriormente, os serviços de reabilitação psicossocial são

limitados (World Health Organization, 2001a).

Dos países da América Latina, 87% têm políticas sobre o uso de psicotrópicos, mas mais de 1/3 possuem estoques insuficientes em hospitais psiquiátricos e clínicas de atenção primária. O custo dos medicamentos básicos é baixo, mas mesmo esses podem ser inacessíveis a grandes segmentos da população da América Latina. O recurso a farmacêuticos e curandeiros aumenta os riscos envolvidos. A força de trabalho se concentra principalmente nas áreas metropolitanas. Como em outras partes do mundo, os médicos de atenção primária, não psiquiatras e pessoal paramédico podem ser o primeiro contato dos pacientes e famílias. Os campos onde há grande escassez de recursos são psiquiatria infantil, psiquiatria geriátrica, dependências e psiquiatria forense (Pan American Health Organization 2001, 2001a, 2001b; Alarcón & Aguilar-Gaxiola, 2000).

Os programas de treinamento são relativamente poucos, e vários não estão bem regulados em termos de pessoal, estrutura, duração, currículo, avaliação da qualidade e resultados. As vocações para as profissões psiquiátricas e de saúde mental oscilam durante os anos, preparando o cenário para uma falta crônica de um número adequado de profissionais. Vários jovens profissionais saem de seus países para a América do Norte ou Europa em busca de melhor treinamento; como resultado dessa evasão de cérebros, pelo menos metade desses trabalhadores da saúde migrantes nunca voltam a seus países de origem.

O conhecimento do impacto dos determinantes sociais sobre a saúde mental abre oportunidades para a preparação, implementação e avaliação de intervenções preventivas e terapêuticas (Alarcón & Aguilar-Gaxiola, 2000), inclusive aproveitar os papéis ampliados de membros da família e comunidades como recursos na provisão da atenção. Os princípios de promoção da saúde e prevenção de doenças, modelos ecológicos focados na população enfatizando determinantes sociais, programas de base epidemiológica e aplicação de princípios de justiça social, equidade, empoderamento e participação são bem conhecidos nos círculos profissionais e acadêmicos (Huynen et al., 2005). A implementação desses programas é ameaçada por uma falta generalizada de recursos financeiros, materiais e humanos, estruturas burocráticas e regulamentos medíocres, falta de vontade e compromisso político e, por último, mas não menos importante, desinformação e indiferença por parte da comunidade. Contudo, essas realidades estão mudando, devido ao crescente número de organizações não governamentais, grupos leigos, grupos e entidades familiares, além

da crescente presença de advogados sociais e mesmo figuras públicas ou “celebridades”, fazendo na América Latina o que suas contrapartes no hemisfério norte têm feito há anos, contribuindo para a desestigmatização da doença mental e suas conseqüências.

Nos últimos 35 anos, experiências em promoção da saúde mental, prevenção e tratamento em vários países aumentaram essa esperança. As experiências em Honduras, Brasil, Colômbia, Venezuela, Argentina, México, Cuba, Chile, Bolívia e Peru (Alarcón, 2002; Murray & Frenk, 2000) resultaram em aumento do trabalho psiquiátrico comunitário em bairros marginais, atendimento ambulatorial e promoção da saúde nas comunidades, treinamento de agentes primários em saúde mental, colaboração entre comunidades, universidades e o Estado para aumentar a cobertura e educação, maior apoio do público, estabelecimento de redes sociais, sistematização e divulgação de materiais de treinamento para o desenvolvimento de intervenções preventivas, programas para vítimas de violência doméstica e abuso de drogas e melhoria das habilidades interpessoais.

O investimento anual *per capita* em ciência e tecnologia é cerca de US\$ 60 no Brasil e US\$ 20 no México, em comparação com US\$ 900 nos EUA. A pesquisa mostrou progresso limitado, mas há sinais encorajadores. Somente 2,2% das mais de 8.000 publicações em 15 revistas internacionais de psicofarmacologia vêm da América Latina. Brasil, Argentina, México e Chile estão sempre à frente em termos de financiamento, publicações e citações. Há centros ou institutos de saúde mental, a maioria dedicada à pesquisa, no México, Colômbia, Brasil, Chile, Costa Rica, Argentina, Peru e Jamaica.

