



MIGRANTES E SAÚDE MENTAL

**A CONSTRUÇÃO
DA COMPETÊNCIA CULTURAL**

**CHIARA PUSSETTI (COORD.)
JÚLIO F. FERREIRA
ELSA LECHNER
CRISTINA SANTINHO**

33

OUTUBRO 2009



MIGRANTES E SAÚDE MENTAL

A CONSTRUÇÃO DA COMPETÊNCIA CULTURAL

**CHIARA PUSSETTI (Coord.)
JÚLIO F. FERREIRA
ELSA LECHNER
CRISTINA SANTINHO**

PUSSETTI, Chiara, e outros

Migrantes e saúde mental: a construção da competência cultural/Chiara Pussetti, e outros. - (Estudos OI ; 33)

ISBN 978-889-8000-89-7

CDU 316

614

613

314

PROMOTOR

OBSERVATÓRIO DA IMIGRAÇÃO

www.oi.acidi.gov.pt

COORDENADOR DA COLEÇÃO

ROBERTO CARNEIRO

AUTORES

CHIARA PUSSETTI (Coord.)

JÚLIO F. FERREIRA

ELSA LECHNER

CRISTINA SANTINHO

EDIÇÃO

**ALTO-COMISSARIADO PARA A IMIGRAÇÃO
E DIÁLOGO INTERCULTURAL (ACIDI, I.P.)**

RUA ÁLVARO COUTINHO, 14, 1150-025 LISBOA

TELEFONE: (00351) 21 810 61 00 FAX: (00351) 21 810 61 17

E-MAIL: acidi@acidi.gov.pt

EXECUÇÃO GRÁFICA

PRINCÍPIA

PRIMEIRA EDIÇÃO

750 EXEMPLARES

ISBN

978-989-8000-89-7

DEPÓSITO LEGAL

302603/09

LISBOA, OUTUBRO 2009

ÍNDICE GERAL

| | |
|--|----|
| NOTA DE ABERTURA | 7 |
| NOTA DO COORDENADOR | 9 |
| MIGRANTES E SAÚDE MENTAL A CONSTRUÇÃO DA COMPETÊNCIA CULTURAL | 11 |
| AGRADECIMENTOS | 13 |
| INTRODUÇÃO: PSIQUIATRIA TRANSCULTURAL – UMA PRÁTICA AQUÉM DA PROMESSA | 15 |
| CHIARA PUSSETTI | |
| I PARTE: BIOPOLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL – MEDICALIZAÇÃO, CULTURA E RESISTÊNCIA | 27 |
| CHIARA PUSSETTI | |
| CAP. 1. CORPOS EM TRÂNSITO E SOFRIMENTO PSÍQUICO | 29 |
| CAP. 2. ANTROPOLOGIA DAS EMOÇÕES E DAS PERTURBAÇÕES EMOCIONAIS: UMA INTRODUÇÃO CRÍTICA À PSIQUIATRIA TRANSCULTURAL E À ETNOPSQUIATRIA | 41 |
| 1. PSIQUIATRIA TRANSCULTURAL | 43 |
| 2. ETNOPSQUIATRIA | 59 |
| CAP. 3. BIOPOLÍTICAS DA DEPRESSÃO NOS IMIGRANTES AFRICANOS | 69 |

| | |
|--|-----|
| II PARTE: ESTUDO DE CASO – PRÁTICAS E DISCURSOS NUMA UNIDADE PSIQUIÁTRICA TRANSCULTURAL | 91 |
| JÚLIO F. FERREIRA | |
| CAP. 4. UMA EXPERIÊNCIA DE CLÍNICA TRANSCULTURAL | 95 |
| CAP. 5. “WELCOME TO EUROPE” | 107 |
| 1. UMA ENTREVISTA MARCANTE: DE UMA VISÃO ÀS SUAS RESSONÂNCIAS | 110 |
| CAP. 6. O PACIENTE E A SUA MAGIA | 115 |
| CAP. 7. VIDAS PASSADAS | 121 |
| 1. COM OS PÉS PELAS MÃOS – O CASO DE APAR | 121 |
| 2. KAN | 131 |
| 2.1. De Trás para a Frente | 131 |
| 2.2. De Frente para Trás | 133 |
| 3. O CASO DE “VELHA-SANE” | 137 |
| 3.1. O Amanhecer | 137 |
| 3.2. Meio-dia | 139 |
| 3.3. Entardecer | 141 |
| 3.4. Assim que a Noite Cai | 146 |
| CAP. 8. A PRISÃO SEM PAREDES | 151 |
| 1. A EXPERIÊNCIA, A SUA INTERPRETAÇÃO, E A CLÍNICA | 155 |

**III PARTE: EXPERIÊNCIAS INSTITUCIONAIS
NO CUIDADO MENTAL DA DIFERENÇA** 163

ELSA LECHNER

| | |
|--|-----|
| CAP. 9. RESUMO COMPARATIVO DOS MODELOS DAS CONSULTAS CULTURAIS DE AVICENNE, MORTIMER E HOSPITAL MIGUEL BOMBARDA | 165 |
| 1. A CONSULTA TRANSCULTURAL DO HOSPITAL AVICENNE, BOBIGNY | 165 |
| 2. A CONSULTA CULTURAL DO JEWISH HOSPITAL EM MONTREAL | 168 |
| 3. A CONSULTA DO MIGRANTE NO HOSPITAL MIGUEL BOMBARDA | 171 |

CRISTINA SANTINHO

| | |
|--|-----|
| CAP. 10. REFUGIADOS E REQUERENTES DE ASILO: ABORDAGENS ANTROPOLÓGICAS NO CAMPO DA SAÚDE FÍSICA E MENTAL | 177 |
|--|-----|

**CONCLUSÃO: PROPOSTAS PARA UM SERVIÇO PSICOTERAPÊUTICO
COM COMPETÊNCIA ANTROPOLÓGICA** 197

CHIARA PUSSETTI E JÚLIO F. FERREIRA

BIBLIOGRAFIA 213

NOTA DE ABERTURA

Abordar políticas de saúde é sempre uma matéria delicada, uma vez que subentende, necessariamente, lidar com o sofrimento de seres humanos. Tratando-se de saúde mental parece ainda mais delicado porque o ser humano surge, nessa situação, com uma imagem ainda mais fragilizada.

Com a publicação deste estudo dedicado ao tema “Migrantes e saúde mental: a construção da competência cultural”, da autoria de Chiara Pusseti e Júlio Pereira, o ACIDI I.P. procura ultrapassar mais uma barreira na direcção da plena integração dos imigrantes na sociedade portuguesa, apresentando uma reflexão antropológica sobre a questão da saúde mental dos imigrantes.

Aproveitando o conhecimento dos autores para divulgar uma perspectiva de cuidados de saúde “culturalmente competentes”, reforça-se o trabalho efectuado nos últimos anos em matéria de cuidados de saúde para as comunidades imigrantes, introduzindo um olhar particularmente importante se tomarmos em conta, conforme nos revelam os investigadores, o carácter traumático da experiência migratória.

A extensão de cuidados de saúde para com os imigrantes, independentemente da sua situação de regularidade administrativa, motivou uma apreciação internacional positiva, testemunhada no recente relatório da ONU sobre Desenvolvimento Humano, que aponta Portugal como o país do Mundo que tem a melhor política de integração dos imigrantes.

É este o lugar que queremos manter. E para isso contribuem as indicações que resultam de estudos como este. Aqui fica, por isso, o nosso reconhecido agradecimento aos seus autores.

ROSÁRIO FARMHOUSE

ALTA COMISSÁRIA PARA A IMIGRAÇÃO E DIÁLOGO INTERCULTURAL

NOTA DO COORDENADOR

A intensificação dos fluxos migratórios tendo por destino final o nosso país, verificada nesta primeira década do novo século, fez emergir dimensões novas e anteriormente desconhecidas em serviços ditos de cuidados (“care”) como são os casos flagrantemente relevantes da saúde e da educação.

Se, no caso da educação, a problemática da multi e interculturalidade vem tendo respostas sistemáticas, ainda que insuficientes, desde a criação do Secretariado Entreculturas em 1991 (Despacho Normativo n.º 63/91, de 18 de Fevereiro), o caso do sector da saúde despertou para a problemática da diferença bem mais recentemente. A presidência portuguesa da UE no segundo semestre de 2007 registou, neste particular, um inequívoco avanço na matéria que é digno de menção especial.

A saúde mental é – pelos seus contornos especiais – uma das vertentes mais delicadas da problemática sendo evidente, pela vulnerabilidade extrema do paciente imigrante, a necessidade de detenção de competências culturais e interculturais por parte dos prestadores de cuidados, seja na dimensão pessoal e profissional, seja mesmo na dimensão institucional e organizacional.

A fim de fornecer um primeiro e importante contributo para preencher a lacuna de investigação sobre esta realidade, Chiara Pussetti e Júlio Ferreira dirigiram e organizaram o presente volume da Coleção Estudos do OI dedicado à problemática “Migrantes e saúde mental: a construção da competência cultural”, com generoso desvelo e reconhecida dedicação.

Compreende-se que o olhar do antropólogo seja, neste caso, mais revelador do que o olhar do clínico ou do administrador de saúde, já que se trata, no fundo, de acolher a pessoa toda, diferente na fala, na memória, na identidade ou nos hábitos culturais, ao invés de pri-

vilegiar a pessoa indistinta que padece de uma doença mental aparentemente semelhante à de outros pacientes.

Pela novidade do olhar compreende-se e agradece-se que o estudo compreenda partes manifestamente diferentes mas complementares.

Enquanto numa primeira parte se abordam as biopsicologias de saúde mental, na segunda parte lança-se o bisturi do estudioso sobre um caso de estudo de observação de uma unidade psiquiátrica transcultural na área da Grande Lisboa. A parte terceira é dedicada à descrição de experiências institucionais no cuidado mental da diferença.

Ainda que com características de obra colectiva, reunindo contributos diversificados de autores variados, os coordenadores realizaram um meritório esforço de unidade e de criação de um fio condutor que o leitor não deixará de sentir. A robustez teórica que inspira todo o volume é também um garante da consistência da obra.

Os investigadores concluem com um leque oportuno de recomendações de ordem prática de entre as quais se pode realçar o contributo para a definição de uma clínica culturalmente competente.

O acervo de estudos do OI/ACIDI fica sensivelmente enriquecido e completado com este estudo.

Ficamos, pois, devedores aos seus principais impulsionadores e autores, Chiara Pussetti e Júlio Ferreira, de um serviço académico de inestimável valia para a comunidade de interessados em alargar a sua esfera de saberes no exaltante domínio da mobilidade de pessoas.

ROBERTO CARNEIRO

COORDENADOR DO OBSERVATÓRIO DA IMIGRAÇÃO DO ACIDI

MIGRANTES E SAÚDE MENTAL

A CONSTRUÇÃO DA COMPETÊNCIA CULTURAL

AGRADECIMENTOS

Este relatório é, com efeito, fruto de um trabalho de equipa. Desejo agradecer em primeiro lugar ao Dr. Júlio F. Ferreira, que realizou o trabalho de terreno para este projecto, partilhando comigo as suas reflexões teóricas, os problemas práticos da pesquisa, os desafios e os resultados conseguidos. Agradeço-lhe também pelas discussões e sugestões compartilhadas, pela sua capacidade original de reler e apropriar ineditamente posições teóricas estabelecidas, assim como pela determinação e empenho demonstrados ao longo da investigação, mesmo nas alturas em que o caminho se revelou mais impérvio do que o previsto.

Foram em particular as discussões com outros colegas e amigos trilhadores dos mesmos territórios teóricos que tornaram possíveis as análises e reflexões aqui apresentadas. Agradeço em particular ao Prof. Doutor Robert Rowland, pela sua disponibilidade e rigor científico, ao Prof. Doutor Paulo Raposo, pela sua amizade, conselhos e apoio incondicional, ao Dr. Francesco Vacchiano e ao Prof. Doutor Roberto Beneduce pela partilha contínua que promoveram de ideias e inquietações. Foram as suas sugestões que me indicaram o caminho a seguir. Exprimo também a minha gratidão à Dr.^a Isabel Cardana e à Dr.^a Manuela Raminhos pela sua cooperação e suporte, e pela disponibilidade e simpatia com que sempre apoiam os investigadores do CEAS. Desejo agradecer especialmente as generosas contribuições da Dr.^a Elsa Lechner e da Dr.^a Cristina Santinho, que enriquecem e dinamizam com um fôlego renovado as reflexões temáticas deste relatório. As discussões que tivemos ao longo dos anos constituíram uma fonte fértil de sugestões e estímulos, indicando-me territórios que não tinha imaginado percorrer. Agradecimentos à Dr.^a Sandra Marques, que trabalhou em conjunto com Ferreira para a selecção das partes de sua dissertação contidas neste livro. Um agradecimento muito especial vai para a Dr.^a Ana Mourão, que trabalhou na revisão linguística do texto, enriquecendo-o de sugestões e ideias, ajudando-me a organizar os eixos temáticos e acompanhando as fases mais penosas do trabalho com estímulos positivos, muitos sorrisos e reбуçados.

Agradeço também calorosamente a todas as outras pessoas que contribuíram para este trabalho, médicos, psiquiatras, psicólogos, técnicos de saúde, pacientes e seus familiares: esta abertura ao diálogo interdisciplinar e a disponibilidade em compartilhar experiências, sofrimentos e dúvidas constitui o primeiro passo para a criação de um espaço de cura caracterizado pelo rigor científico e pela humildade, sem perder a consciência do risco de reprodução de lógicas discriminatórias, racistas ou muito simplesmente paternalistas. Mas desejo ainda assim exprimir uma gratidão particular por aqueles que reagiram à nossa presença enquanto investigadores e às nossas ferramentas teóricas de antropólogos com uma atitude crítica, de desconfiança e negatividade, mesmo aqueles que face ao encontro (ou desencontro) de interpretações e às divergências teóricas assumiram distanciamento, fechando portas e caminhos. Porque sem encontrar resistência, sem criar atritos, sem ter de lutar para prosseguir o próprio trabalho, é difícil conseguir manter a determinação necessária para enfrentar uma investigação que é ao mesmo tempo uma aventura intelectual, ética e política; e impossível conduzir o próprio pensamento numa direcção precisa, conservando em simultâneo uma consciência crítica auto-reflexiva sobre os próprios limites e falhas teóricas.

*À minha filha Sole, por todo o tempo que o trabalho retira
aos nossos beijos e brincadeiras, e pela sua forma especial
de transformar o retorno a casa numa grande alegria.*

C.P.

INTRODUÇÃO

PSIQUIATRIA TRANSCULTURAL: UMA PRÁTICA AQUÉM DA PROMESSA

CHIARA PUSSETTI

Este estudo teve como propósito conhecer – através de entrevistas aprofundadas com técnicos de saúde mental e pacientes imigrantes – a forma como os serviços institucionalizados de saúde mental em Portugal dão resposta ao sofrimento e às necessidades da população a que se destinam. Através destas entrevistas e de encontros com os pacientes, tentou averiguar-se o funcionamento dos serviços de saúde mental “culturalmente competentes”, bem como a percepção e a interpretação do fenómeno por parte dos diferentes actores sociais envolvidos.

A temática é relevante dados os crescentes contrastes sociais que apresentam os fluxos da imigração em Portugal nos últimos 15 anos¹. Neste âmbito, são indispensáveis estudos em diversas áreas académicas para estudar e analisar os impactos migratórios e a condição dos imigrantes, nos seus mais diferentes aspectos, no contexto de acolhimento. A eleição da cidade de Lisboa como cenário para a análise de um projecto psiquiátrico transcultural deve-se à sua situação de capital, apresentando uma centralidade de recursos e investimentos públicos e privados e larga oferta relativa de postos de trabalho, e constituindo uma rota de passagem ou permanência final para imigrantes de diferentes proveniências.

Apesar do reconhecimento de uma maior vulnerabilidade dos imigrantes face às problemáticas da saúde em geral e dos

1 Conjugando os dados do SEF (Serviço de Estrangeiros e Fronteiras) sobre a “população imigrante” – divididos entre Autorização de Residência, Autorização de Permanência e Vistos de Longa Duração (projectão de 2006) – e os dados do INE (Instituto Nacional de Estatísticas) – com a projecção da população nacional para o mesmo ano – não só se conclui a formação, nos últimos 24 anos (1980-2004), de uma curva progressiva de crescimento do número de imigrantes, num total de 356,8%, (ver: www.acime.gov.pt/docs/GEE/Caracterizacao_Imigracao.pdf), como as estatísticas cruzadas apontam para que cerca de 4% da população nacional é constituída por imigrantes legais. (Ver: www.ine.pt/portal/page/portal/PORTAL_INE/bdXplorer?indOcorrCod=0000611&setAb=tab0; www.sef.pt/portal/v10/PT/asp/estatisticas/evolucao.aspx?id_linha=4255&menu_position=4140#0).

problemas mentais em particular, e de terem sido feitos esforços para a sensibilização desta população face aos riscos das doenças infecto-contagiosas (como a tuberculose, as hepatites e a Sida), em Portugal não foi desenvolvida, até ao momento, uma reflexão antropológica aprofundada sobre a questão da saúde mental dos imigrantes e a construção da “competência cultural” nos serviços destinados a este público. Isto torna-se particularmente importante se tomarmos em consideração o carácter traumático da experiência migratória, com tudo o que ela implica: a ruptura e a reconstrução das identidades, os choques do “expatriamento”, a vivência quotidiana de uma condição de “dupla ausência” (Sayad, 1999), o descontentamento e as possíveis dificuldades de integração na sociedade acolhedora. Neste sentido, torna-se relevante considerar também o âmbito mais abrangente do mal-estar geral relacionado com processos sociopolíticos mais amplos, como a pobreza, a desigualdade de género, a violência e exclusão sociais, tantas vezes incorporados ao nível individual como factores de risco e patologia.

É a vulnerabilidade ligada a todos estes factores que conduz os imigrantes a um pedido de ajuda, e é no contexto das consultas de apoio médico e psicológico que muitas vezes este sofrimento procura ser transmitido, em busca de respostas sensíveis e culturalmente competentes. Infelizmente, podemos constatar na maior parte dos casos que os serviços vocacionados para as populações migrantes não representam um espaço de escuta e de reconhecimento do outro. A tomada de consciência dos mal-entendidos e impasses na compreensão intercultural está a criar a necessidade colectiva de providenciar respostas novas e originais para o mal-estar dos imigrantes. Um relatório recente da Organização Mundial para as Migrações (IOM, 2005)² incentiva a adopção na Europa de políticas de saúde “culturalmente sensíveis ou competentes”, no sentido de melhorar a qualidade dos serviços de saúde para uma população que é cada vez mais multicultural.

Um esforço para a criação de reflexão crítica na área da saúde mental transcultural está a ser levado a cabo por diversos países na Europa. Nas políticas da saúde dirigidas aos imigrantes, o enfoque é colocado sobre o carácter imprescindível da

2 IOM (2005) World report on migration 2005: Costs and benefits of international migration, Geneva: Organização Internacional para as Migrações.
<http://www.iom.int/iomwebsite/Publication/ServletSearchPublication?event=detail&id=4171> (acedido a 20 de Setembro de 2005).

interdisciplinaridade, da investigação (em particular nas áreas da antropologia médica e da etnopsiquiatria) e de uma formação “antropológica” contínua dos técnicos de saúde – visando a competência cultural destes face aos pacientes imigrantes e às suas especificidades (como as de menores não acompanhados, vítimas de tortura, refugiados e requerentes de asilo político). Os inquéritos europeus sublinham a alta percentagem de mal-entendidos produzidos entre operadores da saúde e pacientes imigrantes, mesmo na presença de mediadores linguísticos. É focada a importância de uma colaboração de mediadores culturais e de terapeutas imigrantes com os técnicos de saúde e cientistas sociais. Estas são algumas das prioridades da UE (*Programme of Community Action in the Field of Public Health, 2003-2008*), da OMS e da OIM, sobretudo face a dificuldades sanitárias onde a dimensão cultural se torna especialmente significativa, como no caso do sofrimento psíquico agudo, dos menores em risco e das vítimas de trauma.

Em Portugal, a tentativa de criar sinergia na relação entre profissionais da área da saúde mental e imigrantes é recente, e a reflexão teórica sobre o assunto praticamente inexistente. O mesmo é válido para as figuras profissionais do Mediador Linguístico e do Mediador Transcultural, porquanto só presentemente a sua necessidade começa a ser considerada no contexto clínico geral, e menos ainda na área da saúde mental. As experiências europeias mostram como a colaboração de profissionais da saúde, cientistas sociais e mediadores pode de facto mudar a relação entre comunidades antes praticamente invisíveis e os serviços sanitários nacionais. Nos projectos-piloto criados na Holanda, assim como na França, Alemanha e Itália, foram criadas equipas multidisciplinares de colaboração entre cientistas sociais e técnicos de saúde de diversas formações (e no caso francês, também diferentes origens e nosologias), com o fim de fornecer explicações originais e traçar percursos terapêuticos inéditos. As práticas e saberes terapêuticos dos quais os imigrantes são portadores não têm sido até ao momento valorizados no âmbito da saúde pública em Portugal, pelo que esta colaboração auspiciada pelos documentos europeus não se encontra ainda em curso.

Estão porém a ser desenvolvidas campanhas de sensibilização cultural dos serviços de saúde pública, e a ser criada uma reflexão nova sobre a questão da gestão social do

pluralismo terapêutico e da criação de serviços de saúde mental multiculturais. Neste sentido, importa lembrar que Portugal está incluído no European Survey on Migration and Health (IMISCOE/IOM), assim como na Action Cost ISO603 – Health and Social Care for Migrants and Ethnic Minorities in Europe. Estes estudos situam, todavia, Portugal como um dos países com maiores limitações no que diz respeito em particular aos cuidados de saúde mental dirigidos a imigrantes, sublinhando a escassez de investigação académica antropológica (e das ciências sociais em geral) assim como a impermeabilidade do ambiente médico à presença de cientistas de outras áreas e formação. O último inquérito europeu sublinhou a falta de preparação dos técnicos de saúde para assuntos “culturais” e o desenvolvimento de um diálogo “transcultural” eficaz, a falta de pesquisa e de colaboração interdisciplinar, e a escassez de intérpretes linguísticos e mediadores culturais³. Por outras palavras, os clínicos tomam as práticas culturais “exóticas” como algo por sua natureza “hostil à normalidade racional”, cujo restabelecimento constituiria o objectivo das aplicações terapêuticas. Associa-se a este cenário o facto de Portugal e a Grécia serem os únicos dois países da União Europeia que não produzem dados acerca da saúde mental dos imigrantes⁴, o que circunscreve este trabalho a uma área pouco desenvolvida e de grande importância prática a nível da intervenção.

Para esta pesquisa, concentramo-nos particularmente nas interações entre os diversos protagonistas do encontro terapêutico, assim como nas modificações ou transformações ocorridas nesta interacção. O objectivo foi o de conhecer a forma como os serviços de saúde mental institucionalizados em Portugal fazem face e dão resposta ao sofrimento e às necessidades da população a que se destinam.

O estudo em questão foi realizado por um investigador, o Júlio F. Ferreira, com bolsa de estudo atribuída pelo ACIDI (Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural) e pelo CEAS (Centro de Estudos de Antropologia Social), instituições às quais aproveitamos para agradecer. O seu trabalho foi convertido numa tese de mestrado em Antropologia Social, consagrada ao assunto das esperanças, problemas e desafios ligados à implantação de um projecto de psiquiatria transcultural

3 Ver: De Freitas, 2003 e 2006.

4 Ver: “Health and Social Care for Migrants and Ethnic Minorities in Europe” (2006), da rede IMISCOE *International Migration, Integration and Social Cohesion – European Survey*.

tural para imigrantes em Portugal. O trabalho prático do investigador foi realizado entre Janeiro de 2007 e Abril de 2008.

A sua proposta de abordagem de assuntos sensíveis no universo dos fluxos migratórios na Europa, e com o potencial à partida para criar contraposições e visões contrastantes em relação às dos profissionais de saúde nele envolvidos, gerou uma série significativa de resistências institucionais à presença do investigador, que acabou por lhe ver vedada a possibilidade de assistir às consultas ou de aceder às fichas clínicas dos pacientes no contexto hospitalar. Dada a continuidade desta atitude de resistência, foi adoptada por Ferreira a estratégia de procurar informação sobre o hospital fora do mesmo, em particular junto de alguns elementos profissionais que se haviam retirado da Unidade Transcultural para continuar a tratar os utentes do hospital nos seus consultórios particulares. Neste contexto foi concedida a permissão, por ambas as partes (terapeutas e utentes), para acompanhamento de alguns casos e levantamento das respectivas fichas médicas, que incluíam os historiais clínicos de acompanhamento intra-hospitalar. Foram efectuadas entrevistas com psiquiatras, psicólogos e antropólogos da Transcultural, que proporcionaram a reconstrução parcial de histórias de vida dos utentes, dos seus percursos clínicos, diagnósticos, medicação, bem como a possibilidade de contacto directo com os mesmos, para obtenção de informações adicionais e dos seus pontos de vista quanto ao próprio mal-estar e cuidados recebidos. A maior parte do trabalho foi desenvolvida graças à colaboração de uma psicóloga do grupo, que forneceu ao investigador o acesso a muitas informações clínicas, discutindo longamente consigo os casos e possibilitando-lhe o contacto directo com alguns pacientes, as entrevistas com os técnicos de saúde que formavam o grupo, e a participação das reuniões abertas ao público.

Devido a dificuldades logísticas encontradas na realização do trabalho de terreno, decidimos introduzir neste relatório também algumas componentes de reflexão mais teórica, quer ligadas à nossa experiência de trabalho na área da antropologia médica e da etnopsiquiatria clínica, como forma de introdução à problemática, quer dando voz a duas colegas antropólogas, igualmente investigadoras nesta zona de fronteira entre o saber biomédico

e a imigração – que é portadora de diferentes representações e percepções do corpo, da doença e da cura.

Consideramos relevante a participação de outros pesquisadores empenhados no mesmo terreno de investigação, não somente para enriquecer a reflexão e análise sobre o tema, dando espaço a outras vozes e experiências, mas também procurando criar um diálogo entre campos e posicionamentos teóricos diferentes, com vista à sugestão final de recomendações dirigidas às políticas públicas no domínio da saúde mental.

A Elsa Lechner trabalhou enquanto antropóloga durante quatro anos num serviço de apoio psiquiátrico para imigrantes, concentrando-se em particular na recolha de histórias de vida dos pacientes e no valor terapêutico de uma abordagem clínica centrada no indivíduo (*person-centered*)⁵. A pesquisa da Maria Cristina Santinho foca-se sobre o apoio psiquiátrico a uma categoria de imigrantes muito particular: refugiados, vítimas de trauma e tortura, exilados e requerentes de asilo político, que está ligada a histórias dramáticas e a diagnósticos geralmente específicos (como a síndrome de stress pós-traumático). Ainda assim, o seu trabalho ilumina os desafios e os problemas próprios do encontro clínico transcultural na área global da saúde mental, fornecendo material etnográfico rico e original que convida à reflexão crítica.

A integração no presente volume dos contributos de autores heterogéneos, com perspectivas, pontos de partida e terrenos diversos dentro do campo mais vasto da antropologia médica é o que motiva a divisão temática do livro em partes e capítulos distintos. Contudo, a análise segue um fio condutor claro e unificador, constituído pela reflexão comum dos investigadores – conquanto recorrendo a instrumentos variados (reflexão teórica, análise de dados ou observação etnográfica) em realidades institucionais e humanas elas próprias diversas – sobre uma mesma questão essencial: quais os limites e as lacunas, os obstáculos e os espaços de diálogo, as virtudes e as direcções previsíveis dos serviços de saúde mental vocacionados para os imigrantes no contexto nacional, e quais as propostas ao nível das políticas públicas que essa análise inspira para o futuro destes serviços.

⁵ Hollan, 1997: 219-234.

Os investigadores que colaboraram para a realização deste relatório adoptaram as propostas de análise, as problemáticas e as perspectivas teóricas apresentadas por autores de referência na antropologia médica crítica e na etnopsiquiatria clínica. Tal aproximação à antropologia médica crítica decorre naturalmente do objecto de estudo desta pesquisa, que reúne múltiplos e complexos aspectos decorrentes do encontro clínico entre leigos e técnicos de saúde – representações do risco e prevenção, factores sociais e culturais que lhes estão associados, estigma social, adaptação de factores multiculturais às práticas públicas, implicações sociais dos modelos institucionais, e intervenções biomédicas – para além das dimensões políticas e económicas que estão na base deste encontro.

O que caracterizou a nossa abordagem crítica foi portanto a consciência de que a atenção ao contexto social e político constitui um aspecto incontornável na compreensão da dimensão “cultural” no interior do trabalho psiquiátrico. As interpretações do sofrimento apelam a uma consciência da história do discurso que as elabora, e o seu contexto é sempre o das relações de poder locais: um posicionamento crítico considera necessariamente as práticas e estratégias terapêuticas no interior das relações de força que as geram e sustentam, avaliando a posição dos interlocutores e a ideologia veiculada pelas categorias diagnósticas.

Seguindo esta preocupação crítica, decidi organizar e compor o relatório da seguinte forma: a primeira parte, intitulada “Biopolíticas de Saúde Mental – medicalização, cultura e resistência” é composta por três capítulos da minha autoria, que apresentam algumas das questões teóricas mais relevantes para a discussão sobre a saúde mental transcultural. O primeiro capítulo, “Corpos em trânsito e sofrimento psíquico”, evidencia criticamente o carácter da experiência migratória enquanto factor de risco e patologia. O segundo capítulo traça, a partir de algumas reflexões propostas por autores de referência na antropologia das emoções, as diferenças fundamentais entre a psiquiatria transcultural e a etnopsiquiatria. O capítulo final desta primeira parte concentra-se em específico sobre a depressão enquanto desordem de que padecem particularmente os imigrantes, segundo a opinião da generalidade dos técnicos de saúde entrevistados. A partir de uma reflexão sobre a famosa controvérsia da existência ou ausência da depressão entre os africanos, é

questionada a possibilidade de pensar qualquer forma de sofrimento independentemente das dinâmicas sociais e interesses políticos e económicos que a constroem, produzem, reconhecem e nomeiam. A discussão sobre a presença da depressão em África (ou no caso da pesquisa conduzida no serviço transcultural, entre os imigrantes africanos) é neste âmbito interpretada no interior do mais amplo quadro político-económico, outrora utilizado como forma de legitimar a empresa colonial e, no presente, como forma de justificar novas formas de imperialismo.

Se a primeira parte configura o enquadramento teórico do volume, a segunda parte, “Estudo de caso: Práticas e Discursos numa Unidade Psiquiátrica Transcultural”, apresenta os resultados da pesquisa etnográfica realizada pelo investigador Júlio F. Ferreira, no duplo âmbito da sua dissertação de mestrado (integrando-a parcialmente, tendo no entanto sofrido um processo de revisão e edição para o presente formato de livro) e de uma Bolsa de Investigação do ACIDI (que culminou na realização deste relatório). O quarto capítulo, intitulado “Uma experiência clínica transcultural”, apresenta um enquadramento do estudo e explica o funcionamento e retórica do serviço transcultural no qual o investigador realizou trabalho de terreno. O quinto capítulo, “Welcome to Europe”, discute a ideologia assimilacionista da “racionalidade europeia”, apresentando a título ilustrativo uma entrevista marcante com uma das psicólogas do grupo, sobre os conceitos, práticas e discursos da unidade transcultural. No sexto capítulo, “O Paciente e Sua Magia”, é equacionada de forma crítica a construção de uma categoria diagnóstica que identifica o mal-estar dos imigrantes: a “Síndrome de Ulisses”. O sétimo capítulo é dedicado à apresentação de três casos clínicos que o investigador analisou em profundidade, e que ilustram a incompreensão e o desencontro entre pacientes imigrantes e psiquiatras. Finalmente, “A Prisão Sem Parede” apresenta uma leitura particular do autor sobre a patologização da diferença sociocultural, através da metáfora do “panóptico” presente no hospital moderno.

A terceira parte, “Experiências institucionais no cuidado mental da diferença”, reúne as contribuições de Elsa Lechner e de Cristina Santinho. O texto de Lechner apresenta de forma comparativa três modelos de consulta de psiquiatria dirigida a populações migrantes em serviços transculturais: a consulta dirigida por Marie-Rose Moro no hospital Avicenne

em Bobigny (Paris); a consulta do Jewish Hospital de Montréal, dirigida por Laurence Kirmayer; e a “Consulta do Migrante”, criada por Inês Silva Dias no Hospital Miguel Bombarda e extinta pelas reformas do serviço nacional de saúde do actual governo português. Estes serviços partilham o objectivo de procurar dar resposta às necessidades de apoio psicológico de populações migrantes. No entanto, apresentam diferenças relevantes nas suas filiações teóricas, contexto histórico de emergência e nos dispositivos terapêuticos que aplicam e desenvolvem na prática. A consulta de Avicenne funciona no serviço de pedopsiquiatria do hospital dirigindo-se a crianças e adolescentes. É dirigida pela pedopsiquiatra Marie-Rose Moro, baseia-se nos fundamentos da etnopsicanálise e trabalha com uma equipa pluridisciplinar alargada. As crianças são recebidas com a família, por tradutores e mediadores culturais para além dos terapeutas. Os serviços de psiquiatria cultural do hospital Mortimer em Montreal dirigida por Laurence Kirmayer reúnem uma equipa transdisciplinar e assentam numa perspectiva crítica da psiquiatria cultural contemporânea baseada na autocritica dos próprios terapeutas relativamente aos seus preconceitos e conceitos teóricos. A Consulta do Migrante no Hospital Miguel Bombarda é o mais jovem destes serviços. Foi criada em 2004 pela médica psiquiatra Inês Silva Dias e funcionou até 2007 com uma equipa de três médicos, três psicólogas e um psicopedagogo. Este projecto-piloto em Portugal teve o mérito de propor um serviço diferenciado consciente da importância das diferenças culturais na manifestação da doença. Não obstante, segundo a análise proposta pela autora, não atingiu os seus objectivos e intenções.

Cristina Santinho apresenta um trabalho levado a cabo no Centro Português de Refugiados, Centros de Saúde e Consultas de Psiquiatria, onde a investigadora realizou entrevistas aprofundadas com médicos e técnicos de saúde e recolheu histórias de vida de refugiados e requerentes de asilo. O seu artigo foca, através de uma abordagem crítica e construtiva, a questão do suporte institucional providenciado à saúde física e mental dessa categoria particular de imigrantes. Sendo que os refugiados constituem um grupo específico de imigrantes que se caracteriza por serem vítimas de gravíssimos atentados aos direitos humanos nos seus países de origem – guerras, perseguições, torturas – é aqui defendida a necessidade de uma abordagem diferenciada no campo da saúde que tenha em conta por um lado, as suas origens culturais e linguísticas e por outro, a necessidade de se en-

contrarem mecanismos nosológicos adequados à história de vida e à história do trauma de que, na maioria dos casos, são portadores. Como resultado de uma investigação realizada pela autora, que implicou observação participante, entrevistas em profundidade e histórias de vida aplicadas a refugiados e requerentes de asilo, bem como a médicos e psiquiatras que os consultam, conclui-se que por enquanto, em Portugal, os serviços médicos são desadequados à particularidade destes eventuais pacientes. Salienta-se ainda a gravidade da situação no campo da saúde mental, onde não existem respostas nosológicas adequadas ao trauma e onde as barreiras linguísticas, culturais e sociais são ainda intransponíveis. Conclui-se, apresentando alternativas a um serviço de saúde físico e mental que passe necessariamente pela constituição de equipas pluridisciplinares que possam contextualizar a história do trauma numa história de vida mais ampla que ajude a restituir ao refugiado o sentido da sua existência e lhe proporcione os mecanismos para reinterpretar a sua história no novo contexto sociocultural, económico e político do país que o acolheu.

A conclusão deste relatório, assinada por mim e pelo investigador deste projecto, pretende apresentar algumas sugestões construtivas no âmbito dos cuidados de saúde mental transculturais, com potencial aplicação a futuros serviços de aconselhamento e acompanhamento psicológico e psiquiátrico para migrantes. A ideia central desta proposta é devolver a voz e agentividade aos pacientes enquanto sujeitos políticos e morais, tantas vezes silenciados em prol da valorizada “racionalidade” ocidental. O espaço clínico – híbrido e em constante construção e alteração, palco de encontro e partilha profunda com os pacientes migrantes, os seus desejos, saberes, dúvidas e estratégias – torna-se desta forma um meio de acesso privilegiado às múltiplas e complexas dimensões da experiência migratória, tantas vezes ignoradas apesar da sua importância para a compreensão daquilo que acontece no atravessar de uma fronteira.

É no seio deste panorama conflitual, móvel e mutável, no qual múltiplos discursos coexistentes entram em contradição, e onde os problemas sociais podem tornar-se sintomas, que o psiquiatra cultural deve intervir, problematizando as traduções como processos complexos a enfrentar e pensar, em vez de soluções rápidas a empregar – no fundo tão rápidas quanto superficiais. O convite é o de trabalhar sem nunca perder a consciência das rela-

ções entre conhecimento, poder, autoridade e hegemonia; da multiplicidade dos factores em jogo (sociais, políticos e económicos, além de culturais); e da centralidade dos indivíduos em si, das suas interpretações, experiências de mal-estar, representações, emoções, ambiguidades, memórias, e esperanças. Cenário sem dúvida instável e contraditório que o psiquiatra tem de confrontar, a juntar à ininteligibilidade natural do mundo interior dos indivíduos. Estes, por sua vez, “fazem com efeito referência a esquemas que inevitavelmente produzem quebra-cabeças, anomalias, espaços vazios, contradições e sobreposições de valores; a códigos centrais de referência que geram estruturas de representações e cenários pragmáticos que podem ser amplamente caracterizados como móveis, instáveis e transitórios” (Bibeau, 1997: 55-57)⁶.

Nas palavras de Roberto Beneduce, é necessário romper o invólucro das categorias diagnósticas e das pré-noções psicológicas que no curso dos anos tentaram circunscrever ao perímetro opressivo de uma aflição, de um problema “ligado à cultura”, ou de um quadro sintomático bem definido, expressões e fenómenos complexos e heterogéneos (Beneduce 2002b: 28). “Os pacientes são pessoas, pessoas em crise com certeza: uma crise existencial, social, ou familiar, e nós não podemos assim ter a presunção de considerar esta crise simplesmente como uma qualquer patologia. (...) Talvez as categorias da psiquiatria, como os manicómios, existam só para tornar racional o que não se compreende: quando uma pessoa entra no manicómio já não é um *louco* mas um *doente*. (...) A certeza é que, no final, a loucura nunca é escutada no que diz ou quereria dizer” (Basaglia, 1981 e 1982).

Porquanto o texto seja o resultado de um trabalho de equipa e de reflexões comuns, cada capítulo reflecte o posicionamento teórico próprio de cada autor e é, portanto, de sua inteira responsabilidade e mérito.

6 Muitos autores salientaram a importância de uma abordagem centrada sobre o paciente (entre outros, ver: Castillo, 1997; Hollan, 1997).

I PARTE

BIOPOLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL – MEDICALIZAÇÃO, CULTURA E RESISTÊNCIA

CHIARA PUSSETTI

CAPÍTULO 1.

CORPOS EM TRÂNSITO E SOFRIMENTO PSÍQUICO

A situação de saúde dos imigrantes e dos grupos étnicos minoritários é considerada, ao nível da Europa, pior do que a do cidadão europeu médio. Segundo a declaração de Amesterdão⁷ os imigrantes não recebem cuidados de saúde ao mesmo nível do que a média da população – em termos de diagnóstico, tratamento e serviços preventivos – e os serviços de saúde não são suficientemente receptivos às necessidades específicas das minorias. Os profissionais da saúde não possuem a preparação cultural adequada para se relacionar com utentes provenientes de outros contextos, e quase não existe colaboração interdisciplinar entre ciências médicas e sociais. As sondagens europeias⁸ sublinham a alta percentagem de mal-entendidos entre operadores da saúde e pacientes imigrantes, mesmo quando estejam presentes mediadores linguísticos; e realçam como o uso da categoria “imigrante”, proposta nestes programas terapêuticos, homogeneiza experiências e vivências que podem ser completamente diferentes (diferenças, por exemplo, entre migrantes laborais, ilegais, refugiados, menores não acompanhados, vítimas de trauma, requerentes de asilo político, imigrantes de primeira geração ou seus descendentes, e ainda diferenças de género e de idade, etc.)⁹.

Os problemas de saúde, ainda de acordo com os dados dos relatórios europeus, são agravados por uma deficiente inserção comunitária, por níveis sociais e económicos mais baixos que o nível médio do país de acolhimento, por barreiras linguísticas e culturais, etc. Apesar do reconhecimento destas características gerais, e de terem sido feitos esforços para a sensibilização desta população face aos riscos das doenças infecto-contagiosas (como a tuberculose, as hepatites e a Sida), até agora faltam reflexões aprofundadas sobre a especificidade e necessidades destes grupos em particular na área da saúde mental, onde continuam a ser reproduzidas atitudes universalistas, organicistas e biomédicas da doença. Os imigrantes são considerados mais expostos a riscos de de-

7 Cf. http://www.mfh-eu.net/public/european_recommendations.htm (acedido a 10 de Julho de 2008).

8 COST Action “Health And Social Care For Migrants And Ethnic Minorities In Europe”.

9 Programme of Community Action in the Field of Public Health 2003-2008.

envolvimento de patologias mentais: apesar de explicações genéticas e bioquímicas terem sido por muitos anos a explicação privilegiada deste fenómeno¹⁰, estudos recentes sublinham o papel da exclusão social e da discriminação como factores condicionantes da psicopatologia¹¹.

O processo migratório, segundo alguns autores, constitui em si um factor de risco, na medida em que reúne sete elementos de perda: da família e dos amigos, da língua, da cultura, da casa, da posição social, do contacto com o grupo étnico e religioso. Esta série de perdas é experienciada como um luto e sempre acompanhada por uma maior vulnerabilidade aos transtornos mentais e/ou às perturbações emocionais (Desjarlais *et al.*, 1995; Bibeau 1997; Kirmayer & Minas, 2000; Persaud & Lusane, 2000; Murray & Lopez, 1997). Muitos autores realçaram a maior vulnerabilidade que os imigrantes apresentam em relação a problemas de saúde em geral (Carballo *et al.*, 1998; Jansà, 2004) e de saúde mental em particular, devido não só à dureza do processo migratório (Carta *et al.*, 2005; Pumariega *et al.*, 2005; Keyes, 2000; Fox *et al.*, 2001; Hermansson *et al.*, 2002; Maddern, 2004; Mollica *et al.*, 2001; Steel & Silove, 2001), mas também à exposição quotidiana a formas de discriminação (Comas-Diaz & Greene, 1995; Essed, 1991; Fernando, 1984; Kessler, Mickelson, & Williams, 1999; Noh, Beiser, Kaspar, Hou, & Rummens, 1999; Ren, Amick, & Williams, 1999; Salgado de Snyder, 1987).

Sem dúvida a fragilidade destes grupos não é somente devida à experiência da migração, mas especialmente ligada à sua situação socioeconómica mais precária, à marginalização, à ilegalidade e à falta de um apoio social adequado: condições que causam pressão psicológica, além de constituírem factores de risco sanitário no seu sentido mais amplo (altas taxas de traumatismos e incidentes no trabalho, por exemplo). Ironicamente, Abdelmalek Sayad, reflectindo sobre a relação entre doença, sofrimento psíquico e migração, questiona se os “problemas” dos imigrantes serão verdadeiramente problemas “dos” imigrantes ou, antes, problemas da sociedade e das instituições “em relação aos” imigrantes, problemas por outras palavras de origem sociopolítica (Sayad, 1999; aspas acrescentadas).

10 Para uma apresentação crítica destas posições cf. Littlewood R. e Lipsedge M. [1982] 1997; Fernando 1988; 1991; 1995; 1998; 2002; 2003.

11 Ver: Chakraborty & McKenzie, 2002; McKenzie, 2003; Cooper, 2005; Hjern *et al.*, 2004; Wicks *et al.*, 2005; Cantor-Graae & Selton, 2005.

Ao mesmo tempo, os imigrantes são considerados como um grupo de contágio, com higiene insatisfatória, moralmente ambíguo ou desviante, portador de desordem social e de doenças “exóticas”, “infecciosas”, “estranhas”. O imigrante, ameaça potencial da ordem moral, política, económica e simbólica constituída, é um perigo: a sua presença – ou ainda melhor, a sua dupla ausência¹² – assusta e contamina. É exactamente no seu “não estar” que reside a culpa originária do imigrante: é culpado de um reato latente, da violação de uma fronteira, da permanência num país sem permissão, da sua posição apolítica e aceite. É alguém deslocado (*déplacée*), “suspenso entre dois mundos” (Nathan, 1986), “órfão da própria cultura” (Ben Jelloun, 1977), numa condição de “des-identidade” (Lai, 1988) ou “manque à être” (Bastide, 1976). A maior parte dos imigrantes entrevistados para este trabalho, assim como noutras ocasiões (Bordonaro e Pussetti, 2006), contam histórias que relatam o despedaçamento da identidade, a paralisia face à multiplicidade e à fragmentariedade das referências espaciais e simbólicas; exprimem queixas de viver como “zombies” ou “vampiros”, nem vivos nem mortos, suspensos entre dois mundos sem pertencer a nenhum, reclusos numa prisão invisível. Ao contrário do que acontece com outros grupos noutros contextos, tentando manter uma ubiquidade árdua, os imigrantes entrevistados no curso desta investigação queixam-se de não se situar nem “aqui” nem “lá”: falam por outras palavras de um transnacionalismo incompleto ou impossível, da incapacidade de se moverem livremente, da prisão da irregularidade, da angústia da perseguição pela polícia, de um aprisionamento feito de controlos, requisições e discriminações contínuas.

O imigrante é alguém sem colocação: não pertence ao país de acolhimento e já não se identifica com a sua região de origem. Para esta situação concorre o endurecimento actual das políticas migratórias, que não favorecem em nada a integração, mas antes pelo contrário contribuem para alimentar estereótipos promotores de um clima hostil e de recusa em relação aos estrangeiros. Alessandro Dal Lago¹³ afirma que o primeiro nível de discriminação tem lugar na linguagem mediática e política da imigração. Termos como “clandestino”, isto é, indivíduo que tem de se esconder, “irregular” ou “ilegal”, instituem uma relação próxima entre a ideia do imigrante e a do criminoso, do desviante, e do delinquento. A sua “não colocação social” torna-o num ser simultaneamente invisível e opaco,

12 Sayad, 1999.

13 Dal Lago, 1999.

porque incomodamente presente, intimidativo enquanto símbolo das margens, do que a sociedade tenta excluir e pretende não ver; é o criminoso, o ilícito, o irregular e, portanto, o bode expiatório de qualquer problema social (Wacquant, 2002). As raízes desta sobreposição semântica e os factores históricos e económicos que a geram são todavia raramente examinados com rigor científico: assiste-se ao mesmo tempo a uma des-civilização da vida nas periferias das grandes cidades e a uma demonização das minorias. Muitas vezes as estratégias repressivas ou de controlo “sanitário” tornam-se as únicas formas viáveis para enfrentar a falência da integração. As prisões da Europa, assim como os hospitais psiquiátricos, enchem-se progressivamente de cidadãos estrangeiros. No campo específico da saúde mental, assiste-se a uma sobreposição de noções como “desviante”, “estranho”, “exótico”, e “patológico” (Pussetti, 2006). Diversos autores realçaram como os diagnósticos psiquiátricos funcionam regularmente enquanto instrumentos de controlo e de opressão das experiências de segmentos marginais e subalternos da população. A leitura patologizante ou medicalizante da diferença cultural ou exclusão social, própria de muitos programas terapêuticos, permite por outras palavras incorporar as características de grupos minoritários como elementos potencialmente patológicos que é necessário controlar e monitorizar (Conrad e Schneider, 1980; McKenzie, 1999; Fernando, 1988, 1991, 1995, 1998, 2002, 2003; Santiago-Irizarry, 2001; Peirce, Earls, e Kleinman, 1999; Kleinman, 2001; Farrington, 1993; Littlewood e Lipsedge [1982] 1997). O imigrante deve demonstrar continuamente a sua inocência, quer face à sociedade de origem que muitas vezes o considera um fugitivo, um traidor, quer face à sociedade de acolhimento que o vê como um intruso: sabe que para ser tolerado não pode incomodar, contestar ou objectar. O seu espaço é o da invisibilidade social e moral.

Diferentes autores afirmaram que é exactamente a “invisibilidade social” ou a liminaridade da experiência migratória, amplificada pelas contradições das políticas migratórias e pelas barreiras burocráticas, que acabam por gerar perturbações emocionais e patologias mentais¹⁴. A “psicopatologia” identificada no migrante seria nesta visão o resultado

da passagem árdua entre uma cultura e a outra, da falta de integração na sociedade de acolhimento, da crise identitária, da discriminação: será a tentativa de uma mestiçagem impossível

14 Lock e Scheper-Hughes, 1987; Scheper-Hughes, 1994; Farmer, 1992.

a geradora de patologias psíquicas (Nathan, 1994), assim como a ambivalência da posição do imigrante (Risso e Frigessi, 1982), a laceração insanável entre utopia e saudade (Bordonaro e Pussetti, 2006), entre ilusões e sofrimento (Sayad, 1999). Alguns autores, que desenvolveram uma análise crítica dos programas de saúde mental destinados aos imigrantes, e dos assim chamados “síndromes ligados à cultura” (*culture-bound syndromes*)¹⁵, notaram a ausência de categorias diagnósticas e de estratégias terapêuticas que tomassem em consideração questões político-econômicas como problemas de integração, discriminação, estigma, pobreza, racismo ou violência (Velásquez *et al.*, 1993). Essa falta, segundo estes autores, reduz à invisibilidade as experiências reais e quotidianas dos migrantes e dos grupos marginalizados, as suas histórias e percursos distintos. “Invisibilidade” essa que se torna evidente consultando os processos clínicos dos utentes dos serviços de saúde mental para migrantes. As fichas clínicas são expressão eloquente do silenciamento das suas vozes: nas palavras de Roberto Beneduce, são caracterizadas por uma verdadeira “amnésia profissional selectiva” (Beneduce, 2007), que ignora muitas vezes elementos como: a transcrição da cidade de nascimento ou de proveniência (cingindo-se geralmente à nacionalidade), a reconstrução da árvore genealógica (demasiado complexa, onde o parentesco não reproduza fielmente o modelo ocidental), a indicação dos diversos nomes pessoais que muitas vezes relatam etapas importantes da vida e processos de construção da identidade e das relações familiares (com indicação apenas do nome “oficial”), ou a interpretação individual do sofrimento e da doença. Na explicação de Beneduce, estas “amnésias” são expressão daquele distanciamento etnocêntrico pelo qual esquecemos que o imigrante é também um emigrante, isto é, alguém proveniente de um local no qual possuía ligações, afectos, uma posição social específica, e de um contexto social e histórico denso de significados. Tal cesura contribui para a criação daquela “divisão identitária”, “dupla consciência”, ou “dupla ausência” que são próprias de quem passa pela experiência da migração, e que podem manifestar-se através de sintomas (Sayad, 1999).

15 A categoria de “culture-bound syndromes” está presente no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)* da *American Psychiatric Association* só há algumas décadas. Na Primavera de 1991, de facto, os maiores estudiosos na área da psiquiatria cultural encontraram-se em Pittsburgh para avaliar hipóteses de inclusão da dimensão cultural na nova edição do DSM. A ideia surgiu, como se refere na introdução do *DSM-IV*, da opinião segundo a qual uma consulta culturalmente sensível tem de contar com a identidade étnica, linguística e religiosa do paciente e com as explicações culturais que ele oferece para sua aflição (Pussetti, 2006).

As condições particularmente duras da migração contemporânea, juntamente com o peso de um passado colonial silenciado mas todavia presente em muitos preconceitos e estereótipos, são propícias a um aumento exponencial das psicopatologias nos imigrantes, segundo alguns autores¹⁶, não somente por causa de óbvias fracturas identitárias – ligadas, por exemplo, à distância da cultura de acolhimento, à ruptura das ligações com o contexto de origem, a uma condição de “ubiquidade impossível” e de “provisoriedade permanente” (Sayad 1999) – mas especialmente devido a factores económicos e políticos.

Um aspecto adicional constitui o sofrimento dos imigrantes como algo simultaneamente

social e político: o facto de os imigrantes, como nos lembra insistentemente Sayad (1995), serem provenientes de países outrora colonizados, e muitas vezes residentes nos países que foram colonizadores. Uma ligação histórica dolorosa e difícil, uma “verdade colonial” que é geralmente omitida – como sustenta Homi Bhabha (2001) – mas que emerge através do sintoma, através da linguagem do corpo e do sofrimento. Neste sentido, o corpo doente aparece como um arquivo histórico, e os sintomas como histórias incorporadas que estabelecem a relação entre o nível individual e o colectivo, o presente e o passado. Didier Fassin (2002) sugeriu a este respeito o conceito de “incorporação da história” para descrever o duplo processo através do qual, por um lado, o social se inscreve no corpo, e por outro, o corpo e os seus estados contam histórias que relatam não só a vida individual, mas também a memória histórica sedimentada nesse mesmo corpo.

A ideia de que a emigração está indissolúvelmente ligada a formas específicas de sofrimento psicológico acabou para promover uma progressiva medicalização da experiência migratória. Duplamente alieno, o imigrante é desde sempre considerado um indivíduo frágil, predisposto aos distúrbios mentais, vulnerável, irrequieto e deslocado, como a noção clínica de “nostalgia”¹⁷

16 Bhugra e Ayonrinde, 2004, Fernando, 1984, Watkins *et al.*, 2006, Brown *et al.*, 2003, Jackson *et al.*, 1996, McNeilly *et al.*, 1996, Pak *et al.*, 1991, Thompson, 1996, Williams & Williams-Morris, 2000, Desjarlais *et al.*, 1995, Bibeau, 1997, Kirmayer & Minas, 2000, Persaud & Lusane, 2000, Murray & Lopez, 1997.

Muitos autores realçaram como a exposição quotidiana a formas de discriminação, porquanto subtis e indirectas, é fonte de depressão: Comas-Diaz & Greene, 1995, Essed, 1991, Fernando, 1984, Kessler, Mickelson & Williams, 1999, Noh, Beiser, Kaspar, Hou & Rummens, 1999, Ren, Amick & Williams, 1999, Salgado de Snyder, 1987, Carta *et al.*, 2005, Klerman & Weissman, 1989, Wetzel, 1994, Sileo, 1990.

Outros autores salientaram como a discriminação racial e de género está ligada ao desenvolvimento de patologias mentais: Fernando 1984, Watkins *et al.*, 2006, Brown *et al.*, 2003, Jackson *et al.*, 1996, McNeilly *et al.*, 1996, Pak *et al.*, 1991, Thompson, 1996, Williams & Williams-Morris, 2000.

17 *Nostalgia* é uma palavra formada pelo prefixo *nostos*, que significa

(Hofer, 1934; Frigessi Castelnuovo & Risso, 1982; Prete, 1992; Bolzinger, 1989; Beneduce, 1998, 2007) e a categoria de “aliéné migrateur” (Foville, 1875)¹⁸ sintetizam emblematicamente. No final de 1800, o estatuto do imigrante não era de facto muito diferente de um quadro psicopatológico ou de um diagnóstico médico. O nomadismo era considerado uma anomalia, um comportamento desviante: a instabilidade da vida do imigrante era correlacionada com uma potencial personalidade esquizóide.

Desde o emprego no século XVII da categoria de “Heimweh”¹⁹ para explicar a vulnerabilidade às doenças e as mortes misteriosas dos mercenários suíços que partiam para o estrangeiro, assim como das mulheres que saíam do país para trabalhar como empregadas; e desde que a ciência médica começou a legitimar-se através da elaboração de quadros nosológicos discretos (nos quais a partir de 1688 a nostalgia entrará a pleno direito como patologia da migração), o problema do impacto do percurso migratório na experiência emocional dos imigrantes assumiu um interesse científico em contínua expansão. Designada “Maladie du souvenir”, “home-sickness” ou “psicose dos imigrantes”²⁰, a interpretação da nostalgia como patologia continuou por muitos anos a ser utilizada nos paradigmas nosológicos da psicologia e da etnopsiquiatria da migração²¹. Um exemplo entre outros: em 1963, o director dos Hospitais Psiquiátricos de Turim (Itália), De Caro, sustentava que a “personalidade esquizóide” constituía um dos factores determinantes do fluxo migratório interno em direcção às cidades do Norte do país – o “comportamento migratório”, na sua opinião, explicava-se com base num terreno de predisposição psiquiátrica (Beneduce, 2007). Esta leitura patologizante da experiência migratória continuou a reproduzir-se em numerosas pesquisas, fundando as suas conclusões sobre o modelo de “selecção negativa”, isto é: seriam os sujeitos fracos, poucos integrados na sociedade de origem, com escassas ligações afectivas e estrutura familiar instável a optar pela emigração, levando a que os seus

“regresso”, e pelo sufixo *algos*, ou seja “dor”. A palavra nostalgia nesta acepção foi proposta no final do século XVII por Johannes Hofer, um médico da Universidade de Basilea, na sua *Dissertatio medica de Nostalgia oder Heimweh*.

18 Foville, 1875; Ballet, 1903.

Para uma análise desta categoria veja-se http://www.hopital-marmottan.fr/publications/F_CARO_memoire_DEA_Voyage_Pathologique_2005.pdf

19 Palavra alemã composta por “pátria, casa” (*Heim*) e “dor, doença” (*weh*). Para uma genealogia do conceito cf. Beneduce 1998, 2007.

20 Cf. Frost, 1938 e Collier & Bourbon, 1924, *in* Beneduce, 2007.

21 Vejam-se as pesquisas dos anos trinta de Malzberg e Ødegaard sobre os noruegueses nos Estados Unidos (*in* Beneduce, 2007).

distúrbios latentes se manifestassem particularmente no país de acolhimento (Littlewood & Lidsedge, 1989).

As pesquisas epidemiológicas e os trabalhos de psicologia da imigração raramente apresentam uma visão positiva do processo migratório, evidenciando antes as componentes estruturais de tipo macro-social, que realçam somente os efeitos da imposição e opressão sociais (crises sociais e económicas, conflitos bélicos e violências estruturais, perseguição e tortura, etc.), elidindo da análise os elementos de escolha activa (o que os antropólogos costumam designar como “agency”), de projecto individual, de apropriação e de resistência, ou considerando-os até no interior dos vínculos que limitam as possibilidades e o espaço de movimento do indivíduo.

A representação da vulnerabilidade psicológica como característica intrínseca dos migrantes não toma todavia em conta a relação mais ampla entre sofrimento individual e experiência de exclusão, marginalização social, discriminação e precariedade das condições habitacionais e laborais, entre outros factores. Para evitar os mal-entendidos e os problemas metodológicos ligados a um emprego acrítico de categorias diagnósticas (“category fallacies” é a expressão proposta por Arthur Kleinman a este respeito), diferentes autores tentaram apresentar um método capaz de pôr em relação, sem determinismos, as biografias individuais e as narrativas colectivas com as vicissitudes históricas, políticas e económicas que desde sempre acompanharam o movimentos das pessoas²².

O estereótipo do imigrante como pessoa frágil do ponto de vista mental, com um elevado risco de desenvolvimento de patologias psiquiátricas, de acordo a minha experiência de terreno está todavia ainda presente. Que a experiência migratória está indissolúvelmente ligada à emergência da patologia mental é por exemplo a opinião do psiquiatra catalão Joseba Achotegui, que chegou a identificar uma nova categoria diagnóstica para definir

exactamente este mal-estar: a síndrome de Ulisses (síndrome de stress múltiplo e crónico ligado à migração)²³, a que retornaremos mais tarde, no capítulo 6. Para já, podemos considerar esta categoria como o exemplo mais recente da medicalização – sob

22 Kleinman, 1980; 1988; 1995; Littlewood, 1990; Kirmayer, 2006; Bibeau, 1997.

23 Achotegui, 2003.

a forma de uma perturbação psíquica ou distúrbios do comportamento – da experiência migratória: a síndrome de Ulisses traduz os conflitos sociais em idiomas psicopatológicos, desviando a atenção do contexto político e económico mais amplo para se concentrar no indivíduo como corpo despolitizado e naturalizado.

Todavia, esta leitura medicalizante do processo migratório está a impor-se como hegemónica, como o revela o facto de o Parlamento Europeu estar a apoiar a investigação sobre esta doença, e de a categoria vir a ser incluída na próxima edição do DSM. No sítio de Internet do Alto Comissariado para a Imigração e o Diálogo Intercultural (ACIDI, Portugal), a síndrome de Ulisses é indicada como doença psicológica provocada pela solidão, o sentimento de fracasso, a dureza da luta diária pela sobrevivência e o medo e falta de confiança nas instituições, que está a afectar cada vez mais os imigrantes, ao ponto de já terem sido diagnosticados milhares de casos. Esta patologia nasceu – na opinião de Achotegui – no ano 2000, que assistiu a um endurecimento progressivo das políticas migratórias²⁴.

Dada a particular vulnerabilidade dos imigrantes a perturbações mentais comparativamente à população autóctone, 12 países europeus²⁵ juntaram-se num projecto financiado pela Comissão Europeia – Health and Consumer Protection DG (SANCO) para reflectir sobre os problemas da saúde mental dos imigrantes e discutir em particular a importância da intervenção farmacológica da criação de “serviços de saúde mental culturalmente sensíveis” e de “Hospitais Amigos dos Migrantes”. Escassa foi a reflexão, todavia, sobre a possibilidade de que as próprias políticas migratórias e sanitárias constituam factores de risco e patologia: as restrições políticas, sociais e económicas que bloqueiam os imigrantes nas margens da sociedade de acolhimento são completamente esquecidas nos encontros clínicos com os utentes imigrantes.

A medicalização da condição de imigrante é um dos problemas mais sérios dos programas terapêuticos de saúde mental destinados a estes utentes. Assim como acontece com a categoria da síndrome de Ulisses, muitos destes programas acabam por estereotipar e reificar a experiência migratória, ao atribuir-lhe

24 <http://www.acime.gov.pt/modules.php?name=News&file=article&sid=263>

25 Nomeadamente: Áustria, Alemanha, Dinamarca, Grécia, Espanha, Finlândia, França, Irlanda, Itália, Holanda, Suécia e Reino Unido.

um estatuto ontológico, e por tornar homogêneas vivências emocionais que são individuais, heterogêneas e irreduzíveis a modelos pré-estabelecidos. Estes modelos e categorias silenciam a diferença individual visando simplificar o uso de programas de diagnóstico e tratamento. Mas o que sucede nesta constituição de um paciente imigrante estereotipado como sujeito psiquiátrico é a reprodução de uma ideologia médica que sistematiza características e comportamentos socioculturais num conjunto de sintomas psicopatológicos. A leitura medicalizante da condição do imigrante permite por outras palavras transformar os problemas sociais, econômicos e políticos de grupos desfavorecidos em elementos potencialmente patológicos que podem ser controlados e monitorizados farmacologicamente.

Quando o imigrante se relaciona com as instituições de cuidados de saúde, o que procura é um sentido para o próprio sofrimento: face à doença, este é o primeiro passo para uma explicação da sua experiência com vista à mudança. A doença exige um sentido, uma justificação, mas uma que seja inteligível à luz dos códigos que moldam a busca terapêutica. Ela coincide também com um processo de reconstrução da própria identidade, do equilíbrio ameaçado pelas condições da vivência quotidiana. A resposta terapêutica mais eficaz seria aquela capaz de colocar em interdiálogo os três corpos referidos por Lock e Scheper-Hughes (1987): o corpo individual, próprio da análise fenomenológica; o social, foco do estruturalismo e antropologia simbólica; e o político, evidenciado pela genealogia foucaultiana e pelos estudos pós-estruturalistas. O pedido de cura que os imigrantes expressam encontraria resposta apenas nos moldes de uma política de atribuição dos sintomas que coordenasse dimensões institucionais com a necessidade existencial dos doentes em afirmar a “realidade” da própria experiência da aflição.

Em simultâneo, torna-se evidente que os corpos dos imigrantes incorporam uma diferença que não permite a sujeição passiva aos modelos da medicina ocidental e do saber hegemónico da sociedade hóspede. Esta diferença é expressa através da utilização das categorias do sistema médico do contexto de origem; veiculada nas negociações de sentido que a doença sempre exige; e reproduzida num léxico da aflição muito particular. Os sintomas apresentados constituem assim um desafio na medida em que traduzem a procura

de um sentido diferente do proposto pela biomedicina. Eles espelham outros paradigmas interpretativos, diferentes modelos médicos, outras modalidades de relacionamento com o mundo, o invisível, os antepassados, a dor, a morte, e as relações interpessoais. Estas manifestações sintomáticas – que falam de possessão por espíritos, vinganças, feitiçaria – são possivelmente interpretadas pelos médicos ocidentais enquanto problemas mentais ou neurológicos, mesmo quando os resultados dos testes clínicos são negativos. Há realidades que não fazem sentido fora de um determinado registo: a biomedicina só encontra significado nestes fenómenos em termos de auto-sugestão, epilepsia, ou problemas psicológicos. As estratégias de busca da cura e de interpretação dos sintomas que os corpos dos imigrantes parecem obstinadamente buscar exprimem a procura de um horizonte de significado que o recurso às estruturas sanitárias e linguagens da medicina ocidental não pode geralmente oferecer. As principais queixas dos imigrantes referem a falta de atenção e incredulidade dos médicos ocidentais face às aflições que eles apresentam, e reportam-se à organização dos serviços sanitários, com o domínio exercido pela psiquiatria em todos os casos não imediatamente reconduzíveis a uma interpretação orgânica da doença. Face à exigência de uma explicação, a impotência das interpretações fornecidas pela biomedicina é vivida com desconforto. Um diagnóstico que é recebido com suspeição, resistência e desconfiança não provê possibilidades de significação. Estas exigem antes a construção de uma interpretação mais familiar, mais afim, que tenha em conta por um lado as representações da pessoa, as etiologias locais e as formas culturais da aflição, e por outro as modalidades originais e individuais de negociação entre as opções da “tradição” e as da biomedicina ocidental.

O sofrimento dos numerosos imigrantes que apresentam dores crónicas ou outros sintomas “irregulares” deve ser interpretado em relação a estas dificuldades, assim como à constante erosão dos valores, à perda de importância da coesão do grupo, e à desagregação dos códigos de referência “tradicionais” que permitiam ao indivíduo compreender a sua experiência de aflição. Os sintomas “anómalos” representam e renovam as tensões e os contrastes sociais que atravessam os corpos dos imigrantes. As doenças traduzem relações de poder, alienação, pequenas histórias locais e movimentos transnacionais. O corpo emerge como um arquivo histórico e lugar de resistência, e os seus sintomas como um

comentário político sobre as complexas relações que situam os imigrantes em processos sociais amplamente para além do contexto local.

Neste sentido, a doença pode ser interpretada, seguindo a perspectiva adoptada por Nancy Scheper-Hughes (1992) no seu trabalho sobre os ataques de *nervos* na comunidade de Alto de Cruzeiro no Brasil, como uma forma de acção corpórea, “uma coisa que os seres humanos fazem de maneiras absolutamente originais” (Scheper-Hughes, 1994: 229).

CAPÍTULO 2.

ANTROPOLOGIA DAS EMOÇÕES E DAS PERTURBAÇÕES EMOCIONAIS: UMA INTRODUÇÃO CRÍTICA À PSIQUIATRIA TRANSCULTURAL E À ETNOPSQUIATRIA

Os últimos 20 anos têm assistido à manifestação de um interesse acadêmico renovado pelas emoções em diferentes campos disciplinares, entre os quais a antropologia, a filosofia, a sociologia, a psicologia, a neurobiologia e a história. Infelizmente, sobretudo nas disciplinas que se confrontam com as vivências emocionais dos migrantes – caso da antropologia e psicologia transcultural – os debates recentes continuam, salvo raras exceções, a reproduzir dicotomias como “natureza/cultura” ou “genes/ambiente”, herdadas do pensamento do século XIX. Podemos, assim, dividir a maior parte dos estudos sobre as emoções produzidos nas últimas décadas em dois ramos teóricos opostos: o dos *biologistas* e o dos *construtivistas sociais*.

Os biólogos sustentam que as emoções são essências universais, inatas e geneticamente determinadas: fenômenos biológicos interiores passivos e involuntários, de caráter não cognitivo, ligados à memória filogenética e não à aprendizagem individual, desinteressantes, e inacessíveis portanto aos métodos da análise cultural²⁶. As teorias universalistas ou inatistas, caracterizadas por influências de tipo etológico e neurobiológico, têm dominado desde há muitos anos o campo das pesquisas psicológicas, e são representadas de maneira emblemática pelos estudos neuroculturais de Paul Ekman sobre a expressão facial das emoções (Ekman, 1980a; 1980b; 1984)²⁷. Durante muito tempo, as emoções foram consideradas também pelos antropólogos como fenômenos naturais, universais e inatos. O conceito da unidade psíquica dos seres humanos justificava ao nível teórico uma possibilidade de compreensão imediata

26 Entre os pensadores que inauguraram a concepção científica das emoções, Charles Darwin, William James, Walter Cannon e Sigmund Freud podem ser considerados pais fundadores da moderna pesquisa sobre as emoções. O que em síntese une a posição destes teóricos é uma visão das emoções como fenômenos não cognitivos e involuntários, algo de interno aos indivíduos, e ligado a uma base genética hereditária e universal.

27 Nestes trabalhos Ekman tentou identificar a correlação entre um grupo limitado de expressões faciais universais e um conjunto definido de “emoções básicas”. Os antropólogos culturais criticaram duramente a metodologia utilizada por Ekman e pelos pesquisadores que partilharam a sua opinião e orientação teórica, censurando-os por terem selecionado

entre pessoas de culturas diferentes: antropólogos e psicólogos poderiam assim entender empaticamente as emoções dos outros enquanto idênticas às suas, e utilizar sem problemas as próprias categorias para descrever as vivências afectivas desses outros. Num universo de costumes bizarros e lógicas diferentes, era confortador assumir que os Outros não eram afinal assim tão diferentes de nós quando choravam, riam, amavam, sofriam ou se zangavam. Muitas críticas foram dirigidas às abordagens que adoptaram de forma não problematizada a empatia como “sensibilidade extraordinária, quase uma capacidade preternatural de sentir, pensar e perceber como os nativos” (Geertz, 1988: 72). Qualidade essa – talvez presente nos anjos telepáticos que povoam o céu de Berlim²⁸, mas com certeza não nos antropólogos e psiquiatras – que coloca a possibilidade de compreensão *trans*-cultural numa improvável dimensão *extra*-cultural, na qual seria possível “um acesso emocional directo às pessoas de outras culturas” (Reddy, 1999: 262). A título de exemplo, Marvin Harris exprimia já há algumas décadas, em *The Rise of Anthropological Theory. A History of Theories of Culture*, a sua surpresa e ironia face à “confiança extraordinária” que mostrava a sua colega Margaret Mead em conseguir identificar as emoções dos sujeitos samoanos em termos idênticos às próprias (1971: 550-551).

artificialmente algumas emoções “purificadas” segundo critérios apriorísticos; de terem submetido desenhos estilizados ou fotografias de caras, abstraídas de qualquer contexto, a um agregado restrito de pessoas, sem ter em conta as eventuais diferenças de género, idade e posição social; de se terem baseado numa identificação mecanicista entre movimento muscular e emoção propriamente dita, descuidando o ponto de vista dos locais, o contexto e as circunstâncias da experiência emotiva; e, por fim, de terem fornecido uma tradução acrítica dos termos emocionais ingleses para outras línguas.

28 Win Wenders 1987, *Der Himmel über Berlin* [II cielo sopra Berlino].

O problema da empatia como metodologia de compreensão das vivências emocionais alheias, baseada no pressuposto da universalidade das respostas afectivas, como sustenta Leavitt (1996), reside no facto de ocultar o carácter problemático do diálogo interpessoal e da tradução cultural, levando a considerar como certa a primeira impressão, quando esta deveria pelo contrário ser constantemente questionada e reexaminada. Este emprego incauto da empatia como ferramenta de acesso às experiências emotivas dos outros está ligado a uma representação das emoções como algo autêntico, natural e biológico. A imagem de um *Eu* genuíno e de um núcleo de irracionalidade “escondido”, “profundo” e “íntimo”, assim como o conceito de emoção que lhe está associado, pertencem à tradição das ciências ocidentais da psique (Despret, 2002). A ideia de auten-

ticidade que veiculam de que: “a emoção é verdadeira, naturalmente verdadeira, mas, sobretudo, espontaneamente verdadeira” (Despret, 2002) simultaneamente exprime uma separação entre natureza e cultura, e justifica a possibilidade de uma compreensão para além da variabilidade superficial dos costumes.

Contudo, este emprego metodológico da empatia para apreensão directa das vivências alheias ignora simultaneamente o ponto de vista dos indivíduos e o mais amplo contexto político, histórico e social em que se inserem, colocando acriticamente as experiências dos outros no interior das próprias referências conceptuais²⁹. Vinciane Despret chama a nossa atenção para o facto de não existir a possibilidade de um acesso privilegiado à emoção alheia, e de a confiança ingénua nessa capacidade – que mascara o carácter problemático da tradução – depender de uma imagem do ser humano e das suas paixões culturalmente específica, própria do contexto euro-americano. Por outras palavras, as abordagens que assumem a universalidade do psiquismo humano como forma de justificar a compreensão intercultural imediata não constroem um diálogo mas antes “impõem” um enquadramento cognitivo/emocional próprio, onde são “encaixadas” as experiências do Outro. Tais posições ignoram, segundo Despret, que a dita *natureza* das paixões é por “Nós” *cultivada*; a assumida *autenticidade* do Eu é uma imagem por “Nós” *construída*; e a pressuposta *universalidade* das emoções aquilo que paradoxalmente “Nos” *distingue* (Despret, 2002: 9, itálicos acrescentados).

É todavia exactamente esta perspectiva, ingénua e já amplamente criticada, que adopta uma certa psiquiatria transcultural de derivação kraepeliniana, ao basear as suas pretensões de uma eficácia transcultural no pressuposto da unidade biopsíquica da humanidade.

1. PSIQUIATRIA TRANSCULTURAL

Do ponto de vista da psiquiatria transcultural, o ser humano seria composto por dois níveis sobrepostos: a um sólido e uni-

29 Diferentes autores se referiram, a este respeito, a uma “empatia etnocêntrica”, a um “mal-entendido empático” (Bonino, Lo Coco e Tani, 1998: 59), à “incompreensão causada pela parcialidade das próprias perspectivas” (Piasere, 2002: 155), à compreensão falaz causada por uma “atribuição demasiado fácil aos outros do que sentimos-pensamos” (Wikan, 1992: 479), ou a uma “compreensão enganosa baseada sobre uma ideia de autenticidade do Eu e da universalidade das emoções humanas” (Despret, 2002).

forme substrato fisiológico e psicológico universal, “núcleo duro” profundo comum a todos os seres humanos, sobrepor-se-ia a mudança, a variabilidade e a multiplicidade cultural dos costumes. Nesta óptica, biologia e psicologia seriam indissociáveis, enquanto consideradas subjacentes aos, e determinantes dos, aspectos socioculturais; E todos os processos cognitivos, emoções, e experiências de carácter “psíquico” afirmar-se-iam como invariantes *naturais*, cujo carácter universal exclui possibilidades de contextualização sociocultural. As emoções, ainda segundo esta perspectiva, situar-se-iam no foro íntimo dos indivíduos, numa dimensão pré-cultural, ligada à memória filogenética mais do que à aprendizagem individual. Tratar-se-ia, em suma, de fenómenos naturais e biológicos de carácter não cognitivo, universais e inatos.

Podemos assim encarar a psiquiatria transcultural como uma psiquiatria que reivindica, sem nunca pôr em causa as próprias premissas epistemológicas relativas, uma aplicação global através das culturas. Com essa missão, emprega os contributos da antropologia para possibilitar uma adaptação da psiquiatria geral a contextos onde predominam representações diferentes de pessoa e das suas perturbações, que não cabem nos quadros oficiais psiquiátricos. Tobie Nathan, contrapondo a etnopsiquiatria (no sentido de George Devereux) à psiquiatria transcultural, argumenta:

Car si, conformément aux indications de G. Devereux, j’ai conservé le terme “ethnopsychiatrie” (quoique n’étant pas psychiatre), c’était pour préserver l’originalité du domaine, notamment par rapport à la psychiatrie transculturelle, surtout américaine. La psychiatrie transculturelle est, du point de vue méthodologique, en quelque sorte le symétrique de l’ethnopsychiatrie. Elle se veut une psychiatrie que l’on pourrait dire “culturellement éclairée” — mais une psychiatrie avant tout! Elle utilise les apports anthropologiques pour rendre la psychiatrie possible avec des populations que peu de choses dans leurs traditions prédisposaient à ce genre de pratiques. En vérité, cette psychiatrie consacre un lien entre anthropologie et conquête puisqu’elle demande à l’anthropologie de lui fournir les savoirs qui lui permettront de percer les défenses que ces populations opposent aux pratiques psychiatriques (Nathan 2000).

De facto, uma análise cuidadosa desta poderosa afirmação de Nathan evidencia o significado quase inverso dos termos “etnopsiquiatria” e “psiquiatria transcultural”. Se na primeira confluem indistintamente os saberes de antropólogos, psiquiatras, psicólogos e outros terapeutas, reconhecendo os saberes locais como sistemas de cura autênticos e equivalentes com os quais o diálogo é possível, a segunda afirma por contraste a sua validade científica exclusiva, que permanece associada a um interesse comparativo e classificatório, epidemiologicamente orientado. Enquanto a primeira estende o reconhecimento do estatuto de “etnopsiquiatrias” (concepções locais sobre a psique) à psiquiatria e psicologia ocidentais, a segunda, pelo contrário, não parece disposta a repensar criticamente os seus fundamentos epistemológicos e modelos diagnósticos, nem a renunciar à própria hegemonia cultural. Se a primeira prossegue com renovado vigor crítico o debate sobre a possibilidade de empregar categorias diagnósticas ocidentais a sintomas e comportamentos ligados a outros universos experienciais, a segunda defende antes a possibilidade de estender as categorias do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) a qualquer latitude, baseando-se no pressuposto de existência de um núcleo biopsíquico universal, cujas leis e funcionamentos apenas a psiquiatria ocidental teria conseguido identificar cientificamente. Se a primeira tenta renovar as estratégias de escuta e interpretação junto dos seus pacientes, desenvolvendo uma “semiótica original”, na segunda o terapeuta limita-se a traduzir as etiologias indígenas, os termos locais e os sintomas dos pacientes nos seus próprios códigos nosográficos.

Nestes termos, a psiquiatria transcultural impõe globalmente a sua hegemonia “científica” através da suposta autoridade dos seus manuais, categorias diagnósticas e modelos terapêuticos. A cultura constitui meramente, segundo este ponto de vista, um factor influenciador que atenua ou regulamenta uma expressão emotiva que é na essência universal, filtrada por regras de exibição locais; ou condiciona a sua interpretação por intermédio dos “óculos opacos” das crenças particulares. E pela sua imposição de significados, categorias e explicações, a psiquiatria transcultural dissimula as relações de força e poder que o seu saber exerce, revelando assim alguma ligação com a psiquiatria colonial (Beneduce, 2000).

O foco na identificação, diagnóstico e classificação do “Outro” irracional continua a marcar a prática terapêutica contemporânea, causando o risco de reproduzir, ainda que sem querer, estereótipos evolucionistas e antigos modelos interpretativos da relação entre cultura e doença mental. Estes modelos abrigam preconceitos, noções rígidas e impermeáveis de “cultura” e “etnia”, e um impulso classificatório de termos, sintomas, técnicas e conhecimentos culturais nos quadros da psiquiatria oficial, sem considerar os contextos sociais, históricos e políticos mais amplos que moldam a subjectividade do sofrimento e da cura (aos níveis individual e institucional).

O acto de compreensão, nesta perspectiva, é reduzido a uma classificação das experiências e narrativas dos outros nos termos do próprio horizonte lexical e categorial, ou noutras palavras, a um exercício de tradução imediata das palavras de uma língua para as de uma outra língua. A falta evidente de uma correspondência linguística directa não é interpretada como contradição da tese de universalidade das emoções, mas antes como sinal de uma limitação das capacidades introspectivas e de expressão emocional de alguns grupos humanos (nomeadamente os africanos e os americanos africanos).

Um exemplo clássico desta postura teórica, presente ainda hoje nas expectativas, atitudes e preconceitos de muitos dos técnicos dos serviços de saúde que atendem migrantes, é a teoria do “processo evolutivo na elaboração emocional”, da autoria do psiquiatra cultural Julian Leff (1981: 66). Segundo esta concepção, um evidente progresso evolutivo caracterizaria a transformação do tradicional para o moderno, ou – aplicando-a à esfera da experiência emocional – de uma modalidade e expressão somáticas (próprias das culturas menos desenvolvidas) para um léxico psicológico (próprio das culturas ocidentais). A verbalização emocional típica dos indivíduos ocidentais, de acordo com a teoria do autor (1981: 66), envolve uma maior capacidade de introspecção e uma melhor gestão dos pensamentos e dos sentimentos. Nas suas palavras: “as pessoas de países desenvolvidos apresentam uma diferenciação de estados emocionais muito superior à das pessoas provenientes de países em desenvolvimento” (1973: 305). É possível discernir na teoria de Leff a presença de um modelo antropológico evolucionista, evidente ainda hoje nos focos e práticas das ciências psicológicas ocidentais³⁰ – de facto,

30 Ver: Lilltewood e Lipsedge [1982] 1997.

com base em entrevistas efectuadas em hospitais e centros de saúde com atendimento a imigrantes, é possível concluir, salvo raras excepções, que a teoria de Leff é ainda considerada válida. A verbalização emocional típica dos ocidentais – confirmam as entrevistas – seria nesta óptica expressão de uma maior capacidade de autocompreensão e gestão da própria vivência interior, enquanto a prevalência de um código somático indicaria pelo contrário um nível mais arcaico de elaboração emocional, típico por exemplo dos africanos³¹.

Muitos dos técnicos de saúde entrevistados consideram a psicoterapia com pacientes de origem africana como frequentemente destinada ao falhanço, por uma incapacidade dos pacientes em empregar um léxico abstracto que será devida, continuam os informantes, ao seu “atraso material e intelectual” e “habilidades de verbalização inferiores”. Em todas as entrevistas realizadas com psicólogos, psiquiatras e enfermeiros é salientada a ideia de uma dificuldade própria dos africanos em exprimir as próprias vivências emocionais em termos abstractos. “Dificuldade de expressão”, “linguagem reduzida”, “léxico pouco evoluído”, “incapacidade de análise”, “dificuldade de transmitir o que sentem” são apenas algumas das descrições presentes nas entrevistas.

O trabalho de terreno em serviços psiquiátricos revelou também a presença marcante deste tipo de preconceitos, pretensões e estereótipos nas actuais atitudes dos profissionais de saúde em programas específicos para imigrantes. Na prática terapêutica, o Outro continua a ser encarado com atitudes de superioridade e estranheza, enquanto representante de uma humanidade ingénuo, infantil, supersticiosa, simples e por conseguinte inferior, numa perspectiva que muitas vezes cruza e sobrepõe diferença cultural e alteridade psicopatológica. As entrevistas efectuadas realçam a persistência obstinada do que pode ser chamado o “paradigma primitivista” (Lucas e Barrett, 1995) da psiquiatria

31 Em trabalho de terreno dedicado à vivência emocional dos Bijagós da ilha de Bubaque (Pussetti, 2005) foi encontrado um vocabulário das emoções muito complexo e uma requintada capacidade de comunicar os próprios estados interiores – por vezes através de expressões referentes a partes do corpo, mas que não possuem um valor puramente somático. O risco de esta modalidade de expressão emocional poder ser interpretada por psiquiatras ocidentais como sinal de arcaísmo no grau de elaboração subjectiva interior dever-se-á talvez à efectiva dificuldade em compreender questões e problematizações locais particulares, que utilizam, para além disso, categorias muito diferentes das nossas. A representação do indivíduo e das emoções encontrada no referido contexto é suficientemente rica para contradizer todas as pretensas afirmações de incapacidade de discernimento e expressão afectivas. Ver também, para outros contextos etnográficos, Bibeau, 1978, 1979; Beneduce, 1996; Ots, 1990; Desjarlais, 1992; Devich, 1990, Dirven e Niemeier, 1997, Heelas, 1996.

contemporânea, especialmente presente na psiquiatria dirigida a imigrantes: as práticas e categorias do estrangeiro continuam a ser percebidas como limitadas pelas grilhetas da sua cultura; as suas ideias sobre o mal-estar e a cura são encaradas sempre e somente como “crenças”, sem nunca atingirem a dignidade do estatuto de teorias ou saberes; a sua afectividade é vista como impulsiva e pueril; a linguagem, como demasiado “pobre” ou “concreta”; o sintoma, meramente “somático” devido a dificuldades de expressão abstracta. Se por um lado são de facto muito raras as posições de aberta discriminação ou intolerância, por outro lado o racismo institucional encontra-se seriamente presente no seio da psiquiatria, por exemplo na assunção de atitudes paternalistas que infantilizam os imigrantes, ou no uso acritico de estereótipos “exotistas” acerca dos atributos, traços ou características dos vários grupos étnicos (Fernando, 2003). Esta conjuntura é ainda agravada por atitudes assistencialistas e assimilacionistas, isto é, que consideram a diferença enquanto patologia, utilizando a terapia como percurso de transformação do paciente imigrante no modelo de pessoa hegemónico da sociedade de acolhimento (Vacchiano & Taliano, 2006).

O apoio clínico aos migrantes continua a propor estereótipos evolucionistas e a utilizar modelos interpretativos obsoletos para explicar a relação entre cultura e doença mental. Apesar dos esforços recentes de alguns terapeutas para ultrapassar estes problemas, a coexistência de poderes e heranças coloniais no contexto terapêutico continua a constituir barreiras tangíveis no relacionamento com pacientes de origens culturais diversas. Os profissionais entrevistados afirmam entre outras coisas que os imigrantes africanos são potencialmente agressivos, se recusam frequentemente a colaborar com os terapeutas, não são pontuais, não seguem as prescrições de exames ou fármacos, faltam às consultas, ou se encerram num silêncio obstinado. Estes comportamentos hostis acabam por influenciar e confirmar os quadros diagnósticos propostos pelos técnicos de saúde – assim como as supostas dificuldades de auto-reflexão e verbalização emocional – dificultando ou mesmo inviabilizando o diálogo terapêutico com o paciente estrangeiro.

O silêncio persistente e o encerramento do corpo e da mente nas suas próprias subjetividades, impossibilitando a exposição dos sintomas, não carregam – na interpretação

dos técnicos de saúde entrevistados – qualquer teor político. O silêncio é considerado um sintoma de problemas de saúde mental, excluindo a possibilidade de que se trate de uma forma extrema e desesperada de resistência, encarada como única possibilidade. Os técnicos optam por leituras em termos de “desistência”, “baixo cumprimento” do paciente, ou “colaboração escassa” do grupo familiar, afirmações que podem antes indiciar a reduzida qualidade do serviço oferecido, uma superficialidade da terapia farmacológica e uma incapacidade dos terapeutas em responder a dinâmicas relacionais complexas.

Consideram os mesmos informantes que, quando os pacientes imigrantes se decidem a colaborar, é geralmente para propor interpretações irracionais do seu sofrimento, baseadas em crenças e superstições. O termo “crença”, em oposição a “conhecimento”, é muito frequentemente utilizado pela equipa médica durante as entrevistas para se referir a interpretações e práticas diferentes. Tal dependência de rituais religiosos, crenças e superstições seria a causa, identificada por quase todos os técnicos de saúde entrevistados, pela qual a relação terapêutica com os “africanos” seria a mais problemática. Dentro dessa categoria, são referidos em particular os imigrantes de “primeira geração” – por estarem pretensamente mais ligados “aos cultos animistas e aos rituais lá da terra” – e especificamente os guineenses³².

Paradoxalmente, apesar das melhores intenções, os técnicos de saúde mental acabam por patologizar as opiniões, comportamentos e práticas culturalmente diversos ao lê-los como formas impróprias e erróneas de interpretar a experiência humana ou como sintomas de perturbações mentais. A título de exemplo, de acordo com um dos entrevistados, as explicações que os imigrantes (e nomeadamente os guineenses) fornecem no diálogo terapêutico são geralmente desorganizadas, apresentam uma estrutura narrativa fragmentária e ilógica, e juntam casos concretos a elementos “de fantasia”. As suas interpretações – mesmo que despertem um interesse “exótico”, ou que possam fornecer indícios da cultura de origem do paciente – são assim consideradas pelos profissionais sanitários como fabu-

32 A título de exemplo, apresentam-se algumas das expressões utilizadas para caracterizá-los: “animistas”, com “crenças mais fortes do que os outros imigrantes africanos na feitiçaria e na magia”, “usam muitos amuletos”, “em comparação aos moçambicanos ou aos cabo-verdianos, por exemplo, são mais ancestrais”, “acreditam muito em espíritos, antepassados, entidades, e isto acaba por perturbá-los”, “têm uma interpretação do mal-estar não científica e baseada em superstições”.

lações contrárias à “racionalidade” que estes pretendem restabelecer e que constitui o objectivo das aplicações terapêuticas.

Para além disto, é saliente nestas entrevistas o emprego inadequado de certas categorias, nomeadamente uma definição de “cultura” ligada a modelos evolucionistas, uma reificação do conceito de “etnia” como espelho de efectivas diferenças físicas e culturais (e portanto ignorando os efeitos da taxonomia colonial), ou uma sobreposição confusa dos conceitos de cultura e etnia com o de “raça”. É também frequente nos discursos sobre a saúde dos imigrantes o uso de termos como “educar”, “ensinar”, “ajudar”, “civilizar”, ou “corrigir”, assim como um tom de paternalismo e compaixão, que evidenciam a sobreposição perversa de diferentes motivações – como sejam a filantropia, o empenho humanitário, a educação/civilização de mentes mais “simples” ou “condicionadas por dogmas religiosos arcaicos”, a rejeição das tradições terapêuticas locais (consideradas como crenças, superstições, magias) ou o domínio e controlo hegemónicos, em nome da ciência, da higiene, e da “modernidade”.

O intuito é o de “ajudar o migrante, curá-lo, oferecer-lhe apoio e assistência”, nomeando o seu sofrimento, classificando os seus sintomas, diagnosticando o seu comportamento e julgando-o no interior de um recinto clínico. Uma intenção filantrópica e humanitária acaba assim por legitimar a imposição de normas, práticas e critérios biomédicos “científicos” e até morais, ignorando os valores e interpretações do Outro sobre o seu próprio sofrimento. As dimensões assistenciais, clínica e higienista cruzam-se numa forma subtil e quase invisível de violência simbólica: impondo regras e significados, denominando, etiquetando e alterando comportamentos em direcção a uma suposta “normalidade”, sobretudo através do discurso de poder e conhecimento da saúde mental.

Será talvez irónico que o propósito dos clínicos seja no fundo o de orientar os pacientes para esta “normalidade” social e cultural. Porque no processo, a “cultura” dos migrantes é considerada patológica em si, e como tal um obstáculo na meta da assimilação como definida pela medicina ocidental. A diversidade “cultural”, com o seu potencial para questionar e modificar práticas e lógicas tomadas como garantidas no Ocidente,

acaba antes por ser subordinada à racionalidade indiscutível destas. Por outras palavras, a reificação dos conceitos de “cultura” e “etnia” e o objectivo de um “tratamento culturalmente sensível” conduzem paradoxalmente à reprodução do mesmo sistema médico que aquelas ideias e práticas poderiam originalmente transformar, graças a uma atitude que reproduz a hierarquia existente entre saberes, privilegiando a ciência médica sobre a construção complexa, indeterminada, e confusa que constitui para os informantes a “cultura”. O trabalho de terreno em instituições de saúde mental para imigrantes realçou as dificuldades que apresentam os seus profissionais em considerar a possível utilidade ou validade de sistemas de cura e representações do indivíduo alternativas. A maior parte dos médicos entrevistados acreditam que as explicações não científicas fornecidas pelos imigrantes para o próprio sofrimento se resumem a superstições que tornam os pacientes vulneráveis às práticas de “qualquer bruxo”, contribuindo para um politeísmo terapêutico que acaba apenas por confundi-los e agravar a eventual patologia. Da mesma forma, quase todos concordam que os imigrantes (em particular os africanos) serão potencialmente educáveis, e que como tal constitui uma das funções dos técnicos da saúde corrigir comportamentos inadequados, elucidar ao nível sexual/moral, libertar a mente de fantasias e fabulações, e facilitar o processo de “civilização”, tendo em vista o bem-estar completo do indivíduo. Um dos entrevistados cita a este respeito a definição de “saúde” apresentada no preâmbulo da *Constituição da Organização Mundial da Saúde*: saúde é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença”. Estilos de vida, hábitos alimentares, educação, comportamento sexual, interpretações do corpo e da doença, credos religiosos: é auspiciada para cada uma destas variáveis uma mudança na direcção daquele bem-estar psico-físico-social, equilíbrio corporal e moral – o bem-estar e equilíbrio como definidos pela mais ampla sociedade de acolhimento. O trabalho de terreno conduzido em centros de apoio psiquiátrico para imigrantes confirma a opção da prática clínica quotidiana, face à complexidade dos idiomas, metáforas e lógicas simbólicas apresentados pelos pacientes, por uma solução que reitera estratégias já consolidadas e decide entre o que pode ser legitimado (enquanto dotado de “sentido”) e o que pelo contrário é remetido para o mundo da superstição, da crença, da fantasia, do preconceito e do irracional.

A filósofa Isabelle Stengers produz reflexões parecidas no campo específico da etnopsiquiatria da migração. Existe, na sua opinião, uma tentação dos profissionais de saúde mental para se aproveitarem da “cura” para fazer “pedagogia”, afiliando o paciente imigrante aos valores ocidentais da racionalidade e universalidade (Stengers, 2003: 31). Por outras palavras, Stengers denuncia a abordagem “assimilacionista” dos programas de saúde mental para imigrantes, que patologizam a diferença e utilizam a cura enquanto meio de transformação do paciente no modelo de pessoa hegemónico na sociedade de acolhimento. E se porventura o imigrante não aceita, se rebela, se afasta deste percurso em direcção à racionalidade, à civilidade e à ciência, é interpretado como naturalmente incapaz de se modernizar (por falta das capacidades cognitivas suficientes), ou como corrompendo voluntariamente a sua cura (por um desvio social ou psicológico que deve ser controlado, corrigido e limitado). Estes preconceitos explicam a surpresa dos médicos quando o paciente imigrante decide percorrer um caminho terapêutico alternativo ao da biomedicina – noutros termos, “quando aquele que se acreditava ter aderido finalmente aos valores gravados à saída da caverna decide tentar outra coisa” (Stengers, 2003: 31).

Continua a existir, em contexto médico, pouco interesse nas motivações destas escolhas, da resistência, e do universo de significados do qual o imigrante é portador. As posições dos técnicos entrevistados parecem oscilar entre pólos opostos: o Outro é encarado ora como idêntico a nós do ponto de vista psíquico (embora sempre com a necessidade de o ajudar a evoluir), ora como totalmente diferente (“é assim porque é africano”; “isto é um comportamento típico dos indianos”, etc.). Em ambos os casos as interpretações, explicações e histórias dos pacientes são desprovidas de utilidade, salvo na medida em que contribuem para o argumento do distúrbio ou da alteridade radical, que naturaliza e reifica a diferença cultural. O antropólogo é frequentemente consultado para confirmar exactamente estas representações ingénuas do Outro, que se resumem a estereótipos estereis, totalmente inadequados para dar conta da complexidade das vivências individuais.

Nos contextos clínicos em que pôde ser observada a interacção entre cientistas sociais e médicos, o antropólogo foi interpelado apenas para obter detalhes sobre as especificidades “típicas” dos diferentes grupos (“Como é que curam isso em África? Qual é a relação dos

indianos com a alimentação? Como se comportam as mulheres ciganas?"); para "traduzir" uma linguagem plena de imagens, metáforas e crenças no idioma científico da medicina ("a que se refere o paciente ao falar de feitiçaria e possessão, o que significa *realmente*?"); ou para receber aconselhamento sobre como ajudar os imigrantes a modificar as suas práticas – do ponto de vista dos médicos consideradas inadequadas, insalubres, incômodas, dificultadoras do trabalho dos enfermeiros ou transtornantes para outros pacientes. Num texto bastante provocador, intitulado *Culture as Excuse*, Rob van Dijk critica abertamente o facto de o emprego do saber antropológico no meio clínico se resumir muitas vezes a uma passagem de informações estereotipadas que em nada melhoram a qualidade do serviço:

"The mood is optimistic and can be described as "give us the tools and we do the job". Such a reaction is not exceptional. Barna observes a similar process with inter-cultural training programmes for developing workers. "To counteract the anxiety, clients demand the only thing they know to dispel the feeling: culture-specific information. Trainers comply by offering a smattering of the language, 'getting-around information', and whatever do's and don't's they believe are appropriate" (Van Dijk, 1998: 244)."

"Matização das teorias psiquiátricas com traços culturais" é uma expressão amplamente empregue para definir esta utilização demasiado superficial do saber antropológico no contexto clínico. A mera tonalidade cultural das disciplinas médicas e psicológicas é reproduzida através do estabelecimento, pelas teorias na base destas metodologias de intervenção, de uma distinção marcada entre os elementos psíquicos e os culturais, considerando os últimos como superficiais e inconsequentes face ao núcleo duro e universal do psiquismo humano. Na prática, a psiquiatria transcultural fortalece a relação entre antropologia e domínio, ao pedir à primeira o fornecimento dos saberes que lhe permitem adaptar a sua retórica a povos e contextos outros, aos quais se impõe como saber hegemónico.

Considerando os poucos casos em que a psiquiatria considera a cultura dos pacientes como variável importante na formulação dos diagnósticos ou na escolha da abordagem terapêutica, a relevância atribuída limita-se aos aspectos mais "simbólicos" – analisando rituais,

cosmogonias, religiões etc. – sem considerar as contradições económicas, as relações de força e os conflitos morais, assim como os efeitos da violência colonial na memória individual e colectiva. As experiências de trabalho de terreno em serviços de psiquiatria transcultural confirmam que os únicos elementos dos contextos de origem dos pacientes tornados significativos na prática clínica são os ligados à vida ritual/religiosa. São, por outras palavras, os elementos que oferecem um toque de folclore (ou de exotismo) aos processos clínicos. A variável da diferença cultural é incluída superficialmente na formulação do diagnóstico sobretudo para legitimar as pretensões de transculturalidade do serviço oferecido, sem que sejam, com efeito, consideradas as contradições económicas, as relações de força, a violência estrutural, material e simbólica que marcam a vida dos migrantes.

A este respeito, os profissionais da saúde parecem em certa medida crer que uma consideração séria de variáveis culturais na prática clínica poderia expô-los a críticas e sarcasmos: “somos cientistas, não feiticeiros”; “não podemos pôr as penas e tocar tambor”; “dar crédito a estas ideias supersticiosas desajuda os imigrantes”; “este é um serviço sério, não algo de bruxos”, ilustra um tipo de frase presente em quase todas as entrevistas realizadas. Ao mesmo tempo, preocupam-se em perder a credibilidade também no caso de reconhecerem efectivamente a possibilidade de diálogo interdisciplinar e multiterapêutico (ou seja, com cientistas sociais e com outros terapeutas). Poder-se-á sugerir que receiam deixar de ser os detentores exclusivos da racionalidade e verdade científicas no caso de mergulharem seriamente na aventura etnopsiquiátrica.

Não se pretende porém afirmar que todos os psiquiatras são racistas, fechados ao diálogo ou exibidores de atitudes coloniais. O problema é muito mais profundo, residindo na própria definição da psiquiatria como disciplina científica, que é baseada na suposição da unidade biopsíquica dos seres humanos, e da sua validade universal. É esta arrogância própria da psiquiatria que a torna fundamentalmente racista (Bracken & Thomas, 1999). O problema é agravado pelo facto de, devido à própria natureza, falta de objectividade, dependência do senso comum e fraca validade dos critérios diagnósticos, a psiquiatria estar aberta às forças políticas e sociais tornando-se, portanto, muito eficaz na promoção dos poderes dominantes (Fernando, 2003).

Uma clarificação, contudo. Tal desadequação não significa que o recurso à psiquiatria oficial seja uma resposta totalmente ineficiente para os pacientes imigrantes. Aliás, muitos deles optam reflectidamente pela biomedicina como meio de obter uma compreensão de, e resposta para, o seu sofrimento. Nestes casos podemos afirmar, seguindo Frankenberg (1988), que a biomedicina não é hegemónica apenas por representar o sistema médico dominante, mas porque o seu domínio é aceite e recriado pelas pessoas. Os ocidentais não consultam os médicos porque sejam forçados a aceitar os pontos de vista deles, como vítimas passivas de hegemonia, mas porque compartilham já estes pontos de vista, fazendo com que outras perspectivas possíveis para os seus mal-estares não tenham sentido para si.

Além disso, também não pretendo negar em absoluto a utilidade dos medicamentos para conter as crises de sofrimento, nem especialmente a sua fascinação e eficácia performativa e simbólica (Camionete der Geest & Whyte, 1991). Os imigrantes entrevistados consideram frequentemente a ideia de tomar fármacos ocidentais como uma opção muito atractiva: o comprimido é um objecto concreto com poderes terapêuticos especiais, também enquanto substância simbolicamente dotada. Após a análise por Claude Lévi-Strauss da eficácia dos símbolos [1975 (1949)], o fármaco pode naturalmente ser encarado nesta sua dimensão: para os teóricos contemporâneos da eficácia simbólica da biomedicina, também a aceitação partilhada da autoridade do conhecimento científico e seus objectos produz o efeito terapêutico atribuído aos fármacos.

É ainda possível realçar uma função cognitiva e metafórica do fármaco, na medida em que ele concretiza e objectifica o processo da cura, realçando a percepção do próprio mal-estar enquanto algo tangível. Esta dimensão assume relevância mesmo no contexto biológico do hospital psiquiátrico. Como Sjaak Van der Geest Sjaak e Susan Reynolds Whyte afirmam:

“A eficácia metafórica dos fármacos em relação às desordens psiquiátricas é particularmente significativa, porque tais condições são efectivamente difíceis de comunicar. (...) Os fármacos ajudam a definir, a estabelecer um significado e facilitam a comunicação. O que Lévi-Strauss afirmou sobre animais e plantas no seu ensaio clássico sobre o totemismo aplica-se aos fármacos em contexto psiquiátrico: os fármacos são ‘bons para pensar, para dar um significado’ (1963: 60).

(...) Assim, uma comunicação sobre o tratamento farmacológico é uma forma de comunicar experiências problemáticas e ambíguas (1991: 356).”

Apesar disso, uma abordagem clínica transcultural não se pode limitar, mecânica e superficialmente, ao tratamento farmacológico dos sintomas. Nem sempre o sofrimento provém de uma “doença” (pode situar-se por exemplo em questões relacionais e familiares), portanto nem sempre a solução será intervir ao nível do organismo. A ligação inextrincável entre o corpo e as emoções, o organismo físico e o mal-estar, ainda que evidente ao nível do senso comum ocidental, não é universalmente assumido: com efeito, muitos contextos culturais dissociam o lugar das emoções e o sofrimento do indivíduo da sua corporeidade, situando o primeiro, pelo contrário, em agentes externos ou relações interpessoais³³.

Testemunhos da experiência de profissionais de saúde assim como de cientistas sociais confirmam que apesar disso o recurso à farmacologia é geralmente a solução imediatamente proposta, pela sua capacidade em conter o sintoma sem os elevados gastos de tempo necessários à psicoterapia. Citando um informante, o tratamento muitas vezes “limitava-se a uma economia medicamentosa do quotidiano”, acrescentando criticamente que “a subministração pesada de fármacos contribuía para reproduzir exactamente o estado de coisas que desajuda os imigrantes”, e que o emprego de fármacos como primeira opção “permitia aos médicos não se questionarem, continuando fechados no conservadorismo, impermeáveis à mudança, inflexíveis face à diferença da qual o imigrante era portador”.

33 Segundo Hallpike, “os estados mentais e os sentimentos são muitas vezes considerados noutras culturas como externos à pessoa e como entidades cuja existência é independente do facto de ser vivenciado fisicamente ou pensado” (1979: 402). Exemplos desta exteriorização das emoções são reportados nas pesquisas de Simon e Weiner sobre a Grécia homérica (1966: 307) e de Lienhardt sobre os Dinka (1961:149).

Tobie Nathan criticou duramente, no contexto etnopsiquiátrico, a utilização massiva dos psicofármacos “dos brancos”. Analisando os seus efeitos, o autor concluiu que esta escolha terapêutica tem o efeito de enraizar o sintoma no indivíduo, assim tornado definitivamente um “doente psiquiátrico”. Face à hegemonia e ao poder simbólico do comprimido, qualquer outra acção cultural (amuletos, gestos, palavras, etc.), ainda que eficaz ao nível

terapêutico, acaba por ser remetida, mais uma vez, para as noções de “crença” e “superstição”. Face à tremenda influência das empresas farmacêuticas, a afirmação de Nathan de que os medicamentos mais utilizados no mundo permanecem a oração e o sacrifício de galinhas aparece como provocatória (1996).

A experiência de investigação com imigrantes em contexto psiquiátrico demonstra igualmente a forma como os sintomas rebeldes destes pacientes podem desafiar as categorias interpretativas e práticas terapêuticas da psiquiatria, ao não se adequarem aos padrões clínicos e resistirem ao tratamento farmacológico. Estas manifestações sintomáticas – que relatam a possessão por espíritos, vinganças, feitiçaria – são possivelmente interpretadas pelos médicos ocidentais enquanto problemas mentais ou neurológicos, mesmo surpreendentemente quando os resultados clínicos são negativos³⁴. É assim natural que, numa medicina insensível ao contexto cultural, aqueles fenómenos só encontrem interpretação enquanto auto-sugestão, epilepsia ou problemas psicológicos.

Os corpos dos imigrantes, movidos pela busca fundamental de um significado que é alheio ao atribuído pela biomedicina, constituem para esta um desafio, na medida em que parecem desmentir três das suas teses fundamentais, ligadas a uma imagem culturalmente definida do ser humano: de que os sintomas são sinais de uma *doença-facto*; de que o móbil da doença está localizado *no interior do corpo* do indivíduo; e de que o corpo responde através de mecanismos que são *universais*, porque “naturais”. O sofrimento dos imigrantes propõe antes três leituras alternativas: os sintomas como signos de um desequilíbrio entre o indivíduo e o contexto; o móbil da doença enquanto localizado no campo relacional do indivíduo; a resposta do corpo constituída sempre de maneira peculiar, produzindo ligações criativas com as formas (culturais) institucionalizadas da aflição. Os corpos ostentam obstinadamente uma diferença que não se sujeita passivamente aos modelos da medicina ocidental, ao saber hegemónico da sociedade hóspede. Diferença esta que é afirmada através da utilização de categorias pertencentes ao sistema médico tradicional do país de origem; veiculada nas negociações de sentido que a doença sempre exige; e reproduzida num léxico da aflição muito particular.

34 Para exemplos de terreno ver: Vacchiano & Taliani, 2006; Pussetti, disponível em: http://ceas.iscte.pt/ethnografeast/papers/chiara_pussetti.pdf

O trabalho de terreno conduzido confirma a falta de resposta, na maior parte dos casos, dos cuidados médicos em relação aos desafios da diversidade, pela sua subordinação a modelos e paradigmas rígidos que continuam a reproduzir. Uma abordagem caracterizada pelo reducionismo biológico, diagnósticos baseados em testes uniformizados e orientados em paralelo por uma psicoterapia alicerçada na farmacologia para resolução dos sintomas, circunscreve as dinâmicas culturais da alteridade. Considerando os instrumentos teóricos e técnicos empregues pelo corpo médico, é notável a tendência para a homogeneização das práticas clínicas, que acaba por impedir o desenvolvimento de cuidados “culturalmente específicos” ou “à medida” de cada indivíduo. Aquela tendência “estandardizadora” está directamente associada ao emprego de protocolos uniformes de diagnóstico e tratamento (por exemplo, os testes da psicologia clínica ou os modelos propostos pelo DSM, cuja eficácia com pacientes de outras culturas já havia sido amplamente criticada por Frantz Fanon). Contudo, os instrumentos e as medidas padronizadas são – como o termo indica – dirigidos aos pacientes “padrão”, sendo conseqüentemente inadequados para atendimento a pacientes que se distinguem da norma. Esta desadaptação conduz a que as respostas aos testes psicológicos acabem por ser pobres, fragmentadas e estéreis. Mas face à ausência de questionamento sobre a pertinência do emprego destes instrumentos diagnósticos com imigrantes, a falta de respostas adequadas é interpretada como confirmação de problemas psicológicos ou até cognitivos.

Da mesma forma, nunca é problematizada nos modelos diagnósticos oficiais a abordagem biologista, que correlaciona os sintomas sempre com características cognitivas, problemas físicos ou neuroquímicos e défices genéticos, e jamais, em contrapartida, com o contexto interpretativo, o grau de hegemonia cultural de determinados códigos comunicativos e categorias, ou com as experiências e representações específicas do sofrimento que lhes estão associadas. Por outras palavras, o sintoma nunca é pensado numa perspectiva semântica, desprezando interpretações alternativas, “outras”, que apesar de constituintes centrais na construção da experiência de mal-estar, são marginalizadas enquanto divergentes do modelo hegemónico. Mesmo com escassa informação sobre a história do paciente, a sua biografia, nomes, cidade, ou família, um diagnóstico psiquiátrico é proposto após um encontro breve e fragmentário, muitas vezes conduzido por enfermeiros. Diagnóstico que apesar disso reivindica legitimidade com base numa presumível “objectividade metodológica” (emprego

dos testes psicodiagnósticos, por exemplo), validando uma crescente subministração de psicofármacos. Fórmulas como psicose reactiva, esquizofrenia atípica, ou delírio, tornam-se muitas vezes termos “tampão”³⁵ para um conjunto de sintomas incompreensíveis.