A área da ética e dos direitos humanos atingiu níveis significativos de proeminência na América Latina. A ética, em termos de proteção da dignidade humana, um direito humano essencial, está crescendo, graças à ação de escritórios especializados das organizações internacionais estabelecidos nos países, com impacto em termos de supervisão, financiamento, educação e defesa de causas em toda a região. Há um crescente interesse em consolidar alguns ganhos, mas ainda falta muito a fazer (Lolas, 2005).

Globalização e saúde mental na América Latina

Segundo Kirmayer e Minas (2000), a psiquiatria em todo o mundo será afetada pelo processo de globalização mediante sua influência sobre o desenvolvimento de identidades individuais e

coletivas examinado acima, seus efeitos sobre as desigualdades econômicas na prática, acesso e provisão de serviços de saúde mental, e também em termos da “formação e divulgação do conhecimento psiquiátrico” (Kirmayer, 2006). Mastrogianni e Bhugra (2003) refletem também sobre questões como classe social, desemprego, pobreza e habitação precária que, ao afetar a saúde mental, deviam ou podiam também ser alvos de uma globalização progressiva. A eliminação dessas barreiras, talvez junto com uma medicalização racional de alguns sintomas psiquiátricos, pode ter um impacto favorável.

O diagnóstico e a maneira como os sintomas são identificados, a ajuda é buscada, o tratamento dispensado e o curso clínico avaliado também podem ser afetados pela globalização. As interações entre indivíduos e seu ambiente social e econômico provavelmente se tornarão mais complexas, e talvez menos claras. Será grande o desafio dos pesquisadores de questões relacionadas a migração e mudanças demográficas subseqüentes, emprego, produtividade e mixagem cultural em resultado da globalização. As regras éticas mudarão quando a congregação de diferentes culturas nas áreas metropolitanas fizer definições, territorialidade, coexistência ou alternativas à guerra urbana que não podem mais ser adiadas. O delineamento da vida em comum e compartilhamento de recursos entre culturas terá um enorme impacto sobre a saúde mental dessas novas coletividades.

Uma perspectiva latino-americana sobre a globalização, psiquiatria e saúde mental abrange várias questões. A seção seguinte aborda algumas delas.

Teoria e prática da saúde pública e saúde mental

As novas demandas dos contextos econômicos, políticos e sociais dos países da América Latina tornam necessário ter uma agenda política comum de três temas: mudanças na conceitualização dos domínios teleológicos e operacionais; exame do movimento de saúde coletiva num conhecimento verdadeiramente multidisciplinar e universalização da prática; articulação da transformação social da saúde com novos paradigmas científicos capazes de atingir o objetivo de saúde-doença-atendimento com novas abordagens de historicidade e complexidade (Paim & Almeida-Filho, 1998).

Informática

As telecomunicações transcenderão as fronteiras institucionais, organizacionais e culturais. No contexto da saúde mental, isso significa que a informação, indagações e demandas dos serviços podem ser enviadas a qualquer parte, livres do controle institucional ou de outro tipo. Aplicações organizacionais, como telemedicina e telepsiquiatria, geralmente visam a reforçar os sistemas locais, mas seu formato e intenção podem levar a uma ultrapassagem potencialmente rápida de limites herdados que são eletronicamente ineficazes. As conseqüências dessa globalização descontrolada das atividades de atenção à saúde variarão desde o empoderamento benéfico e melhoria da qualidade até os efeitos prejudiciais como o excesso de especialistas, abalo da estabilidade dos sistemas de saúde (Rigbi et al., 2000) e erosão da privacidade. O efeito de uma grande reengenharia social não planejada numa cultura baseada no papel provavelmente será significativo, de modo que as instituições do futuro precisarão criar estruturas e políticas globais de informática que sejam positivas. A América Latina, como importante componente desse novo quadro global, deverá assegurar o exame adequado das questões de linguagem, expressões de mal-estar, padrões de busca de assistência e outras qualificações baseadas em serviços (Kleinman, 1985 & Errington, 2004).