Nem sempre, portanto, os modelos médicos fazem sentido para as experiências pessoais dos doentes, especialmente no caso de praticarem outras formas de interpretar, definir, explicar e agir face à doença. Face às formas diferentes de vivenciar o corpo, o sofrimento e as emoções, a resposta farmacológica como única opção terapêutica revela-se estéril e incapaz de oferecer o espaço de escuta e diálogo que é o elemento fundamental de qualquer serviço que se pretenda transcultural.

Numa metáfora elucidativa: se o psiquiatra transcultural é um profissional que viaja pelo mundo, e no retorno a casa abre a mala para dela extrair dicionários para a sua biblioteca e objectos curiosos para adornar os seus quartos, o etnopsiquiatra é também viajante, mas que no regresso já não tem mala, veste-se de outras formas, e perdeu a casa, sendo portanto obrigado a pensar e construir um outro espaço, que desta vez não pode deixar de ser colectivo. Ou nas palavras de Piero Coppo (2003), enquanto a psiquiatria transcultural propõe e divulga a psiquiatria em todas as línguas do mundo, a etnopsiquiatria tenta edificar um sistema de saberes e práticas complexo, múltiplo, plural, onde a psiquiatria ocidental é apenas um dos elementos presentes. Se a primeira classifica saberes e práticas diferentes segundo os próprios códigos, a segunda explora outros modelos do corpo, do sofrimento e das emoções, outras terapias e conhecimentos, e integra-os, reconhecendo-lhes o estatuto de teoria e deixando-se alterar por eles. É a partir destas considerações que se inicia a reflexão relativista e construtivista social que caracteriza a etnopsiquiatria clínica, na acepção de Tobie Nathan.

2. ETNOPSQUIATRIA

Se ao considerar as diferentes formas de acompanhamento psicológico dos migrantes colocamos a psiquiatria transcultural clássica no filão teórico dos biólogos, na posição construtivista

35 Aqui é muitas vezes aplicado o termo “container diagnoses” (Van Dijk, 1998)

e relativista cultural podemos inserir a etnopsiquiatria francesa *à la* Tobie Nathan³⁶. Nesta visão, examinar a dimensão cultural torna-se um passo fundamental para compreender as dimensões de significado que os modelos biológicos não conseguem captar e explicar. A posição relativista da etnopsiquiatria nathaniana acolhe o ponto de vista da antropologia das emoções segundo o qual estas derivam da interpretação e avaliação de estímulos, ou seja de um processo de atribuição de sentido e valor histórica e culturalmente específico. As emoções são consideradas construções sociais, variáveis como qualquer outro fenómeno cultural: é portanto paradoxal falar de emoções inatas e universais, idênticas através das culturas e do tempo.

Do facto de que a emoção não é independente da cultura, mas pelo contrário constituída por modelos de experiência adquiridos, historicamente situados e continuamente modificados pelas diferentes vivências e discursos polivalentes individuais, decorre que as suas perturbações não possam ser consideradas objectivas e neutras, mas antes, nas palavras de Beneduce, “um conjunto de conotações, metáforas, significados, valores e ideologias” (Beneduce, 1995: 17). Noutros termos, cada sociedade terá as suas próprias emoções e doenças que não podem mais ser consideradas formas puras, universalmente definidas e imutáveis ou objectos naturais, como pretenderia o paradigma biomédico. Representações diferentes das emoções, da pessoa, e do corpo, estão na base de horizontes nosológicos diversos, de experiências diferentes da aflicção, do mal-estar e da cura. Torna-se então necessário abandonar pretensões de universalidade e aceitar a presença simultânea de outros saberes baseados em diferentes definições do indivíduo, da normalidade e da anomalia, e em interpretações e representações alternativas da saúde, do sintoma, da doença e da cura.

Na perspectiva “nathaniana”, portanto, também a psicologia e a psiquiatria ocidentais são consideradas *etno-psico-saberes* ou psicologias locais/indígenas, na medida em que se organizaram e instituíram no interior de um determinado contexto histórico-cultural. Nas palavras de Tobie Nathan, “a etnopsiquiatria não pode, como a psiquiatria, basear-se em descrições clínicas externas nas quais somente o ‘observador’ possui o quadro das

36 Psicólogo, psicanalista, e discípulo de Georges Devereux, criou em 1979 o primeiro ambulatório de etnopsiquiatria em França, no hospital Avicenne.

Em 1993, fundou o “Centre Georges Devereux”, centro clínico-académico de investigação e apoio psicológico a famílias imigrantes.

referências em que o observado é integrado, porque este último é também o nosso principal informante sobre o seu próprio quadro referencial” (Nathan, 2006: 43).

Os profissionais de saúde que se confrontam com utentes imigrantes colocam em prática quotidianamente, e sem terem consciência disso, a dimensão “etno” do saber que representam, devido à incapacidade de compreender mal-estares e comportamentos não presentes nos quadros diagnósticos psiquiátricos. Tal incompreensão exige uma mudança dos paradigmas teóricos e práticas clínicas ocidentais: “os imigrantes, quer eles estejam – e quer nós mesmos estejamos – conscientes disso ou não, são os actores principais de um processo de mudança e redefinição da cura para o mal-estar psíquico” (Losi, 2000: 64). A etnopsiquiatria, enquanto disciplina intersticial, mestiça e em si mesma migrante, tenta responder a este desafio redefinindo saberes e práticas terapêuticas numa óptica interdisciplinar e intercultural. A questão que se coloca não é somente a de fazer coexistir culturas e conhecimentos diversos, mas a de fazê-los encontrar-se, cruzar-se e fundir-se, activando em simultâneo métodos e teorias de disciplinas diferentes (psicologia, psiquiatria, etnologia, antropologia, filosofia, medicina e biologia) assim como saberes terapêuticos de outros contextos culturais. A etnopsiquiatria é um saber “pluriforme” (Beneduce, 1994), “pluriteórico” (Nathan, 1996), “nómada” (Nathan, 1986), situado nas fronteiras (Bastide, 1965) entre contextos sociais, entre representações do “Eu” e das próprias vivências, entre saberes e disciplinas, entre universos simbólicos e culturais. Constitui portanto uma disciplina completamente distinta da psiquiatria transcultural, que apenas descodifica – através de um exercício de tradução – a diferença do Outro no interior de um sistema pensado como universalmente válido. Pelo contrário, a etnopsiquiatria dedica-se, como condição de possibilidade, a um exercício de “des-narcização” do saber biomédico ocidental. Esta proposta consiste em oferecer uma leitura polissémica do mal-estar, através de um esforço essencialmente hermenêutico: o desafio é procurar, para além dos sintomas manifestos, o sentido que se constrói na articulação da história individual e do contexto sociocultural (Bibeau, 1993; 1992; 1988; Bibeau & Corin, 1994; Corin, 1993; 1989; Corin *et al.*, 1993; 1990). Tal demanda implica uma abordagem não somente multidisciplinar mas também pluriterapêutica, capaz de juntar múltiplos actores diferentes, entre médicos, terapeutas “tradicionais”, objectos de culto e entidades invisíveis, com as suas técnicas e poderes

curativos específicos. Apenas neste contexto o paciente acederá a um espaço de diálogo entre referências simbólicas diferentes, e no percurso original de múltiplas interpretações assim gerado, o significado da sua doença.

Contudo, é importante esclarecer que a antropologia construtivista, da qual bebe a etnopsiquiatria de Tobie Nathan, tem descrito as interpretações e comportamentos emocionais culturalmente específicos como sistemas de representações puros e coerentes, relativamente homogêneos, logicamente articulados e sem contradições internas, marcados por fronteiras precisas e imutáveis no tempo.

Aderindo a esta forma de construtivismo radical, muitos cientistas sociais têm sustentado afirmações no mínimo discutíveis. Os filósofos Robert Solomon e Claire Armon-Jones, por exemplo, afirmam que “a emoção não é uma sensação, mas essencialmente uma interpretação” (Solomon, 1984: 248) e que “cada emoção é um produto sociocultural único e irreduzível” (Armon-Jones, 1986: 37). Na mesma linha, a antropóloga Benedicte Grima sustenta que “a emoção é só cultura” (Grima, 1992: 6), enquanto Lila Abu-Lughod e Catherine Lutz proclamam que “longe de ser entidades psicobiológicas internas”, as emoções são antes “construções socioculturais”, “estilos culturais”, “práticas discursivas”, e “performances sociais” culturalmente específicas (Abu-Lughod e Lutz, 1990). Chegam ao ponto de propor uma concepção das emoções como algo que “pertence à vida social e não a estados interiores” (1990: 2), sugerindo que “o trabalho antropológico deve esforçar-se por libertá-las da psicobiologia” (1990: 10, 12). No encontro com os próprios interlocutores, continua Catherine Lutz (1988: 8), o antropólogo só pode desempenhar o papel de “tradutor”, face à ausência de um terreno biopsíquico comum da compreensão humana.

Por outras palavras, se para os biólogos a empatia é o instrumento privilegiado da compreensão transcultural – em virtude de um núcleo emocional comum à humanidade – para os construtivistas radicais o trabalho de terreno sobre as emoções dos outros acaba, no outro extremo, por se tornar uma confirmação da incomensurabilidade da experiência humana.

É assim que ambas as posições, quer as biologizantes próprias da psiquiatria transcultural, quer as radicalmente relativistas como as da etnopsiquiatria de Tobie Nathan, acabam por se tornar problemáticas no contexto do trabalho antropológico na área da saúde mental dos imigrantes.

No caso da psiquiatria transcultural, a tese de uma vivência emocional universal justifica as pretensões hegemónicas das categorias diagnósticas e dos modelos interpretativos da psiquiatria euro-americana, permitindo “instituir” – nas palavras de Owen Lynch – “uma forma de imperialismo ocidental sobre as emoções dos outros” (1990: 17), ou até mesmo uma forma de controlo sanitário e moral. De acordo com os etnopsiquiatras italianos Roberto Beneduce (2001) e Salvatore Inglese (2002), esta colonização cultural da psiquiatria ocidental, baseada em premissas e pretensões universalistas, revela de forma evidente relações assimétricas de poder. Na medida em que a psiquiatria sustenta o teor científico e objectivo da classificação das emoções, assim como a sua invariabilidade no tempo e no espaço – independente das formas humanas diversas de as avaliar intelectualmente e as viver somaticamente – o papel da cultura é relegado para o de mero condicionamento na interpretação dessas experiências universais, através do filtro opaco das crenças locais. A possessão espírita seria desta forma uma perturbação dissociativa mascarada por crenças e práticas religiosas, o xamanismo uma esquizofrenia disfarçada por superstições culturais, e as abluções rituais dos muçulmanos praticantes uma forma de distúrbio obsessivo-compulsivo dissimulado pelas prescrições locais. É também neste sentido que por exemplo a possessão *zar*, estudada já em 1958 pelo antropólogo Michel Leiris entre os Etiopes de Gondar, é definida no *DSM-IV* da *American Psychiatric Association* (1994) como “experiência esquizofrénica dissociativa” e considerada assim uma patologia psiquiátrica. Ou que a linguagem da feitiçaria é interpretada num registo psicopatológico como psicose aguda de natureza persecutória, com alucinações auditivas e visuais, ligada a temáticas religiosas e a crenças culturais (Ndetei, 1988).

Este olhar patologizador identifica as interpretações não-ocidentais da doença, as representações diferentes da pessoa e dos seus limites, e as distinções alternativas entre “normalidade” e “anomalia” como estratégias culturais inadequadas para interpretar a experiência huma-

na (McKenzie, 1999; Fernando, 2003). É sintoma desta atitude que no *British Journal of Psychiatry*, uma das mais notáveis revistas psiquiátricas, o psiquiatra Andrew Cheng (2001) afirme que a interpretação, expressão e experiência emocional individuais, possivelmente ligadas a “crenças erradas e superstições mórbidas culturalmente específicas”, cobrem um núcleo de questões objectivas, científicas, reais e universais que só a psiquiatria ocidental conseguiu identificar. Na sua opinião é evidente que as sociedades “menos desenvolvidas”, “primitivas” e de inteligência menor só poderão deter um conhecimento limitado dos problemas mentais. E que as ciências da psique ocidentais – construídas, por definição, em torno de presumíveis universais, e propondo-se como as únicas com validade científica – podem relegar os outros saberes e práticas para a categoria das psicologias *folk* e indígenas, etnopsicologias, e psicologias culturais (*culture-bound*).

Por outro lado, também as perspectivas construtivistas ou relativistas podem revelar-se perigosas e politicamente discriminatórias. Existe, efectivamente, o risco de cair no extremo oposto: em vez de procurar ou inventar espaços originais de diálogo, lugares singulares de pesquisa, mediação e confronto de saberes, de onde retirar práticas clínicas inovadoras, a perspectiva relativista acaba por se tornar porta-voz de pressupostos de incomensurabilidade da experiência humana. A este respeito, o médico e sociólogo Didier Fassin (2000) salientou os riscos gerados pela reificação do conceito de cultura e por uma “culturalização” excessiva dos instrumentos e estratégias metodológicas dos antropólogos e dos psiquiatras que estudam as emoções humanas. Frequentemente, afirma Fassin, os conceitos de “cultura” e “diferença cultural” são empregues de forma ambígua, colorindo comportamentos, conflitos e situações que possuem também outros fundamentos importantes. Em contextos controversos como o das políticas dirigidas aos migrantes, podem assim ser reproduzidas formas de racismo cultural, ao considerar as culturas como irredutivelmente distintas, intraduzíveis e incompatíveis entre si. Um tal abuso da noção de cultura – que postula a incomensurabilidade de mundos humanos diferentes – confina o Outro numa “diversidade” autónoma e fechada em si mesma, agravando o risco de segregar os imigrados e as suas necessidades.

Com base em trabalho etnográfico realizado em três centros de etnopsiquiatria, é possível salientar o uso regular, nestes serviços específicos para migrantes, de noções estereoti-

padas, essencializadas e biologizantes de “cultura” e “etnia”, confundindo de facto estes conceitos com o de “raça”. Muitos autores realçaram a forma como a frequente sobreposição das noções de biologia e cultura nos programas terapêuticos que lidam com migrantes acaba por “naturalizar” as diferenças entre grupos (Lee, Mountain & Koenig, 2001; Fernando, 2003). Ainda nas palavras de Fassin, esta atitude simultaneamente carrega e oculta o fantasma da Raça disfarçado de Cultura.

Em particular, Fassin ataca abertamente Tobie Nathan – fundador de uma das práticas e teorias etnopsiquiátricas mais originais – dirigindo-lhe duas críticas: a de considerar a “cultura” como uma entidade definida, fechada, delimitada por fronteiras que impossibilitam a mútua compreensão; e a de procurar nesta “cultura” a origem e cura do mal-estar dos outros, sem considerar as dinâmicas sociais, históricas e políticas mais amplas. De facto, no seu texto principal (*L'influence qui guérit*, 1994), Nathan sustenta afirmações bastante criticáveis³⁷, que apoiam uma ideia de “cultura” estática e homogénea. Na posição rigidamente relativista do autor, são a mestiçagem e o confronto cultural os geradores de patologias psíquicas, constituindo-se assim como solução a reprodução de cada cultura específica em guetos autónomos e fechados em si mesmos. Este posicionamento teórico concentra toda a atenção sobre as especificidades culturais próprias do paciente, reconstruindo uma antropologia do seu contexto de origem e tentando oferecer um ambiente terapêutico que o reproduza (Nathan, 2006: 16). A restrição de tal foco carrega o perigo de omissão de outras variáveis relevantes, de incongruências e contradições, ou simplesmente da influência dos agentes individuais sobre a própria história, num processo de “naturalização ou des-historicização das diferenças” (Vacchiano & Taliani, 2006: 71).

A asserção da coerência dos sistemas de representações, baseada numa abordagem essencialista da cultura que frequentemente assume o relativismo absoluto, torna conceptual e metodologicamente difícil a compreensão da heterogeneidade e indeterminação interna daqueles sistemas, que os indivíduos utilizam para construir,

37 A título de exemplo, Nathan afirma que “não existem senão Bambara, Bamileké, Yoruba e assim por diante” (2006: 99), e que “é necessário fazer o possível para agir como um soninké com um paciente soninké, como um bambara com um bambara, como um kabyle com um kabyle” (1994: 24), tendo sempre em conta a identidade étnica do imigrante porque, qualquer que seja a sua história pessoal, “um Dogon será sempre um Dogon, e um Bozo um Bozo” (1994: 219). Por esta razão, continua Nathan, as instituições francesas deveriam “favorecer os guetos, para nunca constringer uma família a abandonar o seu próprio sistema cultural” (1994: 216).

criativa e estrategicamente, a própria identidade e emoções. Para descrever a complexidade e mutações da vida social e experiência individual é necessário compor uma nova abordagem, que ofereça espaços de autonomia e liberdade ao indivíduo, rejeitando em igual medida o determinismo psicobiológico e o sociocultural.

Da análise de consultas de apoio psicológico transcultural evidenciam-se duas estratégias, regularmente utilizadas face à incompreensibilidade do paciente migrante (duplamente alienado, porque doente e estrangeiro): ou a negação implícita da diferença cultural, com a redução de qualquer comportamento ou sintoma às categorias da nosologia ocidental; ou, pelo contrário, a localização dos motivos para o mal-estar do imigrante exclusivamente na sua cultura de origem. No segundo caso, o procedimento habitual é a procura, ainda que superficial, de informação culturalmente específica sobre o seu grupo “étnico” ou “país”.

Se é certo que conhecer a perspectiva dos pacientes sobre a doença e os modos de cura nos seus países de origem constitui uma mais-valia, por outro lado o imigrante tem – até por definição – de ser localizado entre (no mínimo) duas culturas. Não há possibilidade alguma de conhecer exclusivamente com base nas representações indígenas de doença e cura a complexa combinação de noções culturais pelas quais “aquele” indivíduo idiossincraticamente sofre e procura apoio terapêutico.

Os antropólogos já não podem assumir que os imigrantes habitam mundos circunscritos e coerentes de experiências e significados moldadores das suas respostas emocionais: estas são, pelo contrário, construídas combinando os códigos fundamentais das múltiplas visões do mundo às quais o indivíduo adere, e com elementos periféricos marginais que invadem os seus sistemas de representação. Os indivíduos e grupos no mundo contemporâneo aparecem incontornavelmente envolvidos numa permanente transição: em lugar de horizontes culturais bem definidos, encontramos panoramas complexos, híbridos, conflituais e mutáveis.

Os trabalhos da antropologia das emoções e das migrações deveriam contribuir para um questionamento crítico das ferramentas de trabalho dos investigadores e terapeutas, para

possibilitar a melhor apreciação desta heterogeneidade interna dos sistemas de representação utilizados pelos indivíduos para construir o próprio “Eu”, emoções e experiência do mundo. Torna-se necessária uma observação mais atenta dos interstícios, margens, paradoxos, ambiguidades e incongruências que formam parte constitutiva daqueles sistemas de significação. É neste panorama complexo e transitório, em que múltiplos discursos coexistem e se contradizem e em que os problemas sociais são lidos como sintomas, que o antropólogo e o psiquiatra cultural precisam de intervir.

O confronto quotidiano com os migrantes, e em particular com o seu sofrimento, crises existenciais, sociais e familiares, exige igualmente o questionamento do conceito de identidade pessoal, nas suas relações com as diversas comunidades às quais o indivíduo pertence em simultâneo. Se cada cultura é marcada por um carácter múltiplo e contraditório, assim também em cada indivíduo coexiste a pluralidade: nas palavras de Bibeau, muitas vezes falam no interior dos indivíduos, associadas a metanarrativas fragmentárias e a sistemas de referência flexíveis (Bibeau, 1997: 57). Mais um panorama instável e contraditório que o antropólogo e o psiquiatra devem enfrentar: o mundo interior individual, onde é constante a “referência a esquemas que inevitavelmente produzem quebra-cabeças, anomalias, espaços vazios, contradições e sobreposições de valores; e a códigos interpretativos centrais que geram estruturas de representações e cenários pragmáticos que podem ser amplamente caracterizados como móveis, instáveis e transitórios” (Bibeau, 1997: 55, 57). Enfrentá-los significa não encerrar o diálogo pela construção de uma imagem estável e estereotipada do sujeito, mas aceitar antes a sua transitoriedade e multiplicidade, e a polissemia das suas referências.

A este respeito, salientam-se as virtudes de um emprego da narrativa. O processo de auto-narração possibilita aos indivíduos a contínua reconstrução, interpretação e transformação da própria identidade, utilizando o conjunto amplo e híbrido de representações ou modelos culturais do “Eu” disponíveis. William Reddy fala a este respeito de processos de *self-making*, *self-exploration* e *self-alteration* (2001: 32).

Mas concentrar-se no indivíduo não significa ignorar o peso dos factores sociais no seu sofrimento. Alguns autores focaram as contradições geradas ao tentar isolar-se de forma

arbitrária as experiências dos indivíduos das mais amplas problemáticas macro-sociais dos contextos que eles habitam (por exemplo, Kleinman, Das & Lock, 1997). As suas conclusões evidenciaram as estratégias políticas e profissionais que concorrem para a construção da experiência do sofrimento, onde têm lugar metáforas e códigos interpretativos predefinidos e quadros teóricos hegemónicos. Assim, também a narração da memória familiar e colectiva, do presente como do passado, e dos mais amplos constrangimentos políticos, sociais e económicos – que outrora forçaram a migração, e que hoje bloqueiam os migrantes nas margens da sociedade – constitui um foco valioso para o antropólogo e o terapeuta. Enquanto permite aos interlocutores procurar o sentido do próprio percurso, gerir as ligações contraditórias com a própria família e terra de origem, e estabelecer relações originais com as próprias identidades múltiplas, possibilita, por outro lado, um acesso privilegiado do investigador/terapeuta a dimensões “ocultas”, estratégias e interesses políticos e económicos muitas vezes intencionalmente omitidos ou dissimulados na literatura sobre o assunto, conquanto significativos para a compreensão dos factores presentes na experiência da migração.

CAPÍTULO 3.

BIOPOLÍTICAS DA DEPRESSÃO NOS IMIGRANTES AFRICANOS

Falar da depressão em África e nos imigrantes de origem africana significa abordar um tema clássico da psiquiatria cultural: o debate sobre a *black depression*, ou seja, sobre a existência ou não desta patologia específica nos africanos. A seguinte discussão focar-se-á sobre o tema controverso das biopolíticas da depressão em imigrantes, em particular nos originários da África subsaariana.

Antes de mais, não se pretende falar da depressão enquanto facto orgânico, mas antes da construção e negociação social de um conceito. E o termo “biopolítica” será aqui utilizado na acepção de Michel Foucault, para indicar a aplicação e o impacto do poder político sobre todos os aspectos da vida humana, através de medidas sanitárias, de higiene, etc. É este, na perspectiva foucaultiana, o novo aspecto do poder. Um poder não institucional, não repressivo, mas espalhado, penetrante e inscrito nos corpos; um poder que não reprime, não impõe, não pune, mas que constrói os corpos, os normaliza, os identifica, e os torna sujeitos subjugando-os.

Uma discussão da categoria “depressão” é relevante por diferentes razões. Em primeiro lugar, porque se trata de uma patologia que nos últimos 50 anos se transformou numa emergência de saúde pública mundial. Segundo a Organização Mundial de Saúde, em 2020 a depressão será, ao nível planetário, o segundo maior problema de saúde depois das doenças cardiovasculares³⁸. Em Portugal, a Direcção-Geral de Saúde, respondendo ao apelo da OMS, está a avançar agora com um Programa Nacional de Luta Contra a Depressão: citando uma notícia no *Diário de Notícias* “a preocupação acrescida com a depressão, patologia causada por um desequilíbrio da química cerebral, decorre do facto de se estimar que esta doença atinja cerca de 30% da população em Portugal e anualmente 33,4 milhões de pessoas na Europa”³⁹.

38 Lakoff, 2006; Petryna, Kleinman, Lakoff, 2006.

39 <http://www.mni.pt/destaques/index.php?cod=6290&file=destaque&voto=5>

Em segundo lugar, por se tratar do problema mental mais diagnosticado em pacientes imigrantes em Portugal, segundo os psiquiatras entrevistados, e por existirem estudos epidemiológicos que indicam serem ao nível mundial os

imigrantes, enquanto socialmente excluídos, pobres, discriminados, ilegais, etc., um grupo particularmente vulnerável aos distúrbios depressivos (Bhugra, Becker, 2005). No sítio do ACIDI na Internet, um artigo intitulado *Almas feridas*⁴⁰ relata o aumento contínuo e exponencial da depressão nos imigrantes, ao ponto de esta perturbação do humor estar a constituir-se no maior risco de saúde mental para aquela população. A depressão nos imigrantes é apresentada como uma patologia “inevitável”, devido a factores tais como a discriminação, trauma e stress precedentes, concomitantes e posteriores à migração, falta de redes de apoio, declínio do estatuto económico e social, barreiras linguísticas e institucionais, fracturas identitárias, choque cultural e exclusão, entre outros⁴¹.

Seriam presumidamente mais atingidos pela depressão os imigrantes negros, na medida em que a discriminação racial é considerada um factor patogénico adicional⁴². É vastíssima a literatura sobre a relação entre discriminação e patologias tais como a depressão e a hipertensão em imigrantes de origem africana⁴³. E se os imigrantes negros são delimitados enquanto grupo particularmente exposto aos riscos de perturbações depressivas, entre eles as mulheres são indicadas como as mais vulneráveis. Com efeito, estudos epidemiológicos propondo explicações que variam entre o biológico e o social argumentam serem as mulheres em geral mais inclinadas a manifestar esta patologia⁴⁴, e especialmente as mulheres negras de baixa classe social⁴⁵. Sofrem por conseguinte de uma dupla vulnerabilidade ao risco da depressão: enquanto

40 <http://www.acime.gov.pt/modules.php?name=News&file=article&sid=319>

41 Stotland, 2004; Aroian e Norris, 2003; Bhugra & Ayonrinde, 2004; Bhugra, 2003.

42 Fernando, 1984, Watkins *et al.*, 2006, Brown, *et al.*, 2003, Jackson *et al.*, 1996, McNeilly *et al.*, 1996, Pak *et al.*, 1991, Thompson, 1996, Williams & Williams-Morris, 2000.

43 Sobre as altas taxas de depressão causadas por discriminação, ver: Clark e Williams, 1999; Clark *et al.*, R., Anderson, N. B., Clark, V. R., & Williams, D. R. 1999; Brown, Keith, Jackson, & Gary 2003; Jackson *et al.*, 1996; Brown *et al.*, 2003; McNeilly *et al.*, 1996; McNeilly *et al.* 1996; Pak *et al.*, 1991; Thompson, 1996; Williams & Williams-Morris, 2000; Hudson e Kohn-Wood, 2007; Comas-Diaz & Greene, 1995; Essed, 1991; Fernando, 1984; Kessler e Williams, 1999; Noh *et al.*, 1999; Ren e Williams, 1999; Salgado de Snyder, 1987. Sobre a relação entre discriminação e hipertensão: Arriola, 2002; Anderson e Jackson, 1987; Myers e McClure, 1993; Williams e Neighbors, 2001.

44 Cockerham, 1996; Kessler *et al.*, 1994; Linzer *et al.*, 1996; Culbertson, 1997; Walters, 1993; Nolen-Hoeksema, 1987; Boyd & Weissman, 1981; Eaton & Kessler, 1981; Frerichs e Clark, 1981; Warheit e Schwab, 1973; Weissman & Klerman, 1977.

45 Gordon-Bradshaw, 1987; Mc Grath *et al.*, 1990; Brown *et al.*, 2000; Collins, 1990; Wilson, 1996.

mulheres face aos homens, e enquanto negras em comparação com outros imigrantes (Carta *et al.*, 2005)⁴⁶.

Em terceiro lugar, a questão da depressão nos imigrantes africanos (e em particular nas mulheres) chamou pessoalmente a minha atenção por ter sido um assunto longamente debatido na equipa de psiquiatria transcultural para imigrantes onde conduzi trabalho de terreno durante três anos. O que me intrigava a nível pessoal era, em particular a ideologia biologista presente no discurso dos médicos e veiculada pela subministração dos fármacos: a depressão como doença genética, segundo muitos dos técnicos provavelmente hereditária, devida a um defeito dos neurotransmissores. O sofrimento era assim legitimado como doença, realidade orgânica, baseada num desequilíbrio neuroquímico por produção insuficiente de serotonina, e causada por defeitos genéticos. A hipótese geneticista, defendida pelos profissionais com os quais trabalhei, e que sustenta a necessidade das intervenções farmacológicas, afirma por outras palavras ser a depressão “o resultado natural de uma deficiência bioquímica, assim como por exemplo a diabetes depende de uma deficiência de insulina”, nos termos de um médico entrevistado⁴⁷. Esta definição da patologia localiza portanto no cérebro individual a origem do distúrbio, sem ter em conta eventuais explicações sociais para o mal-estar (Moncrieff & Kirsch, 2005).

Afigurava-se-me particularmente notória a tentativa de explicar, através da argumentação biológica ou geneticista, as altas taxas de depressão nas mulheres negras, através de discursos estereotípicos sobre o género, por um lado, e de conceitos irreflectidos de “raça”, “etnia” e “cultura”, por outro. Em diferentes ocasiões noções como as de “personalidade africana”, “traços comportamentais dos negros” ou “origem genética da mente africana” eram abordados no discurso dos médicos, em expressões que relembram de forma inquietante os clássicos estudos de psiquiatria transcultural da época colonial⁴⁸. Mesmo sem entrar na questão do emprego criticável que a maior parte dos profissionais entrevistados faziam destes conceitos, existe uma literatura considerável sobre o uso não problematizado e

46 Klerman & Weissman, 1989; Wetzel, 1994, Sileo, 1990. Foucault afirmava ironicamente que uma mulher negra é o doente psiquiátrico perfeito (2005: 202).

47 Caspi *et al.*, 2003; Ross e Pam, 1995; Alper e Beckwith, 1993; Conrad, 1997; Robert e Plantikow, 2005.

48 Baldwin, 1976; Adebimpe, 1984; Lind, 1917; Bean, 1906; Carothers, 1953; 1954; Szasz, 1971; Lumsden, 1976; Gelfand, 1962; McCulloch, 1995.

a sobreposição destas noções nos estudos epidemiológicos sobre a saúde dos imigrantes e das minorias étnicas⁴⁹. O conceito de raça continua, todavia, presente nos estudos epidemiológicos, biologizando integralmente fenómenos que poderiam ter também leituras sociais e políticas⁵⁰. Alguns autores chegaram a identificar a tendência neokraepeliniana⁵¹ da psiquiatria contemporânea, onde todos os transtornos mentais são vistos como possuindo um substrato biológico e potencialmente relacionado com factores genéticos e raciais, como forma de violência estrutural que contribui para uma crescente desumanização da pesquisa científica – considerando como factos exclusivamente biológicos fenómenos de

natureza biossocial⁵². Analisando o debate sobre “raça” e saúde mental, é impressionante a importância que continuam a ter as leituras biogenéticas da “psique dos negros” na explicação das elevadas taxas de psicopatologias neste grupo (Rees, 1991; Harrison *et al.*, 1988), desconsiderando explicações ligadas a factores sociais, económicos e políticos⁵³. Nestes trabalhos, é a própria fisiologia africana que é considerada problemática e predisposta ao desenvolvimento de patologias mentais. Exemplos destes estudos incluem as pesquisas contemporâneas de Robin Murray, que explica os índices elevados de esquizofrenia em afro-descendentes com base em factores perinatais⁵⁴, que ligam as perturbações mentais dos negros a traumas perinatais e causas genéticas. Shashidharan e Francis (1996) apresentaram uma revisão crítica dos estudos epidemiológicos sobre a vulnerabilidade étnica ou racial à psicopatologia⁵⁵, evidenciando a forma como muitas pesquisas psiquiátricas identificam os afro-descendentes como mais vulneráveis à doença mental, menos adequados à psicoterapia – devido a limitações de habilidade verbal – e mais resistentes ao tratamento farmacológico. Perante esta descrição, o tratamento farmacológico é considerado a terapia mais adequada para pacientes negros, e não faltam estudos salientando as quantidades muito superiores de drogas que lhes são subministradas comparativamente aos pacientes

49 Bhopal, 1997; Osborne, Noble, Weyl, 1978; Polednak, 1989; Cruikshank, 1989; Cannon e Locke Source, 1977; Ahmad, 1993; Donovan, 1984; Sheldon, 1992; Johnson, 1984; Ahmad, 1989; Osborne, 1992; Dressler, 1993.

50 O'Donnell, 1991; Banton, 1987; Smaje, 1995; Feit 1992; Murray, 1994.

51 Esta perspectiva própria da psiquiatria americana a partir da década de 1970, acompanhada da intervenção farmacológica massificada e do uso do DSM à escala mundial, concorreu para anular as variáveis culturais: a sintomatologia, a patologia, e a etiologia foram consideradas constituintes de um único sistema coerente, e o sinal da patologia (o sintoma) o pretexto para percorrer a única estrada possível (o modelo biomédico) naquele sistema.

52 Farmer, 2002; Nizeye *et al.*, 2006.

53 Suki, 2003; Fernando, 1995; Rack, 1982; Shaikh, 1985; Brewin, 1980; Sashidharan, 1988; Burke, 1984.

54 Ver: Rees, 1991; Hutchinson e Murray, 1996; Toone *et al.*, 1996 e os trabalhos de Glyn Harrison (Harrison *et al.*, 1988).

55 Sashidharan e Francis, 1996.

brancos⁵⁶. Na maior parte dos casos que acompanhei no trabalho com imigrantes de origem africana, o diagnóstico de depressão era extremamente comum, e a explicação bioquímica do sofrimento com o respectivo tratamento farmacológico constituíam a norma. Tentando reconstruir as histórias dos pacientes através e além dos sintomas que eles expressavam, comecei a dar-me conta que o diagnóstico de depressão constituía a tradução em termos clínicos de problemas e desconfortos ambientais que tinham causas principalmente sociais. Alguns dos clínicos entrevistados admitiram que os imigrantes diagnosticados com este distúrbio poderiam encontrar uma cura através de intervenções sociais, estando na maior parte das situações ilegais, desprotegidos, explorados pelos patrões, e em condições habitacionais e económicas deploráveis. Mesmo assim, os entrevistados concordavam que a única solução viável para os ajudar era a farmacológica, uma vez não sendo possível alterar todas as outras variáveis⁵⁷. A todos os imigrantes africanos subsaarianos que acompanhei foram prescritos como primeira medida fármacos antidepressivos. Mesmo que possivelmente mascarado por problemas físicos, ou expresso de forma somática, o problema que mais de metade dos imigrantes africanos apresentam, segundo os profissionais da saúde, é a depressão: relatam sensações de tristeza e fracasso, choram, queixam-se da situação em que vivem quotidianamente, têm pensamentos negativos, dormem mal. Alguns dos técnicos de saúde chegaram a afirmar que os comportamentos depressivos eram comuns especialmente nos africanos de primeira geração, e entre estes, nas mulheres, devido não somente às condições particularmente duras do percurso migratório, mas especialmente a uma resignação, à incapacidade de assumir firmeza e resolução, e a uma atitude de desistência face às adversidades que seria típica dos africanos e do sexo feminino. Afirmações deste género, mesmo que suportadas por uma literatura sobre a estrutura típica de personalidade e a base genética do comportamento dos negros⁵⁸, não deixam de lembrar estereótipos à la Colin John Carothers sobre a *Mente Africana*⁵⁹, ou os discursos euro-americanos sobre emoções e género (analisados entre

56 Rogers e Taylor, 2007; Ball e Elixhauser, 1996; Kressin e Petersen, 2001; Flaskerud e Hu, 1992; Segal *et al.*, 1996; Fleck *et al.*, 2002; Kuno e Rothbard, 2002; Walkup *et al.*, 2000; Diaz e De Leon, 2002; Kuno e Rothbard, 2002; Kreyenbuhl *et al.*, 2003; Daumit *et al.*, 2003; Kreyenbuhl *et al.*, 2003; Opolka *et al.*, 2003.

57 Os técnicos de saúde justificavam a alta incidência da depressão nos imigrantes baseando-se em estudos epidemiológicos que apontavam para um aumento exponencial da patologia em geral, e entre os sectores marginais da população em particular.

58 Adebimpe, 1984; Azibo, 1983; 1984; Baldwin, 1976; 1980; 1986; 1987; Baldwin e Bell, 1985; Bean, 1906; Gelfand, 1962; Mihoko Doyle, 2006; Jones, 1980; Lind, 1917; Lumsden, 1976; Semaj, 1971; 1981.

59 Carothers, 1947; 1951; 1953; 1954.

outros por Catherine Lutz⁶⁰). A resposta clínica mais usual é o tratamento através de fármacos designados pelos profissionais de saúde como “de emprego comum”, fármacos “sociais”, nomeadamente sedativos, ansiolíticos e antidepressivos. O tratamento farmacológico é considerado também pela OMS como a resposta mais adequada e eficaz contra a patologia depressiva, mesmo que esta esteja ligada a factores como a pobreza, fome, discriminação racial e de género, violação dos direitos humanos, ilegalidade ou exclusão social, entre outros⁶¹. Os psiquiatras Dinesh Bhugra e Oyedeji Ayonrinde (2004) sustentam que a maior parte dos imigrantes em situação de ilegalidade, pobreza, precariedade e marginalização, mesmo com queixas meramente somáticas, são clinicamente deprimidos. Os médicos com os quais tive ocasião de trabalhar (mesmo fora da psiquiatria) confirmam que quase todos os imigrantes utentes dos centros de saúde, independentemente da queixa que os motiva, apresentam sintomas depressivos. A experiência de trabalho de terreno sugere ser este de facto um dos diagnósticos mais comuns para o sofrimento dos consultantes que lamentavam situações sociais e existenciais dramáticas (em particular mulheres africanas). A categoria de depressão parece exprimir por conseguinte, no idioma da nosologia psiquiátrica, o sofrimento social dos imigrantes mais vulneráveis.

Os sintomas depressivos, ligados à ansiedade, são identificados também pela nova e mais importante patologia mental dos imigrantes, “descoberta” pelo psiquiatra catalão Joseba Achotegui: a síndrome de Ulisses, síndrome de stress múltiplo e crónico, já definida como “o mal do século vinte e um”, e que atinge principalmente os africanos, na opinião de Achotegui “alegradamente mais expostos aos riscos da depressão” (Achotegui, 2005). Não só entre os imigrantes de origem africana mas também em África, segundo um estudo conduzido pela Organização Mundial de Saúde⁶², a depressão tornou-se uma das pato-

logias mentais mais importantes, devido à interacção singular de múltiplas variáveis: urbanização, vulnerabilidade e alterações económicas e políticas, fragmentação identitária, modificação das estruturas hierárquicas “tradicionais” e da ordem social, globalização e aculturação maciças, movimentos migratórios, ruptura de laços familiares, individualismo crescente, etc. São exactamente estas transformações sociais, marcos da passa-

60 Lutz, 1990.

61 World Health Report (2001).

Consultar o conjunto factores já referidos no primeiro capítulo, entre eles nomeadamente as sete componentes de perdas implicadas, segundo alguns autores, no processo migratório.

62 OMS, Sartorius *et al.*, 1996.

gem entre o período colonial e o pós-colonial, que criaram – segundo alguns autores – a experiência da depressão naquele continente, e que estão ligadas ao aumento exponencial desta patologia nos imigrantes africanos⁶³. A depressão é apresentada portanto como “desordem pós-colonial” (DelVecchio *et al.*, 2008) ou “descontentamento com a modernidade” (Comaroff e Comaroff, 1993).

Em particular as alterações sociais repentinas que caracterizam a contemporaneidade africana, como a urbanização, a migração do espaço rural para a cidade, as mudanças económicas, o individualismo e a solidão crescentes, a desaculturação e a dissolução da organização social “tradicional” são considerados por muitos autores como as causas do advento da depressão em África, ou pelo menos da mudança dos códigos interpretativos e dos idiomas de pessoa e de doença⁶⁴. Seriam estas as premissas necessárias, em qualquer lugar do mundo, à construção da experiência depressiva, do seu léxico, da sua hegemonia cultural e discursiva⁶⁵.

A construção da depressão como patologia no Ocidente do século XX está ligada a mudanças similares do panorama socioeconómico. Esta desordem tem uma longa tradição no Ocidente – apesar do seu significado social e moral ter mudado drasticamente no curso dos anos – e foi objecto de diferentes estudos históricos⁶⁶. Jackson (1986), como também Harré e Finlay-Jones (1986), concentraram-se na difícil tarefa de acompanhar o desaparecimento da emoção chamada *acidia* e o significado da “obsoleta” *melancolia*, dois conceitos precursores de “depressão” fundamentais na época medieval. Em meados do século XVIII no Ocidente, segundo a análise de Susan Sontag (1978), começou a existir uma interessante associação do sofrimento, tristeza, melancolia e descontentamento, e de sintomas como a falta de sono e apetite, fraqueza, perda de vitalidade, força e iniciativa com a imagem da pessoa romântica, requintada, sensível, e interessante. Ter uma energia e boa disposição excessivas, um bom apetite e um corpo bem constituído significava

63 Beneduce, 1995; 1999.

64 Entre os outros, Gutkind, 1969; Collomb e Collignon, 1974; Zempleni, 1988; Auge, 1997; Kirmayer, 1993; Hunter, 1991; Reverzy, 1993; Buka *et al.*, 2006; Marsella, 1998; Obrist e Eeuwijk, 2003; Harpham e Blue, 1995; German, 1987; Lambo, 2008; Harpham e Blue, 1995; Platt, 1984; Gunnell *et al.*, 1999; Preti e Miotto, 1999; Kposowa, 2001; Harpham, 1994; Kleinman, 1991; Lusty e Vaughan, 1988.

65 Augé, 1977; Kirmayer, 1994; Zempleni, 1988; Beneduce, 1995.

66 Jadhav, 2000; Radden, 2000; Jadhav e Littlewood, 1994; Gaines, 1992.

por contraste ser uma pessoa vulgar e pouco elegante (Sontag, 1978). Segundo a reconstrução histórica, esta representação começou a mudar na época da Revolução Industrial (Rabinbach, 1990). A energia e a força do trabalho, no interior do pensamento positivista e do sistema capitalista em expansão, começaram a ser relacionadas directamente com a produção de riqueza (Lutz, 1991). Surgiram patologias relacionadas com a falta de energia: como a depressão, a neurastenia e, numa segunda fase, a síndrome de fadiga crónica. Ao mesmo tempo, começou a emergir a ideia de “stress” como causa de perturbação mental (Kraepelin, 1921; Leonhard, 1959; Stone, 1985; Pilgrim, 2007). A noção de depressão encontrava-se directamente ligada a ideias de pressão, força e energia: no começo do século XX o termo era usado principalmente em meteorologia (áreas de alta e baixa pressão), em economia (a Grande Depressão), em linguística (na oscilação da altura das notas musicais) e em fisiologia (para indicar declínios da curva T do eletrocardiograma ou do sistema imunitário). Se antes a melancolia era protagonizada principalmente pelos homens, e constituía um sentimento socialmente valorizado enquanto sinal de requinte, o correspondente discurso moderno sobre a depressão difere do anterior pelo facto de individualizar as mulheres como grupo sofredor, e pela representação da síndrome enquanto situação desviante, inadequada, e de natureza médica (Radden, 1987)⁶⁷.

O questionamento do estatuto ontológico da categoria “depressão” torna-se particularmente significativo, uma vez que esta patologia se transformou, a partir dos anos 50 do século XX e no espaço de uma década, numa das doenças mais difusas, com o major custo social e simultaneamente com um dos mercados farmacêuticos mais prósperos, ainda hoje em contínua expansão. Como relata brilhantemente David Healy no livro *The Antidepressant Era*, até aos anos 50 a depressão não era considerada um problema. Depois da invenção da *Cloropromazina* e dos *serotoninérgicos* nessa década, o autor sublinha a reticência dos laboratórios farmacêuticos da época em financiar os estudos clínicos

sobre antidepressivos. A companhia farmacêutica suíça *Geigy* considerava o investimento injustificado, uma vez não existindo mercado para este género de produtos: a depressão era na altura uma patologia demasiado rara. Exactamente 30 anos depois a situação inverteu-se por completo, e o crescimento do

⁶⁷ Esta mudança poderá estar relacionada com o processo geral de medicalização e normalização que caracteriza, na análise de Foucault (1978), a idade moderna.

mercado de antidepressivos contribuiu para a fragmentação da categoria de depressão em subunidades patológicas mais específicas: distímia, depressão recorrente breve, depressão maior, depressão masculina *versus* feminina, e assim por diante. As companhias farmacêuticas contribuíram para construir a legitimidade do diagnóstico (Antonuccio, Burns & Danton, 2002; Koerner, 2002): a “Beat Depression Campaign” do Royal College of Psychiatrists por exemplo, assim como todas as campanhas mundiais promovidas pela World Psychiatric Association para demonstrar a pandemia depressiva (Murray & Lopez, 1995; Fenton & Sadiq-Sangster, 1996), foram financiadas pelas empresas farmacêuticas (Pilgrim & Rogers, 2005a, 2005b).

Consideremos as estatísticas: em 1958, quando foi descoberto o primeiro antidepressivo, a depressão afectava uma média de 50 pessoas por milhão; em 1970 o número dos afectados era estimado pelo psiquiatra Heinz Lehmann como de 100 milhões no mundo inteiro e em 1980 ultrapassava um milhão somente na França. As vendas de Prozac ultrapassam actualmente as dos sapatos Nike. Até em países onde parecia não constituir uma preocupação sanitária a depressão se tornou uma patologia importante, e prevê-se que venha a ser, dentro de poucos anos, o problema de saúde mais significativo do continente africano (Bhugra, 2004). Segundo alguns autores, esta constatação trata-se de uma distorção evidente, servindo para desviar a atenção de problemas mais sérios a nível global, como as violações e negações de direitos humanos, políticas migratórias inflexíveis, fome, miséria e pobreza⁶⁸.

A incidência elevada da depressão em África e em imigrantes africanos é especialmente impressionante face à sua inexistência nos cânones da psiquiatria transcultural clássica. O debate sobre a designada *black depression*, um tema clássico da psiquiatria cultural, discutia precisamente a inexistência desta patologia nos africanos⁶⁹. A ideia desta ausência estava obviamente ligada à ideologia colonial, que afirmava a “verificação científica” da inferioridade biológica e espiritual

68 Bhugra, 2004; Murray & Lopez, 1997; Higginbotham and Marsella, 1988.

69 Porquanto seja controversa, quero todavia levantar algumas questões que evidenciam a impossibilidade de se imaginar qualquer forma de sofrimento independentemente das dinâmicas sociais e dos interesses políticos e económicos que a constroem, produzem, reconhecem e nomeiam. A interrogação certa aqui não é a da existência ou não da depressão nos africanos, mas a de como e porquê se produzem novas hegemonias discursivas e novos interesses que se sobrepõem a outros, que se modificam ou desaparecem.

dos povos subjugados. Médicos e psiquiatras coloniais argumentavam pela ausência de depressão em África devido à alegada simplicidade da mente negra, expressão de estruturas cerebrais menos evoluídas. Nos relatórios psiquiátricos da época encontramos a convicção de que o “negro” não conhece a depressão por ser pouco auto-consciente, imaturo, ter fraca integração pessoal e sentido de responsabilidade, ter uma afectividade infantil, ser dominado por instintos pueris, despreocupado com o futuro e ancorado à imediação do presente⁷⁰. O homem africano parecia portanto “naturalmente” protegido contra o desenvolvimento desta síndrome⁷¹, sendo o sofrimento moral considerado uma prerrogativa reservada aos brancos, cristãos, civilizados e cultos. Nas origens da psiquiatria transcultural encontram-se diferentes trabalhos destinados a demonstrar o desprovimento psíquico dos africanos, supostamente encerrados num estado evolutivo biológico inferior ao europeu. Será portanto compreensível

70 Ver: Beiser, 1985, Kalunta, 1981, Marsella *et al.*, 1985, Beneduce, 1999, Littlewood e Lipsedge [1982] 1997: 61-82. McCulloch, 1995; Beneduce, 2002; Fassin, 1999; 2000; Bloch, 1997; Vaughan, 1991; Keller, 2001; Littlewood e Bhugra, 2001; Collignon, 1997, Carothers, 1947; 1951; 1953.

71 Diversas pesquisas identificaram também a ausência de designação para este distúrbio nas línguas africanas e a existência de uma organização social comunitária e coesa como provas da ausência da depressão no continente africano. Outros autores sustentaram que a depressão poderia ser mascarada por distúrbios somáticos e neurovegetativos sem causas orgânicas: o psiquiatra Julian Leff (1981), por exemplo, afirmava que em África as experiências emocionais se manifestariam como perturbações somáticas, dada a incapacidade dos africanos em exprimir-se segundo um código psicológico, devido ao seu nível de atraso material e intelectual.

72 Marsella *et al.*, 1985.

que, em reacção à violência hermenêutica destas teses – e das práticas que justificavam, como a escravidão e a colonização – a psiquiatria africana se empenhe em defender a tese oposta: que também os africanos possuem uma psique e a exploram em profundidade, que também eles adoecem existencialmente e se deprimem. A leitura de trabalhos destinados a demonstrar esta existência de um *typus melancholicus africanus* deixa a sensação de se ter contudo atingido um resultado exagerado, extremado em relação ao pretendido. A fim de demonstrar que os africanos não seriam inferiores aos europeus, começou a ser defendida a tese de que todos sentiam emoções e mal-estares exactamente como os europeus: primeiro a melancolia, mais tarde a depressão. As pesquisas internacionais sobre a epidemiologia da depressão tornaram evidentes as dificuldades em estabelecer critérios diagnósticos estáveis e gerais⁷². Os mesmos autores chegaram a admitir que os critérios da definição da experiência e fronteiras da patologia se alteravam sensivelmente com as alterações do panorama histórico e político.

O período da independência dos países africanos marcou a passagem à existência da depressão em África, especialmente devido à mudança dos códigos interpretativos dos psiquiatras (entram em cena os sintomas depressivos “indirectos” ou “mascarados”), aos efeitos da urbanização, e ao prestígio crescente reconhecido às experiências depressivas (Prince, 1968). Como ilustração, considere-se que Thomas A. Lambo escrevia em 1956 não existirem “depressões psicóticas clássicas” em África, apenas para declarar em 1960 que muitos dos africanos eram deprimidos (Lambo, 1960). Na mesma linha, notava Raymond Prince (1968) numa revisão da literatura sobre o tema como os 14 artigos relativos a África editados antes de 1957 referiam não existir um único caso de depressão; enquanto os 20 publicados entre 1957 e 1965 a apresentavam pelo contrário como um distúrbio muito frequente. Em particular, nos primeiros relatos da época a depressão aparece encarada como patologia característica das pessoas “civilizadas”, “ocidentalizadas”: “todos os nossos pacientes deprimidos eram ocidentalizados... não encontramos casos de depressão em populações primitivas... o suicídio é raríssimo nas comunidades primitivas, porém não é invulgar nos africanos ocidentalizados” (Lambo, 1960). Por contraste, depois do período da independência: “observamos muito frequentemente casos de depressão” (1960). O que aconteceu durante aquela década? Esta mudança tão drástica do quadro epidemiológico pode ter interpretações diferentes: desordem tipicamente pós-colonial, maior cuidado diagnóstico, resultado da globalização crescente das categorias psiquiátricas euro-americanas, perturbação devida à urbanização repentina das comunidades africanas ou ligada ao incentivo das empresas farmacêuticas⁷³. Entre os possíveis factores responsáveis pela emergência da depressão em África, Prince refere a questão do prestígio e requinte associado à imagem da pessoa melancólica, a imposição de novas hegemonias discursivas e o desaparecimento de outras, e a ocidentalização progressiva das nosologias.

Naquela década foi portanto atingido um consenso entre os psiquiatras – ainda que baixando o nível de coerência epistemológica (chegando a permitir a classificação como depressão, porquanto “mascarada”, de experiências vivenciadas e explicadas pelos indivíduos de formas distintas) – sobre a alta prevalência dos distúrbios depressivos também em África, mesmo que dissimulados. São particularmente interessantes, neste sentido, as *Actas do Sym-*

73 Del Vecchio *et al.*, 2008; Kirmayer e Minas, 2000.

posium Régional de Psychiatrie et Culture, organizado em 1981 pela *Association Mondiale de Psychiatrie e pela Société de Psychopathologie et d'Hygiène Mentale* de Dakar. A parte central do simpósio – editado na revista *Psychopathologie Africaine* – foi dedicada às observações dos psiquiatras africanos sobre a grande incidência da depressão em África a partir da década citada (Collignon, 1981), e à sua fervorosa reivindicação da capacidade de depressão dos africanos. Como já sugerido, podemos interpretar este posicionamento, por um lado, como uma reacção a representações coloniais que justificavam a ausência daquela patologia com uma deficiência neurológica, psicológica e cultural dos negros. Por outro lado, Piero Coppo (2005) sublinha que estes psiquiatras foram obviamente formados nas universidades europeias, e que as suas pesquisas sobre depressão tiveram o financiamento das companhias farmacêuticas, tendo sido justificadas pela rápida difusão nos seus países dos fármacos antidepressivos. O mesmo simpósio foi precisamente financiado pelas indústrias Janssen-Le Brun, Spécia e Squibb, produtoras de antidepressivos de ampla difusão protagonistas no mercado africano. Outros autores ligaram também o advento da depressão em África nos anos 60 aos interesses e investimentos das empresas farmacêuticas em novos mercados. A discussão sobre a existência da depressão “negra” deve ser interpretada no interior do mais amplo quadro político-económico, outrora enquanto forma de legitimar a empresa colonial, e no presente como meio de justificar novas formas de imperialismo. É impossível compreender a relevância desta diatribe sem reflectir sobre a relação entre dimensões clínicas, higienistas, assistencialistas e humanitárias por um lado, e projectos de sujeição, dominação e controlo por outro, realizados através de saberes “dominantes” como o médico e o psiquiátrico. Quer a insistência obstinada na presença da depressão africana, quer a demonstração da sua ausência através da reificação da categoria como doença, falham ao não considerar os indivíduos nas suas dimensões sociais e históricas, ignorando igualmente os interesses macroeconómicos e políticos ligados (outrora) ao projecto colonial e (no presente) ao humanitarismo pós-colonial⁷⁴, ou às receitas do mercado farmacêutico.

74 Uma das formas de imperialismo moderno é a que foi designada “intenção filantrópica”, suportada pela ideia de modernizar, educar, curar, administrar corpos, desenvolver, instruir e civilizar (Said, 1993).

Em 1951 foi descoberta a *Iproniazida*, e em 1957 a *Imipramina*, os primeiros fármacos antidepressivos inibidores da *monoaminoxidase* (entretanto descontinuados pelos seus efeitos

secundários graves a nível do fígado). O momento da descoberta e da comercialização em vasta escala destes fármacos coincide exactamente com o momento da descoberta da depressão em África, sublinhando o laço estreito entre diagnósticos e medicamentos disponíveis – “Uma vez que não existem por detrás das categorias objectos ‘naturais’, é a dinâmica da invenção dos fármacos (estes sim, objectos reais) a descobrir doenças novas, a gerar nomes, distinções e classificações, parte integrante da sua fabricação” (Coppo, 2005: 63). Por outras palavras, os laboratórios e as indústrias farmacêuticas não procuraram somente a chave certa para a fechadura, mas impuseram a forma da fechadura à qual aplicar a chave. Emily Martim (2006), num artigo brilhante sobre a economia moral e o contexto emocional que acompanhou a descoberta e a difusão dos antidepressivos nas décadas entre 1950 e 1970, indica mais uma vez 1957 como o ano que marcou a imposição à escala global da patologia “depressão” e dos fármacos para a tratar. Esse ano viu com efeito ser organizado em Milão um grande encontro da comunidade científica internacional da “psique” para falar da eficácia das drogas psicoactivas no alívio do mal-estar emocional. O evento teve suficiente importância para ser repetido no ano seguinte em Roma, na presença do papa, que expressou publicamente a apreciação pelas virtudes da psicofarmacologia para curar a dor moral, e a sua esperança da disponibilização destes recursos em escala mundial (Healy, 1996: 82).

Um exemplo entre muitos: quando em 1961 a indústria farmacêutica Merck começou a vender a *Amitriptilina*, um antidepressivo da família dos tricíclicos, comprou 50 000 cópias do livro editado no mesmo ano pelo psiquiatra Frank Ayd Jr., *Recognizing the Depressed Patient*, para as distribuir gratuitamente em todo o mundo. Neste livro, o autor convida o leitor a identificar diferentes sintomas e mal-estares com a categoria da depressão. O livro foi traduzido em 12 línguas e foram feitas campanhas para ensinar aos profissionais das áreas da psique a diagnosticar a depressão (Healy, 1996: 99). Foi pela primeira vez vendida à escala global, juntamente com o fármaco, também a ideia da doença para que era indicado. A partir daí foi distribuída uma profusão de material informativo sobre a definição e sintomas de reconhecimento da depressão, e milhões de dólares são gastos por ano na divulgação deste género de informação em todo o mundo⁷⁵.

⁷⁵ Bhugra, 2004; Wazana, 2000.

A maior parte destes opúsculos (que podem encontrar-se facilmente, e em todas as línguas, juntamente com os testes autodiagnósticos, por exemplo na Internet), é construída a dois níveis: o primeiro (familiar ao leitor) reporta contos simples de experiências vividas e de situações familiares, económicas e sociais degradadas; o segundo fornece explicações clínicas de especialistas e faz corresponder ao caso particular uma subcategoria específica de depressão. O utente aprende então que o que ele chamava tristeza, mal-estar, infelicidade, saudade, e por aí fora, merece um outro idioma: aprende, por outras palavras, a dar ao seu sofrimento um formato clínico adequado⁷⁶. É a mesma dinâmica que constrói em simultâneo os antidepressivos, a depressão enquanto categoria, uma linguagem própria para exprimir o sofrimento, e os pacientes deprimidos.

A visibilidade que ganhou assim a depressão tornou-a numa categoria disponível para encaixar qualquer tipo de mal-estar, quer do ponto de vista dos técnicos de saúde quer dos pacientes. Durante a pesquisa num serviço de atendimento psicológico para imigrantes, escutei muitas vezes conversas sobre depressão, em diferentes termos e com tónicas diversas. Por exemplo, J. M., imigrante guineense, relatava ao médico: “a minha vida é difícil, não tenho amigos nem uma mulher... sinto-me sozinho... estou aqui porque às vezes sinto-me um pouco deprimido na hora do almoço e do jantar, porque como sozinho e à noite, porque não tenho ninguém perto”. O próprio paciente identificava o seu sentimento de solidão em termos clínicos, assim como W. N., mulher marroquina que – em resposta às perguntas de um etnopsiquiatra que a estimulava a falar dos espíritos “djinn” – declarava: “eu também pensei nisso, mas como vi o cartaz na sala de atendimento com a lista dos sintomas já sei que se trata de depressão, e portanto queria os comprimidos para me tratar”.

Numa ilustração da situação oposta, L. K., uma mulher guineense em situação ilegal, sem abrigo após a perda da casa e do trabalho, tinha sido encontrada alcoolizada a dormir na rua e foi coercivamente conduzida ao serviço. Ela relatava aos médicos a sua história complexa de perdas e fracassos recorrendo ao léxico da feitiçaria, lamentando a persistência de dores de barriga e a falta de fluxo menstrual devidas a uma acção ritual de que teria sido vítima (descreve ter sido “ligada” – um

76 Pignarre, 2001: 279-280.

sortilégio vegetal que envolve folhas ligadas com o objectivo de gerar diferentes malefícios). A sua narrativa era interrompida por frequentes crises de choro, especialmente ao revelar que a situação de completa precariedade habitacional e laboral em que se encontrava lhe havia custado a tutela dos filhos. O abuso de substâncias, aliado a um comportamento julgado disfuncional – ao ponto de se ter tornado sem-abrigo – e acompanhado pelos sintomas que relata (de tristeza e de impotência para mudar a situação), contribuiu para a afirmação de um diagnóstico de depressão. L. K. pedia a prescrição de medicamentos para a enxaqueca insistente que a atormentava, tendo sido antes tratada farmacologicamente com antidepressivos, sem considerar possíveis estratégias para melhorar a sua situação do ponto de vista económico e social. Segundo os médicos entrevistados, o antidepressivo será indispensável ao paciente para suportar esta fase difícil da sua vida, assim como para prevenir desordens mais sérias. Este caso é um dos diversos casos semelhantes acompanhados durante o meu trabalho de campo, onde os pacientes relatando situações de dificuldade, precariedade, medo e discriminação encontraram como única resposta um diagnóstico psiquiátrico e uma solução farmacológica.

Num último caso entre múltiplos, J. A., um rapaz guineense de 18 anos, foi conduzido directamente ao hospital psiquiátrico após ser encontrado pela polícia completamente alcoolizado, drogado e incapaz de um discurso coerente, num bairro “problemático” da cidade. O rapaz, entre muita resistência, acabou por admitir o consumo habitual de drogas leves e álcool. Os pais, chegados após algumas horas ao serviço hospitalar, confirmaram preocupados a situação de mal-estar do filho: irritável, desafiando a autoridade paterna com comportamentos inconvenientes, reprovado na escola e bastante desmotivado para continuar, frequentador de companhias preocupantes, investindo muito tempo em jogos de vídeo violentos, e manifestando excesso de apetite, sobretudo por *junk food*. Ele negou boa parte das acusações, reclamando a maioridade, a autonomia em relação aos pais nas companhias que escolhia frequentar, e o desinteresse em prosseguir com os estudos. Os médicos diagnosticaram-lhe uma depressão severa, mesmo face à sua negação de sensações de tristeza ou fracasso. Neste caso, a patologia ter-se-ia revelado pela linguagem não verbal, os movimentos corporais lentos, as queixas somáticas (dor de cabeça), os silêncios e pausas julgados excessivos antes de responder, a fraca concentração durante o discurso

do psiquiatra, o nervosismo crescente, e a tentativa final de minimizar ou justificar os sintomas. Apesar da sua resistência, foi tratado com antidepressivos e internado para afastar a suspeita de uma patologia mais séria. Dias depois, a mãe explicava aos médicos o contexto social da família, relatando uma série complexa de problemas económicos e legais que teriam contribuído – na sua opinião – para que o filho se envolvesse no mercado da droga. Por entre muitas lágrimas, lamentava o quanto tudo isso lhe causava um sofrimento profundo, enraizado no próprio corpo. Indicava as zonas doridas, falava do sono perdido devido à preocupação com o filho e os problemas laborais do marido, e de desmaios frequentes. Também ela foi considerada deprimida, e este diagnóstico veio confirmar a suspeita de uma componente genética (ligada à história familiar) na desordem do filho. Os dois foram considerados predispostos para a doença, assim resultante de uma inclinação inata, determinada por factores hereditários e bioquímicos, para um défice funcional dos neurotransmissores, gerando um distúrbio na neurotransmissão central. A “culpa” da situação recairia então de alguma forma sobre a mãe – o que implicou uma série bastante grave de consequências familiares⁷⁷.

Por outras palavras, a atenção é focada na saúde mental do indivíduo, desviando-a de problemas sociais de difícil resolução, que necessitariam de respostas económicas e

políticas⁷⁸. O tratamento farmacológico do sofrimento, entendido como fenómeno orgânico, é considerado o único caminho possível, silenciando os processos históricos, políticos e socioeconómicos que lhe estão na base. O aspecto mais espectacular da globalização ocidental, no que diz respeito à medicalização das situações de desfavorecimento social, é o conjunto de discursos sobre a depressão e o trauma, conceitos que transformaram uma condição humana (sofrer) numa condição clínica (sofrer de uma patologia)⁷⁹. A psiquiatria acaba assim por neutralizar críticas, desafios, resistências e dissidências políticas como disfunções mentais individuais, oferecendo tratamentos farmacológicos a sujeitos que, afinal, estão a exprimir a dor de um sistema socioeconómico e político disfuncional⁸⁰.

77 Descobriu-se mais tarde, através de entrevistas fora do hospital, que ela era a segunda esposa do seu marido, e que os filhos nascidos da primeira mulher nunca haviam desiludido o pai, conseguindo acabar os estudos. Este diagnóstico veio confirmar suspeitas e preocupações que a primeira esposa já alimentava há muito tempo sobre a nova mulher do marido: de que ela teria uma doença genética, transmitida ao filho, que estaria na base de todos os seus problemas.

78 Horwitz, 2002, Horwitz e Wakefield, 2007.

79 Rechtman, 2002.

80 Kirmayer, 2006.

Na opinião de Achotegui (2005), assim como de muitos dos clínicos que entrevistei, a depressão nos imigrantes tem obviamente causas sociais, ligadas nomeadamente ao endurecimento progressivo das políticas migratórias. Todavia, afirma Achotegui, “isto escapa à responsabilidade e às possibilidades dos profissionais de psiquiatria”. A solução que ele propõe é antes do tipo paliativo: o apoio farmacológico para reduzir ou analgizar o sofrimento dos indivíduos, onde não é possível mudar as condições de base. É o que acontece com os imigrantes, assim como com os muitos “desfavorecidos” dos países em via de desenvolvimento: o World Mental Health Report (2001) considera de facto problemas políticos e económicos como a pobreza, violência, discriminação e desigualdades sociais enquanto preocupações prevalentemente psiquiátricas, às quais a resposta passaria por novos serviços de saúde mental e tratamentos farmacológicos em ampla escala, nomeadamente ao nível da prevenção do mal-estar⁸¹.

A medicalização massiva destas condições sociais críticas, por meio da categoria de “depressão”, é posta em prática através de projectos globais como os da OMS “Nações em Prol da Saúde Mental”, programa financiado pela *Eli Lilly*, *GlaxoSmithKline* e outras empresas farmacêuticas⁸². Tratar o problema no indivíduo como algo farmacologicamente curável é concentrar-se na ponta do icebergue, contribuindo para manter e reproduzir estruturas já existentes de desigualdade social. Se a depressão é a patologia dos imigrantes e dos excluídos em geral, é porque se trata, usando uma expressão de Paul Farmer (1999; 2003), de uma “patologia do poder”, isto é, produzida por condições sociais caracterizadas por profundas desigualdades. E resumir a uma patologia os efeitos de processos socioeconómicos reproduz aquela violência simbólica através da qual cada ordem social tenta esconder, justificar, legitimar e naturalizar todo o sofrimento que é imposto aos indivíduos como preço de pertença àquela ordem (Das, 1997). Esta medicalização dos problemas sociais acaba por despolitizar o que intrinsecamente seria um problema político, legitimando e mantendo o *statu quo*. Assim, o que requereria uma resposta colectiva torna-se um problema individual. Vicente Navarro afirma que as situações concebidas pelos profissionais de saúde como distúrbios mentais são antes muitas vezes resultado de uma distribuição fundamentalmente desproporcionada dos recursos socioeconómicos a nível global. Contudo, em vez de contestar

81 Eisenberg *et al.*, 1995.

82 Kirmayer, 2002; Bhugra, 2004.

o sistema em vigor os clínicos concentram-se antes nos corpos individuais (Navarro, 1986: 40)⁸³. Parece que tanto na opinião dos técnicos entrevistados como nos relatórios da OMS (1995), a forma melhor de lidar com sujeitos desfavorecidos ou marginalizados seria oferecer-lhes o acesso aos serviços de saúde mental e disponibilizar-lhes o tratamento farmacológico. Este argumento é particularmente evidente no caso dos antidepressivos, vistos como “fármacos sociais”, “que ajudam o paciente a inserir-se positivamente na sociedade”, “que evitam a exclusão e o isolamento”, “que permitem enfrentar melhor situações difíceis”, ou “que sintetizam a promessa de uma melhor inserção social”.

O World Bank Report (Narayan *et al.*, 1999) emprega as noções de “marginal” e “marginalização” para descrever a exclusão social e a discriminação, especificando que em relação aos cuidados de saúde é considerado “marginal” quem não tem acesso aos fármacos (Narayan *et al.*, 1999: 87-88, 96, 113). Marginalização, pobreza, exclusão e falta de esperança (“hopelessness”) são considerados neste relatório virtualmente como sinónimos (Narayan *et al.*, 1999: 35). A inclusão do termo *hopelessness* para descrever a experiência individual da marginalidade social não é contudo casual: como sublinham alguns autores, a “marginalidade” está associada a elevadas taxas de depressão (Kirmayer & Jarvis, 1998). O estado deprimido é sintomático da liminaridade social, assim como a sua permanência sem cura é um sintoma de exclusão dos cuidados de saúde. A conclusão do relatório é de que todos os “marginais”, quer os pobres urbanos, como os imigrantes, como também os habitantes de países em desenvolvimento, deveriam ter

acesso directo e imediato aos fármacos antidepressivos. Remover os sintomas da depressão implicaria nessa óptica contribuir para a eliminação da marginalidade social, e vice-versa (Dumit, 2003). Fornecer uma substância psico-activa aos indivíduos marginalizados parece ser, segundo este relatório, a forma mais eficaz de auxiliar a sua integração. É neste sentido que Stefan Ecks (2005) fala de “pharmaceutical citizenship” referindo-se ao poder dos antidepressivos para “des-marginalizar” os indivíduos que manifestam perturbações do humor ligadas a um “sofrimento social”.

83 Os antropólogos médicos que trabalham sob a perspectiva da economia política afirmam que a compreensão de desordens como, por exemplo, o abuso de álcool ou a depressão tornaria necessária a consideração das condições históricas e materiais mais amplas que produzem estes comportamentos, assim como das desigualdades raciais, de classe e de género. Morsy, 1990, Singer e Baer, 1996, Singer *et al.*, 1992; Navarro, 2002; 2004.

Vale a pena citar um relatório do Conselho Americano de Bioética, intitulado “Beyond Therapy: Biotechnology and the Pursuit of Happiness” (2003)⁸⁴, no qual se caracteriza a procura da felicidade enquanto direito humano básico, fundamental para o bem-estar psico-físico do indivíduo (2003: 203), tornando por conseguinte uma prioridade tratar a depressão à escala global, com particular atenção aos sectores desfavorecidos, mais atingidos pela patologia (2003: 240). Uma revisão do material de propaganda disponível na Internet, assim como nas revistas especializadas e nos cartazes informativos distribuídos em muitos centros clínicos, torna clara a associação implícita entre a prescrição de fármacos antidepressivos e a promessa da reintegração social, do sucesso pessoal e da felicidade. A este respeito as imagens que acompanham o material de propaganda são elucidativas, representando famílias felizes em paisagens bucólicas, casais sorridentes de namorados ou indivíduos com postura profissional e bem sucedida, incorporando ideais de equilíbrio, serenidade e harmonia, e promessas de reintegração social, familiar, e de retorno à capacidade produtiva. Entre os motes publicitários mais comuns sobressaem: “Mantém activo o homem moderno”; “Recupera o que estava perdido, recupera o equilíbrio”; “Equilíbrio Restabelecido, Actividade Preservada”; “Olhando o mundo sem medo”; “Uma luz para guiar os seus pacientes”; “A alegria, da forma mais pura”, etc. Nos termos do psiquiatra Joelson Tavares Rodrigues: “as indústrias farmacêuticas não pretendem, com as suas propagandas, meramente informar sobre as características e vantagens dos seus produtos; muito mais do que isso, existe a intenção de vender a ideia de que a medicação pode restaurar o equilíbrio, dar ao indivíduo condições para ter uma vida produtiva, reintegrá-lo plenamente na sociedade, proporcionar-lhe alegria e sentido” (2003).

Segundo a interpretação de muitos autores, esta reconfiguração de problemas sociais em termos psicopatológicos sustenta os interesses da indústria farmacêutica⁸⁵. Nas palavras de Kirmayer (2005), o mercado farmacêutico e os psiquiatras trabalham de mãos dadas para estabelecer a hegemonia de uma leitura clínica da situação precária dos imigrantes e cidadãos dos países em desenvolvimento.

84 O relatório foi definido também “relatório Kass”, seguindo o nome do “chair” da mesa, Leon Kass.

85 Applbaum, 2006; Kirmayer, 2002; Ecks, 2005; Bhugra e Mastrogianni, 2004.

Em particular, a introdução de uma patologia específica para designar o mal-estar dos imigrantes, a já referida síndrome de Ulisses – a ser tratada, naturalmente, com fármacos antidepressivos – cria uma sobreposição entre a experiência migratória e a doença mental, patologizando uma condição socioeconómica.

Mesmo admitindo que possa encontrar-se fragilizado devido à dureza do acolhimento, nomeadamente aos níveis político e económico, o imigrante não é por si psicologicamente instável. Tratar a condição de sofrimento dos imigrantes ilegais – assim como outros indivíduos socialmente desfavorecidos – concentrando a intervenção somente na saúde mental individual serve para naturalizar e despolitizar a doença como algo que ocorre no indivíduo, desviando a atenção do cenário mais amplo de “violência estrutural” (Farmer, 2003)⁸⁶. Utilizo aqui este conceito em bruto – ainda que este pudesse beneficiar de alguma elaboração, diversificação, e talvez até redefinição – para sublinhar como até mesmo actos ligados a intentos filantrópicos e humanitários podem constituir uma forma de violência. Assim, a intervenção médica para “ajudar” e “curar” os imigrantes – mitigando os excessos e orientando os comportamentos, ou ainda anestesiando a dor da marginalidade – é considerada legítima enquanto direccionada para o bem-estar psico-físico-social dos pacientes, sem que sejam colocadas em causa as implicações políticas destas acções de auxílio. A sobreposição entre protecção, cura, acção pedagógica, assimilação, imposição de valores morais e controlo constitui uma das dinâmicas fundamentais da intervenção médica e social, para além de oferecer vantagens significativas para os que

trabalham no sector da assistência psico-social (Rose, 1999; Rose e Miller, 1992; Stengers 2003).

Diferentes autores se têm empenhado em evidenciar as ligações complexas entre violência, sofrimento, controlo e poder, entre as quais lembramos noções como a de “violência simbólica” de Bourdieu (2000), a de “cultura do terror” de Taussig (1986; 1992), de “crimes de paz” de Basaglia (Basaglia, Scheper-Hughes, e Lovell, 1987), de “violência do quotidiano” de Scheper-Hughes (1996), de “sofrimento social” de Kleinman,

86 Michael Taussig referiu-se à “construção clínica da realidade” para indicar o processo de reificação através do qual relações humanas e questões sociais e económicas são objectivadas enquanto factos orgânicos (1980). No seu último trabalho Peter Conrad, abordando o tema da depressão, fala explicitamente de individualização e biologização de problemas sociais através de uma excessiva medicalização da sociedade.

Das e Lock (1997), ou de “biopoder” de Foucault (1978). O que diferencia a definição proposta por Farmer das restantes é a sua formulação enquanto instrumento teórico, método de pesquisa e imperativo ético. A eficácia do conceito, como argumentam outros autores (Brendan, 2005; McBride, 2007), está na sua capacidade de tornar visíveis as dinâmicas sociais (e portanto também económicas, políticas e históricas) da violência e da marginalização.

Seriam então os mecanismos através dos quais as forças sociais são incorporadas em eventos biológicos e patologias, evidenciados por muitos dos autores na área da antropologia médica, o foco adequado para a intervenção, permitindo potenciar a capacidade de acção dos sujeitos através da promoção dos seus próprios direitos – não só civis e políticos como também sociais e económicos. Neste sentido, o empenho da antropologia que aqui defendo não consistiria somente numa análise desses mecanismos geradores do sofrimento, mas também na intervenção não limitada à medicina, antes acima de tudo social, económica e política. Se o cunho crítico do meu trabalho reclama uma intervenção social, é verdade que um envolvimento activo implicaria por outro lado a mobilização de forças e interesses sociais que escapam ao controlo do antropólogo ou do psiquiatra. Mas a este respeito, gostaria de concluir citando uma frase elucidativa de Bourdieu:

“Analisar os mecanismos que tornam a vida dolorosa, até insustentável, não significa neutralizá-los; fazer emergir as contradições, não significa resolvê-las. Mas, porquanto se possa ser céptico acerca da eficácia social da mensagem sociológica, não podemos diminuir o efeito que esta pode ter, isto é, de permitir aos que sofrem a descoberta das possíveis causas sociais, colectivamente ocultadas, do próprio sofrimento, e assim, a libertação de uma culpa e de uma responsabilidade individual (Bourdieu, 1993: 1453).”

II PARTE

**ESTUDO DE CASO:
PRÁTICAS E DISCURSOS NUMA UNIDADE
PSIQUIÁTRICA transcultural**

JÚLIO F. FERREIRA

One must ask, why should a discipline whose roots are so deeply planted in Western culture, whose major figures are almost entirely European and North American (and male), and whose data base is largely limited to the mainstream population in Western societies, why should so strongly Western-oriented a discipline regard cross-cultural research among the more than 80 percent of the world's people who inhabit non-Western societies as marginal? ... can psychiatry be a science if it is limited to middle-class whites in North America, the United Kingdom and Western Europe?

Kleinman in Gaines (1992: ix)

Esta contribuição pretende analisar o funcionamento de um serviço de psiquiatria destinado a imigrantes integrado no sistema público de saúde mental português, tendo em conta a presença (e utilidade) de conceitos como etnicidade/identidade, cultura, doença e saúde no atendimento clínico aos utentes, e nomeadamente no discurso médico que os apreendem. O objectivo é identificar os seus usos, finalidades e consequências no tratamento desta população, considerando os diagnósticos pelos profissionais especializados em “sensibilidade cultural” e “transculturalidade”, observando as dinâmicas na relação entre estes e os imigrantes e a sua construção da “competência cultural” nos projectos destinados a esta finalidade.

Não se trata de discutir acerca da formação da “identidade” (ou qualquer outro daqueles conceitos) nesse contexto, mas antes de analisar o uso político destes termos no acolhimento aos utentes, e o seu papel nas possíveis contradições que surjam na prática terapêutica, evidenciando o recurso a elementos identitários/culturais pelo modelo biomédico como estratégia de cura dos utentes – que passa potencialmente pela patologização de indivíduos e grupos pela via institucional.

O foco de estudo é a formação, seguimento e aprimoramento do trabalho num programa de apoio transcultural para imigrantes, localizado num hospital de média dimensão, em Lisboa. O objectivo deste serviço era alcançar e colocar em prática competências linguísticas e de “sensibilidade cultural” na relação entre as estruturas “clássicas” da psiquiatria e os novos perfis de utente, procurando oferecer-lhes uma compreensão personalizada das suas aflições, pelo afastamento das premissas convencionais sobre a psique e o reconhecimento de outras formas de abordagem psicobiológicas.

Este modelo de trabalho assumia uma centralidade prioritária para o grupo, que acreditava promover uma optimização dos resultados psiquiátricos com imigrantes, principalmente no que diz respeito às condições de tratamento, através da utilização de mediadores culturais formados em outras áreas de saber, e da sensibilização dos técnicos do hospital para as “diferenças culturais” e suas implicações na relação médico/utente. O grupo almejava evitar classificações patológicas alheias às particularidades destes indivíduos, considerando as suas experiências subjectivas, possíveis traumas no percurso migratório, referências religiosas e de organização social.

De certa forma, a abordagem transcultural assumiu-se como adaptação das condições da estrutura psiquiátrica institucional às novas necessidades sociais provocadas pelos fluxos migratórios em Portugal. As práticas que acompanharam esta inovadora perspectiva do acesso à saúde incluíram, no entanto, apropriações clínicas estáticas de conceitos como “cultura”, “etnicidade” e “identidade”, promovendo visões essencialistas da diversidade dos seus utentes.

A atenção necessária aos factores linguístico e cultural conduziu os técnicos de saúde do grupo Transcultural a associar características psicopatológicas inatas às nacionalidades dos imigrantes⁸⁷, classificando os elementos culturais como “algo natural, distante das culturas europeias” (para citar um dos psiquiatras), e gerando uma hierarquia entre o “Nós” e o “Eles”. A cultura era utilizada, então, como ferramenta para a fabricação do “outro”, e como medida da valorização e validade político-social do utente.

87 Sobretudo das comunidades estrangeiras mais significativas estabelecidas em Portugal – a brasileira, indivíduos dos PALOP (Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa) e do Leste europeu.

CAPÍTULO 4.

UMA EXPERIÊNCIA DE CLÍNICA TRANSCULTURAL⁸⁸

O primeiro contacto com o serviço ocorreu em Janeiro de 2007, quando fui apresentado por um ex-membro do grupo como estudante de antropologia, interessado em desenvolver um projecto de pesquisa sobre imigração e saúde mental. A princípio custou-me entender o seu funcionamento, não só pela pequena dimensão e pontual actuação do grupo na clínica, mas dada também a sua “inespecificidade” enquanto grupo – que se confirmou ao longo do trabalho de campo.

O calendário de trabalho da unidade de psiquiatria Transcultural previa reuniões “fechadas”, onde se compunham as pautas administrativas da actuação no hospital e se apresentavam as discussões de casos clínicos; e reuniões “abertas” ao público (com uma média de três encontros a cada dois meses), onde os técnicos de saúde procuravam discutir temas teóricos com suporte nos autores de referência na área da psiquiatria e imigração. Estas reuniões eram – no mínimo – “misteriosas”, já que não se discutiam os problemas práticos da clínica encontrados pelo grupo, mas casos ideais seleccionados de livros médicos e literatura. O comportamento-padrão consistia na explicação de exemplos clínicos hipotéticos, assumindo ora um relativismo cultural extremo, ora visões estáticas da “cultura”, sempre definidas pela nacionalidade dos utentes. A linguagem usada era invariavelmente muito vaga, com palavras que pareciam medidas (a fim de não causarem impacto sobre os observadores externos presentes) e pronunciadas num tom humanitário densamente assistencialista de “ajuda ao necessitado”.

88 Os profissionais entrevistados para a produção desta secção foram devidamente informados das finalidades e dos objectivos científicos da investigação. Dada a extensão da pesquisa aos consultórios particulares destes profissionais, os seus nomes foram substituídos pela posição que ocupam no seu trabalho no sector público, com o intuito de preservar identidades, respeitar os seus estatutos e opiniões. As frases entre aspas, portanto, colhidas ao longo do trabalho de campo, reflectem directamente as opiniões destes profissionais, sem a necessidade de atribuição directa ao seu orador. Esta suposição justifica-se pela homogeneidade percebida no grupo, com raras contraposições entre seus membros.

A fim de preservar igualmente a identidade das instituições referidas, assim como dos utentes, os nomes aqui citados são fictícios. O grupo principal de estudo é denominado de “Transcultural”, principal local de trabalho de campo por detrás da produção deste livro. De toda a forma, gostaria de reiterar que a visão crítica sobre a Transcultural não pretende “diminuir” o trabalho dos seus membros, depreciar o seu prestígio profissional ou o das instituições a que estão ligados. Esta iniciativa procura manter uma análise imparcial, concedendo-se uma maior liberdade nas opiniões de todas as partes envolvidas.

Os termos técnicos e as selecções bibliográficas eram rapidamente abandonados, e as discussões mantinham-se em regime muito informal, com opiniões superficiais e extremamente pessoais sobre a psiquiatria, a clínica e a imigração, que em nada se assemelhavam a estudos científicos ou referências à medicina ou às ciências sociais. Muitas vezes este ambiente se me afigurou como uma espécie de “terapia de grupo” ao invés de uma discussão acerca da psiquiatria, onde falar do “outro” envolvia pontos de vista pouco articulados, de senso comum e sem suporte empírico. Em suma, tais reuniões pareciam antes ter como objectivo reforçar as concepções empregadas por cada técnico no seu trabalho, proporcionar-lhe uma espécie de conforto ou confirmação em relação às suas premissas clínicas.

O imigrante era sistematicamente simplificado a um “ser problemático”, sendo reduzida a sua experiência migratória ao factor económico, e considerada necessariamente traumática. No estabelecimento da metodologia de trabalho, era negociado pela alta hierarquia do grupo Transcultural o conjunto dos factores considerados significativos no tratamento dos utentes, evidenciando um uso estereotipado de elementos identitários e de conhecimentos acerca dos seus locais de origem, das suas “culturas”, factores étnicos e linguísticos, entre outros⁸⁹. De qualquer modo, os consensos sobre tais factores eram escassos e pouco apoiados em casos reais do hospital, e os modelos de abordagem aos utentes nunca chegaram a ser realmente discutidos, assistindo-se à tendência dos profissionais de estatura hierárquico mais baixo para seguirem fielmente as orientações do psiquiatra-chefe, por contraditórias e (informalmente) desaprovadas que fossem pela maior parte do grupo.

Definições acerca da sintomatologia e psicopatologia eram fortemente alicerçadas na pertença nacional dos indivíduos, promovendo a ideia de uma convergência entre identidade, cultura, país de proveniência e propensão para determinadas doenças, e assumindo a suposta homogeneidade “cultural” através dos territórios de origem. Esta perspectiva amadureceu no serviço devido à influência forte de estudos epidemiológicos internacio-

89 Ver: Kleinman, 1988 e Good & Del Vecchio-Good, 1981 para uma visão da clínica como espaço de negociação entre a *performance* dos utentes (e os elementos eleitos como constituintes das suas identidades) e o desenvolvimento e percepção da desordem mental pelos médicos.

nais, descrições de desordens patentes nos manuais de psicopatologia e dados fornecidos pelas indústrias farmacêuticas⁹⁰.

O discurso oficial da abordagem Transcultural promovia o desenvolvimento de instrumentos diagnósticos “sensíveis” à dimensão cultural, privilegiando o ponto de vista do utente, contextualizando as suas necessidades e referências, e assumindo flexibilidade na definição das fronteiras entre o “normal” e o “patológico”. O objectivo seria afastar tendências classificatórias e patologizadoras dos utentes, privilegiando antes o encontro clínico entre o modelo biomédico da psiquiatria ocidental e outras possíveis estruturas psicocognitivas. Porém, a homogeneização cultural e o recurso às categorias médicas convencionais acabavam por produzir o contrário: uma reprodução das práticas que os técnicos de saúde pretendiam idealmente criticar. Por trás de uma política de transculturalidade encontravam-se as estruturas muito rígidas da psiquiatria ocidental e suas categorias diagnósticas. Se por um lado se procurava evitar a interpretação errada da “cultura” e suas influências através de leituras psicopatológicas de comportamentos e sintomas, por outro lado a sedimentada reificação da diferença cultural era encarada como causa da divergência interpretativa do utente em relação à doença.

De acordo com aquelas estruturas canónicas, a doença nunca poderia ser colocada em questão. Enquanto base das variações na expressão do sofrimento dos utentes, a cultura era cristalizada como factor patoplástico sobre a universalidade das doenças e das emoções. Existia assim o risco de patologizar comportamentos e sofrimentos do “outro” através de uma incorporação das referências culturais no modelo médico (ou vice-versa), onde o propósito desejável seria antes o oposto – a reflexão sobre as limitações do modelo clínico e as possibilidades de uma sintomatologia para além dele.

Relato em seguida um caso elucidativo. Numa das reuniões abertas foi apresentado o exemplo de um homem ucraniano

90 Os manuais de psicopatologia (como o DSM) evidenciam um forte diálogo com os dados estatísticos de testes clínicos das empresas farmacêuticas, em que os factores amplamente considerados contemplam a faixa etária, género, nacionalidade e, não raramente, “raça”. São exemplos os estudos sobre diferenças sintomatológicas e diagnósticas entre *White-Americans* e *Afro-Americans*, ou da população haitiana na Inglaterra face aos “ingleses brancos”. Para mais informação sobre o funcionamento destes estudos e seus usos clínicos, ver: Fernando, 2005; Bains, 2005; Littlewood, 1990. Sobre as indicações sintomatológicas das empresas farmacêuticas, ver: www.lilly.com (produtora do Prozac) e www.zoloft.com/ (psicofármaco produzido pela Pfizer).

com dificuldades de integração social em Portugal, conduzido à Transcultural por uma organização não-governamental de auxílio ao imigrante. Foi diagnosticado com esquizofrenia (combinada com surtos psicóticos) pelo psiquiatra-chefe, sobretudo por uma certa resistência que manifestou em expressar-se junto do técnico responsável. As informações acerca deste indivíduo eram escassas, desconhecendo-se o seu grau escolar, situação familiar e percurso pessoal. Durante a triagem, o seu comportamento foi marcado principalmente pelo “silêncio”, interpretado como uma “resistência ao tratamento” e ao relacionamento interpessoal – segundo comentários do próprio técnico que efectuou a triagem. Este silêncio em contexto clínico foi extrapolado para a esfera social e lido como comportamento atípico, próprio do distúrbio de que seria portador, causa da sua não-integração social. Uma das poucas informações que puderam descobrir sobre o paciente revelava uma infância e adolescência “violentas”, com uma mãe rude e constantemente doente e um pai agressivo e “seco”. Nenhum mediador cultural foi consultado, nem tão-pouco as questões semânticas foram consideradas. E um período limitado da sua vida foi extremamente valorizado: “(...) é um elemento chave, já que esquizofrénicos com surtos psicóticos possuem, muitas vezes, um histórico familiar como este entre a infância e adolescência (...)”. Este cenário contribuiu para a afirmação de um diagnóstico claro, sem no entanto considerar o domínio da língua portuguesa pelo paciente, bem como qualquer contextualização socioeconómica, recolha da história de vida ou levantamento de experiências traumáticas (como xenofobia ou exclusão social pós-migração). Um dos técnicos de saúde defendeu a pertinência deste diagnóstico com base na noção de que “a esquizofrenia é comum em pessoas do Leste europeu que vêm para a Europa ocidental, principalmente as pessoas das zonas rurais, que acreditam em superstições e são fechadas ao convívio social (...) têm também altas taxas de disfunções [em geral] (...) tratamo-los com neurolépticos, com que obtemos bons resultados (...)”. Em suma, um período temporal circunscrito foi considerado representativo de todo o percurso deste utente, e adicionado ao estereótipo acerca “dos do Leste” (ucranianos) e das disfunções que, segundo alguns psiquiatras entrevistados, terão tendência a desenvolver.

Este exemplo ilustra igualmente a atitude geral do grupo de tomar uma disfunção orgânica como ponto de partida para a interpretação dos comportamentos ou experiências

subjectivas, suportada pelos estereótipos que a própria psiquiatria epidemiológica cultiva. Os resultados clínicos do serviço Transcultural sugeriam uma fraca atenção à cultura na orientação teórica dos profissionais da área, evitando referências sociológicas e privilegiando o uso dos manuais nosológicos da psiquiatria ocidental. De facto, a simplificação do percurso do indivíduo no diagnóstico citado foi contrariada num acompanhamento clínico posterior, feito por outro técnico de saúde, que descobriu após pouco tempo de terapia que o utente possuía elevadas habilitações escolares e dominava as línguas materna, russa e portuguesa. Muitos dos problemas apresentados tinham, possivelmente, origem em relações familiares conturbadas desde a sua adolescência e no uso (mais recente) de substâncias psicotrópicas (heroína e cocaína) e álcool. O diagnóstico original de esquizofrenia tinha sido relacionado com um hipotético mecanismo de deslocamento pelo ego, sugerido pela alegada incapacidade do utente em assumir compromissos sérios ou escolhas acerca da sua vida, como um emprego fixo ou um casamento (que terá cancelado após um longo período de noivado na cidade onde vivia na Ucrânia). Esta análise superficial desconhecia as dificuldades efectivas do sujeito em manter o próprio trabalho, as suas condições laborais e de legalidade, a sua posição e experiência como imigrante em Portugal, os motivos para o acto migratório, assim como as motivações reais para a quebra do acordo matrimonial indesejado (que tinha sido decidido pela sua família). Todas estas informações – básicas para entender o mais amplo contexto biográfico e social do utente – permaneceram fora do foco de investigação durante toda a triagem no serviço, sendo recolhidas somente dois anos mais tarde, por um psicoterapeuta particular, ex-integrante do grupo.

Durante o período de tratamento no serviço Transcultural, o terapeuta pós-triagem (actual) constatou a falta de informações básicas sobre o percurso do utente, e a consequente insuficiência de dados para o diagnóstico. Desde o início, a sua inclinação foi para a alteração do quadro diagnóstico original, considerando que os “surtos psicóticos” poderiam ter ligação com o uso de psicotrópicos. Contudo, o psiquiatra-chefe não autorizou a mudança oficial no processo clínico do utente, devido sobretudo à sua certeza de uma relação do complexo sintomático e psicopatológico com o contexto de origem, por muito restritas que fossem as informações disponíveis.

Numa das reuniões abertas foram discutidas as CBS (Síndromes Culturalmente Determinadas/*cultural-bound syndromes*). O segundo psiquiatra-chefe referiu a inovação introduzida por estes estudos na psiquiatria, fazendo-a passar a averiguar se os seus utentes europeus teriam estsdo grandes períodos fora do continente, onde pudessem ter adoptado modelos de vida que não encaixariam de volta na sociedade europeia. Esta perspectiva demonstra uma aceitação acrítica da categoria CBS como proposta pelo *DSM-IV*, sem no entanto reflectir sobre o seu significado. Ao ser contestado por um antropólogo presente, que questionava a existência de categorias em si “culture-free” (procurando estabelecer o papel da interpretação da cultura na psiquiatria), interveio o psiquiatra-chefe:

“A cultura é o elemento patoplástico da desordem mental. Estes estudos são científicos e, se a ciência ainda não deu grandes informações com relação à biologia no que diz respeito aos neurotransmissores e genes, trata-se de uma questão de tempo. As CBS é um assunto controverso, ligado à história da psiquiatria, dado que tudo está ligado à cultura (...) 1,5% a 3% da população mundial possuem esquizofrenia, ou seja, todos têm muitas doenças pelo mundo, mas a cultura fá-los pronunciar-se de forma diferente (...) as CBS não existem, existem desordens, que são descobertas por estruturas avançadas da ciência sobre o conhecimento do Homem.”

Todas as tentativas de introduzir a dimensão cultural e desconstrutivista na psiquiatria receberam como resposta o argumento sobre o potencial da ciência para explicar plenamente o funcionamento do corpo/mente, ainda que hipoteticamente. Em geral, o grupo considerava “os estudos epidemiológicos suficientes para elucidar todas as questões” “da cultura”, e legítima a sua introdução e categorização no *DSM-IV* e nos manuais internacionais de psiquiatria.

De facto, a cultura está presente no DSM como factor importante na expressão do “sofrimento” e da “doença”, mas é ainda ignorado o seu papel na origem das doenças e sintomas, e da própria ideologia e factores políticos que os acompanham. Se a dimensão cultural fosse devidamente valorizada não constaria apenas de um apêndice no final do DSM.

E o próprio DSM seria considerado como produto de um contexto sociocultural, económico e histórico específico.

Muito aquém de uma discussão teórica, o grupo Transcultural parecia situar no discurso sobre a “sensibilidade cultural” a legitimação do seu próprio projecto, sem a finalidade efectiva de desenvolver a qualidade terapêutica e as trocas de experiência necessárias a novas leituras dos quadros clínicos dos seus utentes. O modelo diagnóstico biomédico era palco de contradições, geralmente evidenciadas por afirmações opostas tecidas por um mesmo técnico numa única apresentação teórica, onde opiniões acerca de um dado quadro clínico (relacionado com dimensões culturais) poderiam seguir caminhos diametralmente opostos. Logo após a expressão do seu posicionamento sobre as CBS, o psiquiatra-chefe foi questionado sobre a imagem clínica dos portugueses em França, onde os médicos costumavam focalizar a triagem psiquiátrica no abuso sexual, que acreditavam ser prática corrente em Portugal, e o factor que mais levaria os portugueses às clínicas psiquiátricas francesas. O psiquiatra-chefe classificou essa postura como racista pelo seu recurso clínico a um estereótipo, que seria segundo ele evitado ao seguir como modelo o seu próprio método de triagem: “Eu não incluo as pessoas em quadros diagnósticos, eles apenas ajudam a perceber as pessoas!”. Se por um lado o “caso português” em França denota o uso estereotípico da cultura como base de uma patologização arbitrária, as formulações teóricas e diagnósticas da Transcultural não se furtavam a estabelecer a mesma relação de poder (evidente ao longo do trabalho de campo): os portugueses apareciam para a clínica francesa tal como os guineenses e latino-americanos (entre outros) para a portuguesa.

O estatuto atribuído aos utentes, principalmente psicopatológico, encontrava-se associado à sua nacionalidade, género e pertença de grupo. Acompanhando as estatísticas de estudos internacionais e as sugestões do DSM, o tratamento a utentes provenientes de países industrializados era reduzido, assim como o número de consultantes do género masculino. Este facto não é acidental, e evidencia a relação entre a criação da doença e as ideologias que lhe estão subjacentes. Os utentes europeus recebiam uma abordagem suave em comparação com os indivíduos de países pobres ou subdesenvolvidos: eram

geralmente enviados para casa com um diagnóstico de depressão e uma prescrição medicamentosa mais leve, ainda que apresentassem os mesmos sintomas dos outros utentes. Eram aparentemente criados dois grupos fundamentais distintos: o “clube dos legítimos” e o dos “ilegítimos”, do racional e do irracional, dos que pertencem à facção detentora do saber médico ocidental e dos que podem apenas esperar passivamente a intervenção terapêutica – respectivamente, dos europeus, indivíduos do hemisfério Norte e Ocidente, por um lado, e dos imigrantes do hemisfério Sul e Oriente, por outro (Peirce, Earls e Kleinman, 1999).

91 O transtorno esquizofreniforme possui as mesmas características da Esquizofrenia (com poucas variações), com diferença na duração dos sintomas, que se prolongam por mais de uma semana, porém sem ultrapassar os seis meses contínuos. Após este período, os utentes são diagnosticados definitivamente com esquizofrenia, o que denota a suposição da universalidade das estruturas psicológicas pela psiquiatria, presente na racionalização dos detalhes diagnósticos. A “manualização” das psicopatologias define limites muito subtis entre as patologias, sintomatologias e categorias a ler nos indivíduos. A catatonia, por exemplo, é um tipo de esquizofrenia cuja especificidade está em períodos acentuados de passividade e extrema agitação do indivíduo. De forma geral, os transtornos aqui citados incorporam disfunções sociais e interpessoais comuns, segundo os psiquiatras entrevistados, nomeadamente um “défice de racionalidade e interpretação coerente do mundo”. Para mais informações sobre os limites de cada psicopatologia, ver o *DSM-IV* (2007).

Uma grande parte dos psiquiatras e psicólogos entrevistados apontou uma maior prevalência da depressão e de diferentes tipos de esquizofrenia em indivíduos do “Leste” (europeu), “África” e “América do Sul”, seguindo as indicações dos estudos epidemiológicos internacionais. A identidade destes indivíduos era percebida e organizada em amplos blocos geográficos, sem qualquer especificação regional da sua origem. Após diferenciação segundo este critério, os utentes eram abordados de forma homogênea, desprezando a variabilidade cultural dentro dos seus próprios territórios. Todos os utentes guineenses, angolanos e sul-africanos, por exemplo, eram simplesmente resumidos aos “africanos”, sem outras considerações acerca de aspectos étnicos, identitários, culturais, linguísticos, políticos ou económicos.

De acordo com entrevistas aplicadas aos profissionais de posição mais elevada no grupo, os africanos e pessoas do Leste europeu compartilhavam os índices patológicos mais elevados, sendo os primeiros preponderantes no que se refere à esquizofrenia e transtornos esquizofreniformes, e os segundos os portadores mais significativos da esquizofrenia catatónica⁹¹. Mas no final, o denominador comum a estes grupos e suas predisposições psicopatológicas era uma diminuição semelhante da sua capacidade

de interação social, já evidenciada nos “sistemas de crenças e religiões que possuem, com uma visão mágica da realidade, fruto do credo em forças externas a si próprios que possam conduzir as suas vidas; que no entanto, estão a desaparecer pelo uso crescente de neuro-lépticos”, citando um dos técnicos de saúde do grupo. Esta abordagem não considera as críticas teóricas e resultados clínicos apontados por antropólogos e psicólogos, mas apenas os estudos científicos dos grandes laboratórios farmacológicos, marcados por pressupostos médicos sobre os estados mentais e capacidades cognitivas dos utentes.

As contradições internas no posicionamento do grupo não lhe permitiam estabelecer um *modus operandi* comum, caracterizado pela “sensibilidade cultural”, que o diferenciasse do serviço de psiquiatria geral do hospital. De facto, as fichas de triagem de ambos os serviços eram semelhantes, com apenas algumas diferenças vagas, e as perguntas de âmbito cultural ficavam frequentemente sem resposta nos processos clínicos dos utentes. Dos 92 processos analisados, apenas um indicava oficialmente a presença de um mediador cultural para auxílio e aconselhamento do psiquiatra no diagnóstico, e tão-pouco estava registado o uso oficial de mediadores linguísticos, para proporcionar aos utentes uma expressão mais fácil e rica na língua materna, e lhes permitir explorar as descrições emocionais acerca dos seus problemas e percursos pessoais. As estruturas semânticas não eram assim consideradas, apesar da sua importância ser reconhecida como uma regra básica na intervenção terapêutica (Kleinman, 1988).

O género e proveniência geográfica do universo de utentes eram registados, seguindo as orientações metodológicas defendidas pelos manuais internacionais de psiquiatria e pelo discurso geral do serviço. Cerca de 60,5% eram do género feminino, face a 39,5% do género masculino. Apesar das restrições de acesso aos diagnósticos dos utentes, as entrevistas com psiquiatras e psicólogos permitem projectar que (somente) cerca de 11% dos indivíduos não eram medicalizados (não sofriam qualquer intervenção médica controlada). Se forem aqui contemplados os abandonos do tratamento (aproximadamente 6%) e os indivíduos que continuaram a psicoterapia após o processo de triagem, o número de utentes não medicalizados cai para apenas 4,5%. Estes dados contrariam as expectativas em relação ao projecto transcultural, cuja tónica na “cultura” deveria implicar práticas mais

correntes de desconstrução e contextualização da doença e do utente – o que idealmente conduziria a índices estatísticos precisamente opostos.

Muitos dos profissionais, quando questionados a respeito do rácio entre os géneros dos utentes, sugeriram ser “normal” a maior medicação/medicalização das mulheres. Esta desproporção poderá relacionar-se com a depreciação do género feminino na mediação clínica e no encontro terapêutico, que se traduz numa complexa topografia clínica, a saber:

1. a prevalência de mulheres nos índices estatísticos, principalmente de origem africana;
2. a frequência de diagnósticos estigmatizantes, que denotam um grau severo de distúrbio nas utentes (como esquizofrenia); e
3. a sua forte medicalização, através de prescrições farmacológicas pesadas, muitas vezes de *cocktails* com mistura de diferentes drogas (segundo dois profissionais entrevistados).

Aquele rácio dever-se-á igualmente à associação (dependente dos contextos de proveniência) entre as mulheres e o sobrenatural. Como apontam muitos trabalhos antropológicos, o género socialmente desfavorecido – isto é, excluído do espaço público e do poder – encontra muitas vezes o seu domínio de expressão, resistência e agência (“agency”) em práticas aparentemente marginais, como sejam a “feitiçaria”, a “possessão”, a comunicação mediúcnica com os mortos, o transe divinatório, etc. (Lewis, 1989; Seligman, 2005; Beneduce, 2002). Elementos muito frequentes na experiência quotidiana e relatos das mulheres provenientes, por exemplo, do hemisfério Sul eram facilmente interpretados em contexto clínico enquanto sintomas de graves desordens mentais⁹². Na prática do serviço

Transcultural, esta “incidência patológica por género” era particularmente visível nas utentes de origem “africana” (para usar o termo de referência dos próprios médicos), que representavam 15,5% do total de utentes (a par com a percentagem das utentes da Europa de Leste), face a 7,5% de europeias (ocidentais). A maior assimetria, neste sentido, ocorria com as latino-americanas, com um rácio de 12% para 4,5% entre mulheres e homens (respectivamente). No global, o conjunto das utentes originárias do continente africano, da América latina e do Leste europeu repre-

92 Em geral, devido a uma interpretação inadequada de estruturas religiosas e sistemas de crenças, teoricamente apoiada em trabalhos psiquiátricos clínicos como o DSM. Casos similares podem ser encontrados no México (com expressão significativa), como por exemplo *Santería* (ver: Santiago-Irizarry, 2001). Para um exemplo concreto da Transcultural, ver o caso de Velha-sane, presente neste relatório.

sentava 43% do total de utentes do serviço, face a 26,5% de homens com igual proveniência, e contra uma fatia de apenas 7,5% de mulheres europeias ocidentais (ver tabela 1). Esta última desproporção pareceria lógica dado o direccionamento do serviço para utentes imigrantes, porém uma leitura mais aprofundada evidencia o pressuposto de um fundamento geográfico das propensões patológicas como base da mediação clínica⁹³.

Tabela 1 – Incidência Patológica por Género⁹⁴

| Proveniência | Feminino | Total (F) | Masculino | Total (M) | % | Total |
|------------------|----------|-----------|-----------|-----------|---------|-------|
| África | 15,38% | 14 | 13,19% | 12 | 28,57% | 26 |
| América Latina | 12,09% | 11 | 4,40% | 4 | 16,48% | 15 |
| Europa de Leste | 15,38% | 14 | 8,79% | 8 | 24,18% | 22 |
| Europa ocidental | 7,69% | 7 | 4,40% | 4 | 12,09% | 11 |
| Ásia | 4,40% | 4 | 5,49% | 5 | 9,89% | 9 |
| Outros | 5,49% | 5 | 3,30% | 3 | 8,79% | 8 |
| Totais | 60,44% | 55 | 39,56% | 36 | 100,00% | 91 |

Muitas vezes em entrevistas com técnicos de saúde os factores genéticos foram referidos como a promissora futura abordagem da medicina para explicação dos distúrbios psíquicos. A estratégia farmacológica de controlo das “desordens” mentais, uma resposta paliativa à percebida “disfunção bioquímica” cerebral, é crescentemente utilizada nos projectos clínicos transculturais, que recorrem a análises das ciências sociais para a classificação estereotipada dos indivíduos, cruzando determinadas teorias e pressupostos com os resultados de estudos epidemiológicos. Apesar de a correlação entre distúrbios e factores genéticos permanecer não provada, a *Monoamine Hypothesis*⁹⁵ dá apoio à imagem de “progresso científico” dos métodos de tratamento, enquanto são omitidos os valores sociopolíticos incorporados no modelo biomédico – resultando numa diferenciação entre grupos segundo o critério da (dis)função orgânica.

93 Os estudos efectuados por Fernando (2005) em clínicas de acompanhamento psiquiátrico a imigrantes das Caraíbas (também de segunda e terceira geração) em Londres, sobre as diferenças na severidade do diagnóstico (e sua propensão) entre ingleses e os referidos imigrantes, apontam dispositivos similares aos encontrados ao longo do trabalho de campo na Transcultural. Para mais informação no âmbito do racismo institucional e da classificação de grupos e comportamentos por género, ver: Fernando, 1988, 1998; Littlewood e Lipsedge, 1982; Bracken e Thomas, 1999; Shim, 2000; Banks e Kohn-wood, 2007; Griffiths, 1977; Santiago-Irizarry, 2001; Kirmayer e Young, 1999.

94 Os números reais dos utentes da Transcultural foram mantidos sem arredondamentos; o campo “outros” refere-se aos utentes com nacionalidade desconhecida – por falta de documentação e de acesso a informação – contemplando também o número (insignificante) de imigrantes com dupla nacionalidade (provenientes de países da América Latina e de África, e com cidadania europeia). Os números representam as actividades oficiais da Transcultural entre 2004 e 2007 (período escolhido para análise), incluindo alguns novos pacientes do início de 2008, com os quais foi também possível o contacto no âmbito desta pesquisa.

95 A *Monoamine Hypothesis*, como é conhecida na comunidade científica, modificou as perspectivas no

A valorização das capacidades cognitivas e do seu reflexo na produtividade social (trabalho e relações interpessoais) – idealmente exemplificados nos indivíduos do “hemisfério Nor-

te” – cria um ambiente especialmente favorável ao controlo populacional dos imigrantes do “Sul”, “uma vez que estes possuem maior prevalência de distúrbios psicopatológicos, disfunções bioquímicas e problemáticas culturais”. Por outras palavras, ambas as componentes bioquímica e genética enquanto factores do distúrbio mental (comummente referidas em estudos actuais, apesar de não cientificamente comprovadas) implicam processos de hierarquização e diferenciação humanas que estão presentes no discurso médico, servindo finalidades políticas ao propiciarem estratégias de controlo (por razões socioeconómicas) de populações e movimentos migratórios, sobretudo para a Europa e os EUA. Isabelle Stengers usa o termo “princípio de irredução” para criticar a presença desses elementos no discurso médico, e as pretensões biomédicas de saber e julgar, “de desvendar [generalizações] (...) acima das diferenças que dizem respeito somente às vivências de seus actores” – que justificam as relações de poder médico/utente, e produzem repercussões políticas através da via institucional (Stengers, 2002: 76; ver também Paris, 1994; Kirmayer, 2006; Pupavac, 2004).

tratamento psicoterapêutico, marcando o início do investimento em massa das indústrias farmacêuticas e do Estado na descoberta de novos medicamentos e categorias psicopatológicas. Desde então, nenhuma outra hipótese relevante na compreensão das causas da doença mental rompeu com o paradigma orgânico, o que dá fundamento à contestação da antropologia médica crítica e da etnopsiquiatria. Não existem exames que possam comprovar a hipótese do *chemical imbalance* alegadamente na base das desordens mentais, principalmente porque a identificação de um desequilíbrio nas funções dos neurotransmissores requeria o prévio estabelecimento de um padrão para medição da funcionalidade. O problema reside justamente na inexistência desta medida, que não pode ser cientificamente aferida. A *Monoamine Hypothesis* é insuficiente para explicar a desordem mental, simplificando-a numa estrutura que parte do comportamento do indivíduo para a disfunção bioquímica do corpo, sugerindo a universalidade das estruturas psicológicas e biopsicológicas dos indivíduos, e descartando por completo as componentes sociais, culturais, políticas, históricas, económicas e ideológicas que integram a medicina e a sua eficácia terapêutica. Este modelo torna a doença mental uma entidade natural, sem considerar que as suas premissas, baseadas em suposições não testáveis cientificamente, constituem um alvo fácil de contestação.