Multidimensionalidade e Multidisciplinaridade

Trata-se de um componente essencial de qualquer esforço globalizado. Contra o paradoxo de que a globalização pode acentuar a especialização, a realidade de 80% da comunidade mundial implica que ainda haverá lugar no futuro para uma abordagem multidimensional, generalista e de amplo conhecimento para a saúde e saúde mental. Os riscos dessa abordagem incluem isolacionismo e alienação, poderosas barreiras artificiais, levantadas para prevenir a comunicação verdadeira, genuína e aberta. Não se trata somente de linguagens novas ou diferentes, mas também de práticas diferentes; em suma, a geração de novas culturas. Se não houver a porosidade necessária para melhorar a comunicação, os resultados negativos serão imensos. A multidisciplinaridade, baseada em enfoques mutuamente respeitosos de diferentes campos de conhecimento e prática e na provisão de cenários nos quais o diálogo possa ser praticado e as decisões resultantes possam ser adequadamente implementadas, deve ser um

ingrediente essencial da futura saúde mental globalizada (Hinton, 1998).

Expansão dos serviços

Há décadas afirma-se que a atenção primária deve ser um “aliado natural” da saúde mental na provisão de serviços. Os pacientes chegam primeiro ao agente de cuidados primários ou à clínica de atenção primária, muito antes de serem encaminhados a uma instalação ou provedor de saúde mental. Na América Latina, como em outras partes do mundo, os resultados desse processo são irregulares. Por um lado, embora a atenção primária ofereça a oportunidade de intervenções terapêuticas ou sociais mais imediatas por diversos membros de uma equipe multidisciplinar de saúde mental, também é verdade que a sobrecarga do sistema pode resultar em serviços mais breves, habituais ou medíocres. Além disso, os agentes da atenção primária (não só os médicos) talvez não dêem às questões de saúde mental a preferência ou relevância que merecem no cenário urgente e acelerado de seu trabalho. Nesse contexto, a globalização da saúde mental deve dar atenção, uma vez mais, à estruturação de equipes nas quais a informação flua facilmente, com participação ativa de diferentes disciplinas para apoiar e assessorar o profissional de atenção primária. Intervenções rápidas (particularmente quando têm um selo preventivo) podem tornar essas ações mais eficazes. A atenção primária continuará sendo um aliado da saúde mental na provisão globalizada de serviços, mas deve ser um processo contínuo de autoquestionamento e auto-avaliação.

Os cinco requisitos da saúde mental global

Conhecidos no jargão diário da saúde comunitária e saúde mental há várias décadas, os cinco requisitos têm uma rara resistência, tanto em termos conceituais quanto pragmáticos, oferecendo assim consistência em qualquer abordagem a essas áreas em todo o mundo (Borus et al., 1979). O primeiro, disponibilidade, simplesmente indica a existência de serviços independentemente da sua estrutura; que não são apenas temas ou itens teóricos na legislação, mas uma presença ativa no local. O segundo, acessibilidade, representa um passo à frente: os serviços são acessíveis, não só no sentido físico e geográfico, mas também em termos de um nível genuinamente humano de contato. O terceiro, possibilidade, é crucial, tendo em vista as implicações sociais e,

particularmente, econômicas da provisão de serviços em comunidades pequenas e grandes em todo o mundo; que a população tenha possibilidade de pagar pelos serviços, ou receber ajuda para o pagamento, é crucial para um atendimento autenticamente humanista. O quarto, aplicabilidade, implica uma correlação real entre o problema e a intervenção; trata-se de ajustar os serviços às necessidades, não oferecer procedimentos caros a populações que não podem se beneficiar deles, nem usar equipamento inadequado para condições clínicas específicas. O quinto, responsabilidade, tem a ver com a necessidade indispensável de pesos e contrapesos, avaliação objetiva da eficiência e eficácia, medição dos benefícios em relação aos riscos e ganho real para o “capital humano” (Cattell, 2001).