CAPÍTULO 5.

“WELCOME TO EUROPE”

O cunho darwinista/evolucionista era uma constante subtil no quotidiano do serviço, interpretado sobretudo em termos de um progresso da racionalidade, ou frequentemente de uma evolução cognitiva e genética (de acordo com um dos técnicos de saúde entrevistados)⁹⁶. Valores e imagens de produtividade, relações sociais e interpessoais idealizadas e capacidade de expressão “racional” das emoções e pensamento eram constituintes da perspectiva psiquiátrica da unidade Transcultural, que mantinha uma visão da componente cultural como mero factor de variabilidade na expressão do “sofrimento” dos utentes e nas motivações que ali os conduziam, sem deixar contudo de defender a certeza da doença mental. A atitude do grupo reflectia (quase) consensualmente a indisponibilidade para uma reflexão crítica e epistemológica sobre as referências ideais, morais e políticas que influenciam e compõem o modelo biomédico, e as suas consequências no seio da instituição psiquiátrica. Com efeito, este cenário evidenciava a forma como os valores presentes nas descrições das “desordens” clínicas dos imigrantes – construídas e objectivadas no discurso médico como propensão natural para a doença, legitimadora da intervenção médica (Tileagã, 2006) – podem ser transportados para a esfera social e interpessoal, onde a “disfunção” se torna representante de um desequilíbrio sociopolítico do utente.

Se é verdade que o serviço Transcultural foi articulado enquanto projecto simultaneamente comprometido com a imigração e a psiquiatria, a arbitrariedade e a contradição das suas práticas na intervenção clínica sobre os utentes e o seu modo de vida, embora encober-tas, eram sistemáticas. De facto, os técnicos de saúde possuíam uma responsabilidade (mesmo que apenas teórica) na integração da população imigrante na sociedade de acolhimento. Porém, a linguagem psicológica institucional parecia incorporar uma vertente moral e pedagógica, que transformava o encontro clínico num projecto de “formatação” do paciente e suas formas de pensar segundo valores pretensamente universais e um desejado ideal de racionalidade. A título de exemplo, os sistemas de crenças apontados como propiciadores

96 Ver a entrevista com um dos psicólogos do grupo, mais adiante neste relatório.

da esquizofrenia em africanos não fomentavam discussões acerca da cultura, mas antes contra-exemplos de casos clínicos europeus discutidos nos termos da nosologia ocidental, minando a suposta “sensibilidade cultural” com correlações entre cultura e deficiência/ /disfunção orgânica. Os técnicos de saúde transmitiam subliminarmente a ideia de uma “disfunção da cultura”, uma vez que esta (percebida como elemento patoplástico) era a via pela qual a doença se expressava em ambiente clínico. Com efeito, se as referências “culturais” dos utentes não divergissem daquelas que fundamentam as noções de “saúdável” (e “racional”) no modelo euro-americano, provavelmente as suas sintomatologias não seriam interpretadas à luz de diagnósticos graves, e muitas das aflições expressas não seriam sequer consideradas patologias. Deste modo, a cultura constituía um elemento sobretudo retórico no diálogo terapêutico, reduzida às categorias psiquiátricas da patologia, e convertida numa entidade a perceber, isolar e classificar: o objectivo principal tornou-se o de “corrigir e curar a cultura”. Não eram raros os exemplos de imigrantes de “segunda geração” (filhos de guineenses e cabo-verdianos) convencidos a abandonar terapias

“convencionais” (muitas vezes mais eficazes que a farmacológica segundos seus próprios relatos) e a utilizar antes a nosologia psiquiátrica na explicação dos seus casos a terceiros; e ainda menos raros eram os relatos de encorajamento ao abandono das “suas crenças”, encaradas como as causas das desordens. Estes exemplos sugerem a substituição do termo “integração” pelo de “assimilação” enquanto objectivo central dos discursos e práticas dirigidos aos utentes.

97 Gordon dá o exemplo do controlo político iniciado em 1905 em Inglaterra, onde as práticas e os exames médicos, sobretudo em navios que transportavam imigrantes, possuíam o objectivo adicional de encontrar (ou “fabricar”) algum tripulante enfermo, para assim recusar toda a tripulação; os alvos principais eram russos e europeus de Leste (pela influência anti-semita), e irlandeses (uma vez que dominava em Inglaterra a concepção popular de estes “serem ladrões e pessoas intelectualmente lentas (...)”). Santiago-Irizarry descreve por outro lado os programas psiquiátricos para “latinos” (na sua maior parte mexicanos) como forma de controlo dos seus percursos migratórios nos EUA, com a produção de estigma social e assimilação cultural pelas técnicas modernas da psiquiatria.

O processo terapêutico poderá servir uma estratégia de intervenção mais alargada. Exames e metodologias clínicas são historicamente reconhecidos como mecanismos de controlo dos fluxos migratórios, operacionalizados e legitimados pela crença na objectividade científica (Gordon, 1983; Santiago-Irizarry, 2001)⁹⁷. E o prognóstico parece tornar-se favorável quando ocorre no utente a transformação no sentido de uma maior proximidade/semelhança ao que é socialmente valoriza-

do no local de acolhimento. Vacchiano e Taliani (2006) designam este processo de *mito dell'assimilazione riuscita* (mito da assimilação conseguida), descrevendo esta transformação como o exercício de violência sobre o “outro”, recusando-o para impedir o seu estatuto de paridade no local de recepção.

O processo terapêutico poderá servir uma estratégia de intervenção mais alargada. Exames e metodologias clínicas são historicamente reconhecidos como mecanismos de controlo dos fluxos migratórios, operacionalizados e legitimados pela crença na objectividade científica (Gordon, 1983; Santiago-Irizarry, 2001). Por outro lado, sendo a resistência um sinónimo do fracasso terapêutico, o profissional de saúde tenderá naturalmente a descartar o seu teor e implicações políticas e a reduzi-la a algo manifestamente patológico – confusa e arbitrariamente fundamentado na identidade dos utentes e na linguagem nosológica institucional. Said (1990) descreve a assimilação como a contraposição do “moderno” ao “arcaico”, o estabelecimento de hierarquias entre o “nós” e os “outros”, uma extensão política do colonialismo, o percurso de conversão do “outro” em alguém como “eu”, um processo de “civilização” do “anacrónico”, do “atrasado”, do “não desenvolvido”. As políticas actuais de imigração e saúde mental na Europa e nos EUA – nomeadamente as encontradas na Transcultural – seguem esta mesma postura, abordando a interpretação cultural, a experiência do corpo, da doença e do mundo como algo a formatar de acordo com as noções hegemónicas ocidentais. A dicotomia Nós/Outros é acompanhada de uma hierarquização social – estreitamente ligada à construção da noção de “desvio” enquanto falta/limitação percebida nas estruturas psicológicas do “outro”, a corrigir pelo processo da sua transformação num como “nós”.

Sob esta perspectiva, qualquer comportamento do utente poderia servir de confirmação ao suposto quadro clínico. O silêncio como expressão de resistência obstinada⁹⁸ emergiu no contexto de muitos diagnósticos a utentes “africanos” durante a pesquisa. Também nas entrevistas aos utentes me deparei com esta forma de resistência, provavelmente por ter sido estabelecida uma associação inicial entre o pesquisador no campo e a imagem do médico na relação terapêutica – homem branco a fazer perguntas sobre assuntos alheios ao tratamento clínico – e para própria

98 Said, 1990.

protecção dos utentes, que percebiam como as suas “crenças”, “feitiçarias” e expressões culturais podiam ser articuladas contra si mesmos⁹⁹.

1. UMA ENTREVISTA MARCANTE: DE UMA VISÃO ÀS SUAS RESSONÂNCIAS

Diagnosis is the foundation of any medical practice, and the twentieth century has seen a revolution in medicine's ability to identify – and treat – the illnesses that plague humanity.

DSM-IV, 4.ª edição, página de apresentação

99 Ver o caso de Velha-sane (adiante neste trabalho) onde é relatada a conquista progressiva de confiança ao longo das entrevistas de reconstrução do seu percurso pessoal. Um elemento que possibilitou a empatia e a desvinculação entre a minha presença e a imagem “interventiva hospitalar” foi a minha apresentação como brasileiro, o que permitiu converter a nossa relação na de dois imigrantes, ambos com formas diferenciadas (sotaques) de falar português, e com religiões populares mais próximas entre si do que do contexto português (entre outros factores). Ou seja, dois indivíduos que apesar das suas posições opostas (investigador/informante) estavam sujeitos a formas similares de estigma social ou dificuldades gerais de inserção. Neste sentido, após pouco tempo de relação com Velha-sane (e em geral, com os outros utentes), o levantamento de informações tornou-se cada vez mais fácil e dinâmico, contrariamente ao que se verificou, na maioria dos casos que tive conhecimento, na relação entre médicos e utentes.

100 Esta entrevista foi realizada no seu consultório particular, a fim de

A fim de transmitir os ideais clínicos do grupo Transcultural e evidenciar as premissas e contradições presentes no plano de trabalho, transcrevo parcialmente uma entrevista com um dos psicólogos do grupo, cuja importância e influência sobre os outros integrantes entendo como determinantes no condicionamento das estratégias gerais de atendimento dos utentes no serviço¹⁰⁰:

- Há quantos anos trabalha na área da saúde mental?
 - *Quinze.*
- Qual a motivação da existência deste trabalho?
 - *Colocar em prática a experiência adquirida pelo nosso “psiquiatra-chefe” no exterior... Trazer a transculturalidade para a psiquiatria portuguesa.*
- Quantas pessoas compõem o grupo actualmente?
 - *Pode variar um pouco, mas basicamente somos: três psicólogos, três psiquiatras, um enfermeiro e um antropólogo, com pessoas que contribuem durante um tempo e acabam por sair, enquanto outras entram.*
- Como e no que é que a “transculturalidade” mudou o trabalho dos técnicos?
 - *Principalmente sobre a interpretação da doença. Nós não podemos olhar para um doente e chamar-lhe “esquizofrénico”, pois esta é uma*

forma europeia de chamar a doença, que nem sequer existe com este nome na origem do paciente. Não podemos vê-lo [o doente] com olhar crítico, mas observar os seus “medos” pela sua visão mística.

- Qual o critério utilizado para criar um grupo transcultural?
- *A escolha de pessoas com experiências transculturais práticas na clínica e no percurso pessoal.*

- Em geral, qual a proveniência nacional das pessoas que passam pela triagem?
- *Russos, romenos, ucranianos, africanos, brasileiros.*

- Porque se chama o serviço “transcultural”?
- *Porque é além da cultura! A cultura está no cidadão nacional e no estrangeiro. Temos a cultura e as “subculturas”. A “subcultura” é o que está delimitado, está nas vilas e nas aldeias, com morais diferentes, modos de valorizar e de colocar o sujeito socialmente... as crenças são diferentes... a cultura está nas cidades... Basta o exemplo dos retornados, onde os que partiram para as antigas colónias possuíam a mente mais aberta do que os que ficaram, com outras influências na vida, menos focalizados no fado e na tragédia... esta relação está em proporção, dos que ficaram e partiram, entre as cidades e o campo, e entre o nacional e o estrangeiro... Por isso, por estes estímulos, os cidadãos nacionais nascidos, ou com permanência no exterior, são colocados na Transcultural como estrangeiros... porque, quando voltam, os choques entre o que vem de fora e o que está dentro é muito forte, e não o podem suportar.*

- De que maneira a especificidade da etnicidade do paciente diferencia a forma de abordagem ao seu tratamento? Pode dar um exemplo?
- *Primeiro, temos uma abordagem humanista; segundo, e o que mais conta, é a nossa capacidade de nos isolarmos da nossa cultura, enquanto tentamos compreender a cultura do outro... descobrir qual é o seu problema e a sua doença.*

reconstruir o seu percurso teórico e abordagem terapêutica aos imigrantes. O uso e a transcrição foram autorizados pelo mesmo. O objectivo foi a recolha de informações sobre o ponto de vista dos técnicos de saúde acerca dos utentes, o estabelecimento das premissas conceptuais da clínica Transcultural, bem como a elucidação sobre o tipo de ambiente e ideias que enquadravam o encontro clínico transcultural. O conteúdo desta entrevista não será trabalhado, sobretudo por representar uma opinião profissional individual, e não geral do grupo estudado, por mais que fosse levantada por um dos profissionais mais influentes no funcionamento da Transcultural, como ele mesmo relatou. A forma como a entrevista é exposta permite deixar liberdade ao leitor quanto à contextualização destas opiniões face à exposição teórica presente noutras secções deste trabalho.

Gostaria de salientar a correcção da actividade profissional do entrevistado, originalmente referido na minha dissertação de mestrado como “psiquiatra”, por lapso. Como a minha maior preocupação foi a protecção da identidade do meu informante, não considerei na altura que a formação profissional implica uma série de paradigmas e perspectivas específicas na prática terapêutica.

Outra questão importante que se revela neste ponto é a utilização da palavra *paciente* por grande parte dos profissionais por mim entrevistados – contrariando o uso corrente de *doente* e *utente* em Portugal. Atribuo este uso ao facto de tais profissionais terem conhecimento da minha nacionalidade, sendo *paciente* o termo corrente no Brasil.

- Com que grupos “étnicos” a relação terapêutica se tornou mais problemática, segundo a sua experiência? E qual a patologia de maior dificuldade no tratamento?
 - *Guiné-Bissau, pelos comportamentos rígidos dos muçulmanos. A patologia é a esquizofrenia, que por acaso é a doença que estes mais possuem em comparação com os outros pacientes.*

- Quais são os elementos tradicionais e as “crenças” ou “superstições” que encontraram mais frequentemente nos relatos dos pacientes? E quais as patologias mais frequentes para cada crença exemplificada?
 - *Pessoas do “Leste”... o “Leste” é um continente que engloba a Europa uma vez e meia... a África também... apesar de ser um continente, é muito pouco evoluída em termos de cultura e evolução... o “Leste” é mais rico neste sentido; Porém, ambos possuem coisas em comum, como os sistemas de crenças. As pessoas do “Leste” acreditam em forças externas, como a bruxaria, inveja, energias negativas, que podem exercer controlo sobre suas vidas e seus destinos. É um carácter comum na forma médica de ver estas pessoas. Na África, por exemplo, estes factores externos podem ser vistos pela deusa da “Many Quá”¹⁰¹, que é uma figura que controla a vida dos indivíduos. ... De ambas as origens, em geral, são diagnosticados com depressão e esquizofrenia, respectivamente.*

- Qual a especificidade que torna o serviço prestado aos doentes “culturalmente competente/sensível”?/Pode indicar a diferença na triagem entre um “Mandinga” da Guiné e um brasileiro?
 - *A informação actualizada e a experiência dos membros do grupo. Na terapia... é a aceitação, olhar activo e incondicional...*
 - *O método é o mesmo, e não faz diferença quanto às nacionalidades... ambas são tratados com o mesmo percurso. Transportamos a cultura e assim, desta forma, descobrimos a doença.*

- Qual foi a identidade nacional da maior parte dos pacientes que tratou?
 - *América do Sul, Guiné-Bissau, Brasil.*

- O que entende particularmente pelo conceito de cultura e etnia?
 - *Cultura é o que cria a identidade no indivíduo, ligada à nação; etnia é o que se chamava antigamente de raça, o que define o grupo, as crenças, a cor...*

- Qual a importância da pertença “cultural” ou étnica na avaliação?
 - *Básica!*

101 Querendo referir-se à *Mamy-Wata*.

- Na parte de acompanhamento da Transcultural, quais os casos onde a participação de antropólogos, em teoria, modificou o percurso de diagnóstico?
- *Uma vez tivemos a ajuda de um antropólogo. Foi um caso de esquizofrenia de um guineense. O diagnóstico continuou, mas foi muito importante para nós a sua intervenção, pois tivemos uma justificação do seu comportamento. Este paciente não era somente esquizofrénico, mas o sistema de crenças... e a sua mãe também estava doente, com os seus comportamentos a influenciar o filho... Se de facto a pessoa é perturbada, não posso fazer uma distinção entre cultura e doença.*
- Qual o percurso dos membros da equipa para oferecer um serviço transcultural?
- *Temos experiência, formação em diversas áreas e falamos muitas línguas. Muitos de nós morámos fora [de Portugal] e viajamos muito.*
- Pode indicar-me uma (ou mais) referências bibliográficas que o ajudou especificamente no trabalho da Transcultural?
- *Marie-Rose Moro e “Bertolucci”¹⁰². Agora não me lembro, mas posso enviar-lhe por e-mail.*
- Da forma como trabalha, tente definir-me o que é “doença”:
- *Ausência de saúde; estado modificado dos processos químicos e orgânicos do corpo e da mente.*
- De acordo com a entrevista concedida até o momento, poderia falar-me sobre os dados estatísticos presentes no *DSM-IV* e suas repercussões clínicas na Transcultural? Porque há maior incidência de psicopatologias em pessoas do “Leste” e da “África”, como reporta o doutora?
- *A África é um continente a abater, fadado ao desaparecimento, basta ver a evolução do HIV... São factores culturais e de desconhecimento; estão a viver em estado de natureza. Tem a ver com factores genéticos e o cruzamento de raças... Eles cruzam as raças... que acabam por oferecer maior exposição às doenças e às desordens (esquizofrenia)... Não sabias? Se queres Pit Bulls mais agressivos, deves cruzá-los entre eles... se queres uma vaca apurada, não a podes cruzar com outras vacas... Eles cruzam-se entre eles, com as mães e os filhos... Por isso, na época de César [o imperador romano] eram todos doidos. Porque se casavam e cruzavam uns com os outros, com núcleos reduzidos. Está provado cientificamente que a baixa variabilidade genética provoca doenças mentais. Por isso pode-se dizer que há uma escala evolutiva, e isso se pronuncia no poder de racionalidade. Na base estão os africanos... Os indianos, a raça Hindu, possui alta taxa de esquizofrenia catatónica pela própria disposição das castas e dos cruzamentos. Isto é fora de minha área, é da biologia, da cultura geral (...) se queres um contra-exemplo, existem os alemães.*

102 Referindo-se a Beneduce, etnopsiquiatra italiano. O Prof. Doutor Beneduce esteve em Portugal para apresentar uma conferência no ICS (Instituto de Ciências Sociais), e teve a oportunidade de promover uma palestra na Transcultural.

CAPÍTULO 6.

O PACIENTE E A SUA MAGIA

À antropologia sempre foi atribuído um papel paradoxal. Se o discurso da Transcultural a apontava, por um lado, como saber fundamental para uma psiquiatria “bem aplicada”, alegava por outro a falta de conhecimento dos antropólogos em relação à medicina psiquiátrica e aos factores orgânicos. A empatia conseguida pelos antropólogos durante as triagens era encarada como fruto da sua “romantização” das relações de doença, e o seu conhecimento entendido como ineficaz por “desconhecer as causas das disfunções dos pacientes e o real reconhecimento das doenças por trás da cultura (...)”. De facto, o carácter vago dos conceitos presentes no plano de trabalho do grupo sugere a sua falta de preparação bem como as dificuldades em conjugar a psiquiatria com outras disciplinas necessárias à clínica transcultural e ao atendimento terapêutico a imigrantes. Os próprios psicólogos relatavam as restrições impostas sobre a sua intervenção terapêutica, com uma prevalência, pelo menos oficial, dos diagnósticos dos psiquiatras sobre as categorias psicológicas, sendo o principal argumento para esta subordinação “o desconhecimento dos funcionamentos bioquímicos do corpo, marcado pela incapacidade [dos psicólogos] de prescrever medicamentos, e estabelecer papéis hierárquicos [caracterizados pela autoridade dos psiquiatras perante todos os outros profissionais] (...)”. De qualquer modo, o foco da questão não será o estabelecimento da competência de uma área face às outras, mas antes a necessidade de unificação de conhecimentos, de introdução de pensamento crítico na psicoterapia, de renovação de perspectivas sobre o encontro médico, o indivíduo e as circunstâncias políticas relevantes à sua condição clínica.

A nosologia ocidental identifica a sintomatologia com um sofrimento que requer e justifica a intervenção, enquanto constitui o processo diagnóstico numa técnica padronizada. A redução das experiências de mal-estar a categorias hegemónicas, bem como a sobreposição de certezas teóricas às potencialidades dos modelos dos utentes, produzem um cenário de elevados índices de imigrantes nos hospitais psiquiátricos europeus (Selten *et al.*, 2001, 2007; Fernando, 1995; 1998; 2005) – sobretudo de segunda e terceira gerações, que a

“interpretação cultural” (desadequada) categoriza geralmente como portadores de esquizofrenia. Apesar das inovações culturais no DSM, a conduta médica continua a encarar a desordem mental como outra doença qualquer¹⁰³: visando o avanço médico-científico como garante da precisão e objectividade das descrições sintomáticas e associando-lhes significados e contextos reduzidos, sem averiguar causalidades alternativas e sem considerar a experiência subjectiva dos utentes (Ingleby, 2005).

A visão simplificadora sobre o utente migrante que é dominante na psicoterapia está intimamente ligada à incorporação de estereótipos e imaginários populares por parte de muitos técnicos de saúde, assim como a uma perspectiva estritamente psicopatológica dos problemas sociais. Este ponto de vista, presente também no reducionismo da linguagem clínica, acaba por sistematizar e uniformizar o complexo e multidimensional acto migratório. A já referida síndrome de Ulisses¹⁰⁴ será uma versão moderna da *Heimweh*¹⁰⁵, onde a nostalgia dos imigrantes nos países industrializados do hemisfério Norte – devida à deslocação e à continuidade de ligações emocionais à “Pátria Mãe” – ganha contornos patológicos. A definição da síndrome de Ulisses considera três tipos de experiências migratórias, com graus istintos de sofrimento e de risco de desenvolvimento da desordem:

103 Mantendo premissas sugeridas por Kraepelin (1904).

104 Achotegui, 2005.

105 Cf. nota de rodapé 19 no capítulo

1. *Heimweh*, segundo o proposto inicialmente por Johannes Höfer, médico da Universidade de Basileia (em *Dissertatio Medica de Nostalgia oder Heimweh*, de finais de 1600), designaria uma nova patologia, atribuída originalmente a soldados suíços e suas esposas enviados para o estrangeiro, e cuja sanção ocorria com o regresso a casa. In Beneduce, 1998; Pussetti, 2006; Vacchiano e Taliani, 2006.

“1 – El duelo simple – es aquel que se da en buenas condiciones: (...) cuando emigra un adulto joven que no deja atrás ni hijos pequeños, ni padres enfermos, y puede visitar a los familiares; 2 – El duelo complicado: (...) aquel en el que se emigra dejando atrás hijos pequeños y padres enfermos, pero es posible regresar, traerlos...; 3 – El duelo extremo: es tan problemático que (...) supera las capacidades de adaptación del sujeto (este sería el duelo propio del Síndrome de Ulises): cuando se emigra dejando atrás la familia, especialmente cuando quedan en el país de origen hijos pequeños y padres enfermos, pero no hay posibilidad de traerlos ni de regresar con ellos, ni de ayudarles (Achotegui, 2005: 2).”

Desta forma, as condições materiais são preponderantes na determinação do risco de padecer da doença. Achotegui defende que todos os imigrantes, assim como (por inerência) os seus filhos, estariam destinados a desenvolver, mais cedo ou mais tarde, esta síndrome. Os imigrantes ilegais, em particular, tornar-se-iam enfermos desde o início das suas “aventuras” migratórias. O “curioso detalhe” que constitui o facto de esta síndrome ter sido descoberta no período em que barcos de pequeno porte repletos de pessoas provenientes de Ceuta e Norte da África chegavam à Europa torna claras as influências do contexto político sobre a investigação psicopatológica. A síndrome de Ulisses passou então a ser utilizada como fundamento da abordagem aos imigrantes pelo sistema público de saúde em Espanha e, progressivamente, por toda a Europa.

Efectivamente, se por um lado os factores de exclusão social são indispensáveis para a análise, enquanto variáveis fundamentais para o estado de saúde mental dos imigrantes, por outro lado a perspectiva de um processo incontornável de adoecimento (nomeadamente o percurso do duelo simples ao duelo extremo) segue o perfil ideal do indivíduo economicamente activo, reflectindo os valores morais específicos da produtividade e da inserção no sistema económico. Assim, o imigrante mais saudável é aquele que não possui filhos e pais em situação de necessidade que obriguem ao envio de remessas de dinheiro para o exterior, que é jovem e saudável para o trabalho, que possui documentação regular e poder económico para regressar ao país de origem – enfim, que se encontra “integrado” e propenso a um estabelecimento pleno, com menor probabilidade de acumular poupanças destinadas a um regresso definitivo e, portanto, consumidor e pagador de impostos, sem necessidade da ajuda do Estado. A síndrome de Ulisses privilegia o indivíduo que emigra para a Europa com determinadas posses e condições, controlando, através da construção da patologia da imigração, todos os outros em situações desfavorecidas.

Premissas sobre os sentimentos dos imigrantes, o seu estatuto social e laboral e as suas relações socioeconómicas são articuladas como fundamentos universais de uma perspectiva “violenta” do acto migratório, que reduz todos os factores de motivação a questões económicas, e que traduz o imigrante como um indivíduo que sonha com o enriquecimento e o distanciamento das (estereotipadas) condições de vida dos países do Sul.

Este imaginário está presente na clínica, dificultando a interpretação das reais necessidades dos utentes: não por acaso, as estatísticas de âmbito social apontam para o papel do imigrante como força motriz da economia europeia, facultando mão-de-obra para as fábricas, a construção civil e outras funções que os europeus não desejam desempenhar, sujeitos a salários precários, pagando impostos e consumindo bens. O acto de emigrar não é sempre uma escolha do sujeito (ou um projecto individual), mas antes um processo complexo que combina os elementos de liberdade e coerção da deslocação. A título de exemplo, cerca de 35,5 milhões de pessoas¹⁰⁶ foram contabilizadas na categoria de deslocação forçada dos seus lares (e países) por motivos de violência organizada.

A afirmação institucional do estigma social pode potenciar retóricas de criminalização dos imigrantes – em discursos que misturam imaginários de senso comum com lógicas clínico-científicas, sob categorias médicas que fazem corresponder quadros sintomáticos a experiências subjectivas (Luhmann, 2006) – que resultarão na diminuição da equidade social e económica, bem como da margem de afirmação e acção política dos indivíduos. A clínica assume, então, práticas de controlo e inculcamento de estruturas e valores sociais no indivíduo – assim subordinado e objectivado – e a sua legitimidade serve a produção de racismo e exclusão institucionalizados.

Não há relatos sobre o uso da síndrome de Ulisses para a classificação de imigrantes em Portugal, apesar de alguns técnicos da Transcultural terem referido a sua pesquisa sobre a categoria para posterior aplicação clínica, encarada como “uma boa solução para sistematizar e facilitar o trabalho terapêutico sobre a condição dos imigrantes (...)”. A este respeito, falava-se das consequências da imigração para a identidade e auto-reconhecimento dos utentes, dos quais uma grande maioria apresentava “deslocações do *self*” devidas a nostalgia e obstáculos no retorno ao seu local de origem, e a dificuldades de adaptação ao local de acolhimento: tal estado seria clinicamente caracterizado pela “(...) incapacidade de se posicionarem diante de problemas da própria vida e tomarem decisões que os resolvessem”, uma disfunção directamente ligada à esquizofrenia. Este cenário de dupla identidade apela à reflexão sobre a perspectiva dos técnicos transculturais acerca do

106 Segundo o *World Refugee Survey*, do United States Committee for Refugees (USCR, 2004), in Ingleby, 2005.

conceito de “homem desenraizado” de Todorov (1999)¹⁰⁷, ou ao de “dupla ausência” de Sayad (1999), sobrepondo nostalgia e doença, e revelando o pressuposto de um carácter traumático da imigração.

Independentemente das causas que conduzem o imigrante à clínica, e do tipo de variáveis privilegiadas pelo diagnóstico profissional (a experiência migratória ou os elementos culturais – como sistemas de significados ou crenças), o utente deve ser contextualizado, no que diz respeito quer às suas próprias referências individuais, quer ao mais amplo cenário histórico e político que lhes está subjacente. Se é arbitrário sobrepor o indivíduo à sua identidade cultural (por esta não o reflectir fidedignamente) (Ingold, 1993), tão-pouco lhe pode ser negado o recurso válido a essa pertença na explicação das suas aflições. A afirmação de estruturas universais psicológicas baseadas em estereótipos culturais e identitários, padronizados nos manuais internacionais de psicopatologia, arrisca a negação do direito do utente à subjectividade e ao movimento dinâmico do seu auto-reconhecimento, transformando a terapia num acto político de formatação de “minorias” – através da imposição de modelos ideais de comportamento e pensamento – e, portanto, numa prática “assimilacionista”.

Vacchiano e Taliani (2006) recorrem ao paradigma de Pascal – “Se Deus existe ou não, eu não sei, portanto ele existe!” – para aludir a um modo de interpretação, na mediação clínica com os imigrantes, da experiência entre o “visível e o invisível” (racionalidade/crença) que reforça o poder da dúvida frente à certeza. Nos casos de esquizofrenia em africanos, claramente atribuídos na Transcultural (e em geral) à influência de sistemas religiosos e “magias” (Noll, 1983), a dúvida proporcionaria um modelo terapêutico mais flexível do que a certeza das categorias nosológicas, obrigando a psiquiatria a aceitar a validade das explicações subjectivas dos utentes sobre si mesmos (Frank, 2006), e surtindo um subseqüente efeito positivo nos tratamentos. Uma estratégia que reconheça a condição de desfavorecimento que

107 Tzvetan Todorov, criado durante a ditadura militar (entre as décadas de 1940 e 1960) na Hungria, desde cedo foi tratado e educado como “um francês” pela família, que planeava enviá-lo para França quando completasse a maioridade, para evitar que vivesse no meio da violenta ditadura húngara. Anos depois, Todorov tornava-se académico em Paris, tendo no fim da sua carreira escrito *O Homem Desenraizado*, uma descrição autobiográfica das questões da identidade ao longo do percurso migratório. A partida para França (perdendo o contacto com a família e o seu país durante 20 anos) e o posterior retorno após a queda do regime húngaro fizeram-no sentir-se um eterno húngaro em França, e um eterno francês na Hungria. Todorov acabou por se autodefinir enquanto “ambos e nenhum ao mesmo tempo”, como resolução dessa crise identitária.

enfrentam muitos imigrantes, com as suas referências culturais, face ao sistema médico-científico, será capaz de encarar o paradigma cartesiano como um modelo igualmente relativo e específico ao “sistema de crenças” de cada utente. Amplificar e complexificar a perspectiva sobre o indivíduo implica reconhecer o carácter limitativo do discurso dos técnicos de saúde, que, falando em nome da natureza, a sobrepõem à cultura, mantendo o foco essencial sobre a função/disfunção orgânica.

Torna-se necessário assumir a complexidade e ambiguidade dos indivíduos¹⁰⁸, libertar-se de visões estáticas da cultura, do corpo, da racionalidade das emoções e das experiências subjectivas; e reconhecer que a psicoterapia interpreta erroneamente problemas políticos e sociais projectando-os de forma exclusiva no indivíduo, desta forma culpabilizado e responsabilizado pela sua situação. Enquanto a mera introdução dos conceitos de etnicidade e cultura na clínica pode promover uma visão reducionista dos utentes imigrantes, uma viragem de perspectiva que privilegiasse os seus pontos de vista, sob uma mediação de facto culturalmente sensível, promoveria pelo contrário o fortalecimento da posição ocupada pelo utente na sua relação com o médico (Rechtman, 2006). Mais do que afirmar modelos, a psiquiatria vocacionada para os imigrantes deveria tornar-se consciente dos resultados contraditórios que pode produzir, sobretudo pelo seu foco clínico exclusivo nas esferas pessoais, separadas e em detrimento das esferas colectivas e políticas.

108 Ver: Lipovetsky, 2005: 19-27;
Bauman, 2004: 34-38.

CAPÍTULO 7.

VIDAS PASSADAS

Este capítulo destina-se à apresentação de três casos clínicos recolhidos e aprofundados durante o trabalho de campo, explorados na mediação clínica da Transcultural e aqui reconstituídos em histórias de vida dos utentes: Apar, Velha-sane e Kan. Os dados foram recolhidos a partir de entrevistas aprofundadas com diferentes técnicos de saúde da Transcultural e com os próprios utentes, e muitas informações advêm de pesquisa documental. Com o objectivo de promover a livre reflexão e correlação pelo leitor entre os casos clínicos concretos e a teoria já exposta, este capítulo pretende ser essencialmente descritivo, com a exposição dos percursos terapêuticos e/ou migratórios dos utentes, sem referências directas aos serviços da Transcultural. Apesar dos utentes e técnicos de saúde terem conhecimento do destino dado a estas informações, os nomes apresentados são fictícios, as datas inespecíficas, e as fontes e informantes foram mantidos em anonimato.

1. COM OS PÉS PELAS MÃOS – O CASO DE APAR

Apar é um jovem nascido e criado na África do Sul, país de imigração da sua família, possui nacionalidade portuguesa por descendência directa, fala inglês como língua materna, e português como segunda língua. Aos 14 anos de idade, com o retorno da sua família a Portugal, estabeleceu-se definitivamente neste país. Passados três anos (aos 17 anos de idade), foi entregue aos cuidados da Transcultural por intermédio de um dos membros do grupo, amigo da família. O levantamento clínico (anamnese) identificava em Apar problemas relacionais, dependência de substâncias psicotrópicas (haxixe) e de realidades virtuais (*Playstation*, Internet e computador, em geral)¹⁰⁹, além de comportamentos e medos “estranhos” (como o receio de sair de casa ou utilizar o comboio, entre outros). De acordo com o tera-

109 A implantação da “*Internet Addiction Disorder*” “IAD”, entre outras desordens, tem sido muito discutida no contexto da futura edição do *DSM-V*. Há muitos artigos que discutem igualmente a introdução de dependências relativas à Televisão e *Playstation*. Mesmo não se tratando de uma desordem claramente definida, muitos psiquiatras são aconselhados pelas empresas farmacêuticas à prescrição de antidepressivos e ansiolíticos para estas situações. Para mais informação, ver Stefania Pinnelli (2002), disponível em: <http://proceedings.informingscience.org/IS2002Proceedings/papers/Pinne088Inter.pdf>; e *Encyclopedia of Mental Disorders FLU-INV*, em: <http://www.minddisorders.com/Flu-Inv/Internet-addiction-disorder.html>

peuta que me ajudou a reconstruir o caso clínico do utente, os seus relatos sobre relações pessoais e medos sugeriam a ocorrência de delírios e desordem no pensamento.

110 Este tipo de patologia é em geral diagnosticada face à identificação de uma “distorção do pensamento”, que produz “tipicamente” num indivíduo a crença de ter a sua vida regida ou controlada por forças exteriores, ideias delirantes da ordem da extravagância, alterações da percepção, afecto “anormal”, ausência de relação emocional com as situações, e uma tendência ao isolamento. Fisiologicamente, de acordo com as estatísticas do *DSM-IV* (2007), pode notar-se um aumento do tamanho dos ventrículos cerebrais, com excessos de actividades nos neurotransmissores dopamínicos. Ainda de acordo com o manual, a prevalência desta enfermidade situa-se entre 0,3% a 3,7% da população, dependendo da zona geográfica.

111 Por exemplo, a insegurança e a assunção de posturas rígidas em relação à sexualidade.

112 O movimento gótico teve início nos finais dos anos 70, no Reino Unido, ligado aos movimentos musicais de *death rock*, *darkwave* e *gothic rock*, caracterizado por um conhecimento e por uma perspectiva particulares da filosofia, e adereços próprios como roupas negras e maquilhagem. O conteúdo das músicas explora temáticas que se relacionam geralmente com o niilismo e o hedonismo e que retratam a decadência humana. Erroneamente, os seus adeptos são frequentemente associados ao satanismo, sobretudo pelas roupas negras e pelos adereços religiosos como o crucifixo – embora estes símbolos ganhem para eles

Após a triagem, Apar foi diagnosticado com esquizofrenia paranóide¹¹⁰, tendo sido apontada como causa provável uma disfunção bioquímica que tornaria os seus actos e interacção social anómalos. Não foram prescritos medicamentos, seguindo a lei nacional sobre o emprego de psicofármacos, que desaconselha o seu uso em menores de idade, e também devido à política pessoal de não medicação defendida por um dos três avaliadores inicialmente responsáveis.

Numa das reuniões de discussão de casos clínicos da Transcultural, um dos técnicos questionou o seu diagnóstico, alegando que Apar não possuiria um problema tão grave, para além de que determinadas características “estranhas”¹¹¹ ao ambiente clínico, porém comuns num adolescente cujo corpo cresce rapidamente.

O contraste entre os dois posicionamentos clínicos (o diagnóstico e a sua contestação) foi analisado em entrevistas, tendo-se observado que um critério de peso na triagem de Apar teria sido o seu modo de vestir e falar, e determinados símbolos de identificação com a música *metal* e *gótica*¹¹². Estes emblemas foram fortemente valorizados, operando uma sobreposição (controversa) entre comportamentos influenciados por um “estilo gótico” e os seus “problemas” emocionais e relacionais.

Após um curto período de tratamento, Apar revelou ao terapeuta que o medo de viajar de comboio estaria relacionado com três assaltos sofridos algum tempo antes numa estação

ferroviária perto de sua casa, a mesma em que deveria embarcar para chegar a Lisboa. O uso de haxixe foi suspenso a pedido do terapeuta que prosseguiu o seu tratamento – o mesmo que questionara o seu “pré-diagnóstico”¹¹³ – com o intuito de observar a correlação entre o uso do haxixe e a forma como o utente exprimia os seus medos. Após a suspensão do consumo as suas descrições ficaram mais claras, sugerindo que o que fora diagnosticado como delírio seria antes um efeito secundário da droga, provavelmente devido à quantidade que vinha sendo usada. Tais efeitos manifestavam-se somente após cada reutilização de haxixe, reforçando (no seu caso) a hipótese de uma relação directa de causa/efeito. Este foi um factor importante, que acabou por afastar do seu quadro clínico a suposição de uma disfunção bioquímica inata como causa dos sintomas observados.

O caso de Apar permite questionar a excessiva valorização médica dos símbolos de auto-identificação do indivíduo, tendo a sua aparência, as dificuldades que ali o conduziram e a associação aos estilos gótico e metal sido agregadas na produção de um perfil de pessoa rude e agressivos, com modos inapropriados de “estar no espaço”, segundo os médicos. Na sua triagem, de facto, elementos como os assaltos na estação de comboio, a condução da psicoterapia em português (segunda língua, que não dominava tão bem como o inglês), assim como a sua situação recente de imigração foram silenciados. A contextualização do seu percurso foi dirigida para a identificação de comportamentos anómalos no indivíduo, descartando a sua subjectividade.

Os indicadores técnicos¹¹⁴ utilizados para a análise de Apar foram o grau de inserção social, a relação com a família (nomeadamente os pais) e amigos, e os estudos. Contudo, a linha

outro significado, sem cunho religioso. Em Portugal, embora nunca tendo adquirido grande expressão, alguns jovens aderiram a este movimento (ou pelo menos às suas formas mais manifestas, como a decoração do corpo e a música) a partir de finais da década de 1980.

113 A Transcultural adoptava um sistema semelhante ao da avaliação clínica genérica dos outros utentes do hospital, assim como dos hospitais em que efectuei anteriormente pesquisa, consistindo num “pré-diagnóstico” que orientava o tratamento – nomeadamente a adopção do método de continuidade com o utente, a modalidade de terapia (farmacológica ou não), o tipo e a quantidade de fármacos – com a sua posterior confirmação ou alteração no decorrer da terapia, e eventuais modificações no tratamento (verificava-se geralmente a preferência por outra medicação, prescrita sobretudo quando a evolução da doença não confirmava o diagnóstico prévio) e por último um diagnóstico final, que acompanhava o utente como referência clínica para eventuais retornos ou o seguimento por outro médico após a alta.

114 “Indicadores” são “guias-conceitos” a trabalhar durante a triagem e ao longo da terapia, a fim de obter um mapeamento psicopatológico do indivíduo. Estão divididos em áreas de actividades e relações humanas “essenciais” (segundo entrevistas ao grupo) ao desenvolvimento e saúde mental das pessoas. Referem-se

condutora de todo o processo médico foi a adoção de conceitos de “ideal-funcional” corporais e emocionais para cada ponto de análise/indicador, afastando necessariamente uma abordagem de psicoterapia e a dimensão de transculturalidade. A premissa e o juízo moral de “*Apar enquanto gótico*” estiveram subjacentes a toda a observação, como contra-posição a uma “imagem/modelo” do comportamento social apropriado de um jovem de 17 anos – a preocupação central de “fazer amigos”, socializar, estudar e se comportar – que constitui, em si, o alvo da contestação do movimento gótico.

Se uma primeira leitura instintiva dos sintomas aparentes e símbolos identitários de Apar em termos dos indicadores presentes nos manuais psiquiátricos tinha provocado uma leitura errónea do sofrimento expresso por ele, num segundo momento a interpretação psicológica feita através do diálogo com o utente reorganizou o seu quadro clínico, simplificando-o. Após um ano de terapia, Apar havia reduzido drasticamente o consumo de haxixe e adquirido o autocontrolo necessário para escolher usá-lo ou não. A relação com a família assumiu também outra configuração, com um prognóstico positivo. Apar encontra-se hoje em situação de alta clínica.

nomeadamente à família, às relações sociais e de trabalho, à sexualidade, ao interesse por novas actividades, entre outros. Os indicadores possuem diferentes graus de importância de acordo com a idade e a complexidade das variáveis relacionadas com o indivíduo em questão, por este meio comparadas com modelos ideais de *performance* individual e emoções (referentes a cada área), em detrimento do percurso de vida. Os resultados obtidos são por sua vez correlacionados com o quadro sintomático para estabelecimento do diagnóstico, flexibilizando os conceitos empregados até encontrar um ponto de equilíbrio adequado a cada caso.

Esta segunda abordagem clínica, com o seguimento do percurso de Apar e a contextualização dos emblemas que envergava e sua finalidade (principalmente a de contestação social), conseguiu separar o vestuário e modos de expressão de pressupostos estereotipados de “estranheza”, empregados como fundamento sintomatológico. Do mesmo modo, esta perspectiva foi capaz de correlacionar as “experiências traumáticas” e efeitos secundários dos psicotrópicos com os comportamentos alegadamente “delirantes”, extirpando o carácter patológico da palavra “medo” e substituindo assim a expressão “agressividade” (na forma de relacionamento interpessoal) por “resistência”. O termo “resistência” ganha sentido à luz do curso da história de vida do utente, ao considerar a sua experiência de mudança de país, com a consequente perda de laços de amizade, necessidade

de domínio de uma “segunda” língua e de criação de novas relações. Interpretar o seu comportamento “estranho” ou a sua identidade contestatária “gótica” como resistência significa restituir agência (*agency*) ao indivíduo, encarando o seu quadro sintomático não como indicador de uma patologia em curso, mas como um apelo ou uma mensagem em busca de ser escutada (Scheper-Hughes, N. e Lock, M., 1991).

A constatação de uma auto-identificação significativa de Apar como “gótico” – sobretudo face à consideração da relevância desta identificação no seu diagnóstico inicial – tornaria essencial uma pesquisa prévia de informação sobre o movimento gótico e as suas representações, antes de procurar qualquer tipo de problema bioquímico e problematizar o histórico do indivíduo. A segunda abordagem clínica feita pelo corpo de psiquiatria partiu da observação – através da leitura de múltiplos casos – de uma prática clínica comum na Transcultural, pela qual comportamentos aparentemente desviantes são sujeitos ao isolamento e categorização. Esta perspectiva mantém a presença constante, em maior ou menor escala, do elemento de “disfunção bioquímica” na elucidação das causas do sofrimento dos utentes.

Neste sentido, o caso de Apar denota a sobrevalorização que estas variáveis assumem na interpretação do quadro sintomático durante a triagem. O recurso às descrições dos manuais psiquiátricos procura o enquadramento em perfis de comportamento associados a cada patologia¹¹⁵, visando orientar o psiquiatra para um “diagnóstico satisfatório”, sem equívocos entre patologias com sintomatologias semelhantes¹¹⁶. No caso de Apar, o uso restrito destes perfis apontava para o primeiro diagnóstico da triagem, sem considerar adequadamente os seus horizontes de significado e as suas próprias representações sobre o sofrimento. A individualidade de Apar foi absorvida por um processo que o objectivou. No contexto das

115 O *DSM-IV*, como o *ICD-IX* (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) são os dois principais manuais diagnósticos utilizados no Ocidente, constituindo as duas maiores referências de trabalho na Transcultural.

116 Face aos delírios de Apar, ao invés de um diagnóstico clínico directo de esquizofrenia paranóide, o *DSM-IV* (da *American Psychiatric Association*, 2007) sugere o factor de “indução por substância”, ou seja, aconselharia a consideração do uso de haxixe como possível propulsor dos delírios (pp. 303-317). Seguindo esta perspectiva diagnóstica, a forma de tratamento, assim como a abordagem do terapeuta ao longo da psicoterapia, seriam diferentes. Creio que houve, neste caso, prejuízo evidente para o utente por estigma de pertença ao grupo “gótico”, reforçado pelos juízos de valor dos clínicos face a aspectos como a forma de falar ou de se vestir e o conteúdo das letras das músicas.

premissas acriticas e mecanicistas presentes nas categorias e descrições dos sintomas fornecidas pelo DSM, cada termo ou elemento que contribuisse para caracterizar o utente como “estranho”, “inapropriado” ou “desviante” tornava-se factor de validação do seu diagnóstico¹¹⁷. Factos isolados do seu comportamento concorreram para o peso do seu estigma.

Foi efectuada uma correlação entre factores de risco e comportamentos sociais de determinados grupos, por meio de visões parciais e incompletas sobre os seus símbolos. O cruzamento entre a informação do medo em utilizar o comboio e a interpretação precipitada de efeitos secundários do uso de haxixe, simplificados enquanto delírios, é exemplo de um ciclo de criação do perfil do “perigoso”. A medicalização de comportamentos considerados potencialmente “perigosos”, ou “desviantes” e marginais em relação aos modelos comumente “aceites” do indivíduo – sem compreender que a contestação, ou mesmo a criminalidade e a violência, não são necessariamente algo “patológico” – foram evidenciados por muitos autores (Conrad, 1979, 1992; Conrad e Schneider, 1981).

As perguntas multiplicam-se após a análise do caso de Apar. O que poderia ter-lhe acontecido se sua sorte o prendesse ao diagnóstico da triagem? Será que neste caso os seus supostos sintomas teriam melhorado? Porque é que a necessidade de ter colocado um português como utente dos cuidados de uma equipa Transcultural (por ter nascido e sido criado noutra país) não produziu levantamentos relevantes sobre o seu percurso enquanto migrante, ou o impacto da migração sobre as relações sociais e, conseqüentemente, as dificuldades sentidas no país de acolhimento?

Apar foi despedido de si próprio, os seus passos e as suas atitudes foram isolados numa dinâmica passível de confirmar um quadro clínico, sem identificar as necessidades e as trajectórias pessoais que acabaram por conduzi-lo àquela situação. Partiu-se do diagnóstico em busca da sintomatologia que o confirmasse. Outro factor importante foi o papel discriminatório que assumiu o

117 O *DSM-IV* aponta a incidência de determinados comportamentos característicos de cada patologia. No caso da esquizofrenia paranóide é dada a indicação de delírios e/ou alucinações auditivas tipicamente persecutórias, e o(s) sintoma(s) deve(m) permanecer obrigatoriamente pelo período mínimo de seis meses.

diagnóstico: não só as premissas e categorias identificaram determinadas imagens e identidades no indivíduo – estabelecendo uma avaliação de “estranheza” – como fabricaram e associaram a essa figura determinadas valorizações. Este processo foi simultaneamente produto e produtor de estigma. A nova posição do terapeuta – diante de uma “manualização” da abordagem clínica – foi o foco determinante de ação do processo: enquanto o psiquiatra-chefe manteve o quadro de esquizofrenia paranóide diante da revisão clínica da Transcultural, o psicólogo que contestara seu diagnóstico encontrou, perante os mesmos sintomas, outro caminho.

Michael Conner aponta alguns perigos na utilização tendencial do DSM como referência para o diagnóstico psicopatológico: There is considerable overlap among diagnostic categories in the DSM and it is possible to reach a more desirable or less desirable diagnosis depending on the evaluator. Even when there is agreement, many professionals are becoming concerned that the diagnoses and conclusions that follow from the DSM are not very useful. In other words, the diagnosis reached is not much more than a label that is based on an arbitrary set of symptoms. Most of the time a DSM diagnosis does not indicate the best course of action or even what treatment is necessary (Conner, 1999)¹¹⁸.

A instrumentação rígida dos manuais psiquiátricos pode conduzir a casos em que, de certa forma, o processo psicoterapêutico se assemelha mais à procura do utente na doença do que da doença no utente, mediante uma estrutura institucional que legitima a autoridade “científica” e o profissionalismo do psiquiatra.

Casos como os de Apar são cada vez mais apontados como demonstrativos da institucionalização e racionalização da diferença nos tratamentos de “sensibilidade cultural”. O confronto entre as duas perspectivas coincide com um dos contrastes observados no grupo: pode dizer-se que, segundo a análise comparativa das entrevistas com os diferentes membros da Transcultural, esta linha se encontra mais ou menos expressa separando psiquiatras de um lado, e psicólogos e antropólogos do outro.

118 *Criticism of America's Diagnostic Bible - The DSM (1999)*. Disponível em: <http://www.oregoncounseling.org/Diagnosis/CriticismOfDSM.htm>

A respeito da reconstrução crítica desta diferente abordagem dentro da Transcultural, o psicólogo que acompanhou Apar afirma:

O problema é que não se dão os instrumentos necessários nem o tempo necessário para contextualizar a sintomatologia. Antes de saber do que estamos a falar, devemos saber se a sintomatologia está ligada ao concreto. Poderia “Apar” ter ido embora com um rótulo pesado a ser exposto a outro terapeuta... O que passou foi estigma... Havia algum tipo de racismo.

O relato desta “diferença de tratamento” foi seguido de uma contra-exemplificação pelo psicólogo. Algum tempo depois de Apar ter sido atendido, o grupo Transcultural foi procurado por uma mulher espanhola em busca de opinião profissional, alegando sofrer de determinados sintomas e procurando a confirmação do seu quadro clínico. O psiquiatra-chefe conversou informalmente com ela nos corredores do hospital, dispensando-a por não possuir problemas relevantes e aconselhando-a apenas a tomar calmantes leves. O psicólogo de Apar, assumindo com ela a mesma abordagem informal, concluiu antes tratar-se de um caso mais complexo de patologia borderline, com necessidade de uma análise mais densa para confirmação do diagnóstico e indicação expressa de psicofármacos. Este seria segundo o psicólogo um caso simétrico ao de Apar: o factor de peso para o reconhecimento pelo psiquiatra-chefe do grau de patologia da utente foi a sua nacionalidade, com associações de prestígio pelo facto de ser europeia, bem vestida, loira e branca, com indicadores de pertença a uma classe social alta. Foi um exemplo prático do contraste, no contexto da análise, entre africanos e europeus (apesar da nacionalidade portuguesa de Apar). O relato deste episódio não teria nenhum sentido em si mesmo, mas o informante reconheceu-lhe grande relevância. Vieram-me lembranças das reuniões de grupo, onde os transtornos mentais eram abordados pelo grupo (a partir das descrições do DSM e estudos epidemiológicos) não apenas no contexto de comparações nacionais, mas também com exaltação da relação entre a prevalência/gravidade das desordens e a nacionalidade dos utentes, com marcadas distinções de psicopatologia entre as “raças” e as regiões geográficas – supondo, por exemplo, que os africanos possuiriam maior grau de incidência de esquizofrenia do que os europeus.

Este discurso, se bem que fundamentado em estudos epidemiológicos que lhe fornecem suporte “científico”, proporciona pela sua interpretação estática e linear uma política médica de “dois pesos e duas medidas”, defendendo a necessidade de uma análise mais cuidadosa entre os latino-americanos, africanos e naturais do Leste europeu, do que entre os europeus e norte-americanos. Isto dever-se-á, provavelmente, a uma sobreposição entre estereótipos e factores de risco, mas mais do que estigmatização, designaria esta postura como racismo institucionalizado, marcado pela centralidade de uma espécie de valorização simbólico-social na avaliação do estado psicopatológico segundo a nacionalidade do indivíduo.

A questão particular da incidência de diagnósticos de esquizofrenia em utentes afro-descententes ou afro-caribenhos foi abordada numa reunião teórica da Transcultural. Os dados epidemiológicos sobre esta patologia, como reportado em muitos trabalhos dedicados ao racismo institucional em contexto clínico/psiquiátrico, foram interpretados enquanto “factos consumados”, sem necessidade de os interrogar ou de colocar em questão as suas premissas e pressupostos epistemológicos. Os trabalhos que realçam a incidência deste diagnóstico em utentes de origem africana foram interpretados como provas da elevada proporção de desordens nesta área geográfica comparativamente a outras, sem considerar os impactos políticos da análise e o uso irreflectido destes estudos no âmbito hospitalar¹¹⁹. Daí que Shim afirme: Because of the authority accorded to epidemiology as a scientific discipline, epidemiological conceptualizations of race and its health effects have the capacity to shape what we believe to be true about individuals bearing such differences. Through its increasing relevance in health policies and disease prevention, and their subsequent effects on institutions, behaviors, and awareness, epidemiological interpretations of race carry the potential to influence individuals’ experience of racial difference (2000: 406).

Em entrevista com cada um dos nove membros principais do grupo Transcultural, somente dois souberam produzir um es-

119 Para exemplos e reflexões acerca deste tema, ver: Fernando, 1988; 1991; 1995; 1998; 2002; 2003; Beneduce, 2002; Bracken P. e Thomas P., 1999; Griffiths, 1977; Howitt e Owusu-Bempah, 1994; Karlsen e Nazroo, 2002; King, 1996; Littlewood, 1992; Littlewood e Lipsedge, 1997; McEnzie, 1999; 2003; Peirce, Earls e Kleinman, 1999, entre outros.

boço de resposta sobre a importância da “sensibilidade cultural” e os seus factores na triagem e acompanhamento dos utentes. As respostas eram em geral vagas e chegavam por vezes a anular qualquer relevância do “cultural” no percurso terapêutico. Um dos psicólogos, ao ser-lhe solicitada uma reconstituição do caso de Apar, colocou as variáveis genéticas como causa das elevadas ocorrências de desordens mentais entre os africanos, quando comparada à prevalência das mesmas entre os europeus.

A abordagem a Apar pela Transcultural substituiu as suas reais necessidades terapêuticas pelo pressuposto do utente objectivado e passivo, desprovido de voz (até mesmo para contextualização do próprio sofrimento) substituindo desta forma o processo de *Healing* pelo de *Curing*¹²⁰. As práticas de discriminação dos utentes (mesmo que involuntárias e inconscientes) eram ainda facilitadas pela “desorganização” e pela fraca estruturação do grupo. De acordo com um informante, as hierarquias internas e a prevalência de alguns diagnósticos (e políticas gerais) sobre outros implicavam ambiguidade na definição das funções de cada elemento, inviabilizando uma prática terapêutica coerente pelas sobreposições de cargos e pelos conflitos de interesses particulares – estabelecendo-se lideranças internas e circuitos de controlo no interior hierarquia médica – com efeitos evidentes sobretudo ao nível dos resultados clínicos e estratégias de tratamento dos utentes. De facto, funções terapêuticas centrais pareciam por vezes ser assumidas por indivíduos sem a preparação e experiência suficientes, nomeadamente com estudantes de psicologia e estagiários a intervirem como “segundos-terapeutas”, servindo de suporte a todo o processo. O psiquiatra-chefe, por exemplo, (talvez por falta de opção) ocupava muitas vezes três postos terapêuticos em simultâneo: como chefe do grupo, psiquiatra do utente e coordenador/supervisor do trabalho, funções que requereriam supostamente diferentes pessoas, a fim de garantir por um lado a neutralidade no processo diagnóstico e as condições de anonimato em cada caso, e por outro a liberdade dos demais envolvidos na psicoterapia, bem como as diferenças de metodologias e percursos entre os profissionais do grupo.

O supervisor deveria (em princípio) ser neutro no tratamento ao utente, sem contacto directo com o mesmo, conhecendo

120 Para mais sobre as diferenças entre *Healing* e *Curing*, ver: Young (1982) acerca da EM “Explanatory Models” de Kleinman (1978).

somente o que lhe é relatado, a fim de poder apontar objectivamente as possíveis falhas no tratamento e diagnóstico. Este “sigilo”, segundo a maioria dos membros da Transcultural, seria *conditio sine qua non* para a preservação da ética do próprio processo terapêutico – ainda que os mesmos não a respeessem na prática do trabalho clínico, e que esta falha não fosse reportada explicitamente como problema nas reuniões do grupo. Novamente, as evidentes sobreposições hierárquicas – realçadas pelos membros do grupo como uma constante a todos os encontros de discussão dos casos – impossibilitavam o questionamento directo da gestão dos encontros clínicos e da falta deste sigilo essencial. A objectividade terapêutica estava desta forma subordinada ao controlo hierárquico dos postos mais elevados, o que se reflectia na qualidade e na eficácia do trabalho com os utentes.

2. KAN¹²¹

2.1. De trás para a frente

“Psicose reactiva” foi o diagnóstico dos psiquiatras da Transcultural a Kan, chegada a Portugal em 2004, com 37 anos. Era entrevistada na cama do hospital por um mediador cultural requisitado pelo grupo, devido à sua “não-reactividade” a qualquer estímulo diante dos terapeutas. Kan não falava ou, quando o fazia, os médicos não conseguiam entendê-la, sendo a sua linguagem consensualmente considerada desorganizada e incoerente. Os técnicos relatavam uma explícita incapacidade de organização lógica na racionalidade/pensamento, assim como nas explicações sobre a sua condição de utente. Esta foi a primeira barreira que Kan encontrou no ambiente clínico, onde as questões semânticas falhavam em produzir pontes entre utente e terapeutas (como sugere Kleinman, 1978; 1988).

121 Não pude ter contacto directo com Kan. A sua história é aqui reconstruída por meio de entrevistas com um dos técnicos que acompanhou o seu caso, um psicólogo que estava presente na sua triagem psicopatológica, e um psiquiatra que sustentou o seu diagnóstico após o posicionamento contestatário dos dois primeiros. As informações que possam sugerir a sua identidade são reelaboradas, uma vez que o objectivo deste relato é simplesmente analisar mais um encontro clínico e a importância dos factores culturais e experiência subjectiva do utente para a sua avaliação.

A descrição do *DSM-IV* (2005) sobre a patologia que lhe foi diagnosticada, prevendo a apresentação de um dos traços seguintes (ainda que por um só dia), condizia com a sua sintomatologia:

“Critérios para o diagnóstico de Transtorno psicótico breve [298.8]

Presença de um (ou mais) dos sintomas seguintes: 1) Ideias delirantes; 2) alucinações; 3) linguagem desorganizada [p. ex., disperso ou incoerente]; 4) comportamento catatónico ou gravemente desorganizado.”

Durante a triagem, os seus familiares confirmaram aos técnicos de saúde o estado delirante e paranóico de Kan, marcado por sensações de perseguição em relação a carros e pessoas, e pelo medo de ser envenenada pelos próprios familiares (prestando especial atenção à comida). Revelava ainda o receio de ser presa pela polícia e confirmava esconder-se destes muitas vezes ao vê-los na rua. Acreditava haver câmaras de vigilância que a controlavam ao longo da linha do metropolitano e nos transportes públicos em geral. Em ambos os ambientes, social e familiar, Kan relatava a constante sensação de controlo, de ser observada e conduzida. Ao falar das suas relações familiares e conjugais aos técnicos de saúde, Kan recorria muitas vezes a explicações que “desafiavam” a suposta racionalidade ocidental, com narrativas sobre entidades sobrenaturais, “lutas espirituais”, “cabeças amarradas”, venenos e poções feitas de fluidos corpóreos, o furto do seu odor, histórias sombrias de “calcinhas” (roupas íntimas femininas) enterradas no “mato”, “mau-olhado” e “inveja”. Os psiquiatras consideravam estes relatos como perseguições de origens místicas (feitiçaria, rituais para condicionar a sua vida sexual ou inibir a sua fertilidade), comportamentos típicos de uma “psicose de natureza persecutória”. Os psiquiatras da Divisão de Saúde Mental da WHO (World Health Organization), numa pesquisa transcultural em colaboração com o IPSS (International Pilot Study on Schizophrenia) e os DOSMED (Determinants of Outcome of Severe Mental Disorders), afirmaram serem particularmente frequentes em África as reacções psicóticas agudas transitórias baseadas em crenças culturais na magia e na feitiçaria (*in* Pussetti, 2006).

De facto, Kan apresentava uma condição persistente de angústia e ansiedade, ligada à sensação de ser vítima de feitiçaria. Esta angústia era sustentada – no seu contexto de ori-

gem – pela percepção da proximidade íntima e diária de pessoas “ambíguas e invejosas”, em particular do próprio grupo familiar. Segundo a interpretação dos comportamentos de Kan pelos técnicos de saúde, os medos observados em relação aos carros e ao simples facto de atravessar a rua eram encarados como “sinais claros de paranóias e ansiedades que estavam presentes nas suas relações interpessoais, aqui e no contexto de origem”, e apresentados como delírios alucinatórios. Os técnicos de saúde em momento algum tomaram em conta o peso que o factor “invisível” assume em contextos e segundo referências culturais diferentes, podendo constituir uma realidade para o indivíduo sem se tratar necessariamente de um indício de patologia.

Como consequência da abordagem e do diagnóstico clínico, Kan foi internada duas vezes no hospital psiquiátrico, num total de seis meses. Os motivos para a sua deslocação a Portugal haviam sido a relação conflitual com o marido (na terra de origem) e o acompanhamento – na ausência de outra pessoa que o pudesse fazer – de um parente a um tratamento médico necessário.

A condição de “psicótica” valeu-lhe a perda da guarda da sua filha (que a acompanhava em Portugal), que passou a ser tutelada por uma Casa de Acolhimento para Menores.

2.2. De frente para trás

O diagnóstico de *psicose reactiva* – com que foram classificados o comportamento e as queixas de Kan – refere-se a “sintomas (...) que se apresentam pouco depois (e em aparente resposta) a um ou mais acontecimentos que, isolados ou em conjunto, seriam claramente stressantes a qualquer pessoa em circunstâncias parecidas e (imersa) num mesmo contexto cultural” (*DSM-IV*, 1995: 311). Esta definição, pertencente à antiga edição do *DSM-III-R*, já não é utilizada, tendo sido substituída na recente versão do manual pela categoria de *transtorno psicótico breve*. A última edição do DSM adverte os psiquiatras sobre o risco de mal-entendidos culturais, e a fácil confusão de comportamentos admitidos em outros contextos culturais (como escutar vozes, por exemplo) enquanto sintomas de *transtorno psicótico breve* (*DSM-IV*, 1995: 309). Estas indicações contidas no manual

(tanto na edição III-R, como na mais recente IV) não foram contudo seguidas. A ter sido interpretado o comportamento de Kan como consequência normal de eventos stressantes a qualquer indivíduo, e uma manifestação admissível no contexto de origem, o seu destino clínico poderia ter sido diferente.

Na relação terapêutica hospitalar, ao que tudo indica, a história de vida de Kan não foi escutada, assim como não foram consideradas relevantes – mesmo que aparentemente irracionais – as suas interpretações dos eventos da sua vida. Não foram analisadas de forma aprofundada as motivações e os traumas do seu percurso migratório, a sua relação com a família, a situação socioeconómica ou o contexto de origem. O seu processo clínico é uma sequência de páginas brancas: em particular, a secção dedicada à “História pessoal e desenvolvimento social” não reporta absolutamente nada; enquanto a “História Familiar” apresenta apenas três linhas, que relatam o falecimento do seu pai, o local de residência actual da sua mãe, e a existência de quatro irmãos. Os relatórios dos médicos não incluem informações sobre as suas representações, à excepção de dados vagos, inexactos e pouco aprofundados, que reduzem as referências de Kan a entidades e definições superficiais e completamente eurocêtricas (*o deus da etnia*) – que no contexto de origem teriam uma definição e uma identidade específicas – sem explorar minimamente o significado que estas entidades podem ter para a utente ou para a sua comunidade, no contexto de origem e no lugar de acolhimento.

Na “História Clínica” são apenas reportados o seu país de origem e língua materna, além de duas informações básicas: que ganha menos de 50 euros por mês e que dorme num colchão no chão, com a sua filha, num espaço cedido por um amigo. Ao longo do processo clínico, para além dos seis meses de internamento, foram registadas mais de 10 visitas médicas. Ainda que não faltasse tempo para a escuta da utente, a descrição dos psiquiatras limitou-se a realçar o “estado de espírito” de Kan ao longo das consultas, e a avaliá-lo entre “bom” e “delirante”. Se de facto não houve uma tentativa séria de diálogo, foram todavia feitos esforços para interpretar as queixas da utente e melhor concluir sobre o seu quadro clínico, que tomaram a forma de repetidas análises clínicas ao sangue e à urina, bem como testes de funcionalidade hepática e visitas ginecológicas.

Um exemplo muito marcante deste “não-diálogo” foi a delonga (de meses) em descobrir que Kan não possuía afinal nenhuma dificuldade em expressar-se, mas que apenas falava “crioulo” em vez de português. Segundo o relato de um dos psicólogos que contribuiu para a reconstrução deste caso, tal “desencontro” rendeu à utente efeitos colaterais fortes, como um aumento de peso considerável e dificuldades cognitivas provocados pelos efeitos secundários dos psicofármacos.

Reverendo o caso de Kan através dos seus próprios relatos – fornecidos ao mediador cultural que tentou reconstruir a história de vida da utente na sua língua materna – e a partir de apontamentos pessoais do psicólogo responsável pela triagem (cedidos para análise), é possível oferecer uma interpretação do seu mal-estar mais complexa, que não reduz as suas experiências aos quadros patológicos da psicose. O passado de Kan é uma síntese de medos e perseguições: a sua história conjugal foi uma sequência de ameaças físicas e “místicas”, com um ex-marido ciumento e rancoroso que a molestava continuamente e a intimidava utilizando todos os recursos disponíveis, incluindo a violência e ataques “sobrenaturais”. Kan relatou, com extrema lucidez e coerência narrativa, os episódios que mais a marcaram e apavoraram, e que podemos reconduzir ao espaço simbólico da feitiçaria, algo muito presente (de acordo com um psicólogo e o mediador cultural de Kan) na vida quotidiana do seu contexto de proveniência. O discurso de Kan a este respeito – como sugeria Evans-Pritchard ao falar da feitiçaria entre os Azande do Zaire¹²² – dispõe de uma lógica interna perfeita, onde nenhum acontecimento é excluído por esta leitora e tudo se torna extremamente coerente. A ansiedade de se sentir vítima de “mau-olhado” e “ataques de feitiçaria” é uma constante nos seus relatos, que sublinham relações familiares tensas e complexas, principalmente com o ex-marido e com a cunhada – que desde a sua vinda para Portugal se demonstrou hostil e pouco disposta a hospedá-la e mantê-la economicamente, ainda que não possuísse outros recursos. Segundo esta mesma lógica, pode interpretar-se o medo de Kan sobre o envenenamento da comida (prática muito visível nos discursos das pessoas e nos cuidados com a comensalidade no seu contexto de origem)¹²³

122 No clássico de 1937 *Witchcraft, Oracles and Magic among the Azande*.

123 De facto, é quase impossível ter provas efectivas de envenenamento no seu país de origem. O que é para este caso significativo é o discurso sobre comida envenenada, constante no contexto de qualquer refeição feita pela utente. Este dado estava presente nos relatos de muitos

como um meio de resolução transversal e indirecta dos conflitos, e de controlo moral. Interpretar eventos tão complexos num registo exclusivamente psicopatológico significa não reconhecer as diferentes dimensões de significados, os conflitos e as dinâmicas relacionais dos quais o mal-estar do indivíduo é expressão e consequência. Teria provavelmente sido mais produtivo considerar os relatos de Kan não enquanto delírios psicóticos, mas como a sua forma de narrar e representar mudanças de vida drásticas, fracturas familiares, desilusões, conflitos económicos, tensões interpessoais, e de transportar consigo as feridas históricas de um país com uma recente história colonial e de violenta guerra civil (Kleinman, 1978, 1988). Além de um reducionismo do percurso individual da utente, foram igualmente ignorados os marcos locais e históricos que influenciaram as suas relações familiares e interpessoais.

Da mesma forma, teria sido mais eficaz do ponto de vista terapêutico considerar o que a polícia, os transportes e o metropolitano, os carros e mesmo a malha urbana poderiam significar “do seu ponto de vista”. Um desencontro de realidades que ela própria expressou aos técnicos de saúde numa frase curta, mas particularmente significativa: “quando cheguei, não conhecia a realidade daqui!”. Não é difícil para os antropólogos – especialmente os que frequentaram contextos “exóticos” – compreender o hiato que ela atravessou no tempo limitado de uma viagem de avião, e o choque de encontrar-se num contexto espacial desconhecido, onde mesmo as práticas corpóreas mais quotidianas (atravessar uma rua, utilizar um comboio ou o metro) eram para ela completamente estranhas (uma vez que provinha de uma zona estritamente rural). Muitos dos informantes da mesma proveniência de Kan relataram sensações similares ao chegarem a Lisboa (de acordo com as entrevistas com os técnicos de saúde), e falaram igualmente do “medo da polícia”, não apenas enquanto ameaça (evidente) aos imigrantes em condição de ilegalidade, mas também pelos relatos das suas práticas de controlo e punição, divulgados

regularmente entre os imigrantes: relatos de violência social gratuita, de abusos, de moléstia sexual das mulheres, de ofensas e racismo. Mesmo que estas práticas sejam consideradas ficção, e “a polícia” imaginada como gentil e compreensiva, é incontornável a presença desta componente no discurso des-

utentes com a mesma proveniência, e foi confirmado em entrevistas com antropólogos especialistas na área e mediadores culturais da Transcultural.

tes indivíduos – especialmente dos ilegais, moradores de bairros sociais e negros – que Kan encontra ao chegar a Portugal, e a influência que exercem sobre a sua apreciação da realidade, a adicionar à conflituosa adaptação e às referências do passado. O discurso persistente sobre a ideia de controlo, que considera as câmaras de vigilância e os registos dos “passes” dos transportes públicos como meios para identificar e localizar os indivíduos em toda a cidade, ganha assim sentido. Não é importante discutir aqui a existência destas formas de *vigilância e punição* dos “ilegais”; o relevante é antes a existência e reprodução entre eles deste discurso. A esta observação, os psiquiatras da Transcultural responderam que, precisamente pela condição marginal e precária em que vivem, “os imigrantes” (todos?, os ilegais?, os negros?) têm tendência para a paranóia e os surtos psicóticos. Mais uma vez, uma leitura patologizadora de fenómenos e ansiedades que podem ter uma explicação puramente social, económica e política, são introduzidas na intervenção e controlo sobre populações.

3. O CASO DE “VELHA-SANE”

3.1. O amanhecer

“Velha-sane”, proveniente do Sul da Guiné-Bissau, chegou a Lisboa há menos de uma década, onde se estabeleceu com uma prima (na verdade, filha da vizinha na aldeia onde crescera) que vivia e trabalhava em Portugal. A documentação que estabelecia o seu direito de estadia foi autorizada no âmbito do acordo entre o Ministério da Saúde guineense e o governo português, pelo qual os cidadãos portadores de enfermidades que não possam ser tratados na capital, Bissau, têm direito a um visto de permanência para acesso à saúde em Portugal¹²⁴.

Deslocou-se em busca de infra-estruturas para uma intervenção cirúrgica. Tivera um dos seus rins extraído em 2004, enquanto o outro, a funcionar parcialmente, fora mantido devido a problemas de incompatibilidade de doadores, o que a obrigou a

124 De acordo com o tratado entre a República Portuguesa e a República da Guiné-Bissau, decreto n.º 44/92 assinado em Lisboa a 31 de Março de 1989. Para mais detalhe, ver: www.gddc.pt/siii/docs/dec44-1992.pdf.

permanecer em Portugal para hemodiálise e acompanhamento médico. Velha-sane não sabe definir ao certo os seus problemas de saúde, respondendo sempre com recurso a termos “didácticas” transmitidas pelos médicos, como “rim doente”, “problema de rins”, sem mais detalhes fisiológicos/orgânicos.

A impossibilidade de trabalhar devida ao seu estado de saúde provocava-lhe tensão, fazendo surgir outros problemas como gastrite, prisão de ventre, dores de cabeça, insónia, nervosismo e “formigueiro” nas mãos e braços, problemas secundários no rim remanescente e nas articulações dos joelhos. No início de 2006, com o agravamento dos sintomas, o seu nefrologista foi informado sobre o estado de saúde geral da utente, tendo descoberto que as queixas agora apresentadas por Velha-sane eram, na verdade, as mesmas relatadas ao recordar a infância e adolescência, atribuídas pela própria à época em que “caía de ataque”.

O “ataque” surgiu aos oito anos de idade, enquanto trabalhava a recolher água para a família na aldeia vizinha. Velha-sane perdeu os sentidos e encontrou-se, ao acordar, caída sem movimentos no chão, com “sucuma a sair da boca” (espuma) e, temporariamente sem visão. Os “ataques” tornaram-se desde então constantes, causando-lhe em diferentes ocasiões a perda temporária da fala, afectação da coordenação motora, a abertura dos olhos à semelhança de um estado de transe e a perda de audição – a ausência, portanto, de qualquer forma de comunicação com as pessoas em redor – à excepção de uma voz de mulher que a assustava (e que continua a assustá-la). Cada episódio deixava Velha-sane de cama, levando a família a procurar o tio da sua mãe, que lhe administrava ervas de banho e a ingestão de certos líquidos para afastar o mal – que diziam ser de ordem espiritual. Aos poucos, Velha-sane recuperava a saúde e a família evitava falar sobre o assunto, agindo como se nada tivesse ocorrido. Velha-sane não sabia explicar o que acontecia nesses tempos, repetindo apenas que “caía de ataque quando era pequena”, e acrescentando “foi assim”.

No mesmo período em que apresentou ao nefrologista trechos da sua história e a insatisfação pessoal com as condições de vida em Lisboa, Velha-sane sofreu outro “ataque”, que

a levou a ser internada por quatro dias num centro hospitalar. Os exames neurológicos não indicaram qualquer anormalidade, e o corpo psiquiátrico reuniu-se sem chegar a uma conclusão sobre as causas do seu estado, decidindo então contactar o seu nefrologista, que recolheu o historial de Velha-sane. A apreciação da provável importância de factores culturais na sua sintomatologia motivou a transferência para os cuidados da Transcultural.

O psiquiatra da Transcultural não explicou a Velha-sane a situação. Advertiu-a de que o tratamento seria demorado, talvez permanente e, assim sendo, da necessidade de ela permanecer em Lisboa. A triagem à qual foi submetida indicou um diagnóstico de esquizofrenia e o suporte dos técnicos de saúde baseou-se de início em sessões de psicoterapia com auxílio de psicofármacos.

3.2. Meio-dia

No início da sua adolescência, Velha-sane foi levada da zona rural (onde vivia) para a capital, para ser tratada no Hospital Nacional Simão Mendes. A princípio os médicos suspeitaram de cisticercose “*Taenia solium*”¹²⁵, mas a sua família, muçulmana e de etnia Mandinga, negava que Velha-sane alguma vez tivesse ingerido carne de porco.

Dos oito aos 18 anos de idade, os “ataques” foram sendo controlados por meio dos “mezinhos do chão” (designação de Velha-sane para as ervas medicinais da sua região), os “remédios da terra” do tio da sua mãe. Os sintomas originais desapareceram progressivamente, enquanto um novo quadro sintomático emergia, que a utente descreveu como “nervosismo” e dores ao longo do corpo, principalmente na cabeça e na região renal.

Ao longo dos anos os “ataques” diminuíram, apesar da continuidade dos sintomas secundários e de sonhos que não a deixavam dormir, provocando-lhe alta irritabilidade em relação

125 No caso de Velha-sane, os médicos em Bissau acreditavam na hipótese de neurocisticercose, com a instalação dos cisticercos no sistema nervoso central, músculos e vísceras, podendo causar crises convulsivas, cefaleia, alterações na visão, hidrocefalia, etc., que explicariam *a priori* todo o seu quadro sintomático, dado que os exames neurológicos não indicavam relações precisas entre os sintomas. Os médicos encaravam as divergências entre as queixas da utente e a sintomatologia da neurocisticercose como devendo-se às nomenclaturas diferentes empregues pela utente: convulsões poderiam ser vistas como “estado de transe”, alterações na visão como alucinações ou confusão mental, e assim por diante.

aos parentes e vizinhos. Os tratamentos do tio da sua mãe foram suspensos a seu pedido, por não mais acreditar na sua eficácia. Tão-pouco os médicos da capital conseguiram compreender ou classificar o seu estado físico/emocional, aconselhando-a a obter um parecer médico que viabilizasse a ida a Portugal em busca de segundas opiniões clínicas.

Aos 19 anos de idade a família acordou o seu casamento, contra o desejo de Velha-sane – que me confessou não gostar da ideia de estar submetida às ordens de um marido. Após alguns meses de casada, os seus “ataques” voltaram, demonstrando (sob o seu ponto de vista) a sua insatisfação com a situação familiar e o desejo de melhorar as suas condições de vida. Este contexto conduziu o seu marido a procurar uma segunda mulher, que passou a viver na casa vizinha, e que terá ficado grávida pouco tempo depois, situação que provocou conflitos entre as duas e o marido. Velha-sane descreveu:

Ela era mais jovem, dava os filhos fortes que ele queria, estava sempre a cozinhar e presente para ele, se sujeitava às ordens e às obrigações... Eu não! ... então ficava nervosa e ela passou a dizer a todos que era estranha pelos meus ataques, que eu entrava em transe, não poderia ter mais filhos e trabalhar. Gozava comigo em frente a todos pelos filhos fracos que eu perdi, e pelas doenças dos que nasceram... isso tudo acabou por provocar muitos ataques e brigas... já não tinha respeito na aldeia.

Velha-sane teve um filho no primeiro ano de casamento, que nasceu doente, e se recusou a amamentar a partir dos três meses, por ser muito fraco. Durante todo o período da gravidez exprimiu fortes queixas de dores de cabeça, e da constante perseguição por uma força omnipresente que a observava e lhe tirava o sono – a mesma força que acreditava ter retirado as energias ao seu filho. Alguns meses depois engravidou de gémeos mas perdeu-os no sexto mês de gestação, incidente que criou nela fortes sentimentos de protecção e, paradoxalmente, de raiva em relação ao primeiro filho. Durante a gestação interrompida começou a ter sonhos sobre um novo futuro filho, que chegou a dar à luz meses depois, mas igualmente doente.

Os ataques voltaram e as sensações de perseguição, então acentuadas, causaram mais problemas no seu casamento e na aldeia onde vivia. Os “tratamentos da terra” que o marido e a família lhe procuravam aplicar eram indesejados por Velha-sane, que se sentia pressionada a agir agressivamente. Foi conduzida mais uma vez a médicos em Bissau onde, após exames inconclusivos, foi expedida uma ordem de internamento num centro de doentes mentais, onde permaneceu sob tratamento durante um ano e três meses, enquanto a família a obrigava a manter os “remédios da terra”.

Velha-sane voltou por fim à aldeia, desprovida de qualquer prestígio entre os seus amigos e familiares, com “ataques” frequentes e o quadro sintomático agravado: insónias que duravam dias seguidos, agressividade nas relações sociais e a sensação de presença constante da força que a perseguia, ameaçando os seus filhos e perturbando o seu sono. Esta situação conduziu à decisão de regressar à capital e solicitar uma junta médica para ir a Lisboa, na tentativa de encontrar um “tratamento moderno”. Segundo Velha-sane, a sua vinda não é movida somente por um intuito terapêutico, mas também pelo desejo de afastamento do seu marido (funcionário público que trabalhava na organização de cursos de saneamento básico em aldeias afastadas da capital) e de obtenção de condições e recursos para melhorar a vida dos seus filhos.

3.3. Entardecer

Ao psiquiatra da Transcultural (assim como nas entrevistas para este trabalho) falou sempre de sonhos, definindo as datas e as personagens que via e revelando a sua omnipresença, e a importância que assumiam nas decisões tomadas sobre a sua vida. Porém, ao ser questionada, permanecia geralmente em silêncio por alguns segundos, acabando por responder timidamente que não se recordava. Ao longo de todas as entrevistas foi sendo estabelecida alguma confiança, através da repetição das mesmas perguntas para verificar possíveis alterações nas respostas.

Após alguns encontros, Velha-sane acabou por revelar detalhes sobre os seus sonhos. Envolviam geralmente membros da família, e a presença de figuras que repetidamente a

ameaçavam e molestavam com pedidos, causando-lhe insónias e conduzindo, em certos períodos, a mais frequentes consultas médicas/psiquiátricas, para um aumento das doses de fármacos que permitisse “sonos sem sonhos”. Para Velha-sane, a suavização do sono por recurso farmacológico possibilitava um afastamento das personagens, pela relação que acreditava existir entre as insónias e o “nervosismo” nas relações interpessoais.

Quando questionada sobre as dores de cabeça que antecediavam os “ataques”, falava de “água que se mexe na cabeça” para descrever as sensações físicas de que padecia desde a infância. E efectivamente, os seus sonhos estavam sempre relacionados com o mar e a água. A figura que a atormentava era representada como uma senhora branca, aparentemente europeia, gorda (forte), com cabelos loiros e olhos claros, que nunca falava mas lhe “apagava a mente”, deixando-a com medo de dormir. Estes sonhos eram intercalados com imagens dos filhos ou do pai em acidentes de carro ou a sofrer algum outro tipo de mal, situações face às quais Velha-sane se sentia impotente. Os relatos sobre os seus familiares eram sempre correlacionados pela utente com o medo (de perda de entes queridos ou bens materiais) provocado por esta senhora europeia.

Durante as entrevistas, os relatos acerca dos próprios sonhos eram contraditórios, nomeadamente pelo contraste entre o silêncio e as vozes e ameaças alternadamente atribuídos à entidade feminina. Porém, a cada tentativa de explorar em profundidade os acontecimentos do seu passado e a sua relação com as forças que a perturbavam, a expressão corporal de Velha-sane sugeria timidez, afastamento e tentativas de mudança de assunto.

Velha-sane revelou não se encontrar sozinha com a sua prima em Portugal, mas a morar com o seu irmão, junto de (aproximadamente) 15 parentes que viviam e trabalhavam em Lisboa e arredores. O seu discurso era paradoxal: ao mesmo tempo que exprimia insatisfação com a sua vida financeira actual, alegando sofrer necessidades e não ter dinheiro suficiente para enviar à família (que passava dificuldades de subsistência) na Guiné-Bissau, esforçava-se por descrever-lhes, quando os contactava por telemóvel, as diversas utilidades que ostentava a sua casa: variados equipamentos electrónicos e receptor televisivo por cabo, iPods modernos e carros de luxo para todos os homens da família.

Em muitos dos nossos encontros, Velha-sane e a sua família insistiam em ir buscar-me de automóvel às estações de metropolitano, e no interior da casa expunham orgulhosamente os seus bens materiais, apontando-os e referindo-se a eles numa linguagem de prestígio. Apesar de alegar não acreditar nos “remédios da terra”, mandava comprar mensalmente ervas para a confecção de líquidos de banhos e “mezinhas”, que utilizava e vendia por intermédio do seu irmão, astrólogo com larga clientela (evidenciada pelos constantes pedidos recebidos por telemóvel) na região da grande Lisboa.

O prolongamento do seu estatuto de “enferma” possibilitou-lhe a permanência na Europa sem problemas burocráticos de maior, afastando a obrigação de retorno à “terra”. Se foi a motivação terapêutica a trazê-la inicialmente para a Europa, a manutenção do seu estado de saúde permitiu no entanto atingir objectivos secundários e melhores condições de vida.

Os sonhos exprimem o contraste entre as duas realidades distintas associadas à Europa: a melhoria da sua qualidade de vida (expressa pela posse material) e os sintomas dos seus males, com os sonhos ameaçadores da “Senhora Europeia” – o que lembra o culto da *Mamy-wata*, praticado por toda a região Oeste, Central e Subsaariana do continente africano, partes do Caribe e da América do Sul¹²⁶.

Porquanto não haja ainda muitos estudos sobre a presença do culto da *Mamy-Wata* no contexto da Guiné-Bissau, podemos estabelecer um paralelismo com o culto local da *Serpente*, a *bajuda iran cego* (crioulo), a menina-pitão, (Pussetti, 2005a; Pussetti, Bordonaro, no prelo)¹²⁷. A *Serpente* é de facto, tal como *Mamy-Wata*, um *iran*¹²⁸ (ser sobrenatural) que assume frequentemente a aparência de uma mulher branca, europeia e sexualmente apelativa, que pode entrar em relação “contratual” com os seres humanos. No culto da *Mamy-Wata*, tal

126 Para mais, ver: Szombati-Fabian e Fabian, 1976; Salmons, 1983; Drewal, 1988; Bastian 1997; Gore and Nevadomsky, 1997; Jell-Bahlsen, 1997; Beneduce e Taliani, 2001; Pussetti, 2005: 107-114; Pussetti, no prelo, entre outros.

127 Mesquitela, 1996.

128 A palavra *iran* ou *irã* designa em crioulo diferentes objectos rituais, que podem incluir amuletos fabricados para um *marabut* – espíritos que moram no território, ou entidades sobrenaturais que podem possuir as pessoas (Henry, 1994: 88; Pussetti, 2001; 2005b). O termo *iran* deriva do termo bijagó *eraminde*, *erande*, ou *irande*, referente a uma entidade originariamente ligada a um pitão, que mora no mar e pode relacionar-se extraordinariamente com os seres humanos (Henry, 1994: 89; António Carreira, 1961; Pussetti, 1999).

como no da *Serpente*, o elemento do bem-estar económico e acesso a bens materiais é a base da relação com a entidade espiritual. Diferentes autores¹²⁹ salientaram como constante nestes cultos a relação entre a aquisição de bens e a morte e/ou a doença dos filhos e parentes próximos, como sugerem os sonhos de perigo da Velha-sane, reforçados pela perda dos gémeos e do seu pai (em relação ao qual possuía fortes ligações emocionais e lembranças de cuidado durante a infância). A *Serpente* chupa o sangue dos seus adeptos, devora os seus filhos, extirpa a fertilidade das mulheres e a alma dos homens. Nos relatos de Velha-sane, como evidenciado anteriormente, a competição com a outra esposa do seu marido toma, muitas vezes, a forma de provocações em relação à possibilidade de perda da fertilidade ou à impossibilidade de dar à luz filhos fortes e saudáveis. Ambos estes riscos, assim como a associação dos seus “ataques” a um transe induzido pela entidade, fortalecem a possibilidade de ligação de Velha-sane à *Serpente*, com óbvias repercussões ao nível familiar e social pela conotação negativa desta conexão – ainda que não tenha sido voluntariamente estabelecida por si, mas antes eventualmente pela sua própria família desde a infância¹³⁰.

129 Entre outros, Beneduce e Taliani, 2001; Vacchiano e Taliani, 2006; Einarsdóttir, 2000.

130 As fragmentações na reconstrução da história de Velha-sane, os relatos contraditórios e as revelações pontuais do seu percurso sugerem a presença da *Serpente*, nomeadamente: nos sonhos, nas ameaças, nas sensações, na perda da fertilidade e dos filhos, e na ênfase nos bens materiais no percurso migratório para Lisboa. Há três formas essenciais que pode tomar esta ligação ritual: directa, entre o indivíduo e a entidade; pela família, sem o próprio conhecimento do indivíduo; e da própria escolha da entidade que busca o indivíduo, sem intervenção da família ou escolha pessoal.

A utilização deste tipo de recurso por parte da co-esposa, apontando publicamente as doenças de Velha-sane e as perdas dos seus filhos, assim como os seus “ataques” e sofrimentos, é um mecanismo frequente nas relações poligâmicas no contexto guineense, com a finalidade de desacreditar a figura das outras mulheres do marido. Esta estratégia de mútua marginalização das esposas (Oliveira de Sousa, 1995; Pussetti, 2005a; 2005b) é evidenciada pelo termo “kumbosas” (crioulo), que se refere às outras esposas do próprio marido: derivado do substantivo “kumbossadia”, que pode ser traduzido por “ciúme” e “mau-olhado”, esta forma de tratamento sublinha a relação complexa e tensa entre as co-esposas (Pussetti, 2005a).

Partindo do pressuposto de que Velha-sane teria instaurado uma relação contratual com *Serpente*, como os sonhos e os bens

materiais (continuamente exibidos) pareceriam indicar, podemos imaginar o carácter perturbado e desarmonico da ligação: a *Serpente* oferecia-lhe utilidades (carros luxuosos, perfumes caros, materiais electrónicos sofisticados, etc.) ao mesmo tempo que lhe retirava a liberdade (com o internamento no centro para doentes mentais); o sono, através dos sonhos perturbadores; os filhos e os parentes; a saúde (o rim); a fertilidade; e a calma, com ameaças e sustos.

Outro caso semelhante ao de Velha-sane, ocorrido em Portugal na mesma década e igualmente no contexto de um projecto de intervenção hospitalar para imigrantes, foi publicamente apresentado na conferência internacional *Ethnografeast* e editado por Chiara Pussetti (2008)¹³¹. Milocas, uma guineense com expressões religiosas também ligadas ao culto da *Serpente* – o que reforça as associações entre ligações contratuais à *Mamy-Wata* e o contexto guineense de emigração – foi tratada por psiquiatras, sendo aquela relação ritual interpretada enquanto quadro sintomático, e tratada com psicoterapia. Apesar desta ligação comum à divindade, as trajectórias e as interpretações psicopatológicas das duas utentes seguiram caminhos diferentes. Embora ambas tenham sido diagnosticadas com desordens mentais, identificam-se diferenças tanto a nível do percurso migratório como na suposta relação contratual com *Mamy-Wata*. De acordo com as descrições da autora, as expressões rituais de Milocas foram tratadas com psicofármacos que acabavam por acentuar os estados alterados da sua mente, apesar de procurarem devolver-lhe a “consciência” do que se passava ao seu redor. Pelo contrário, Velha-sane não só possuía uma larga rede de familiares em Lisboa que auxiliavam o acesso a bens de consumo e recursos específicos do tratamento, como terá persistido na constante negação de qualquer prática de ordem “mágica”, o que poderá ter contribuído para uma suavização na análise da sua sintomatologia, principalmente no que se refere às descrições dos “ataques” no seu percurso migratório e comportamental. Pode dizer-se que Velha-sane – seja por acaso ou por ter evitado o uso de uma linguagem que poderia levar à sua estigmatização pelos psiquiatras – encontrou uma posição de equilíbrio entre prosseguir com o seu tratamento e não reforçar a gravidade da sua situação (que possuía, na verdade, muitos elementos comuns à história de Milocas). Enquanto Velha-sane permaneceu

131 http://ceas.iscte.pt/ethnografeast/papers/chiara_pussetti.pdf

sob tratamento em consulta externa, Milocas foi reconhecida como um caso mais grave, e sujeito a uma intervenção mais pesada.

3.4. Assim que a noite cai

Apesar de o tratamento durar já há aproximadamente dois anos, os psiquiatras não sabiam diagnosticar precisamente o caso de Velha-sane. Segundo um informante, ex-funcionário do hospital que abriga a Transcultural (e que teve acesso ao parecer do psiquiatra responsável por Velha-sane), apesar de a utente ter sido oficialmente diagnosticada com esquizofrenia, tratava-se de um caso de difícil diagnóstico. As constantes alterações no posicionamento médico evidenciavam a incapacidade em estabelecer o tipo específico de esquizofrenia da utente, dado que cada fase da sua vida indicava um subtipo da mesma patologia, que se articulavam actualmente de forma indefinida, nomeadamente: “paranóide”, com predomínio de delírios e alucinações; “desorganizada”, com alterações da afectividade e desorganização do pensamento; e “catatónica” com alterações da motricidade.

À Velha-sane, o psiquiatra da Transcultural apenas lhe reportou ter “doença dos nervos”, uma expressão que não se refere a nenhuma categoria reconhecida pelos manuais internacionais de psiquiatria. O termo (Lewis-Fernandez, 1994) poderia no máximo ser considerado uma “CBS”, *culture bound-syndrome* (Ciminelli, 1998; Hughes e Simons, 1985; Pussetti, 2006)¹³².

Velha-sane foi (por mim) encorajada a perguntar ao psiquiatra da Transcultural sobre qual seria, de facto, o seu problema, não tendo recebido como resposta um diagnóstico “oficial”, mas antes a repetição de que se tratava de um problema de nervos, explicação que ela utilizava agora para justificar, a si mesma e perante os outros, os seus problemas. Tão-pouco o psiquiatra lhe facultou o direito de acesso ao seu processo clínico quando Velha-sane o solicitou para mostrar a outros médicos, na

132 Contudo, partindo-se do princípio de que toda a síndrome é culturalmente construída, trata-se de uma classificação criticável. CBS não possui assim uma característica de especificidade, mas está na própria constituição do que o DSM designa “desordem”.

tentativa de obter uma segunda opinião que pudesse ser mais clara relativamente ao seu quadro clínico (dado a sua descoberta que “doença de nervos” não representa uma categoria biomédica). Esta recusa é reflexo de uma postura que se pode designar “paternalista”, infantilizando o utente, e que está particularmente presente nos casos de imigrantes – em que a estrutura de acesso a ajuda pode ser reduzida (pela própria rede limitada de infra-estruturas), impondo a submissão do utente ao processo no qual é introduzido. Se o psiquiatra não forneceu à utente um diagnóstico reconhecível na nosologia biomédica oficial, administrou todavia um tratamento farmacológico específico para a esquizofrenia hebefrénica, além de outros fármacos para condicionar o sono e acalmar o nervosismo. A esquizofrenia hebefrénica é uma subtipologia residual da esquizofrenia, que sintetiza e correlaciona os sintomas dos diferentes tipos da esquizofrenia reconhecidos em Velha-sane.

Os fármacos são muitas vezes utilizados, como coloca Luhrmann (2001), com o propósito de diminuir a dúvida dos médicos em relação ao diagnóstico, mediante resultados na diminuição de alguns sintomas. Além disso, são outras tantas vezes empregues para objectivar o processo de cura e definir o tipo de doença que se procura identificar, nomeadamente quando a situação clínica se apresenta de forma confusa. Neste sentido, a dimensão metafórica que assumem os fármacos na definição e compreensão das patologias psiquiátricas é muito interessante:

““Drugs” are “facilitators” for establishing meaning and for communication. What Lévi-Strauss said about animals and plants in the essay on totemism applies to drugs in a psychiatric setting: they are “easy to signify” (1963: 60). (...) Thus, communication about medication becomes communication about problematic and ambiguous experiences (Van der Geest & Whyte, 1991: 356).”

Para Velha-sane, muitos fármacos e suas combinações foram testados com o objectivo de orientar a intervenção médica e encontrar uma categoria nosológica precisa adequada ao estado da utente. Neste caso, a síntese das diferentes combinações farmacológicas concluiu a presença duma quarta tipologia, distinta das três inicialmente reconhecidas.

O tratamento farmacológico, ao invés de conter as crises e permitir à utente afastar as ameaças que a assustavam, criou um círculo vicioso pelo qual se tornou incapaz de dormir sem tomar os fármacos, e com a necessidade de doses progressivamente elevadas para atingir um sono sem sonhos apavorantes. Se é verdade que os sonhos eram afastados pelos fármacos, o tratamento criava a alternância de dois estados indesejáveis: os comprimidos causavam-lhe dependência, sem melhorias no seu quadro clínico; enquanto a interrupção farmacológica lhe provocava a insónia e o medo de dormir, e o retorno ao ponto de partida. Apesar da evidente importância dos sonhos nos relatos de Velha-sane, marcados pela presença de medos e ameaças, o psiquiatra ignorou este elemento, aconselhando a utente a “não ligar à senhora loira, pois esta deve ser somente a senhoria da casa que vem cobrar a renda!”. De facto, existia um aspecto de cobrança na relação de Velha-sane com a *Serpente*, onde esta lhe reclamava o pagamento de uma dívida, e de forma bastante exigente. Mas a abordagem “transcultural” foi colocada de lado e, independente da veracidade da existência da *Serpente* – assim como do modelo biomédico –, o encontro clínico demonstrou a sua capacidade de distorcer os problemas em buscas afoitas de respostas específicas.

Independentemente das possíveis “patologias” de Velha-sane, esquizofrénica, “doente dos nervos”, ou outra condição qualquer, as interpretações que poderia oferecer na explicação do seu sofrimento, e os caminhos que esboçou na esperança de ser ajudada na procura de um “sentido” reconhecível não foram escutados, ignorando completamente o valor terapêutico das narrativas da própria doença (Kleinman, 1988).

Apesar da fragmentação no diálogo terapêutico e da substancial ausência de uma escuta efectiva, é digna de realce a utilização da experiência individual da aflição como estratégia política – para obter vantagens e para melhorar a própria inclusão social no país de acolhimento (e da própria família). É com efeito muito interessante do ponto de vista político-económico a utilização que diversos migrantes fazem do seu mal-estar, tendo em conta que, em paralelo com uma progressiva severidade e restrição nas políticas migratórias, aumentam significativamente as permissões de estadia temporária por motivos médicos. O corpo doente impõe a própria legitimidade onde as outras bases de reconhecimento são cres-

centemente questionadas, transformando-se num recurso inédito de legitimação para os migrantes irregulares. Diferentes autores reflectiram sobre as utilizações tácticas da medicalização pelos próprios migrantes com a finalidade de obter permissões de residência e de reagrupamento familiar (Fassin, 2000; Fassin *et al.*, 2004).

Quando questionada sobre o seu futuro, Velha-sane fala da impossibilidade de voltar à Guiné-Bissau, devido às necessidades do tratamento psiquiátrico e ao acompanhamento pelo nefrologista. De certa forma, o seu estado de saúde possibilita-lhe permanecer num lugar de conquistas – ao que tudo indica, lugar relacionado com os seus desejos e relação com a *Serpente*. Actualmente, Velha-sane planeia trazer para Lisboa os seus filhos, recorrendo ao discurso de serem portadores de “cabeça pancada”, ou seja, sofrendo de fortes dores de cabeça e incapacidade para estudar, apesar de “serem inteligentes”. Velha-sane pretende solicitar a uma junta médica no Hospital Simão Mendes, em Bissau, a colaboração com o psiquiatra da Transcultural que, mesmo não tendo conhecimento de mais detalhes, acredita na provável patologia mental referida, apoiando-se nos problemas psiquiátricos da Velha-sane e na frequência na sua transmissão genética (segundo o psiquiatra que a acompanha). Estima-se que dentro de um ano os seus filhos estarão em Lisboa, a serem acompanhados pelo mesmo corpo médico que trata a mãe.

CAPÍTULO 8.

A PRISÃO SEM PAREDES¹³³

Pelas suas semelhanças com o serviço em análise, farei neste capítulo uso das referências obtidas através do trabalho que realizei anteriormente no Hospital Psiquiátrico do Juqueri, no Brasil. Embora, se trate de contextos socioespaciais e populacionais diferentes, o tipo de estruturas encontradas são comuns a ambas as instituições. O trabalho no Juqueri reflectiu sobre o Movimento Antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica no Brasil, em pleno ano de 2002 – similar às reformas descritas por Basaglia na década de 1970 na Itália – com o encerramento progressivo dos hospitais psiquiátricos e a reinserção social dos internos que se encontravam em estruturas asilares/manicomiais. No grupo Transcultural em Portugal encontrei um serviço pioneiro de psiquiatria destinado a imigrantes, criado pelo desejo e necessidade de resposta a impactos secundários de fluxos imigratórios no país, com uma proposta de flexibilização das estruturas da psiquiatria ocidental pela incorporação de aspectos culturais nas estratégias de diagnóstico e tratamento de utentes, e com uma aparente política de não internamento¹³⁴.

O programa dos dois estudos que realizei foi marcado pela similitude e complementaridade, constituindo a preocupação central de ambos a observação do funcionamento da instituição e a proposta de uma análise crítica dos seus serviços. Desta forma, já me sentia no presente estudo familiarizado com o ambiente hospitalar/institucional, não só por se tratar nos dois casos de hospitais psiquiátricos, mas pelo foco comum sobre actos terapêuticos que reflectem problemas políticos na sociedade, facultando abundante documentação adicional quanto à articulação da ciência e ideologias, e as suas expressões no discurso.

133 O título “A PRISÃO SEM PAREDES” pode ser encontrado noutros contextos, nomeadamente no artigo sobre “A Crítica da Sociedade do Espetáculo” de Guy Debord, pelo conhecido colunista de jornal Luiz Zanin Orecchio, reeditado no jornal *O Estado de São Paulo* em 2008. Quando li Porter (2002), sobre o crescimento do número de desordens mentais entre o DSM-III e o DSM-V, e Kirk e Kutchins (1997), sobre o papel de possíveis factores económicos na descoberta de tais desordens, acreditei ser esta a expressão mais adequada à conclusão desta secção: a expressão refere-se ao resultado da modificação dos sistemas institucionais asilares no sentido de uma reinserção social dos utentes fortemente apoiada no uso de neurolépticos. “A PRISÃO SEM PAREDES” pretende transportar esta perspectiva para o leitor, onde as paredes das instituições psiquiátricas se “virtualizam”, estando presentes em todas as esferas da vida quotidiana dos utentes.

134 O que sugere outra dinâmica comum, *a priori*, ao sistema manicomial ainda tão presente na América do Sul.

As instituições de formato asilar são em geral apontadas como formas legitimadas de propagação de modelos sociopolíticos predominantes, contribuintes para um processo de alienação e despersonalização dos indivíduos – estendendo o discurso da exclusão entre o meio intra-institucional e a sociedade, e com o foco explícito em representações de racionalidade (Basaglia, 1985; Goffman, 2001; Castel, 1991). Deste modo, as formas hegemônicas sociais permeiam as ideias e práticas da instituição, orientando o saber médico/intervenção para a categorização do indivíduo, o isolamento dos seus problemas e a sua correção.

Por comparação, o sistema de saúde mental da Transcultural enquadra uma relação significativamente diferente com os seus utentes. Em primeiro lugar, pelo funcionamento em formato de consulta externa. Em segundo, pela conversão do tratamento e apoio terapêutico numa versão especificamente adaptada a imigrantes num contexto de acolhimento. E em terceiro, pela diversidade da formação em outras áreas de saber de muitos dos técnicos, nomeadamente em antropologia e psicologia. Este ambiente (sem ter em conta questões de eficácia terapêutica) constitui a principal especificidade da Transcultural em relação ao modelo asilar, e reflecte uma tentativa de reversão positiva da imagem institucional através de uma “humanização do hospital”, passando de um local de aprisionamento e exclusão para um local da liberdade e apoio à inserção social.

Independentemente do formato institucional – instituição asilar ou instituição hospitalar moderna, psiquiatria geral ou transcultural – o hospital psiquiátrico não deixa de ser genericamente uma *Instituição Total* (Goffman, 2001), lugar onde se recriam micro-estruturas sociais, forçando-as sobre os indivíduos através de uma relação de poder instituição/internado. Esta mesma lógica está presente nas ideologias e reificações da Transcultural, e é reproduzida no discurso de “sensibilidade cultural” utilizado na sua intervenção psiquiátrica (reflexão desenvolvida ao longo deste trabalho). Neste sentido, a hipótese aqui levantada considera a reformulação institucional moderna operada por meio de uma “imagem humanizada” como uma clara adaptação tecnológica da lógica e discursos da exclusão.

O panóptico de Bentham¹³⁵ significa, muito mais do que um projecto arquitectónico, a concretização material da ideia de observação, diferenciação e “mapeamento do comportamento criminal/desviante” dos indivíduos. Estabelecer esta relação constante de poder permite “ver sem ser visto”, forma primordial da observação do “outro”, confinado (desprovido de contacto social) pelo modelo intra-institucional. O protótipo moderno da sociedade disciplinar (Foucault, 2004) reflecte um processo de investimento do Estado na domesticação do indivíduo para o corpo São – o corpo útil à produção e politicamente dócil – operado por uma biopolítica da população. O “inimigo” (em termos genéricos) é criado pela contraposição à normalidade. A “limpeza” social, desde o princípio dos hospitais gerais, cumpria já o propósito de afastar socialmente o inerte, o vagabundo, o alcoólico, a prostituta, o doente e qualquer indivíduo que não incorporasse a representação dos valores necessários ao trabalho, higiene e cuidado do corpo e do homem enquanto ser que detém o domínio da natureza. Perseguindo a biopolítica de alcance do “poder da mente (de uns) sobre a mente (de outros)”, os comportamentos de desvio motivaram a classificação dos indivíduos em dicotomias tais como saudáveis/doentes, normais/anormais.

Mais do que criticar a sociedade disciplinar (fora do propósito deste espaço), é necessário reflectir sobre os valores morais que compõem um saber legitimado, convertido em poder sobre as populações, assente num ideal de evolução e domínio do mundo através da ciência. Quero dizer que o panóptico é uma técnica plástica, com uma intervenção baseada na autodisciplina sobre o corpo e a sua compreensão, e aplicado por vias políticas hegemónicas. O seu percurso segue: a) uma idealização teórico-ideológica sobre a ordem, economia, disciplina, sociedade, intervenção e modificação do indivíduo, e controlo populacional; b) a aplicação da teoria numa estrutura física, procurando estabelecer um ambiente ideal para a obtenção do seu objectivo; c) a auto-reorganização dessa estrutura permitindo novas formas de actuação e aplicação.

135 Jeremy Bentham, filósofo e utilitarista inglês, conceptualizou o *panopticon* (em 1785) como projecto arquitectónico prisional, consistindo numa construção arredondada ou oval com uma torre ao centro, a que presidia um guarda vigilante. A disposição das celas era propositada para criar nos internos a sensação de serem constantemente vigiados, provocar automatismo nos seus comportamentos ao longo do tempo, até que a presença do vigilante não afectasse o dia-a-dia do observado dentro da instituição. Esta estrutura implica ver sem ser visto, criando assim as condições ideais para desenvolver técnicas de controlo do corpo e formas de correcção (Bentham Jeremy, *The Panopticon Writings*).

Recorrer ao “panoptismo” – enquanto movimento que expressa estas três componentes – amplia as possibilidades de trabalho e intervenção sobre as formas modernas da psicopatologia, em associação com uma espécie de “absolutismo de mercado” (como sugerem autores como Kleinman, Kirmayer, Conrad e Schaneider, Fernando, entre outros citados anteriormente), que torna a descoberta de novas desordens indissociável dos lucros das empresas farmacêuticas.

Através de macroestruturas que adaptam a técnica de Bentham, novas formas de tecnologia de observação e correcção do corpo são aplicadas sem a necessidade de muros,

transportando a qualquer lugar os propósitos da intervenção clínica, que acompanham ubiquamente o utente.

O hospital moderno, como é o exemplo da Transcultural, não escapa a este princípio. A sua estrutura de atendimento aos utentes é influenciada por conjunturas económicas e políticas, e o seu modelo terapêutico apoiado no imaginário da globalização e das consequências históricas dos conceitos de direitos civis e anticolonialismo emergentes do pós-guerra¹³⁶. Se, como procuro demonstrar, a observação dos utentes nos serviços da Transcultural é focalizada na cultura e etnia (e sua modificação como forma de adaptação dos utentes ao local de acolhimento), porque não falar de *etnopanoptismo* ou *panoptismo cultural*? O tipo de estrutura física torna-se irrelevante dentro do hospital moderno, uma vez que as técnicas farmacológicas actuais permitem um modo de intervenção e vigilância continuado e permanente. Se a “diferença cultural” é assumida como um “mal” a ser curado, o imigrante é o novo inimigo e alvo a ser corrigido pelo projecto de assimilação total no âmbito da migração.