Contribuições da América Latina a uma psiquiatria global

Na área conceptual, as principais contribuições da psiquiatria latino-americana para uma disciplina globalizada são sua genuína aceitação dos avanços de outras latitudes, uma mestiçagem saudável (que não é simplesmente uma nova forma de ecletismo), os antecedentes sociais de suas principais preocupações e uma atitude crítica mas construtiva em relação a outras formas de pensamento e ação, que terão um impacto positivo. Do mesmo modo, um genuíno humanismo, que vai além da retórica para se tornar uma prática de novos princípios baseados em conhecimento sólido, evidente por si, pela prática diária, pelo consenso e pela consideração da dignidade humana como componente essencial do encontro entre profissional e paciente, é uma peça específica no edifício da psiquiatria latino-americana (Alarcón, 2004; 2006). São extremamente pertinentes as sugestões de Rosen (2006) sobre o que os países desenvolvidos podem aprender dos países em desenvolvimento no nível macro (inclusão, aceitação, reintegração, intercâmbio e aprendizagem prática) e micro (avaliações holísticas, otimismo terapêutico, envolvimento da família e comunidade).

As contribuições na área da psiquiatria cultural, não só em termos de síndromes culturais, mas em termos de uma compreensão de como as disciplinas técnicas e científicas podem interagir com a sabedoria popular, séculos de conhecimento acumulado em medicina tradicional, uso de ervas, uso de percepções carismáticas e seu impacto nos conflitos emocionais, são áreas nas quais a psiquiatria latino-americana mostra superioridade (Seguin, 1974 & Alarcón, 2003, 2005). Mesmo nas áreas mais “científicas” (da perspectiva ocidental) da psicopatologia e epidemiologia, a psiquiatria latino-americana tentará resgatar os

valores de uma abordagem descritiva, objetiva, humana, abrangente e integral ao sofrimento dos seres humanos.

O fato de que a identidade da psiquiatria latino-americana ainda está em construção (Alarcón, 2001) não minimiza seus resultados extraordinários. Os campos da epidemiologia, fenomenologia, psiquiatria social (incluindo psiquiatria comunitária e folclórica), pesquisa clínica e epidemiologia psiquiátrica receberam contribuições valiosas de psiquiatras da América Latina. Nas últimas décadas, grupos de trabalho e pesquisa em vários países avançaram o conhecimento e a prática de áreas como psicoterapia e psicofarmacologia clínica. Mais recentemente, contribuições à genética clínica e relatórios renovados no campo da epidemiologia enfatizaram o trabalho em equipe, a colaboração internacional e a ampliação de escopos que certamente contribuirão para um vínculo mais concreto e favorável com a psiquiatria no resto do mundo (Alarcón, 2003).

Do mesmo modo, tentar definir a identidade da psiquiatria latino-americana não significa separação, isolamento ou busca de uma singularidade frágil, bloqueando um diálogo necessário com o resto do mundo psiquiátrico. A psiquiatria latino-americana não quer, nem deve, ser um estranho na mítica “aldeia global” do futuro que já está entre nós. Pelo contrário, quer e deve ter credenciais que lhe permitam acesso à psiquiatria mundial garantindo respeito e aceitação. A psiquiatria latino-americana compartilha o núcleo de conhecimento e prática conhecido em todo o globo, aceita contribuições externas em nome de um universalismo saudável e de uma mestiçagem construtiva que leva ao compartilhamento de resultados e experiências com o resto do mundo. Saber quem somos é um antídoto contra a alienação, mas também contra a imitação; é uma carta de independência e um bastião contra a subordinação; representa confiança em nossos próprios meios e, por outro lado, é o melhor agente preventivo contra a xenofobia (Alarcón, 2004 & Hoshmand, 2003).

Conclusões

A América Latina e a psiquiatria e saúde mental latino-americana podem e devem fazer parte de uma globalização que implica compromisso genuíno com a justiça social, gestão ética das políticas e serviços e acesso igual aos serviços e comunicação. A América Latina tem a vantagem de sua proximidade geográfica da única superpotência do mundo, bem como as realidades das inegáveis diferenças sociais, econômicas e políticas. A base

cultural dessas distinções é óbvia e deve ser considerada ao tratarmos as questões da globalização.