O comportamento desviante pode ser visto como universal (Conrad e Schneider, 1981:5-7; Lévi-Strauss, 2004: 362-69), mas

136 Muitos estudos científicos com base em moldes raciais foram promovidos nos EUA e Europa após a Segunda Guerra Mundial. A diferença na predisposição às doenças, sobretudo às mentais, era procurada para legitimação do alegado contraste entre as qualidades e deficiências de brancos e negros, e de ocidentais e orientais. As pesquisas eram formuladas com base nos paradigmas do darwinismo cultural, sendo a psique dos brancos considerada mais desenvolvida. O conflito entre a antropologia e a psiquiatria a este respeito estabeleceu-se nomeadamente a partir do conceito de “cultura” de Boas, que se opôs a essas ideias e redefiniu a diferença cultural distinguindo-a de capacidades inatas ao indivíduo, à sua raça ou local de origem. E Ruth Benedict (em 1942) propôs em *Race and Racism* que as diferenças psicológicas entre raças são efeitos de diferenças de carácter antes cultural e nacional. Estes foram os marcos que converteram “raça” e “racismo” em problemas políticos, servindo como referência ao anticolonialismo que se desenvolveu nas décadas de 1950 e 1960.

foram as heranças do modelo positivista nas ciências sociais que possibilitaram o uso do termo “anormalidade” e a intervenção do saber médico ao serviço da patologização dos problemas sociais, reconhecendo a “diferença” individual (ou de grupos) pelo conteúdo moral e político que representam. Transportar comportamentos da esfera do “desvio” para a da “doença” não apenas despolitiza o indivíduo, como diminui o poder e voz dos movimentos sociopolíticos. O carácter social da construção do saber biomédico conduz a conhecimentos baseados em conceitos dominantes/hegemónicos, cujas premissas são constituídas por valores morais, perspectivas e imaginários éticos contemporâneos, próprios de um contexto sociopolítico específico (nomeadamente euro-americano). Excluídos os critérios biológicos/orgânicos, o diagnóstico – na medida em que envolve uma relação vertical com o utente – limita-se à expressão de um juízo de valor (Cooper, 2004).

1. A EXPERIÊNCIA, A SUA INTERPRETAÇÃO, E A CLÍNICA

O único mito puro é a ideia de uma ciência purificada de qualquer mito.

Michel Serres, *La Traduction*

“Sofrimento social” é um dos termos mais utilizados no contexto das experiências migratórias e seus efeitos. Integrando os índices sociais das políticas públicas da Europa, está consequentemente incorporado nas práticas de assistência à saúde mental pública e dos centros de psicoterapia transcultural¹³⁷.

Existe um vasto leque de abordagens possíveis a este conceito nas relações estabelecidas entre psicoterapia e paciente – nomeadamente na importância dada à componente de transculturalidade e “sensibilidade cultural”. As contradições evidenciadas no sistema médico (e medicalizador) perante a situação da migração requerem reflexões sobre os paradigmas que fazem concorrer o saber biomédico com a precarização (em vez de apoio terapêutico) destes indivíduos. Mais do que um saber representado em contexto institucional, a medicina psiquiátrica é um terreno

137 Ver: *The Changing Role of the State: Homeless and Exclusion – regulating public space*, Novembro de 2006; diversas fontes estatísticas (e referências) em www.acidi.org.pt; Vacchiano e Taliani (2006).

onde pode ser reconhecido e explorado o modo como a experiência social é remodelada e reinventada, e como historicamente é construída a dicotomia entre doença e saúde, normalidade e anormalidade.

A epidemiologia, “como estudo da distribuição de doenças e desordens em populações humanas e sua variação em diferentes subgrupos”¹³⁸, é uma estratégia discursiva com carácter político não só da psiquiatria, mas do saber médico em geral. A construção dos factores de risco nos estudos epidemiológicos em medicina e saúde – no caso da imigração mas não só – conduz muitas vezes a considerar a irregular distribuição do rendimento e a pobreza como os maiores factores de proliferação de doenças. Se a população estudada sofre a incidência de determinada patologia (como por exemplo a esquizofrenia), a lógica que dirige a análise conclui a ligação directa de tais doenças à pobreza. Muitos estudos deste género utilizam indicadores de qualidade de vida instituídos nas sociedades industriais modernas, universalizando-os a fim de mapear outras sociedades e zonas geográficas. O objectivo é o de estabelecer a ligação entre o défice de tais indicadores e a relevância de uma determinada patologia. Por exemplo, um designado *Cross-National Study* pode ser desenvolvido no estudo epidemiológico comparado da “depressão”, demonstrando idealmente a presença diferencial desta “doença” em diferentes países e a sua taxa de prevalência por “subgrupos”:

“(…) Depression... showed great variability (1,5% in Taiwan to 19,0% in Beirut), with Asian countries showing the lowest rates... In all 10 countries, women had higher rates of depression than men, and mean age of onset was consistently in the 25-to 35-year-old range... In summary, cross-national studies conducted during the last two decades have begun to provide a detailed picture of major depression and bipolar disorder around the world.”¹³⁹

138 Ver: Weissman *et al.* (2006) “Cross-National Epidemiology of Major Depression and Bipolar Disorder” e Weissman *et al.* “Cross-National Epidemiology of Mood Disorders: an Update”.

139 Weissman *et al.*, “Cross-National Epidemiology of Mood Disorders: an Update”, disponível em: www.pasteur.fr/applications/euroconf/depression/weissman.pdf

Os estudos epidemiológicos visam conhecer as consequências directas e indirectas das doenças, acima de tudo pelos seus efeitos prejudiciais no funcionamento individual, familiar e social. Criam-se perfis baseados na “funcionalidade” e na “dis-

função” social para mapear o universo estudado. As amostras são privilegiadamente separadas e classificadas por “pastas”, referentes a grupos “étnicos” (não raramente referidos como *raças*), condição socioeconómica, habilitações literárias, profissão, historial de tratamento pessoal e familiar, idade, género, entre outros.

Um dos problemas das avaliações diagnósticas dos transtornos mentais é precisamente a vertente epidemiológica que assumem, pela sua orientação exclusiva nas descrições de manuais como o DSM e o ICD. Enquanto a criação destes “perfis” se afirma por um lado como questão metodológica de abordagem à população estudada, trata-se por outro de uma prática disseminadora das representações políticas contidas nos seus fundamentos; reificadora de critérios diagnósticos padronizados e reproduzíveis; e produtora de exclusão social, pela criação e formalização de grupos de risco definidos por aspectos socioculturais, económicos e políticos. No caso da já citada “Cross-National Epidemiology of Mood Disorders”, o género feminino alcança uma maior prevalência da depressão, mas os factores culturais, religiosos e de parentesco, bem como as suas funções simbólicas e sociais, são omissos, mapeando-se perturbações e supostos sintomas genéricos num universo de análise que engloba, numa dinâmica social comum, países como Estados Unidos, França e Líbano.

Relativamente a esta abordagem das ciências médicas, os seus referenciais metodológicos e conceitos de saúde e doença, Kleinman reforça que: “Social suffering results from what political, economic, and institutional power does to people and, reciprocally, from how these forms of power themselves influence responses to social problems” (1997: ix).

Ou seja, as medidas que intervêm sobre (e assim definem) o que é “sofrimento” – e consequentemente o que é “patológico” – evoluem de acordo com o enquadramento político-económico e as formas hegemónicas de poder.

Os movimentos sociais *gay* em São Francisco na década de 1970 demonstraram como a nosologia científica e a sua demarcação de comportamentos patológicos podem ser negociadas. Até ao *DSM-III*, a homossexualidade era considerada um distúrbio do com-

portamento sexual, como aliás era descrita desde o século XIX¹⁴⁰. Este quadro terá mudado quando grupos de manifestantes invadiram um encontro da APA¹⁴¹ em 1974, reivindicando a retirada desta classificação da homossexualidade dos manuais internacionais

de psiquiatria. Da mesma forma que um comportamento pode ser socialmente isolado pela clínica e balizado por fronteiras arbitrárias como condição patológica, certos factores *macro-económicos* e políticos – como por exemplo determinados pelos fluxos imigratórios – propiciam a aplicação da mesma lógica às relações humanas.

Desde o final do século passado, antes do advento do *DSM-III*, as pesquisas epidemiológicas sobre transtornos mentais usaram diferentes métodos e sistemas de classificação, apresentando uma ampla variação nas estimativas de prevalências, tanto quanto sobre a importância de factores de risco como a classe social (Lima; M. S. *et al.*, 2005: 3).

Com a emergência da importância dos factores culturais no contexto médico, foram contestadas as versões anteriores ao *DSM-IV* pela sua total ignorância a este respeito, sendo consideradas insuficientes face aos novos requisitos indispensáveis da prática clínica. Em 1991, o NIMH¹⁴² organizou um comité maioritariamente constituído por antropólogos e psiquiatras transculturais para a formulação de propostas diagnósticas fundamentadas na “sensibilidade cultural”. De antemão, a maior preocupação por trás deste projecto foi a atenção consagrada à contextualização e ao respeito pelas referências do utente nos métodos diagnósticos internacionais.

A estratégia adoptada pelos revisores e editores acabou por propiciar a aceitação clínica e de mercado do *DSM-IV*: foi

140 *Psychopathia Sexualis*, do alemão Richard Von Krafft-Ebing, tornou-se um clássico do estudo da sexualidade na psicologia e psiquiatria. Apesar de utilizar uma linguagem técnica já desactualizada, os seus estudos definiram, pela primeira vez na história, uma fronteira entre normalidade e anormalidade nos comportamentos sexuais, distinguidos entre saudáveis, “doentios” e “abomináveis”. Os comportamentos patentes nos 238 casos analisados por Krafft-Ebing foram separados por tipologias, tendo sido proposta uma “cura” caracterizada em geral pela abstinência e/ou casamento heterossexual forçado. A sua obra constituiu uma referência e inspirou análises de direito criminal e estudos clínicos sexuais modernos, já que inovadoramente apresentava a caracterização dos doentes por sexo, idade, condição socioeconómica e profissional, entre outros. Paradoxalmente, e a título de curiosidade, apesar de o seu trabalho continuar a ser seguido como referência na área, o Dr. Krafft-Ebing foi desacreditado na sua carreira profissional pela sua posterior alegação de que a homossexualidade deveria ser descriminalizada e praticada livremente, causando alvoroço na sociedade e na academia pela refutação da categoria de “doentio” que ele mesmo contribuiu para criar.

141 *American Psychiatric Association*.

142 National Institute of Mental Health, EUA.

conservada a estrutura das edições anteriores, para manter a disponibilidade de informação (Kirk e Kutchins, 1997), apenas sendo acrescentado um apêndice – cuja introdução directa no corpo de texto foi recusada – com o propósito de representar as componentes culturais. A indexação foi feita em resposta às novas necessidades criadas pelo atendimento clínico a africanos americanos e minorias étnicas (latinos e indígenas) em centros de tratamento nos Estados Unidos. O *Cultural Axis* do DSM visava fornecer aos técnicos de saúde dados de estudos e critérios para a análise psiquiátrica, salientando diferenças simbólicas entre comportamentos “culturais”, incluindo exemplos de dinâmicas sociais não universais, e sugerindo “atenção” na aplicação das categorias avaliativas. No entanto, o modelo “DSM” não é mais do que um manual de indicadores e tendências da sintomatologia e patologia, num formato resumido, puramente descritivo e simplista, alienado da diversidade potencialmente presente no encontro clínico.

O mero reconhecimento do elemento “cultura” pelo DSM demonstraria a sua importância para a clínica, assim como o carácter “geograficamente circunscrito” das categorias universais da psicopatologia, assim fruto de construções eminentemente históricas e económicas num espaço e tempo concretos. Contudo, a inviabilidade do formato do manual gera anomalias em muitos dos resultados clínicos, dificuldades quanto às formas de aplicação culturalmente sensíveis, e principalmente obstáculos na relação entre médico e utente. Entre os exemplos mais ilustrativos da abordagem inadequada a estes múltiplos factores e os seus efeitos, Lewis-Fernández assinala:

“Consider the inadequacy of the likely Cultural Axis evaluation of the rich contextual dynamics involved in a presentation of *tajinkyofusho*. The particular Japanese exigencies of self-definition within different social circles evincing distinct relational obligations, especially problematic during adolescence, patterned by gender roles and cultural rules of social trust and reciprocity (*amae*), and showing historical changes with the loosening of social bonds as a result of the growth of corporate capitalism in Japan... would all be reduced to an Axis I diagnosis of Social Phobia... (1996: 134).”

A introdução de comentários por temas e áreas “culturais” são pontuais, assemelhando-se mais a uma descrição de exotismos comportamentais de sociedades distantes das industriais modernas. Acabou por se estabelecer tacitamente uma hierarquia entre diferentes formas de saberes, com a redução e subjugação de dinâmicas rituais, religiosas e sociais segundo as categorias do olhar paternalista médico-científico ocidental. A perspectiva do utente, primordial (segundo o comité da NIMH) para uma análise ponderada de cada caso, foi reduzida a breves tipologias e influências de factores socioeconómicos e religiosos generalizados, sem uma dimensão de reflexão e autocrítica em relação aos referenciais do saber hegemónico. O estabelecimento de pontes requereria antes o privilegiar das sensações, experiências e necessidades dos utentes na avaliação psicopatológica, assim como o aprimoramento da orientação e formação dos técnicos de saúde, nomeadamente com o fim de diminuir o excesso de “sobreinterpretações” patológicas, frutos de uma contextualização arbitrária do utente.

O DSM popularizou-se não só como referência de consulta, mas como norma e padrão no meio terapêutico. E este facto é particularmente relevante quando tratamos das problemáticas do encontro clínico com a “diferença”. Como é que uma publicação de foco tão abrangente poderia sistematizar adequadamente as diversas categorias e experiências culturais – recusando a sua universalidade – sem privilegiar determinadas interpretações subjectivas (neste caso as biomédicas ocidentais) da doença?

A “manualização” da saúde mental causa transtornos mesmo onde as determinantes culturais são menos relevantes. A própria perspectiva subjacente ao DSM – quando aceite acriticamente – conduz à procura de comportamentos típicos encaixáveis em determinadas categorias de patologia, pela sua definição “matemática” dos limites da normalidade e anormalidade. É promovida a simplificação e redução da clínica à universalidade das estruturas psicobiológicas, com o subsequente projecto de controlo sobre elas. Diferentes autores, referindo-se às pretensões de domínio contidos na “bíblia” (Kutchins e Kirk, 1997) da psiquiatria contemporânea (o DSM), falam explicitamente de “imperialismo ocidental” (Lynch, 1990), “hegemonia”, “imperialismo” e “colonização cultural” (Beneduce, 1998), “controlo sanitário e moral sobre os outros” (Inglese, 2002).

Relativamente à qualidade e eficácia do saber, os profissionais da área – sobretudo os psiquiatras no topo da hierarquia, justamente porque têm mais poder – prescindem da reflexão crítica e do questionamento do modelo pré-estabelecido que favorece a sua posição. De um lado, assiste-se a uma espécie de “sistema Ford da psicopatologia”, com testes fechados a definir o utente e indicar o seu estado, com um discurso de exaltação dos recursos clínicos e do profissionalismo e cientismo médicos; enquanto do outro lado se encontra o utente objectivado, isolado, categorizado e fragmentado pela aplicação de um método que, dentro da perspectiva transcultural, deveria antes privilegiá-lo a ele e à sua complexidade sobre qualquer outro interveniente na relação terapêutica.

III PARTE

**EXPERIÊNCIAS INSTITUCIONAIS
NO CUIDADO MENTAL DA DIFERENÇA**

CAPÍTULO 9.

RESUMO COMPARATIVO DOS MODELOS DAS CONSULTAS CULTURAIS DE AVICENNE, MORTIMER E HOSPITAL MIGUEL BOMBARDA

ELSA LECHNER

A psiquiatria cultural tem evoluído em direcções distintas em diferentes países, em consequência de vários factores como a composição demográfica e o estatuto político das minorias etnoculturais. A história da imigração e os modelos de cidadania em cada país, levam à implementação de serviços de saúde mental distintos e à criação de necessidades diferentes.

Neste breve resumo, apresentamos três modelos de consulta de psiquiatria dirigida a populações migrantes, em três países: a consulta dirigida por Marie-Rose Moro no hospital Avicenne em Bobigny (Paris); a consulta do Jewish Hospital de Montréal, dirigida por Laurence Kirmayer; e a “Consulta do Migrante”, criada por Inês Silva Dias e extinta pelas reformas do serviço nacional de saúde do actual governo português.

1. A CONSULTA TRANSCULTURAL DO HOSPITAL AVICENNE, BOBIGNY

A consulta transcultural do hospital Avicenne¹⁴³, na periferia norte de Paris – também apelidada de consulta de etnopsiquiatria – está em funcionamento há mais de 20 anos. A sua proposta é a de um quadro terapêutico específico e original para situações em que terapeuta e paciente não partilham a mesma cultura de origem. O fundamento teórico deste serviço reside na etnopsicanálise e no complementarismo criados por Gerges Devereux (1972), que recorrem simultaneamente à psicanálise e à antropologia para compreender e tratar tendo em conta o banho cultural em que mergulham os migrantes.

143 Ver nomeadamente Moro e Moro, 2004.

Este quadro é, antes de mais, para psicoterapias e consultas terapêuticas, mas também cumpre uma função de ajuda, diagnóstico e aconselhamento.

A consulta é dirigida a qualquer paciente, criança ou adulto, que seja migrante de primeira, segunda ou terceira geração, cuja problemática e expressão psicopatológica estejam intimamente ligadas à sua história de migração, às representações culturais da doença, e às dificuldades em estabelecer um laço entre a cultura de origem e a do país de acolhimento.¹⁴⁴

O serviço é dirigido por Marie-Rose Moro¹⁴⁵ e reúne uma equipa transdisciplinar de co-terapeutas (médicos, psicólogos, enfermeiros, antropólogos, assistentes sociais), de origens culturais e linguísticas diversas, com formação clínica, psicanalítica e antropológica. A consulta funciona durante toda a semana e recebe os pacientes tanto individualmente como em equipa. Ser migrante não é condição para se ser etnopsicanalista da equipa, mas todos os terapeutas devem ter feito a experiência de descentramento de si e do seu meio de origem familiarizando-se assim com outros sistemas culturais. O trabalho em grupo permite que as experiências de todos se fundam na proposta de soluções terapêuticas originais e eficazes. O princípio é o da aprendizagem e prática da alteridade e da mestiçagem: um paciente magrebino não será recebido por um terapeuta magrebino... O dispositivo proposto é, por excelência, misto e centrado na noção de alteridade.

A consulta recebe pacientes de todos os cantos do planeta: África negra, Magrebe, Sudeste asiático, Antilhas, Turquia, Sri Lanka, Europa central...

Curar/cuidar de forma plural

A maior parte dos pacientes e famílias é recebida individualmente na presença de um tradutor. Nalguns casos, cada terapeuta recorre a um grupo de co-terapeutas. Apesar de o trabalho em equipa ser utilizado apenas numa minoria de casos, ele é o mais específico à consulta e foi o que mais permitiu ao serviço de Bobigny experimentar novas abordagens terapêuticas.

¹⁴⁴ Moro, 2004.

¹⁴⁵ Ver biografia e bibliografia no site www.clinique-transculturelle.org.

Este dispositivo é constituído por um grupo de terapeutas que recebe o paciente e a sua família (em geral, 10 co-terapeutas). A importância do trabalho terapêutico em grupo deve-se ao facto de, nas sociedades tradicionais, o indivíduo ser pensado em interacção constante com o seu grupo de pertença. Além disso, a doença é considerada como um acontecimento que implica simultaneamente os indivíduos, a família e a comunidade. Por isso ela é tratada em grupo: seja o grupo social, seja uma comunidade terapêutica. O tratamento colectivo da doença permite um compromisso entre uma etiologia colectiva e familiar do mal e uma etiologia individual.

As pessoas que levam as famílias de migrantes à consulta também participam, pelo menos a primeira vez, tendo em conta que são portadoras de um “pedaço da história da família”. Esta presença evita que o trabalho transcultural seja uma outra ruptura no longo e difícil caminho das famílias migrantes – muitas vezes com um vasto percurso anterior de terapias várias.

À parte das funções do modo cultural do atendimento e dos cuidados prestados, da co-construção de um sentido cultural, o grupo permite também uma materialização da alteridade e uma transformação desta alteridade em alavanca terapêutica, ou seja de suporte de elaboração psíquica. A mistura de pessoas, de teorias e de maneiras de fazer é um factor implícito ao dispositivo.

Para explorar cada caso com precisão, a utilização da língua materna e a tradução entre duas línguas é aqui fundamental. Uma técnica desenvolvida por Marie-Rose Moro em conjunto com o linguista S. de Pury Toumi consiste em gravar os encontros terapêuticos, para depois os fazer traduzir por tradutores não presentes na consulta. Moro chama a isto “o conhecimento cultural partilhado”, pois o tradutor é convocado a dizer porque escolhe uma tradução e não outra, sendo que se trata sempre de uma pessoa bilingue. Este estudo põs em evidência a importância, para os terapeutas, das associações ligadas à materialidade da linguagem do paciente, mesmo quando não se compreende o que diz. Este banho linguístico cria imagens e associações ligadas ao efeito provocado pelas palavras, ritmos, sonoridades... a interacção faz-se através do sentido mas também com

a própria língua e os mundos que ela transporta. Assim, a tradução participa activamente no processo psicoterapêutico.

Outro aspecto desta consulta de Avicenne é a atenção prestada à “transferência e contra-transferência cultural”, por semelhança à transferência/contra-transferência psicanalítica. Concretamente, no final de cada consulta, o grupo tenta explicitar a contra-transferência de cada um dos co-terapeutas numa conversa sobre os efeitos da sessão terapêutica.

A transferência traduz-se nas reacções implícitas e explícitas que os pacientes desenvolvem em relação ao terapeuta. A contra-transferência reside nas reacções do terapeuta em relação ao paciente. Há uma dimensão tanto afectiva como cultural destes fenómenos relacionais. A contra-transferência cultural concerne a maneira como o terapeuta se posiciona em relação à alteridade do paciente, e diz respeito às suas maneiras de fazer, de pensar a doença, a tudo o que faz o ser cultural do paciente... Qual a posição de cada terapeuta em relação ao modo específico do paciente compreender o seu mal? A resposta do terapeuta a esta pergunta depende da sua contra-transferência cultural. Esta, por sua vez, condiciona a capacidade de entrar em relação com o paciente. Trata-se pois de definir o estatuto epistemológico que se atribui a esta dimensão da relação terapêutica. E de tomar consciência das pertenças culturais inscritas na história colectiva que impregna as reacções de cada um. A análise dessa contra-transferência cultural serve para os terapeutas evitarem a passagem a actos agressivos, afectivos, racistas...

2. A CONSULTA CULTURAL DO JEWISH HOSPITAL EM MONTREAL

O Canadá é um país de imigrantes com uma política e ideologia multiculturalistas. Estas reflectem-se em esforços desenvolvidos para dar resposta à diversidade cultural também nos serviços de saúde mental.

O multiculturalismo tornou-se política oficial no Canadá em 1971. Os seus objectivos explícitos são manter as línguas e culturas de origem dos seus cidadãos e combater o racismo. A cultura e a etnicidade são aqui vistas de forma positiva. Consequentemente, a legislação

procurou promover o pluralismo e a diversidade nos locais de trabalho e garantir o igual acesso aos cuidados de saúde. Neste contexto, a psiquiatria cultural centrou a sua atenção nas questões relacionadas com a etnicidade mas acabou por esquecer um pouco a questão da língua em razão do bilinguismo oficial do país.¹⁴⁶

Para colmatar a falta de serviços adaptados às especificidades linguísticas e culturais dos pacientes canadianos, foi criada a consulta de psiquiatria comunitária e familiar do Hospital Mortimer em Montreal (Jewish Hospital), dirigida por Laurence Kirmayer. O objectivo foi quebrar as barreiras dominantes sentidas pelos utentes como preconceito ou racismo; incompreensão; familiaridade linguística e cultural. Estas barreiras ainda não foram ultrapassadas pelo sistema nacional de saúde canadiano como um todo.

Quatro dos psiquiatras em serviço nesta consulta do Jewish Hospital de Montreal são autores de um artigo científico esclarecedor sobre o contexto cultural dos encontros terapêuticos com migrantes. Estes autores são também professores e investigadores no Departamento de Psiquiatria Cultural da Universidade de McGill, na mesma cidade.

A partir da sua experiência clínica e de investigação, estes autores desenvolveram um modelo de resposta terapêutica junto de populações migrantes. A base teórica deste modelo assenta na atenção cuidada ao contexto cultural dos problemas psiquiátricos e no reconhecimento da sua centralidade na avaliação clínica de cada caso. As atitudes e as convicções culturais dominam as perspectivas tanto dos pacientes como dos clínicos, pelo que é fundamental tomar consciência da sua *atualização* no encontro terapêutico. À falta desta consciência compromete-se a aliança terapêutica e a negociação e efectivação da eficácia dos tratamentos. Na prática clínica, a “competência cultural” é pois uma exigência desta consulta que procura alargar o seu leque de dispositivos e olhares sobre o sofrimento psíquico e a cura.

Para dar forma a este modelo culturalmente competente, a equipa de Montreal trabalhou sobre os conceitos e abordagens chave desta nova prática clínica. Eles são nomeadamente, a cultura,

146 Kirmayer *et al.*, 2000.

o género através de diferentes culturas, a identidade etnocultural, explicações de doença e procura terapêutica, formulação cultural, competência cultural.¹⁴⁷ Neste resumo, deter-nos-emos apenas na competência cultural, por motivos de espaço disponível.

A expressão “competência cultural” designa uma abordagem terapêutica que visa desenvolver estratégias adequadas perante uma população culturalmente diversificada. A competência cultural envolve estratégias tanto culturalmente específicas como genéricas na resposta aos desafios impostos pela alteridade no trabalho com migrantes. Isto inclui a capacidade do terapeuta captar a informação cultural relevante no momento do encontro clínico, de compreender como o mundo cultural do paciente e da respectiva família influencia a doença, e de desenvolver um plano de tratamento que emancipa o paciente através da validação do seu saber cultural específico.

A competência cultural está relacionada com conhecimentos relativos a grupos culturais específicos, à sua história, língua, maneiras, estilos de educação, expressão emocional, interacção interpessoal, explicações culturais da doença e modalidades de cura. É assim levada a cabo, nesta equipa, a formação cultural e intercultural específica a grupos diversos sem cair contudo no *ethnic matching*. Procura-se aqui não ceder ao risco de tomar por garantidos certos aspectos e questões em função da afinidade cultural existente entre paciente e médico, ou de tabus partilhados entre ambos. Também se evita a confusão entre proximidade cultural e amizade, favor ou intervenção inapropriada.

Na sua formação profissional cultural, os clínicos são pois distanciados da sua cultura de origem e tornam-se relutantes em fazer uso do seu conhecimento cultural tácito. Há uma hipervigilância em relação aos pontos de referência cultural de partida e uma combinação de saberes e estratégias de tratamento: diagnósticos e métodos tradicionais podem ser associados a tratamentos psiquiátricos convencionais. O clínico pode comportar-se de forma diferente em função de cada caso. Também é tida em conta a percepção que os pacientes têm do quadro institucional da consulta. O coração da competência a adquirir é, pois, a compreensão a desenvolver pelo clínico sobre

147 As referências bibliográficas sobre esta matéria são extensas. Procurar no sítio do departamento de psiquiatria cultural da McGill na Internet: <http://www.mcgill.ca/tcpsych/publications>

as suas próprias representações, muitas delas relacionadas com a etnicidade, religião, classe, formação médica de base, e contexto de prática clínica. O terapeuta culturalmente competente tem um sentido agudo daquilo que não sabe, e um respeito sólido pela diferença. Deve tolerar a ambiguidade e incerteza associadas ao seu não saber. É que, no final das contas, os pacientes são os que mais sabem sobre o seu universo.

A grande variedade de competências a adquirir pelos clínicos culturais leva estes últimos a trabalhar em equipas multidisciplinares. Uma grande diversidade de modelos de trabalho em grupo tem sido desenvolvida por clínicos desta consulta e colaboradores. Cécile Rousseau e Jaswant Guzder são duas psiquiatras do Jewish Hospital que têm aplicado estratégias particularmente criativas (nomeadamente com terapia artística). Como a própria Rousseau afirma, o trabalho clínico em psiquiatria cultural é um *messy work* (trabalho desordenado), que foge às convenções e desafia a criatividade dos clínicos e pacientes.

3. A CONSULTA DO MIGRANTE NO HOSPITAL MIGUEL BOMBARDA

A “Consulta do Migrante” iniciou o seu trabalho no ano de 2004, no Hospital Miguel Bombarda em Lisboa, por iniciativa do Núcleo de Psicologia e Psiquiatria Transcultural fundado pela psiquiatra Inês Silva Dias. Durante o seu tempo de funcionamento (de Julho de 2004 a Dezembro de 2007) contou com utentes oriundos de uma grande variedade de países, recebendo imigrantes de primeira e segunda geração em Portugal, e filhos de emigrantes portugueses retornados. Alguns dos países de origem dos utentes registados foram: Angola, Cabo-Verde, Guiné, São Tomé, África do Sul, Brasil, Argentina, Venezuela, Espanha, Itália, Ucrânia, Moldávia, Roménia, Rússia, Albânia, Bangladesh, Paquistão e China.

Este serviço representou uma iniciativa pioneira em Portugal de prestação de um serviço clínico para imigrantes. Nos seus objectivos de partida, pretendia incluir nos mecanismos de interpretação e resolução dos problemas a dimensão cultural do sofrimento. A equipa foi constituída a partir dos interesses comuns de alguns membros do Núcleo Português de Psicologia e Psiquiatria Transcultural, com experiência internacional de trabalho (Macau, Bélgica, França, Suécia, EUA), ou de origem estrangeira (Chile). Do conjunto dos

sete terapeutas oficiais da consulta, nenhum tinha formação especializada em psiquiatria transcultural, etnopsiquiatria ou clínica intercultural, o que fez deste serviço um campo de experimentação de um saber técnico em aprendizagem. As duas antropólogas que participaram das consultas, respectivamente desde 2004 e 2005, deixaram de o fazer em 2006, por decisão da nova direcção entretanto eleita.

Sem modelo de partida, as consultas eram feitas pelos psiquiatras uma vez por semana no hospital, reunindo-se a equipa em reuniões clínicas, teóricas e administrativas. Em 2006, as reuniões clínicas passaram igualmente a ser vedadas aos membros que não cumpriam funções institucionais no hospital. Permaneceram as reuniões administrativas e teóricas acessíveis ao grupo alargado composto pelos técnicos de saúde da consulta, por três antropólogos, um psicopedagogo, e dois psicólogos exteriores ao hospital. A direcção da equipa abriu, entretanto, as portas das reuniões teóricas a todas as pessoas interessadas do grande público. Estas reuniões teóricas consistiram na leitura e discussão de textos de antropologia médica, etnopsiquiatria, psiquiatria cultural e estudos culturais e históricos sobre “povos do mundo”.

A política de encerramento da consulta aplicada ao longo do ano de 2007 acompanhou as reformas governamentais do serviço nacional de saúde que encerrou a “Consulta do Migrante” e fundiu o Hospital Miguel Bombarda com o Hospital Júlio de Matos. Os psicólogos contratados foram dispensados e a consulta é agora suposta migrar para um serviço exterior ao hospital (intenção manifesta da direcção deste serviço específico).

A fragilidade administrativa, teórica e prática desta iniciativa-piloto deve ser compreendida no contexto mais vasto da recente história de imigração em Portugal e da formação tradicional dos técnicos de saúde mental nacionais. De forma importante, de facto, a viragem histórica dos anos 70 em Portugal trouxe ao quotidiano das relações interpessoais entre ex-colonizados e ex-colonizadores o convívio e sobreposição de formas de identidade democrática e comunitária com a herança colonial do passado. A questão da diferença cultural dos migrantes, nesta perspectiva, não apenas traz à análise, em contextos clínicos como a “Consulta do Migrante”, a problemática da cultura, mas mergulha à partida o trabalho

intercultural na dimensão histórica e política subjacente às relações entre povos com um passado comum (Sayad, 1999). A diversidade cultural é, ela própria, um problema político por excelência, tendencialmente hierarquizado e massificado através dos meios de comunicação, das imagens de “nós” e dos “outros” (Taliani, 2006). Razão pela qual qualquer dispositivo terapêutico se revela ineficaz quando não inserindo as experiências privadas dos imigrantes no contexto mais vasto da história e da política, como tendem a fazer os técnicos sem formação/sensibilização antropológica.

No caso dos “novos encontros”, por sua vez, entre imigrantes oriundos de países distantes deste passado colonial, como são os imigrantes da Europa de Leste, o encontro com a diversidade aponta antes para a aprendizagem de um futuro comum que dependerá da forma como o presente histórico reconhece o papel social de uns e de outros e concebe a relação entre as duas partes. A dimensão histórica e política, neste caso, parece esclarecer os encontros entre migrantes e hóspedes sobre a existência de uma necessidade de relação orientada por e para um fim comum. O presente histórico surge como uma oportunidade (mais ou menos utópica) de correcção dos erros do passado na construção de novos alicerces para a convivência. O futuro permite vislumbrar um horizonte orientador da memória antiga que se procura salvar da história de violência do passado. O mesmo se pode aplicar à própria colaboração profissional entre médicos e cientistas sociais, ainda sem tradição em Portugal.

Se os “reencontros” no contexto migratório podem dificultar (quando não impossibilitam) esta vida em comum, em consequência das marcas da violência do passado colonial, os “novos encontros” podem permitir a gestação de novas formas de convivência e a construção de regras comuns aplicáveis a todos. Estas últimas dependem, claro está, de questões geopolíticas e diplomáticas mais vastas que se subordinam menos aos peões da história – neste contexto, os imigrantes e os cidadãos hóspedes – e mais aos grandes interesses políticos e económicos dos países e Estados.

Na prática, no próprio terreno da consulta se constatou a existência de uma desigualdade de partida difícil de ultrapassar entre os utentes imigrantes e os operadores domésticos. Na “Consulta do Migrante”, essa desigualdade pareceu atenuada nos casos acompanha-

dos por terapeutas também eles “estrangeiros”. De facto, é de realçar o papel das duas psicólogas chilenas, membros oficiosos da equipa hospitalar. Os pacientes seguidos por estas terapeutas testemunharam um sentimento de maior proximidade, que se explica pela partilha de uma diferença mais óbvia, nomeadamente do ponto de vista linguístico. Os sotaques, neste caso, ajudaram a aproximar os utentes dos técnicos.

Também a relação diferenciada em função dos estatutos e competências específicas dos técnicos da consulta – se eram médicos, psicoterapeutas ou enfermeiros (bem como com a antropóloga) – coloriu de tonalidades diferentes os sentidos atribuídos pelos utentes ao encontro terapêutico. Estas diferenças tiveram consequências relevantes no percurso subsequente de procura de ajuda por parte dos migrantes (*health-seeking behaviour*) e na evolução das razões de partida que os motivaram a recorrer à consulta. O que se observa a este propósito é que uma hierarquização e medicalização (esta última implicando muitas vezes a primeira) do sofrimento conduzem a uma maior estigmatização dos utentes, e a uma autopercepção desvalorizante que alimenta uma desigualdade estrutural entre prestadores de serviços de saúde e imigrantes consultantes.

Como constatado noutros serviços de apoio a imigrantes na Europa e América do Norte, com muita frequência o desajuste entre os universos de pertença e referência entre clínicos e migrantes conduz a um abandono destes serviços por parte dos segundos (Beneduce, 2005). Por essa razão, a continuidade do trabalho terapêutico fica comprometida, sendo de notar que o grau de investimento de interesse por parte dos clínicos é inversamente proporcional ao seu grau de patologia do sofrimento dos imigrantes. Cada caso torna-se, ao olhar dos próprios médicos, igual a todos os casos categorizados segundo os cânones ocidentais tidos como verdade científica incontestável. Cada pessoa torna-se, assim, rapidamente numa patologia, sendo que paradoxalmente, quando analisadas as “histórias clínicas” de pacientes em psiquiatria, se verifica uma multiplicidade de diagnósticos e de terapêuticas farmacológicas aplicadas.

O contacto próximo com os utentes da consulta, bem como o acompanhamento das reuniões clínicas e teóricas da equipa hospitalar, permitiu constatar como o mal-estar

dos imigrantes pode ser entendido como um sintoma mais vasto do mal-estar da nossa sociedade. Da mesma forma, o sofrimento expresso nos idiomas culturais específicos dos imigrantes revela-se um verdadeiro desafio ao saber hegemónico da medicina ocidental. O trabalho de terreno com imigrantes num contexto clínico aponta assim para um campo de acção e reflexão em movimento. Este caracteriza-se por uma epistemologia provisoriada e um questionamento metodológico permanentes, cuja aceitação (teórica e prática) não deve representar uma fonte de ineficácia mas, antes pelo contrário, uma condição de enriquecimento e de adequação à realidade complexa.

CAPÍTULO 10.

REFUGIADOS E REQUERENTES DE ASILO¹⁴⁸: ABORDAGENS ANTROPOLÓGICAS NO CAMPO DA SAÚDE FÍSICA E MENTAL

CRISTINA SANTINHO¹⁴⁹

La única cosa sensata que se puede decir sobre la naturaleza humana es que está “en” esa misma naturaleza la capacidad de construir su propia historia.

Lewontin, Rose Y Kamin [1990]

O propósito deste texto é discutir a incorporação da condição de “não-pertença” entre os refugiados e requerentes de asilo em Portugal, tanto na perspectiva sociocultural, como na perspectiva da antropologia médica¹⁵⁰. Em particular, pretendemos abordar o modo como os refugiados e requerentes de asilo lidam com a doença, o sofrimento físico e mental, o acesso ao Sistema Nacional de Saúde e a forma como perspectivam o seu futuro em Portugal.

É pouco frequente no nosso país orientarmos a investigação para grupos numericamente tão pouco significativos, como é aparentemente o caso dos Refugiados e Requerentes de Asilo. Até agora, as grandes preocupações, em particular no campo da saúde, têm vindo a dedicar-se aos imigrantes (documentados e indocumentados) que fazem já parte, indiscutivelmente, da estrutura social e cultural do nosso país.

A situação portuguesa no que diz respeito ao número de pedidos de asilo contrasta com os outros países da União Europeia, particularmente com a vizinha Espanha ou mesmo França. Em

148 Entende-se por “requerentes de asilo” todos os que entrando em território nacional, ainda estão dependentes de uma decisão definitiva por parte do SEF (Serviço de Estrangeiros e Fronteiras), relativa ao seu pedido de reconhecimento de estatuto de refugiado. Esta decisão pode tardar meses ou até anos.

149 Doutoranda em Antropologia pelo Departamento de Antropologia do ISCTE e bolseira da Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT).

150 Nas últimas décadas, a definição de “antropologia médica” não tem sido linear e uniforme, tendo-se inclusive subdividido em diferentes áreas, como por exemplo a etnomedicina, ou a antropologia do corpo. Neste texto, entendemos “antropologia médica”, não

Portugal, em média, existem apenas uma ou duas centenas de pedidos de asilo por ano, um pequeno número em comparação com os outros países europeus. Na consulta efectuada aos registos estatísticos do SEF (Serviço de Estrangeiros e Fronteiras) relativos ao ano de 2007¹⁵¹, haviam pedido asilo em Portugal 227 indivíduos, dos quais destacamos a título de exemplo os seguintes números: Colômbia: 86; Somália: 21; Bósnia Herzegovina: 16; Guiné-Conacri: 14; República Democrática do Congo: 11; Afeganistão: 7. Importa contudo destacar que destes 227 requerentes de asilo, apenas 84 foram admitidos à segunda fase do procedimento. Em 2007, foram somente concedidas 25 autorizações de residência por razões humanitárias e um único estatuto de refugiado.

Para podermos ainda perspectivar o número de entradas comparativamente a outros países europeus de menores dimensões, podemos referir que tanto Malta como a Lituânia têm não só mais pedidos como também um maior número de refugiados.

São várias as razões apontadas para este fenómeno. Desde logo a posição geográfica de Portugal em relação à Europa, o facto de não possuir fronteiras com o Mediterrâneo, a ausência de rotas aéreas directas provenientes dos países de onde os requerentes de asilo se libertam, e ainda a presente situação económica do país, com escassa empregabilidade, são alguns dos factores que condicionam a procura preferencial de Portugal como país de asilo. Relativamente a este ponto, interessa referir que os refugiados e requerentes de asilo por mim entrevistados, relativamente às razões que os levaram a vir para Portugal e não para outro país europeu, referiram que apenas tinham decidido vir para a Europa, sendo que o facto de se encontrarem em Portugal se deveu sobretudo ao acaso. Esta justificação era dada preferencialmente por aqueles que escolheram o transporte marítimo (clandestino) como meio de fuga. Outros referem que a escolha se deveu em primeiro lugar ao facto de o país vizinho ao seu ter fronteiras com as ex-colónias portuguesas e portanto existirem voos directos entre esses países terceiros e Portugal, e em segundo lugar por terem referências da história de Portugal, ouvidas nos bancos da escola. São ainda mencionados vários casos que apontam para uma decisão de vinda

só como uma disciplina que aborda as questões da saúde, mas principalmente que as contextualiza num panorama mais amplo da cultura, da sociedade, da economia e da política.

151 Fontes: http://www.refugiados.net/cidadevirtual/estatisticas/pa_2007.html; "Relatório de Actividades do SEF, Imigração, Fronteiras e Asilo".

para Portugal, tomada não pelos próprios mas por redes organizadas nos países emissores que os “ajudam” a iniciar o percurso de viagem. São estas redes que providenciam documentos e bilhetes de viagem a alguns refugiados. Sobre este aspecto, importa desde já salientar aqui que, ao contrário dos imigrantes, a saída do seu país nunca é uma saída pacífica e muito menos planeada. Normalmente, é feita sobre ameaça eminente e súbita de morte, o que evidentemente não permite na maior parte dos casos a ida a casa para preparar documentos de identidade ou passaporte. São vários os exemplos de países onde estes documentos nem sequer são fáceis de obter oficialmente.

Um número tão pouco expressivo de refugiados em Portugal origina um enorme desconhecimento na sociedade portuguesa sobre o que significa ser refugiado ou requerente de asilo, implicando também um escasso debate social e político sobre esta condição. Ao contrário dos temas relacionados com a imigração, que ocupam diariamente os noticiários televisivos e as páginas de jornais, o tema dos refugiados apenas recebe honras de referência nas datas mais significativas, como é o caso da recente comemoração do “Dia Mundial do Refugiado” (20 de Junho) nas instalações do Centro de Acolhimento de Refugiados (CAR) – CPR¹⁵², que receberam a visita do Presidente Cavaco Silva acompanhado de uma vasta comitiva de figuras políticas e públicas.

Como consequência desta inexpressividade demográfica, acabam por ser remetidos para a quase invisibilidade social, não possuindo na prática uma identidade que os torne um grupo socialmente reconhecido e muito menos com carácter reivindicativo. Ao contrário do que acontece com a população imigrante, que se vê representada num número bastante significativo de associações – segundo os dados disponíveis no sítio do ACIDI na Internet, só as associações reconhecidas em Portugal são mais de 100 – os refugiados não possuem qualquer estrutura associativa criada pelos próprios. Assim, carecem de organismos que garantam aquilo que J. Sardinha (2007) designa como “satisfação colectiva dos seus membros, de modo a conduzir as suas acções e reivindicações (...)” e que simultaneamente lhes reforcem o sentido de pertença, a par de lhes garantirem um reconhecimento político face às suas reivindicações e ao exercício

152 O Centro de Acolhimento de Refugiados pertence ao Conselho Português de Refugiados, ONGD representante do ACNUR (Alto Comissariado das Nações Unidas) em Portugal.

dos seus direitos e deveres de cidadania – o que só agudiza a sua condição de marginalidade e invisibilidade face ao sistema social. No caso dos refugiados e dos requerentes de asilo, não podemos contudo afirmar que constituam um grupo único ou uma categoria – termo este que segundo Goffman (1998) é perfeitamente abstracto e pode ser aplicado a qualquer agregado, referindo-se por vezes a pessoas submetidas a uma “estigmatização social” em sentido estrito, como acontece com a maior parte das associações de imigrantes que se formam em torno de uma reivindicada pertença étnica. A criação de uma associação representativa dos refugiados enquanto tal teria que enfrentar desde logo a incontornável diversidade dos seus membros, para além da necessidade de encontrar um património material e simbólico que permitisse uma interacção mútua.

Mas para que se perceba o verdadeiro sentido do que significa ser *refugiado* ou *requerente de asilo*, e em que medida sê-lo é efectivamente diferente de ser *imigrante*, temos de esclarecer o que se entende por este estatuto. Em 1951, foi eleito pela primeira vez na Assembleia-Geral das Nações Unidas o Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR).

Foi então assinada a convenção relativa aos refugiados, que viria a estabelecer os seus direitos e deveres em matéria de emprego, educação, residência, liberdade de circulação, acesso aos tribunais e acima de tudo segurança contra o regresso ao país que os perseguiu, bem como as obrigações dos Estados perante eles, estipulando também padrões internacionais de tratamento. Nessa convenção, o artigo 1.º define o termo “refugiado” da seguinte maneira: [Qualquer pessoa] (...) receando com razão ser perseguida em virtude da sua raça, religião, nacionalidade, filiação em certo grupo social ou das suas opiniões políticas, se encontre fora do país de que tem a nacionalidade e não possa, ou em virtude daquele receio, não queira pedir protecção daquele país...¹⁵³

Não abordando aqui a especificidade dos “imigrantes económicos e ou ambientais” que necessitam de sair do seu país por razões de sobrevivência associada à extrema pobreza ou à escassez de recursos que lhes permita o acesso às fontes ali-

153 Consultar: “A situação dos refugiados no Mundo. Cinquenta anos de Acção Humanitária”, ACNUR, 2000.

mentares (este assunto, apesar da sua importância, não se enquadra aqui), o que significa em concreto esta definição de refugiado? Como poderemos nós definir o seu perfil, ou mais exactamente “perfis”, e como se definem a eles próprios? Quais são as suas narrativas, a sua história de vida? E ainda, qual a relação entre a legislação relativa à protecção da sua saúde e a história dos seus sofrimentos tantas vezes incompreendidos?

Em Portugal, existem duas organizações que assumem a defesa dos interesses dos refugiados. Uma delas, internacional e de carácter religioso, o Serviço Jesuíta dos Refugiados (JSR) e a outra, o Conselho Português para os Refugiados (CPR), constituída como Organização Não Governamental para o Desenvolvimento (ONGD) e fundada em 1991. Esta última é a única representante do ACNUR em Portugal e dá abrigo a todos os requerentes de asilo que dão entrada no país, provenientes de regiões tão diferentes como: Costa do Marfim, Myanmar, Somália, Líbano, Colômbia, Albânia, Palestina, Etiópia, Sri Lanka, Afeganistão, Congo, Turquia, para nomear apenas alguns exemplos.

A pesquisa que está na base deste artigo reflecte uma metodologia antropológica que tem por base o trabalho de campo¹⁵⁴ que tenho vindo a efectuar no contexto do CPR desde o início de 2007 junto dos refugiados e requerentes de asilo, mas que também contempla entrevistas efectuadas quer aos médicos do Centro de Saúde da localidade onde se situa o CAR (Bobadela) e aos psiquiatras que os atendem – no contexto do Hospital Júlio de Matos ou do consultório privado – quer aos técnicos responsáveis pelas várias vertentes do acolhimento no CPR. Podemos também afirmar que uma boa parte da pesquisa tem incluído “observação participante”¹⁵⁵, realizada aquando do acompanhamento dos refugiados ao consultório do médico de clínica

154 Em traços gerais, do ponto de vista da antropologia, “trabalho de campo” significa, desde Malinowski, um conjunto de métodos de recolha e análise de dados. A observação participante, os estudos de caso, as histórias de vida, as entrevistas em profundidade, os questionários e o registo do observado em cadernos de campo são, entre outras, algumas das ferramentas utilizadas pelos antropólogos que têm vindo paulatinamente a ser utilizadas por outras ciências humanas, nomeadamente a sociologia e a psicologia social.

155 O termo “observação participante” foi usado pela primeira vez por Eduard Lindeman em 1924, e era por ele entendido como a incorporação de um entrevistador num determinado grupo, de preferência sem interferir nas actividades quotidianas (Céfaï, Daniel, 2003). No caso experienciado pela autora, esta observação participante levada a cabo no momento da consulta do refugiado, era a única forma (apesar de discutível) de permitir, aos próprios, serem compreendidos pelo médico. A opção pela não interferência, poria em causa a comunicação médico/paciente, pela existência de barreiras linguísticas intransponíveis.

geral, assim como à consulta de psiquiatria, com o objectivo imediato de traduzir as suas aflições, expressas em francês ou inglês, para o português, e vice-versa (das orientações dadas pelo médico em português, para os idiomas de recurso usados pelos refugiados), tornando possível uma melhor interpretação da informação clínica dada pelo médico. Grande parte do trabalho de campo tem-se desenrolado tendo como cenário preferencial o Centro de Acolhimento de Refugiados (CAR) da Bobadela, tal como referimos anteriormente. O CAR, pelas suas características de abrigo da diversidade cultural e linguística, pode-se considerar aquilo que Marc Augé (2005) denominou um “não-lugar”: “Os não-lugares são tanto as instalações necessárias à circulação acelerada das pessoas e dos bens (...) como os próprios meios de transporte ou os grandes centros comerciais, ou ainda os campos de trânsito prolongado onde são arrebanhados os refugiados do planeta.” No caso do CAR, julgamos poder afirmar que se o lugar de residência e abrigo dos requerentes de asilo é estável, os próprios residentes – requerentes de asilo – não o são, uma vez que apenas aí podem permanecer por alguns meses. Nas palavras de um requerente de asilo: “a única coisa que é comum a todos nós aqui no centro é o sofrimento”. Nesta não-comunidade, nesta “Torre de Babel”, diferentes aspectos relacionados com a saúde física e mental acabam por surgir.

Começámos por dizer que, quando um refugiado pede asilo em Portugal, nem sempre sabe que chegou a este país. Isto significa que por trás da cada história de vida de um homem, mulher, ou criança (alguns deles são crianças e jovens desacompanhados), não existe só a fuga desesperada e não planeada a guerras e conflitos armados e uma experiência traumática de perseguição, tortura e violência (sobre o próprio ou sobre membros da sua família ou comunidade). Existe também, por vezes, uma viagem de fuga clandestina, feita em barcos ou camionetas com condições deploráveis, expostos a situações de extrema vulnerabilidade – como abusos sexuais, violações, confinamento em espaços minúsculos e sem acesso à luz solar, humilhações e ameaças – em troca de um pedaço de comida e a promessa de chegada a qualquer porto de abrigo.

Uma vez chegados a Portugal – nos casos com mais êxito, que são aqueles que através da sua história e comportamento, por vezes marcado com as cicatrizes da tortura no

próprio corpo, conseguem convencer o SEF da veracidade da sua história – são então encaminhados para o CPR, onde permanecerão por alguns meses, no Centro de Acolhimento aberto – significando que podem sair e entrar sempre que desejem, sendo “apenas” confinados pelas suas próprias limitações relativas ao desconhecimento do espaço geográfico, da língua, da sociedade – até que o seu estatuto seja finalmente reconhecido. Ou nalguns casos, quando esse reconhecimento é recusado, o processo passa a ser arrastado na lentidão dos tribunais após a interposição de recurso, o que pode prolongar-se em anos de indecisão e sofrimento (uma espécie de limbo malévolo, onde nem existe direito legal a apoio financeiro). Estes pedidos desesperados de asilo são invariavelmente confrontados com um aparelho burocrático, político e geoestratégico que visa avaliar, até quase à exaustão, a veracidade dos factos descritos pelo requerente, não raramente em idiomas e códigos culturais e simbólicos difíceis de entender por ambas as partes envolvidas.

O Centro de Acolhimento da Bobadela é considerado a nível internacional como um centro modelo, não apenas pelas boas condições logísticas, mas sobretudo pelo apoio que aí é prestado, que tem em conta, dentro do possível, a especificidade de cada refugiado ou requerente de asilo e que se traduz em acolhimento residencial, apoio alimentar, banco de roupa, apoio jurídico e financeiro, ensino da língua portuguesa, e assistência à saúde. A este último respeito, é feito desde logo o encaminhamento para um rastreio elementar de saúde junto a um dos parceiros do centro, designado “Consulta do Migrante”, através do Projecto “Epimigra” (sediado no Instituto de Higiene e Medicina Tropical – Universidade Nova de Lisboa), ou em caso de necessidade manifestada pelos próprios refugiados, para os Serviços de Saúde Pública, tais como o Centro de Saúde da Bobadela, hospitais em caso de urgência ou, em situações consideradas pelos técnicos do CAR como “particularmente difíceis do ponto de vista psicológico”, encaminhamento para médicos psiquiatras com parcerias estabelecidas pelo CPR – como é o caso do CAVITOP – “Centro de Apoio às Vitimas de Tortura em Portugal”¹⁵⁶.

156 O CAVITOP foi fundado em 2002 pelo cirurgião Gentil Martins e é constituído maioritariamente por psiquiatras e psicólogos. Teve como objectivo prioritário prestar acompanhamento às vítimas de tortura de ex-combatentes da guerra colonial portuguesa. No conjunto de psiquiatras que constituem o CAVITOP, destacamos o Prof. Dr. Afonso de Albuquerque e o Prof. Dr. António Bento que atendem ainda hoje refugiados encaminhados pelo CPR – não no contexto físico do CAVITOP, mas das instalações onde cada um exerce a sua profissão.

Tal como referi anteriormente, a minha pesquisa tem vindo a ser realizada em grande parte com base na recolha de histórias de vida e em entrevistas aos refugiados residentes no CAR assim como já fora da instituição, com particular atenção à recolha de depoimentos sobre o momento traumático da perseguição e fuga, a percepção sobre o seu estado de saúde mental e físico e as suas expectativas relativamente à vida em Portugal.

Por outro lado, tenho vindo também a aplicar entrevistas aos técnicos que atendem directamente os refugiados no Centro de Acolhimento, bem como aos médicos de família, de saúde pública e psiquiatras que os consultam esporadicamente – quando existe suspeita (por parte dos técnicos) de um trauma que os impede de funcionarem dentro da “normalidade esperada”.

Ao contrário do que acontece com a maioria dos imigrantes – que depositaram no percurso migratório uma esperança sonhada e previamente preparada ao pormenor (às vezes com a participação e solidariedade de toda a família), e com a vantagem de poderem usufruir de redes sociais e culturais já estabelecidas – os refugiados, pelo contrário, são arrancados do mundo que sempre conheceram para reiniciarem e se reinventarem a si próprios numa nova existência, em contextos culturais, sociais, linguísticos e por vezes religiosos muito distintos dos seus, com códigos que não dominam e numa sociedade que dificilmente reconhece o seu percurso, a sua identidade e o seu sofrimento.

Também diferentemente do que acontece com os imigrantes indocumentados, não existem aparentemente entraves de qualquer espécie, do ponto de vista legislativo e jurídico, no acesso à saúde por parte dos Refugiados e Requerentes de Asilo, que vem salvaguardada pela portaria n.º 30/2001 (Ministério da Administração Interna e da Saúde) a assistência médica e medicamentosa, desde a apresentação do pedido de asilo até à sua resolução final. Esta assistência é prestada nas mesmas condições em que se encontram os cidadãos nacionais, e com isenção do pagamento de taxas, incluindo também os cuidados de especialidades: oftalmologia, estomatologia, otorrino, saúde mental, internamentos, reabilitação, etc., para isso bastando “apenas” a apresentação de comprovativo de apresentação de pedido de asilo ou autorização de residência

válidos¹⁵⁷. Apesar deste processo ser aparentemente fácil porque salvaguardado por lei, na prática o processo é muito mais complicado, sobretudo nos casos em que o requerente de asilo ou refugiado já não se encontra debaixo da jurisdição geográfica do Centro de Saúde da Bobadela. Fora deste centro, os técnicos administrativos dos serviços de saúde parecem desconhecer a validade dos documentos apresentados, comunicando aos refugiados a obrigação de pagar avultadas quantias por uma consulta ou intervenção médica de urgência.