As contribuições da psiquiatria latino-americana baseiam-se no exame rigoroso de sua história, identidade e desenvolvimento epistemológico e pragmático ao longo de décadas. Sua participação na nova conceitualização global da saúde mental deve ser o resultado de um exame adequado dos problemas, necessidades, respostas e opções que levam em conta o fato de que não estamos mais sozinhos. Nesse contexto, um uso racional da tecnologia, a distribuição adequada de recursos, a combinação de esforços com a atenção primária, a divulgação adequada e equilibrada de conhecimento, a aquisição de novos conhecimentos e uma utilização realista de seus avanços podem criar a possibilidade de êxito (Yach, 1997).

No interminável debate entre ciência e humanismo, a convergência deve ser a meta, mediante novas visões de humanismo, fenomenologia, psicopatologia, diagnóstico e tratamento, para assegurar a cobertura plena de todas as dimensões do encontro entre paciente e profissional. A psicopatologia clássica pode ser enriquecida com contribuições neurocientíficas, biológicas, antropológicas e sociais. O trabalho da psiquiatria e dos psiquiatras do futuro é proporcionar uma explicação genuína, sólida e pluralista da doença mental e seu manejo, da maneira proposta por Kendler (2005).

Nas batalhas da psiquiatria global, a dimensão subjetiva, que não deve ser esquecida, tem um lugar de extraordinária importância (Savin e Martínez, 2006 & Krause, 2006). Possui vínculos com o enfoque humanista mencionado anteriormente, mas também reconhece a “propriedade” de experiências singulares e pessoais. A base neurobiológica, eletrofisiológica, bioquímica, farmacológica e fisiológica de fenômenos como o processo de decisão, consciência, “inconsciente”, aquisição e prática do que chamamos valores, ou mesmo emoções primitivas como violência e impulsividade, tem uma preciosa dimensão subjetiva cujas implicações e imbricações ainda não foram exploradas.

Por último, mas não menos importante, a dimensão ética, neste ponto do século 21, tentará combinar o humanismo tradicional com a nova ética ambiental baseada em modos comunitários de pensamento. Segundo Sakamoto (2005), isso nem sempre significa que a nova bioética global é necessariamente universalista, pois devemos reconhecer a variedade de sistemas de valores no mundo, norte e sul, leste e oeste. Contudo, tampouco é

particularista, pois, de modo a estabelecer uma ética global pós-moderna, temos que aceitar e harmonizar todos os tipos de valores antagonistas no mundo. O cultivo de uma nova tecnologia social, ajustando a desordem social de níveis de ideologia não só internacionais mas também interétnicos e interculturais além do humanismo tradicional, fortalecerá a importância dos direitos humanos ou “dignidade humana” agora e no futuro (Bloch e Pargiter, 2002). A América Latina é o campo mais apropriado para o desenvolvimento dessa nova ética, genuinamente globalizada e humana.

REFERÊNCIAS

- Alarcón, RD. 1976. Hacia una identidad de la psiquiatría latinoamericana. *Bolof San Panam*, 81:109-121.
- Alarcón RD. 1990. *Identidad de la psiquiatría latinoamericana. Voces y exploraciones en torno a una ciencia solidaria*. México DF: Siglo XXI (Eds.), (670 pp).
- Alarcón, RD. 2002. “Salud Mental en América Latina: Circa 2002”. Em: *Salud Panamericana en el Siglo XXI. Fortalecimiento de la cooperación internacional y desarrollo de capital humano*. Sepúlveda, J. (Ed.). México DF: Instituto Nacional de Salud Pública: 114-126.
- Alarcón, RD. 2003. “Figuras y Escuelas en la Psiquiatría Latinoamericana”. Em: Alarcón, RD. *Los mosaicos de la esperanza. Reflexiones en torno a la Psiquiatría Latinoamericana*. Caracas: APAL:49-68.
- Alarcón, RD. 2003. *Identidad de la psiquiatría latinoamericana: Una revisión crítica*. Em: Alarcón R.D., *Los mosaicos de la esperanza: Reflexiones en torno a la psiquiatría latinoamericana*. Caracas: APAL: 147-157.
- Alarcón, RD. 2003. *Los mosaicos de la esperanza. Reflexiones en torno a la Psiquiatría latinoamericana*. Serie de Editores, APAL. Caracas.
- Arnett, JJ. 2002. “The psychology of globalization”. *Am Psychol*, 57(10):774-783.
- Atasoy, Y. 2003. Explaining Globalization. Em: Atasoy, Y. & Carroll (eds.). *Global Shaping and its Alternative* (pp. 3-12). Bloomfield, Kumarian Press.
- Beim, D. & Calomiris, C. 2001. *Emerging Financial Markets*. New York: McGraw-Hill.
- Berger, P., & Luckmann, T. 1967. *The Social Construction of Reality: A Treatise on the Sociology of Knowledge*. London, Penguin Books.
- Bibeau, G. 1997. “Cultural Psychiatry in a Creolizing World: Questions for a New Research Agenda”. *Transc Psychiatry* 34(1):9-41.
- Bloch, S. & Pargiter, R. 2002. A history of Psychiatric Ethics. *Psychiatry Clin North Am*, 25(3):509-524. Center for Immigration Studies. Analysis of Census Bureau’s March 2005. Current Population Surveyed.
- Borus, JF., Burns, BJ., Jacobson, AM., Macht, LB., Morril, RG. & Eilwon, EM. 1979. *Coordinated Mental Health Care in Neighborhood Health Centers*. Institute of Medicine Series on Mental Health Services in General Health Care, Vol. 2. Washington DC, National Academy of Sciences.
- Brown, TM., Cueto M. & Fee, C. 2006. “The World Health Organization and its Transition from International to Global Public Health”. *American Journal of Public Health* 96(1):62-72.

- Brundtland, GH. 2005. Public Health Challenges in a Globalizing World. *European J Public Health* 15 (1): 3-5.
- Castells, M. 2000. *The Rise of the Network Society (2nd Red). The information Age: Economy, Society and Culture*. Oxford, Blackwell Publishers, Vol. 1.
- Cattel, V. 2001. "Poor People, Poor Places, and Poor Health: The Mediating Role of Social Networks and Social Capital". *Soc Science Med* 52: 1501-1516.
- Davis, M. 2004 (June). "Planet of Slums". *Harper's Magazine*, 308:17-20.
- Dech, H., Ndetei, DM. & Mascleidt, W. 2003. "Social Change, Globalization and Transcultural Psychiatry—Some Considerations from a Study on Women and Depression". *Seishin Shinkeigaku Zasshi*, 105(1):17-27.
- Desjarlais, R., Eisenberg, L., Good, B. & Kleinman, A. 1995. *World Mental Health. Problems and Priorities in Low Income Countries*. Oxford, UK: Oxford University Press (382 pp).
- Errington, J. 2004. "Getting Language Rights, Shifting Linguistic Traditions". *Coll Antropol*, 28, Suppl. 1:43-48.
- Frenk, J. & Gómez-Dantes, O. 2002. "Globalization and the Challenges to Health Systems". *Health Affairs*, 21(3):160-165.
- Gilbert, A. 2004. *The Latin American Mega-City: an Introduction*. New York, Oxford University Press.
- Hinton, AL. 1999. *Biocultural Approaches to Emotions*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hochberg, ME. 2004. "A theory of Modern Cultural Shifts and Meltdowns". *Proc Biol Sci*, 271, Suppl. 5:S313-S316.
- Hoshmand, LP. 2003. "Modern Implications of Globalization and Identity". *Am Psychol*, 58(10):814-815.
- Huynen, M. MTE., Martin, ENS P. & Hilderink, HBM. 2005. The Health Impact of Globalization: a Conceptual Framework. *Globalization and Health*, 1:14-26.
- Hyman, G., Lema, G., Nelson, A. et al. 2004. Latin American and Caribbean Population Database Documentation. Mexico: International Center for Tropical Agriculture.
- Kirmayer, LG. & Minas, H. 2000. The Future of Cultural Psychiatry: An International Perspective. *Can J Psychiatry*, 45(4):438-446.
- Kirmayer, LJ. 2006. Culture and Psychotherapy in a Creolizing World. *Transc Psychiatry*, 43(2):163-168.
- Kirmayer, LJ. 2006. "Beyond the New Cross-Cultural Psychiatry: Cultural Biology, Discursive Psychology, and the Ironies of Globalization". *Transc Psychiatry* 43 (1): 26-144.
- Kraidy, M. 2005. *Hybridity, or a Cultural Logic of Globalization*. Philadelphia, Pennsylvania, Temple University Press.
- Krause, I.B. 2006. "Hidden Points of View in Cross Cultural Psychotherapy and Ethnography". *Transc Psychiatry*, 43(2):181-204.
- Lacroix, M. & Shragge, E. 2004. "Globalization and Community Mental Health-Introduction". *Can J Comm Mental Health*, 23(2)5-12.
- Lei, L., Liang, YX. & Krieger, GR. 2004. "Stress in Expatriates". *Clin Occup Environ Med*, 4(1):221-229.
- Leitao, M. 2001. São Paulo Schizophrenia Care Study. Citado na Conferência sobre Saúde Mental nas Américas. Partnership for Progress. Washington DC, 6-8 de dezembro.
- Lolas, S. F. 2005. Salud Pública: ¿Práctica versus Investigación? *Investigación en Salud*, 7 (1): 4-5.
- Marmora, L. 1998. "International Migration. World Order or Disorder?"

- Study Emigr*, 35(130):199-214.
- Martin, S. 2001. "Heavy Traffic: International Migration in an Era of Globalization". *Brookings Review*, 19:225-229.
- Mastrogianni, A. & Bhugra, D. 2003. "Globalization, Cultural Psychiatry, and Mental Distress". *Int J Soc Psychiatry*, 49(3): 163-165.
- Miller, G. 2006. "The Unseen: Mental Illness's Global Toll". *Science* 311: 458-461.
- Murray, CJL. & Frenk, J. 2000. "A Framework for Assessing the Performance of Health Systems". *Bull World Health Org*, 78:717-731.
- Murray, CJL., Jakidou, DE. & Frenk, J. 1999. "Health Inequality and Social Group Differences: What Should We Measure?" *Bull World Health Org*, 77:537-543.
- Murray, CJL. & López, AD. 1996. "Evidence-based Health Policy. Lessons from the Global Burden of Disease Study". *Science*, 274:740-743.
- Murray, CJL. & López, AD. 1999. *The Global Burden of Disease. A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020*. Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press.
- Okasha, A. 2005. "Globalization and Mental Health: A WPA Perspective". *World Psychiatry* 4 (1): 1-2
- Paim, JS. & de Almeida, Filho N. 1998. Collective Health: "A New 'Public Health' or Field Open to New Paradigms?" *Rev Saude Publica*, 32(4):299-316.
- Pan American Health Organization (PAHO). 1990. Regional Conference About the Restructuring of Psychiatric Services in the Region. Caracas, Venezuela, 12-14 de novembro.
- Pan American Health Organization. 2001. Conclusions of the Working Group on Mental Health Policies. Conferência sobre Saúde Mental nas Américas: Partnership for Progress. Washington DC, 6-8 de dezembro.
- Pan American Health Organization. 2001. Conclusions of the Working Group on Mental Health Policies. Conferência sobre Saúde Mental nas Américas: Partnership for Progress. Washington DC, 6-8 de dezembro.
- Pan American Health Organization. 2001. Mental Health Policies. Working Paper for the Conference on Mental Health in the Americas: Partnership for Progress. Washington DC, 6-8 de dezembro.
- Paz, O. 1981. Alrededores de la literatura hispanoamericana. En *In/Mediaciones*, pp. 25-37. Barcelona: Seix Barral.
- Rigby, M., Birch, K. & Roberts, R. 2000. "The Need to Ensure that the Globalization of Information and Telematics does not Destabilize Health-Care Worldwide". *J Telemed Telecare*, 6, Suppl. 1:116-118.
- Rizzolatti, G. & Fadiga, L. 1998. "Grasping Objects and Grasping Action Meanings: The Dual Role of Monkey Rostroventral Promoter Cortex (area F5)". *Novartis Foundation Symposium*, Vol. 218, pp. 18-51. New York, Wiley.
- Rosen, A. 2006. "Destigmatizing Day-to-Day Practices: What Developed Countries can Learn from Developing Countries". *World Psychiatry* 5(1):21-24.
- Sakamoto, H. 2005. "Globalization of Bioethics as an Intercultural Social Tuning Technology". *J Int Bioethique*, 16(1-2):17-27, 189-90.
- Saul, JR. 2004 (March). "The Collapse of Globalism, and the Reverse of Nationalism". *Harper's Magazine*, 308:33-44.
- Savin, D. & Martínez, R. 2006. "Cross Cultural Boundary Dilemmas: A Graded-

- Risk Assessment Approach”. *Transc Psychiatry*, 43(2):243-258.
- Simmons, A. 2002. “Mondialisation et Migration Internationale: Tendencias, Interrogation et Modeles Theoriques”. *Cahiers Quebecois de demographie*, 31(1): 7-33.
- Stiglitz, JE. 2002. *Globalization and its Discontent*. London: Penguin Books (288 pp).
- Waitzkin, H., Jasso-Aguilar, R., Landwehr, A. & Mountain, C. 2005. “Global Trade, Public Health, and Health Services: Stakeholders’ Constructions of the Key Issues”. *Soc Science Med* 61: 893-906.
- Ward, C. & Styles, I. 2003. “Lost and Found: Reinvention of the Self Following Migration”. *J Applied Psychoanal Studies*, 5(3): 349-367.
- Watkins, M. 2003. “Politics in time and space globalization. Em: W. Clement e L.Vosko (Eds.), *Changing Canada: Political Economy as Transformation*, (pp 3-24). Montreal: McGill-Queen University Press.
- World Health Organization. 2001a. Atlas, Mental Health Resources in the World. Geneva.
- World Health Organization. 2001. The World Health Report 2001—Mental Health: New Understanding, New Hope. WHO, Geneva.
- Yach, D. 1997. “Health for All in the 21st Century: A Global Perspective”. *NATL Med J India*, 10(2):82-89.

SOBRE OS AUTORES

Dr. Renato D. Alarcón. Professor de Psiquiatria, Mayo Clinic College of Medicine, e Diretor Médico da Unidade de Distúrbios Emocionais, Mayo Psychiatry and Psychology Treatment Center, Rochester, Minnesota, EUA. Nascido em Arequipa, Peru, formou-se na Universidade Cayetano Heredia em Lima, estagiou no Johns Hopkins Hospital, e obteve seu mestrado em saúde pública na Escola de Saúde Pública da Universidade Johns Hopkins. Membro da Academia Nacional de Medicina do Peru. Autor de mais de 200 artigos, 12 livros (incluindo *Identidad de la Psiquiatría Latinoamericana*, *Los mosaicos de la esperanza*, *Texto Latinoamericano de Psiquiatría y Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría*), e textos sobre saúde mental e saúde pública, psiquiatria cultural, diagnóstico psiquiátrico e pesquisa clínica.

Marina Julia Piazza-Ferrand. Professora de Saúde Pública, Universidade Cayetano Heredia, Peru, e Diretora de um programa internacional financiado por Fogarty-NIDA, em cooperação com a Michigan State University. Mestrado em saúde pública e doutorado na Escola de Saúde Pública da Universidade Johns Hopkins. Bolsista Hubert Humphrey na Hopkins, fez estudos pós-doutorado no Center for Adolescent Health Promotion and Disease Prevention em Baltimore, Maryland, EUA. Investigadora Principal do Estudo sobre Gênero, Álcool e Cultura (GENACIS) da OMS no Peru, atualmente está desenvolvendo o Sistema Nacional de Vigilância da Demanda de Drogas para a National Commission for Drug-free Life and Development.