Se bem que a salvaguarda dos direitos jurídicos de protecção humanitária dos refugiados e requerentes de asilo – incluindo o acesso à saúde, como acabo de mencionar – esteja sem dúvida legalmente salvaguardada em Portugal, o mesmo não se pode de todo afirmar relativamente ao problema dos cuidados especificamente orientados para a saúde mental. Porque esta última depende não apenas de um ou outro aspecto jurídico – por vezes em si factores de distúrbio, pela morosidade do processo de decisão – mas também de outras causas bastante mais abrangentes de nível económico, social e linguístico que sem dúvida contribuem para um perfil de angústia e depressão.

Na maioria das entrevistas aplicadas aos médicos que acompanham os refugiados e requerentes de asilo, salientamos duas situações:

- a) No que diz respeito à consulta no Centro de Saúde da Bobadela (que cobre a área onde se situa o Centro de Acolhimento) os entrevistados não hesitam em afirmar que a maior parte das queixas apresentadas pelos refugiados são do foro psicossomático: dores de estômago, insónia, ansiedade, dores musculares, problemas dermatológicos, dificuldade de concentração, nervosismo, estado de permanente alerta. Estes sintomas são também corroborados pelos técnicos do CAR – CPR que para lá os encaminham.

157 Recentemente foi aprovada na Assembleia da República, promulgada e referendada pelo Presidente da República e pelo Primeiro-ministro, no dia 20 de Junho (Dia Mundial do Refugiado), a lei n.º 27/2008 de 30 de Junho que estabelece a garantia da assistência médica e medicamentosa aos requerentes de asilo e membros da sua família e o acesso ao Serviço Nacional de Saúde (capítulo VI, secção I, artigo 52). Já no capítulo VII, artigo 73, é garantido aos refugiados e membros da sua família o acesso ao Serviço Nacional de Saúde, nas mesmas condições dos cidadãos nacionais.

- b) Nos casos considerados pelas assistentes sociais do CAR como mais graves, porque implicam (segundo descrições apresentadas por estas técnicas) agressividade, ansiedade extrema, pesadelos, isolamento constante ou ameaça física (tentativa de fogo posto ou ameaça de suicídio por exemplo), os refugiados são encaminhados para os médicos psiquiatras que os atendem pontualmente, raramente regressando à consulta após terem obtido a primeira receita médica (segundo testemunho dado pelos próprios médicos).

Tanto numa situação como noutra, salientamos que o primeiro grande entrave colocado à comunicação e ao diálogo entre médico e refugiado é, na maioria das vezes, um entrave linguístico. Esta questão, no meu ponto de vista primordial, em particular quando se trata de problemas psíquicos causados por perseguição ou tortura, foi por mim testemunhada várias vezes no acompanhamento dos próprios refugiados às consultas. Nem sempre os médicos falam em francês ou em inglês, e na maioria das vezes os requerentes de asilo, para além de não dominarem ainda o português básico, utilizam estes idiomas apenas como recurso incipiente, pois a sua língua materna é frequentemente um dialecto local do país de origem¹⁵⁸. Este facto dificulta consideravelmente um atendimento mais personalizado e específico aos refugiados, que tenha em conta as suas necessidades.

O desconhecimento da língua, a ausência de referentes culturais imediatamente compreensíveis, o desconhecimento do sofrimento e da aflição que originou a sua história enquanto refugiado, a ausência de uma identidade reconhecida, o isolamento e a angústia perante um futuro próximo completamente incerto, e até uma diferente percepção dos significados de saúde, doença e corpo fazem do refugiado um paciente específico, que necessita de muito mais que os serviços generosamente prestados pelo Serviço Nacional de Saúde: um comprimido apaziguador dos seus sofrimentos. Notamos que é frequentemente referida pelos médicos a adopção desta solução terapêutica – a prescrição de antidepressivos, ansiolíticos e sedativos – no sentido de apaziguar as suas interpretadas queixas. Se existem controvérsias sobre a aplicação

158 Foi-me dito recentemente que um dos médicos psiquiatras, no momento da consulta, não se terá apercebido que o requerente de asilo que estava a atender, e a quem se dirigia em francês, nem sequer dominava essa língua. A confusão instalou-se pelo facto de o dialecto usado pelo requerente de asilo ser o ngala (falado nalgumas regiões do Congo e em Angola), que apenas possui algumas palavras em francês, não sendo portanto suficiente para haver um mínimo entendimento entre médico e paciente.

deste tipo de terapia – tal como refere Hackett e Hackett (1999): “a validade do diagnóstico é se ajuda o paciente, e não se está conforme as irreconciliáveis posições dos antropólogos médicos e universalistas” – no caso de Portugal essa situação nem se coloca, uma vez que não existe um acompanhamento estruturado e continuado pelos serviços de saúde ao paciente.

Defendo portanto a posição de que um refugiado não é um doente mental comum, tal como é aparentemente encarado pelo SNS, mas alguém que foi vítima de um contexto de conflitos armados, guerras, tortura física e psicológica e que acaba também por ser vítima de um processo que, apesar da provável boa vontade dos médicos que os atendem em consulta, compactua com a falta de respostas adequadas à sua situação social em Portugal.

Segundo as palavras de um dos médicos de família do Centro de Saúde,

o principal problema é estarem desinseridos numa sociedade que não é a deles. (...) A maior parte tem problemas psicológicos graves, são indivíduos que não estão integrados, e portanto qualquer coisa que os atinja do ponto de vista físico toma proporções maiores do que aquelas que normalmente têm. Eu acho que os principais problemas são psicológicos mais do que físicos.

Referindo ainda a ausência de um diagnóstico adequado devido ao problema da compreensão da língua, referia um dos médicos psiquiatras:

De facto o diagnóstico [de PTSD], não é tudo. Há aquilo que nós chamamos pessoas que sofrem, mas que não atingem os parâmetros para se fazer o diagnóstico. Não quer dizer que não estejam em sofrimento e também não quer dizer que não precisem de ajuda psicológica. E sabe que a questão do diagnóstico é sem dúvida importante do ponto de vista da necessidade que nós temos de classificar as pessoas. Agora, há muitas pessoas que não se podendo fazer o diagnóstico, mesmo assim estão em sofrimento e mesmo assim, deveriam estar a ser acompanhadas e a ser tratadas individualmente... e por outro lado os que têm vindo [à consulta] são poucos e, mesmo estes, há quebras de comunicação [com o CPR] e eu depois não sei o que se passa, não sei de nada.

Ambos os depoimentos revelam nitidamente uma ausência de articulação devidamente estruturada entre o Serviço Nacional de Saúde, o CPR e o CAVITOP tendo como eixo de intervenção os refugiados e requerentes de asilo. Apesar da boa vontade de todas as instituições e profissionais envolvidos, os apoios no domínio da saúde física e mental são pontuais, desarticulados e sobretudo feitos (ao nível da intervenção dos profissionais de saúde) sem grande vontade ou possibilidade de um verdadeiro conhecimento do Outro. Porque o paciente é encarado como se fosse uma tábua rasa, sem história, sem identidade, sem referentes culturais e principalmente sem uma narrativa do trauma provocada pelas perseguições e eventuais torturas no país de origem e durante a viagem – que foram sem dúvida, para além de particularidade de qualquer contexto cultural, o *leitmotiv* do seu sofrimento.

Mais do que a necessidade de aplicar aos refugiados e requerentes de asilo um sistema nosológico baseado em biopolíticas do corpo ou da mente, em face da actual intervenção que é feita no domínio da saúde, propõe-se aqui contemplar a possibilidade de desenvolvimento de uma resposta articulada ao nível da saúde mental (e também física). A proposta é a de colocar em rede e permanente diálogo não só as instituições que já operam (pontualmente) a este nível, como também outros profissionais cientificamente e tecnicamente preparados, bem como tradutores que dominem a língua de origem e do contexto de acolhimento, com o objectivo de poder ouvir o refugiado: ouvir a história de perseguição e aflição, a reconstituição dos factos que o trouxeram até cá, as suas angústias, medos e expectativas, a sua história de vida. Mas fazê-lo fora dos contextos estigmatizantes, como os hospitais psiquiátricos ou a consulta apressada e descaracterizada do Centro de Saúde.

Existem, quanto a nós, dois indícios da pertinência de um novo serviço que preste assistência em rede: por um lado, há com certeza uma razão (ou várias) para o raro regresso do refugiado após a primeira consulta com o médico, mesmo quando se trata de casos graves identificados pelos psiquiatras como PTSD (*post-traumatic stress disorder*). É necessário fazer o diagnóstico desta situação. Porque é que faltam a uma segunda consulta? O que sentiram durante a mesma? Quais as suas maiores

dificuldades no atendimento?... Porque é que apesar de se diagnosticarem tantos refugiados com dificuldades ao nível da saúde mental, são tão poucos efectivamente encaminhados para a consulta? Porque é que os médicos psiquiatras do CAVITOP que atendem os refugiados nos hospitais psiquiátricos (frequentemente inseridos em grupos de terapia com os “sem-abrigo”¹⁵⁹ ou nos seus próprios consultórios) comentam terem acompanhado ao longo destes últimos anos cinco ou seis anos menos de uma dezena de pacientes no total, e de a maioria faltar à segunda ou terceira consulta?

Por outro lado, há que ter em conta esta afirmação feita por um dos médicos: “neste momento, [os refugiados] não podem ser englobados no Sistema Nacional de Saúde, que é muito pesado e que já não funciona bem para os nacionais, muito menos para os refugiados... deveria haver um departamento que se ocupasse exclusivamente deles”. Julgamos que para além de não haver respostas adequadas no SNS, existe também a necessidade de um outro apoio social, económico e até afectivo (por exemplo o desenvolvimento de redes sociais com as quais se identifiquem), que constituiriam sem dúvida factores de protecção da saúde mental e física dos refugiados.

A este propósito, destacamos como uma boa experiência, no sentido de criar laços de pertença e de partilha de problemas e procura de soluções de forma lúdica e criativa, a formação de um grupo de teatro de refugiados e requerentes de asilo que tem o nome de “RefugiActo”. Este grupo, formado em 2004, surgiu paralelamente à aprendizagem do ensino de português¹⁶⁰ – actividade inserida no projecto de integração levado a cabo pelo CPR – e está constituído presentemente por refugiados e

159 O facto de colocarem os refugiados na mesma classificação dos “sem-abrigo” denota, não só entre alguns médicos mas também entre alguns técnicos da Santa Casa da Misericórdia, um profundo desconhecimento da fragilidade em que se encontram os mesmos, a par da evidente falta de respostas concretas e adequadas às características deste grupo por parte do SNS e das outras instituições estatais que se ocupam da sua integração na sociedade portuguesa. Um dos casos que acompanhei recentemente dava conta da extrema indignação e humilhação que demonstrava um refugiado que, por não conseguir trabalho remunerado que lhe permitisse viver com dignidade, foi encaminhado para a “sopa dos pobres” levando na mão uma declaração em português, assinada por ele, mas da qual desconhecia o conteúdo, que atestava a sua própria incapacidade para trabalhar – o que segundo alega o próprio não seria de todo verdade, pois apenas não conseguia encontrar trabalho remunerado, o que sabemos ser um dos problemas da actual situação económica e laboral em Portugal.

160 Cujas responsável é a professora Isabel Galvão, à qual se deve também a criação do RefugiActo.

requerentes de asilo de cerca de 18 nacionalidades¹⁶¹ diferentes, sendo também diversificados os grupos etários (crianças, jovens e adultos), os géneros e sobretudo os idiomas e as culturas. Este grupo de teatro merece, quanto a mim, uma particular referência, porque segundo a apresentação que se pode ler na folha de divulgação do mesmo, “(...) a expressão dramática é, reconhecidamente, um meio de melhorar a confiança e autonomia pessoais (...), sendo também “um fórum onde pudessem expressar as suas vozes, e que estas fossem, de algum modo, o eco de muitas outras”. E ainda: “(...) abre espaço para um melhor conhecimento de si próprio e do outro, entrecruzam-se vivências, estimulam-se e aceitam-se sugestões, confrontam-se ideias, encaram-se medos e preconceitos ...”. Acerca deste grupo de teatro, cabe ainda referir que alguns dos textos que levam ao palco reflectem as dificuldades de integração e compreensão que sentem por parte da sociedade portuguesa, destacando aqui uma rubrica particularmente dedicada ao tema da saúde que satiriza a ida do refugiado ao consultório médico.

Regressando à situação da saúde mental dos refugiados, importa esclarecer um pouco o que se entende pelo que atrás designámos por “PTSD”: como refere Rechtman (2002), existe uma já longa história e não menor controvérsia sobre aquilo a que se convencionou designar no *DSM-III (Manual Diagnóstico e Estatístico das perturbações mentais*

da Associação Americana de Psiquiatria) como síndrome da perturbação pós-traumática. Se por um lado, segundo alguns autores, foi através da psiquiatria e da descoberta da PTSD que se reconheceu um instrumento de avaliação ao serviço das vítimas de tortura física e psicológica, por outro lado, o diagnóstico de PTSD atribuído aos refugiados sem uma verdadeira análise do contexto político, social e cultural, é visto por outros autores (Burstow, 2005) como uma submissão à pressão da indústria farmacêutica, que tem urgência em inventar novas patologias (os autores referem-se sobretudo ao contexto dos EUA) sem tomar em linha de conta aspectos como a subjectividade do indivíduo ou a recusa de todas as formas de desvio. Alguns antropólogos culturalistas, como Summerfield (1997), defendiam ainda a tese

161 Hesitamos sempre que usamos o termo “nacionalidade”. De facto, muitos dos refugiados não têm sequer direito a usar este conceito, por serem provenientes de regiões em permanente conflito e luta pelo reconhecimento e autonomia do seu território, como é por exemplo o caso dos palestinianos, ou dos curdos (Turquia). Este “pormenor” de contornos geopolíticos, aparentemente sem relação com a saúde, é também afectado pela dificuldade de aceitação de registo nos serviços informatizados dos hospitais que não reconhecem ao refugiado a pertença a um suposto “Estado Palestiniano”.

segundo a qual “a PTSD era sobretudo uma construção ocidental, destinada a impor um modelo médico ao sofrimento dos povos em guerra, favorecendo a emergência de uma verdadeira indústria do trauma, exportada a todas as culturas”.

Independentemente da maior ou menor validade destes argumentos, importa salientar o que afirma Talarn (2007):

“Aquello que realmente nos convirtió a todos en verdaderos seres humanos, el vínculo con los otros, ya no se tiene en cuenta a la hora de entender y abordar el sufrimiento mental. Para comprender la depresión, la esquizofrenia, los ataques de pánico o cualquier otra situación ya no hacen falta para nada las nociones de psiquismo, inconsciente, aprendizaje, sistema familiar, afecto, cognición, duelos, pérdidas, etcétera. Se padece un trastorno mental, pero parece que ya no existe lo *mental*, sólo existe lo cerebral, lo tangible, lo biológico, lo físico.”

A esta apreciação, ousaria apenas acrescentar também a importância do contexto socio-cultural, histórico e político, que acaba por ser o cenário preferencial onde todos estes fenómenos acontecem.

Ainda, referindo-nos à abordagem da saúde mental dos refugiados, e se estabelecermos uma comparação entre a realidade portuguesa neste domínio e a francesa – por ser aquela que melhor tenho estudado através da obra de um dos mais conceituados médicos e antropólogos, Didier Fassin – seremos levados a concluir que a situação em Portugal é, por enquanto, diametralmente diferente. Portugal tem a enorme vantagem de não fazer depender (como na França) a autorização de requerente de asilo de um teste que certifique clinicamente (e politicamente) a veracidade do trauma e da tortura, efectuado por especialistas da mente – o que entra em perfeita contradição com a definição de refugiado consagrado na Convenção da Assembleia das Nações Unidas de 1951, para a qual basta o *receio* de perseguição e não a *prova* do mesmo. Aqui em Portugal, é ainda a veracidade da narrativa do requerente de asilo, bem como o enquadramento dessa narrativa no conhecimento produzido pelos técnicos do SEF e do CPR sobre a situação política do Estado de proveniência do requerente, que abre ou fecha a porta de

entrada em Portugal. Dar testemunho das suas memórias mais ou menos traumáticas é, digamos, o modo mais seguro de “provar”, de forma tão coerente quanto possível, a veracidade da sua história. Falar, dar testemunho, constitui um “ritual de passagem” que lhes permite (em princípio) um lugar no mundo e que os arranca ao espaço ameaçador do qual pretendem escapar. Referimos ainda que a palavra dita detém a chave da realidade da experiência traumática e, em simultâneo, tem o poder de, quando devidamente interpretada pelo psiquiatra ou terapeuta, vir a ser a base do diagnóstico, pois constitui-se como narrativa das emoções pessoais, que o refugiado experiencia através da memória a cada momento.

O problema coloca-se ainda num outro contexto, como já dissemos: na ausência de articulação estruturada entre os serviços que prestam assistência aos refugiados e um autêntico serviço, por enquanto inexistente, orientado especificamente para a particularidade dos refugiados.

Um dos aspectos positivos em França é a quantidade e especificidade de respostas dadas aos refugiados, requerentes de asilo e imigrantes ao nível da saúde mental (Fassin, 2005). Só na região de Paris, existem quatro ONG que, subsidiadas pelo Estado ou por outras instituições públicas e privadas, fornecem respostas integradas, com equipas multidisciplinares constituídas por antropólogos, médicos, psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais e, em particular, os próprios refugiados. Num todo, estas equipas contribuem para uma mais adequada compreensão, por parte dos clínicos e sobretudo da sociedade, sobre os contornos sociais, culturais, simbólicos, linguísticos e políticos dos pacientes, para além do conhecimento fundamental da história pessoal que lhes provocou o sofrimento e o trauma.

Ora para que este quadro se verifique em Portugal, são necessárias duas coisas. Do ponto de vista político e das próprias estruturas governamentais e não governamentais que lhes prestam apoio: adquirir consciência da importância destes serviços, e vontade para lhes prestar os apoios necessários, tanto técnicos como financeiros. Do ponto de vista clínico: acreditar que vale a pena trabalhar em diálogo com os cientistas sociais (onde desde logo

se enquadra uma antropologia médica transcultural), bem como assumir que é necessário conhecer e trabalhar mais de perto com as ONG que prestam serviços aos refugiados e que os contextualizam.

Partir do princípio errado que o sofrimento dos refugiados está apenas relacionado com o seu passado traumático ou com as memórias angustiantes, violentas e recorrentes que assaltam os seus dias e as suas noites (e que os transportam, por vezes de forma obsessiva, para as visões de tortura e de morte de familiares e amigos, ou para a lembrança de uma família sobrevivente que ficou para trás, constituída por pais e/ou filhos, e ainda à mercê dos abusos dos perpetradores) é, sem dúvida, não querer assumir que a angústia e receio dos refugiados não se transporta apenas para o passado, mas também para a incerteza do presente e do futuro que a sua vida actual em Portugal lhes reserva. A precariedade quanto à sua situação laboral, os baixos salários que na maior parte das vezes os colocam numa situação de mera sobrevivência, ou os manifestamente insuficientes subsídios que a Santa Casa da Misericórdia lhes atribui (variando entre os 150 euros e os 380 euros mensais)¹⁶², com os quais não conseguem fazer face ao custo de vida,¹⁶³ colocam-nos numa situação extremamente vulnerável e difícil de suportar. São vários os relatos de refugiados que referem a sua fragilidade psicológica pelo facto de terem perdido, com o exílio, a dignidade que mantinham no seu país de origem imediatamente antes dos acontecimentos violentos que os levaram a buscar protecção noutra país. Muitos dos refugiados exerciam profissões de destaque e prestígio social, como médicos, engenheiros, jornalistas, professores. Como refere Rollemberg (2005): “(...) os exilados não choram somente os seus mortos, o seu luto é também social, no sentido em que eles devem aceitar o fim de um *modus vivendi* de um contexto social e político que não poderá mais reproduzir-se tal como era. Perda dos seus sistemas de referências, de seus objectos

162 Existem casos em que por haver a suspeita, por vezes infundada, de que o requerente de asilo está a trabalhar, os serviços locais da Santa Casa da Misericórdia – que já não possuem a incumbência específica de acompanhar os requerentes de asilo, e portanto os colocam na mesma situação dos restantes cidadãos nacionais – decidem cortar o subsídio que entretanto estes recebiam, colocando-os por vezes em situação de extrema pobreza.

163 Esse subsídio destina-se a pagar a renda da casa ou do quarto alugado, a alimentação, os transportes, os medicamentos e as despesas de carácter pessoal. É de salientar que os requerentes de asilo apenas têm a sua vida relativamente protegida, do ponto de vista social e económico, enquanto residem no CAR. Após a sua saída das instalações, e por não existirem redes sociais de apoio, estão completamente à mercê do que podem ou não encontrar para sobreviver, o que muitas vezes implica o recurso à caridade alheia ou aos pequenos apoios (dinheiro de bolso) que o CPR por vezes lhes dispensa.

de amor, dos seus pólos de investimento e de agressividade”. Em termos psicanalíticos, como lembra Júlia Kristeva (referenciada por Rollemberg, 2005), a perda que o exilado ou refugiado sente aparece associada à morte da mãe, não sendo por acaso que o livro de Albert Camus, *O Estrangeiro*, começa precisamente com a morte da mãe. Ao lamentar o espaço perdido, o refugiado fica preso entre mundos que o rejeitam de diferentes maneiras: preso por um lado a um espaço e um tempo aonde não pode regressar; por outro ao mundo actual com referentes que desconhece e que tornam penoso o seu quotidiano, agravado pelas carências materiais, pela barreira linguística, pela quase impossibilidade de exercer a profissão de origem; e ainda a um outro mundo dificilmente perspectivado num futuro sem calendário marcado, como Janus (deus da mitologia romana), deus das passagens, do fim e do começo, representado por duas cabeças que olham simultaneamente o passado e o presente, num constante e duplo sistema de referências. Melanie Klein chega a identificar o exilado com o matricida, a partir do qual o sujeito se refaz: “o sujeito constrói-se a partir do exílio, devido à perda do objecto primordial...”. Apesar de no tempo presente estar aparentemente a salvo das atrocidades e da violência que na maior parte dos casos lhe ameaçaram a vida, os refugiados manifestam contudo nas entrevistas algum receio por algo que de mal que lhes possa suceder aqui em Portugal. Um dos efeitos da mobilidade dos dias de hoje reflecte-se também na possibilidade real da existência de redes mafiosas ou ligadas a circuitos internacionais que os possam detectar aqui, exercendo alguma forma de chantagem ou repressão junto das famílias de origem¹⁶⁴. Este receio latente acentua o carácter de invisibilidade, de anonimato, reforça o sentimento de insegurança e de isolamento. Esta

ambiguidade de papéis leva-os por caminhos frágeis, que tanto podem resultar num sentimento de resistência e de anseio pela superação das dificuldades que agora enfrenta – fazendo oscilar as atitudes e os sentimentos entre o ressentimento e o agradecimento pelo acolhimento, a angústia e a esperança – como o podem fazer sucumbir face à hostilidade sentida na sociedade onde agora está inserido, e à necessidade de tomar outros rumos e experimentar outros países, que lhe permitam juntar algum dinheiro para finalmente poder mandar vir a família que espera ansiosamente por essa chamada no país de origem¹⁶⁵.

164 Este receio é frequentemente mencionado pelos refugiados colombianos que se sentiram vítimas de perseguições na origem, e às quais não podem atribuir uma referência ou pertença específica. A ameaça tanto pode vir dos diferentes e por vezes antagónicos grupos de guerrilheiros, como dos paramilitares, como de vários grupos do exército nacional.

165 Um dos refugiados entrevistados contava-me desesperado que não tinha dinheiro para mandar vir a

É de salientar também que ao longo das entrevistas era raro o refugiado (homem ou mulher, vivendo já fora do CAR) que apesar do seu sofrimento psicológico pretendia assumir o papel de vítima perante a sociedade. Quando questionados se para eles a questão da saúde era uma questão importante ou prioritária, afirmavam que sim, mas essa preocupação assumia invariavelmente um lugar posterior ao papel principal desempenhado pela importância de encontrar um trabalho suficientemente remunerado que lhes permitisse sair do sufoco financeiro em que se encontravam. Referiam ainda a sua capacidade para poderem contribuir, de forma digna e com os seus saberes, para a sociedade que os acolheu. Este aspecto, perfeitamente compreensível num quadro de (normalmente) desejada integração social, ajuda a relativizar a tão falada condição de vítima, quando a esta está associada uma condição patológica de incapacitação social, como aconteceu no caso norte-americano com os refugiados vietnamitas. Tal como menciona Reichtman (2002), nesse caso o reconhecimento de vítima acabava por ser uma vitória que correspondia ao seu novo estatuto e estava, na época, intrinsecamente ligado, do ponto de vista da psiquiatria, à visibilidade científica das perturbações pós-traumáticas, bem como à reivindicação de uma legitimidade política. Excluindo o facto de que (também por razões políticas e diplomáticas do contexto português actual) não são reconhecidos refugiados provenientes das ex-colónias portuguesas, por actualmente se considerarem seguras e Portugal não estar em guerra com nenhum outro país, não emerge uma aparente necessidade de reconhecimento político do papel de vítima, tal como aconteceu entre os EUA e o Vietname. Restam assim poucos casos em Portugal de refugiados que possam ser imediatamente entendidos como portadores de perturbações pós-traumáticas que os impeçam de levar adiante o seu projecto de vida futura. Tal não se deve ao rigor de um diagnóstico profundo, mas antes à falta de serviços de saúde mental adequados que possam detectar essa fragilidade. Pode contudo subentender-se que por enquanto apenas se conhece uma pequena percentagem da realidade sobre o sofrimento psíquico dos refugiados. Esta “suspeita” baseia-se nas referências dadas por alguns psiquiatras portugueses que

mulher e os filhos que continuavam a sofrer ameaças no país de origem. Estava a contemplar a hipótese de regressar a África, mais precisamente a Moçambique (país vizinho do seu), para aí poder reunir a família. Tinha a esperança de poder encontrar lá um emprego sem tantas exigências burocráticas quanto as que havia encontrado na Europa, podendo assim reunir dinheiro para juntar de novo a família. Salienta-se que apesar do reagrupamento familiar em Portugal estar contemplado na lei da imigração, são as razões de ordem económica que na realidade impedem, na maior parte das vezes, o reencontro dos familiares na segurança deste país.

mencionam casos de refugiados com histórias de tortura física e psicológica de tal maneira graves e profundas que, após terem ido a uma ou duas consultas, não regressaram, tendo também desaparecido do próprio Centro de Acolhimento de um dia para o outro.

O facto de até agora Portugal estar de longe de ser uma escolha natural para a maioria dos refugiados e requerentes de asilo, e de aí resultar um insignificante número de pedidos, dá-nos a responsabilidade acrescida de prestar um serviço de saúde mental específico, que respeite os direitos humanos dos refugiados, que os saiba ouvir enquanto pessoas em sofrimento e com eles encontrar soluções, e que por acréscimo nos respeite também a todos nós: cientistas sociais, médicos, técnicos, representantes dignos do país que os acolheu.

CONCLUSÃO

PROPOSTAS PARA UM SERVIÇO PSICOTERAPÊUTICO COM COMPETÊNCIA ANTROPOLÓGICA

CHIARA PUSSETTI E JÚLIO F. FERREIRA

De boas intenções está o inferno cheio.

Adágio popular português

Não existirão, naturalmente, regras e directivas precisas para a criação de um espaço terapêutico que se queira transdisciplinar e culturalmente sensível, mas mais tentativas e desafios contínuos. Decidimos porém encerrar este relatório com algumas propostas e orientações possíveis para a concretização de um serviço clínico assumido acima de tudo como crítico e auto-reflexivo, capaz de considerar os pacientes imigrantes enquanto sujeitos políticos e morais, sem os forçar a transformar-se naquilo que é valorizado por “Nós”: em mentes e corpos domesticados por práticas sócio-sanitárias, modelos de “pessoa” e representações da normalidade, tecnologias de cidadania e valores morais.

O que deve caracterizar uma etnopsiquiatria culturalmente competente e sensível é em primeiro lugar uma consciência do papel dos factores sociais e políticos enquanto aspecto incontornável para a integração da dimensão cultural no contexto do trabalho psiquiátrico. As interpretações da doença carregam invariavelmente a história do discurso que as forma, e o seu contexto é sempre o das relações de poder locais. O primeiro passo na direcção de uma etnopsiquiatria crítica é portanto uma leitura das práticas e estratégias terapêuticas face às relações de força que as geram e sustentam, avaliando a posição dos próprios interlocutores e a ideologia veiculada pelas categorias diagnósticas. O modelo de etnopsiquiatria aqui defendido reclama a necessidade de repensar os espaços clínicos enquanto

lugares de conflito e mudança, de relações de força, onde se confrontam actores sociais portadores de significados e valores em conflito. A etnopsiquiatria situa-se, com efeito, no espaço dinâmico de confronto e transformação gerado pelo encontro entre culturas e sociedades, especialmente no âmbito do processo migratório. E procura, através de múltiplas vias e estratégias (as da clínica como as da pesquisa antropológica), definir modalidades sempre mais eficazes de intervenção sobre a aflição e as dificuldades daqueles que enfrentam a dor das próprias memórias.

Por entre os diversos caminhos possíveis, como foi sendo realçado ao longo do texto, distingue-se como mote comum a adopção de um posicionamento auto-reflexivo por parte dos profissionais da saúde, que se traduza numa interrogação constante sobre os próprios instrumentos diagnósticos. O convite é o de explorar os campos semânticos e usos linguísticos das categorias e conceitos empregues em contexto clínico, e de repensar as noções e os modelos interpretativos e terapêuticos da psiquiatria, colocando-os no seu contexto histórico, económico e político de produção. Isto significa reconstruir as origens e processos de elaboração das ideias e saberes, assim como das instituições onde eles se tornam práticas, com o objectivo de revelar o carácter político e cultural mesmo daquilo que é por nós tomado como natural e factual – o nosso corpo, as nossas sensações e emoções. Por outras palavras, trata-se de indagar os processos generativos da *episteme*, adoptando uma abordagem “arqueológica” no sentido foucaultiano¹⁶⁶.

Este questionamento permitiria evidenciar a medida em que definições como “normal” e “patológico”, “razoável” e “insensato”, “saudável” e “mórbido” são o produto de um contexto histórico, político e sociocultural específico – o que é rotulado como “loucura” numa sociedade pode mostrar-se absolutamente normal numa outra sociedade – não constituindo o mero reflexo de uma realidade científica ou orgânica, como é habitualmente assumido. Noutros termos, dado que as definições, interpretações e manifestações da loucura diferem de acordo com os contextos sociais, culturais, políticos, ideológicos e económicos, as categorias médicas emergem não como refe-

166 Foucault chamou “arqueologia” ao método proposto de procurar as condições e os processos sociais da produção do saber médico e da doença; e “genealogia”, por outro lado, à estratégia metodológica que questiona a autoridade e a legitimidade das instituições de poder hegemónicas (1969).

rentes discursivos de elementos do “real”, mas como modelos e dispositivos analíticos de definição e construção dessa mesma realidade¹⁶⁷.

As próprias ciências da psique ocidentais (assim como as suas categorias e interpretações) não são exceção a esta perspectiva, devendo reconhecer o seu estatuto de psicologias locais ou “etno”psicologias, na medida em que se organizam e instituem no interior de um determinado contexto histórico e sociocultural¹⁶⁸. Catherine Lutz (1985), na mesma linha de argumentação, afirma não ser epistemologicamente sustentável pensar numa psicologia “científica”, e consequentemente universal, contraposta a presumíveis psicologias “étnicas” (subjetivas, indígenas, culturais, locais); mas ser pelo contrário necessário considerar todas as psicologias existentes como culturalmente específicas (o que tornaria de facto supérfluo o uso do prefixo “etno-”)¹⁶⁹. À luz destas considerações, Lutz convida os psiquiatras ocidentais a admitir a especificidade sociocultural do seu saber e a abandonar pretensões de universalidade, para procurar antes espaços de diálogo e confrontação com outros saberes e experiências. Na sua visão, serão os antropólogos os especialistas desta modalidade de relação, que se esforça por salientar a particularidade das diferentes culturas, ao mesmo tempo que as torna reciprocamente compreensíveis. “O processo de abordagem à compreensão da vida emocional de pessoas de diferentes culturas – argumenta ainda Lutz (1988: 8) – pode ser considerado inicialmente como um problema de tradução”. Este processo comporta todavia muito mais do que uma correspondência entre as palavras de uma língua e as palavras de uma outra língua; implica o acolhimento de diferentes formas de conceber a relação entre mente, corpo, emoção, mal-estar e sociedade, para procurar espaços de apro-

167 Infelizmente, comenta Kleinman (1988), os psiquiatras muitas vezes esquecem-se que “esquizofrenia”, “depressão” e outras categorias psiquiátricas não possuem um estatuto ontológico, tratando-se apenas de conceitos utilizados para descrever sentimentos, pensamentos e comportamentos individuais em contextos sociais, culturais, económicos e históricos particulares. O resultado é que os termos, os conceitos e as ideias com os quais os psiquiatras definem e explicam as diferentes aflições são confundidos com o sofrimento humano efectivo.

168 A psiquiatria ocidental – afirma Summerfield (2001) – é só uma entre as outras etnopsiquiatrias; é necessária uma psiquiatria que reconheça as limitações desta abordagem técnica e encare a sua contextualização sociocultural e política como uma obrigação ética. Veja-se, entre outros, Coppo 1997.

169 Nas palavras de Lutz, a “(etno) psicologia não é tanto um sistema de conhecimentos que se sobrepõe à experiência real das pessoas, como um dos sistemas simbólicos fundamentais através dos quais os indivíduos percebem, comunicam e se experimentam a si mesmos, ao próprio mundo interior, ao próprio corpo, aos seus limites, às suas mudanças” (Lutz 1985: 67). A etnopsicologia, nesta acepção, compreende quer a variedade de concepções culturalmente construídas sobre a pessoa humana,

ximação e construção de terrenos comuns. Reduzir a compreensão a uma tradução directa, apromática, ingéna e etnocêntrica, que não considera nem o ponto de vista do Outro nem o mais amplo contexto político, histórico e social, levaria necessariamente ao “mal-entendido”, ao “equivoco” ou à “armadilha empática” causados por uma projecção das próprias categorias sobre as experiências alheias¹⁷⁰. Seguindo o caminho do léxico psicológico (histeria, dissociação, etc.) restam de facto poucas possibilidades para acolher a rede dinâmica dos nexos simbólicos, dos conhecimentos e dos saberes em jogo no encontro cultural¹⁷¹.

quer o sistema de representações que em cada sociedade está na base da vida quotidiana e do senso comum, assim como os saberes e objectos de especialização que caracterizam dominios e actividades particulares (saúde, cura, cerimónias religiosas, divinação, etc.).

170 Unni Wikan alerta os antropólogos que querem trabalhar sobre a vida emotiva dos outros dos riscos de uma “atribuição demasiado fácil aos outros do que o antropólogo sente-pensa” (Wikan 1992: 479), isto é, da imposição sobre estas experiências de uma ordem e modelo segundo a própria representação do psiquismo.

171 Em diferentes ocasiões também Roberto Lewis Fernandez, comentando a categoria de *trance and possession disorder* constante no *DSM-IV*, tem sublinhado os riscos de mal-entendidos que derivam da legitimação transcultural de uma nosologia que pretende categorizar experiências peculiares e heterogêneas. O autor critica, em particular, a possibilidade de incluir fenómenos e campos de experiência tão diferentes num sistema nosográfico único como o da psiquiatria norte-americana (1992, 1994).

Não se trata portanto de uma questão de traduzir outras línguas nos idiomas da biomedicina, mas de inventar novas estratégias, que incorporem os saberes e as práticas que os novos pacientes encarnam, para dar conta de expressões diferentes da dor, da eficácia de remédios diferentes, do valor de representações diferentes do corpo e suas leis. Isto exige um dispositivo terapêutico necessariamente transdisciplinar e multiterapêutico, onde diversos actores – mediadores culturais, profissionais das ciências da psique, terapeutas com as mesmas origens culturais dos pacientes, cientistas sociais, assim como os próprios pacientes com os seus grupos familiares e redes de relações – possam confrontar teorias, interpretações, práticas e possíveis estratégias de cura, sem reproduzir hegemonias, e conscientes das relações de força sempre presentes. Neste sentido, assumem-se como posturas adequadas o reconhecimento da voz do paciente, a escuta da sua história, o acompanhamento do ritmo da sua narração, e a aceitação da sua interpretação dos eventos como leitura possível, sem preconceitos ou ironias. Esta atitude implica a devolução da dignidade ao paciente, a admissão da eficácia do saber do mediador cultural – que pode mesmo ser um terapeuta, e que oferece uma visão mais ampla do contexto de origem, completando as lacunas – e da competência do

terapeuta principal – que pode ou não ser representante da biomedicina ocidental – em conduzir os encontros médicos e dinamizar o diálogo.

Em contexto clínico persevera uma tendência para considerar as doenças isoladamente das histórias pessoais dos pacientes. A este respeito, a proposta é a de considerar os corpos doentes não só como organismos físicos, mas entidades culturais e arquivos históricos de significados, lugares de resistência e comentário político sobre as complexas dinâmicas da migração. Para melhor compreender o duplo processo através do qual, por um lado, o social se inscreve no corpo, e por outro, o corpo e os seus estados contam histórias – não só sobre a vida individual, mas também sobre a memória histórica sedimentada nesse corpo – será útil uma combinação do interesse pelas histórias de vida e narrativas dos migrantes (seguindo a perspectiva da *person-centered ethnography*¹⁷²) com uma análise das componentes sociopolíticas e económicas envolvidas na construção do mal-estar. Tal equilíbrio metodológico permitiria perceber de forma mais eficaz o modo como cada indivíduo constrói, idiossincraticamente, as relações com o próprio contexto de origem e com diferentes identidades, participando de relações onde se atravessam e sobrepõem outros grupos e culturas, e onde são percorridas e construídas outras redes sociais. Esta abordagem possibilitaria efectivamente uma reconstituição dos percursos de significação individuais e dos processos de construção e negociação entre as identidades múltiplas que todos os sujeitos carregam, no interior de um quadro mais amplo de variáveis macro-sociais.

A medicação é certamente um instrumento, entre outros, capaz de auxiliar o indivíduo a superar o seu sofrimento, e não nos opomos à sua utilização. Torna-se porém necessário, em simultâneo, reconstruir a história do paciente através das suas narrativas, avaliar em profundidade o seu contexto social, e colocar em questão as próprias noções de normalidade e patologia. A preocupação com a contextualização das categorias diagnósticas deveria, por outras palavras, ser acompanhada de uma interpretação do estado de aflicção enquanto experiência individual fortemente enraizada nos valores culturais, sistemas simbólicos e organização sociopolítica do paciente. Através de uma abordagem crítica ao modelo biomédico ocidental, o desafio é o de compreender a experiência de mal-estar

172 Muitos autores salientaram a importância de uma abordagem centrada sobre o paciente (entre outros, Castillo, 1997, e Hollan, 1997).

como ponto de articulação entre indivíduo e colectividade, desenvolvendo sensibilidade às diferentes realidades nas quais se desenvolvem os fenómenos do sofrimento psíquico.

Esta sensibilidade cultural é, em primeiro lugar, uma questão política. No debate sobre a saúde mental dos imigrantes, por detrás das polémicas sobre como organizar os cuidados sanitários em resposta a utentes e problemas novos e inesperados, sobre se será ou não adequado criar serviços específicos para imigrantes, ou se será clinicamente legítimo ou eticamente aceitável o recurso a etiologias e terapias tradicionais na cura, emergem questões mais amplas e complicadas, como o reforço das leis migratórias, o direito à cidadania, a presença silenciosa do passado colonial, a decisão entre integração e assimilação, o acesso aos cuidados de saúde por parte dos imigrantes ilegais, etc.

O famoso debate entre Didier Fassin e Tobie Nathan aborda a questão da manutenção de espaços de acolhimento e serviços de saúde mental específicos para estrangeiros, enquanto reprodução de lógicas de exclusão, divisão cultural e “guetização”. Contudo, essa discussão não considera o facto de constituir precisamente uma condição para a emergência destes espaços a falta de competência, recursos e saberes necessários por parte dos serviços generalizados de saúde pública para dar conta dos novos pedidos de cura. A ideia de centros de aconselhamento e acompanhamento clínico psicoantropológico para imigrantes, imaginados como espaços simultaneamente de formação, investigação e cura, surge para fazer face à falta ou fragmentação dos conhecimentos antropológicos e etnopsiquiátricos na bagagem dos operadores de saúde mental. Esta falha traduz-se num acolhimento inadequado ao paciente imigrante, confrontando-o com referências ininteligíveis ou irrelevantes que o deixam desorientado.

As iniciativas que surgiram e continuam a emergir, seja no sector privado ou nos serviços públicos, para lidar com os desafios constituídos pelos utentes estrangeiros no âmbito da saúde mental – ainda que desorganizadas ou criticáveis do ponto de vista das ciências sociais – constituem passos importantes na direcção de uma consciência e abertura novas às problemáticas e necessidades do público imigrante, revelando um esforço de construção de linguagens e instrumentos novos e originais.

Os centros surgidos nas últimas décadas na Europa, e mais recentemente em Portugal, para responder ao mal-estar psíquico dos imigrantes têm o potencial para se tornarem focos de pesquisa e elaboração de práticas clínicas inovadoras, onde os modelos de cura se fundem e transformam, os pressupostos epistemológicos das perspectivas psicopatológicas se entrelaçam e renovam, e os espaços clínicos abrem lugar à mediação, ao diálogo e à reflexão contínua. Este avanço traduz-se não apenas numa defesa da importância do encontro interdisciplinar, mas na afirmação do valor e possibilidade de emprego de técnicas terapêuticas ligadas a outros horizontes culturais.

Porquanto seja difícil oferecer recomendações pragmáticas isoladas visando a criação de espaços de escuta e cura culturalmente competentes e sensíveis às necessidades de saúde mental dos imigrantes em Portugal, será pelo menos possível e pertinente sugerir os primeiros passos nesta direcção. No último encontro europeu organizado em Barcelona (6-7/11/08) pela COST Action HOME IS0603 (*Health and Social Care for Migrants and Ethnic Minorities in Europe*) e pela WHO-HPH Task Force on Migrant-Friendly and Culturally Competent Health Care, dedicado à questão da saúde mental dos imigrantes (*Cultural competence, health staff training and development*), foi insistentemente sublinhada a falta de preparação dos técnicos de saúde para as questões “culturais”, e a consequente necessidade de organizar cursos de formação em antropologia médica, etnopsiquiatria e psicologia social a eles dirigidos.

Seria importante insistir na formação específica para o diálogo intercultural de intérpretes linguísticos e mediadores culturais de proveniência comum à das principais comunidades migrantes. Para este fim, seria necessário incentivar ao máximo a colaboração interdisciplinar entre ciências sociais e humanas e a biomedicina, assim como fomentar continuamente uma relação estreita entre investigação, prática clínica, formação e avaliação de projectos. Assumir-se-ia como fundamental o encorajamento à pesquisa sobre os temas da migração e da saúde, as consequências psicológicas da violência e da tortura, os sistemas de cura em contextos socioculturais diferentes, a epistemologia da clínica e as práticas de saúde da biomedicina.

No referido encontro de Barcelona foi realçado o facto de nos centros de apoio psicológico para imigrantes não serem geralmente integrados profissionais de saúde da mesma origem dos pacientes – a não ser para a execução de tarefas de nível médio ou baixo. A experiência migratória pessoal dos terapeutas deveria ser considerada condição preferencial, na medida em que promove uma maior sensibilidade no contexto cultural da terapia. Também foi apontada a total ausência de esforço na direcção do diálogo e da colaboração profissional com “outros” terapeutas, que muitas vezes acompanham o processo de cura dos mesmos pacientes. Por outras palavras, não é concedida igual dignidade profissional a terapeutas que não se enquadram no contexto da certificação biomédica, ainda que o tratamento por eles oferecido se revele igualmente eficaz. Deveriam ainda ser fomentadas e colocadas em prática medidas severas contra a discriminação racial em contexto institucional, e especialmente nos serviços que se pretendem dirigidos a imigrantes.

De forma muito concreta, poderemos sumariar os elementos necessários à constituição de uma clínica culturalmente competente nos seguintes pontos:

- Deverá ser criada uma equipa terapêutica interdisciplinar (psicoterapeutas e psiquiatras formados na antropologia médica crítica, antropólogos, mediadores, assistentes sociais, psicólogos sociais e comunitários);
- Esta equipa deverá constituir-se como um serviço de recurso, para onde outras instituições possam remeter os seus casos, quer para efeitos de acompanhamento dos pacientes, quer para supervisão e/ou aconselhamento institucional;
- A equipa deverá trabalhar em relação contínua com os serviços sociais e psicológicos disponíveis no território, de forma a oferecer uma intervenção que não se limite ao âmbito clínico mas seja também social;
- A equipa deverá manter relações estreitas com os contextos universitário e de pesquisa, de forma a produzir e renovar o conhecimento e fornecer estímulos à investigação;

- Será útil a criação de um boletim informativo e de um sítio na Internet que por um lado resultem da cooperação entre os estudantes das diversas áreas pertinentes, e por outro estimulem e potenciem o diálogo interdisciplinar, incentivando e alimentando a pesquisa;
- Os ficheiros que incorporam a informação recolhida dos pacientes deverão ser de natureza médico/antropológica, de forma a enquadrar o máximo de dados, e da forma o mais completa possível, sobre os utentes e os seus contextos sociofamiliares de origem e de acolhimento. Também deverão ser registadas as passagens institucionais dos pacientes pelos serviços clínicos disponíveis no território, e em particular o percurso deles no seio do serviço culturalmente competente oferecido, com o fim de avaliar continuamente a sua operacionalidade;
- Deverão ser organizados eventos, reuniões alargadas de discussão dos casos, seminários internos e abertos ao público, assim como acções de formação dirigidas aos técnicos de saúde;
- Deverá ser constituída uma biblioteca de base sobre os temas da psiquiatria transcultural, da etnopsiquiatria e antropologia médica crítica, assim como disciplinas afins;

O paciente imigrante em busca de apoio psicológico só poderá ser acompanhado e tratado de forma eficaz na condição de encontrar serviços antropológicamente competentes. Estes serviços caracterizam-se por serem não apenas culturalmente sensíveis, mas ainda capazes de considerar o mais amplo contexto social, histórico, económico e político que molda o sofrimento do imigrante, as dinâmicas quotidianas nas sociedades de acolhimento, a produção social e cultural das nossas categorias e práticas, as economias morais em que se desenvolvem as vivências clínicas dos utentes, e os fenómenos de discriminação muitas vezes na origem dupla do mal-estar do paciente e do desencontro terapêutico. Estes serviços são marcados sobretudo por uma abertura à possibilidade de estratégias mestiças, híbridas, e provisórias, passíveis de resistir à “sedução ou compulsão diagnóstica”

(Beneduce, 2007) próprias da prática clínica contemporânea – que sente a necessidade de classificar e nomear para explicar e compreender.

As medidas apontadas no Plano para a Integração dos Imigrantes (PII), nomeadamente no que diz respeito às medidas 25, 26, 27 e 28¹⁷³ vão ao encontro de muitas das propostas colocadas neste trabalho, principalmente mediante as incoerências encontradas ao longo dos trabalhos de campo dos respectivos investigadores envolvidos nesta proposta de análise do sistema de saúde pública destinado a imigrantes em Portugal.

As medidas 26 e 27 do PII¹⁷⁴ poderiam, quando aplicadas em conjunto, fortalecer a promoção da “sensibilidade cultural” nos hospitais nacionais, principalmente no que toca o serviço de saúde mental. Torna-se fundamental para qualquer acto de mediação cultural que procure ser eficaz no âmbito clínico/sanitário, incentivar ações de formação contínua dos profissionais da saúde nas áreas da antropologia médica e da psicologia social, assim como promover encontros de formação interpares para permitir o diálogo entre técnicos de saúde nacionais e de outras origens, visando fortalecer o debate com relação à diferença: questões semânticas, especificidades culturais, económicas, sociopolíticas e históricas. Estas propostas, se colocadas em prática, devem ser constantemente acompanhadas por formadores que tragam debates recentes, a fim de estabelecer um constante “aprimoramento” na actuação médica transcultural. Desta forma, a construção conjunta de técnicos de saúde e cientistas sociais criaria oportunidades e diálogo para o desenvolvimento de ferramentas culturalmente específicas nas interpretações médicas.

173 Aprovadas por Resolução do Conselho de Ministros n.º 63-A/2007, de 3 de Maio; ver: http://www.acidi.gov.pt/docs/PII/PII_public.pdf

174 Relativas à formação dos técnicos de saúde “visando a criação de competências interculturais”, e à integração de imigrantes formados em medicina para que seus “conhecimentos linguísticos” e culturalmente específicos possam ser aproveitados na “reforma” do atendimento prestado aos imigrantes.

O Relatório Anual de Execução (Maio de 2007/Maio de 2008) do PII, no que concerne às medidas de adaptação do sistema de saúde a um atendimento “culturalmente competente”, refere que “a direcção Direcção-Geral da Saúde tem feito um grande esforço em informar os serviços de saúde sobre as condições de acesso destes cidadãos [imigrantes], com a emissão regular de circulares e notas informativas (...) estes documentos têm como objectivo fazer face a bloqueios que surgem neste pro-

cesso, fruto, muitas vezes, de diferentes interpretações e procedimentos face à legislação em vigor”¹⁷⁵.

Todavia, a resistência institucional ao modelo “transcultural” apresenta ainda, segundo o próprio Relatório de Execução, “situações discricionárias”¹⁷⁶ nos serviços de saúde e vários órgãos das autoridades competentes, expondo o exemplo da “não emissão do atestado de residência que habilita os imigrantes que residam há mais de 90 dias em Portugal, a ter acesso ao cartão de utente”; quadro este amplamente reconhecido, e pelo qual as próprias medidas do PII foram criadas.

O Segundo Relatório Anual de Execução do Plano para a Integração dos Imigrantes (Maio 2008/Maio 2009)¹⁷⁷ aponta progressos práticos nas propostas do PII, nomeadamente quanto à medida 27, prevendo a integração até o final de 2009 de 150 médicos estrangeiros, ou seja, 50% a mais do que o mencionado no relatório de execução anterior; e a medida 28, com a colocação de 15 “profissionais de mediação” em cerca de 13 serviços de saúde.

Embora os movimentos apresentados no segundo relatório com relação a medidas importantes para a melhoria dos serviços prestados aos imigrantes, a sensível distância entre propostas e planos nas políticas de Estado para a “integração dos imigrantes” e a execução de medidas aprovadas parece formar um contexto bastante paradoxal. Se por um lado novas medidas atestam a desigualdade no acesso à saúde entre cidadãos nacionais e imigrantes, por outro as propostas que pretendem promover a equidade deste acesso podem assumir um carácter de formalização e “tolerância” das referidas “situações discricionárias”, com acções que procuram atingir tal resultado pela criação de documentos específicos para imigrantes com a burocracia e a parte legislativa a sublimar a mentalidade do “tratamento da diferença” expressa no âmbito institucional. Um exemplo concreto é a necessidade de se ultrapassar barreiras através da “elaboração e emissão de uma credencial, a emitir pelo ACIDI, IP, que permita o acesso à saúde em alternativa ao atestado de residência”¹⁷⁸.

175 Ver: http://www.acidi.gov.pt/docs/PII/RAE0708_PII.pdf; p. 35.

176 Ver: http://www.acidi.gov.pt/docs/PII/RAE0708_PII.pdf; p. 36.

177 Disponível em: <http://www.acidi.gov.pt/docs/PII/Relatorio-PII-segundo-ano.pdf>

178 Piero Coppo apresenta uma perspectiva histórica e ideológica das consequências políticas no encontro entre diferentes sistemas terapêuticos,

Além disso, no que concerne as intervenções relativas aos problemas de saúde pública, nomeadamente “doenças sexualmente transmissíveis”, “saúde materno-infantil” e “vacinações”, seria importante uma reflexão prévia sobre os conceitos empregados nas categorias e nas definições apresentadas no PII. Isto é, (re)discutir, por um lado, as possíveis declinações culturais das representações de corpo, sexualidade, vulnerabilidade e risco, assim como, por outro lado, as possíveis estruturas e organizações da “família”. O espaço de interface entre medidas de saúde pública e seus utentes torna-se particularmente problemático sem uma apreciação historicamente crítica e “culturalmente sensível” das categorias utilizadas. Como aponta Coppo (2003) em sua análise histórica sobre o encontro de diferentes sistemas terapêuticos, devemos repensar as relações de poder inseridas na mediação clínica para evitarmos o risco de projectar e impor valores morais e configurações de estilos de vida considerados como “saudáveis” pela cultura ocidental (euroamericana), expressos, mais exactamente, através da intervenção sanitária

A distância entre propostas e planos nas políticas de Estado para a “integração dos imigrantes” e a execução de medidas aprovadas parece formar um contexto bastante paradoxal. Se por um lado novas medidas atestam a desigualdade no acesso à saúde entre cidadãos nacionais e imigrantes, por outro as propostas que pretendem promover a equidade deste acesso podem assumir um carácter de formalização e “tolerância” das referidas “situações discricionárias”, com acções que procuram atingir tal resultado

pela criação de documentos específicos para imigrantes com a burocracia e a parte legislativa a sublimar a mentalidade do “tratamento da diferença” expressa no âmbito institucional. Um exemplo concreto é a necessidade de se ultrapassar barreiras através da “elaboração e emissão de uma credencial, a emitir pelo ACIDI, IP, que permita o acesso à saúde em alternativa ao atestado de residência”¹⁷⁹.

Mesmo que a supracitada credencial (que está ainda em processo de elaboração pelo ACIDI) possa servir seus fins, nomeadamente no caso dos estrangeiros em situação irregular,

indicando o papel da medicina nos processos de “conquista de território” e conversão de culturas locais à cultura europeia. Sobretudo, nos indica subtilmente como um saber sistematizado “irradia” a própria ideologia que o constitui (pp. 21-23). A este processo na Europa moderna, Vacchiano e Taliani (2006) designam como o acto de “convencer o Outro da vantagem de tornar-se um de Nós”.

179 Ver: http://www.acidi.gov.pt/docs/PII/RAE0708_PII.pdf; *ibidem*, p. 36.

garantindo o acesso à saúde nos termos previstos pela lei, não significa porém que tais medidas sejam conhecidas pelos imigrantes e respeitadas pelas autoridades e pelos técnicos de saúde. Os testemunhos recolhidos em diferentes ocasiões nos trabalhos de campo dos investigadores que contribuíram para o presente estudo realçam que, na maior parte dos casos, tanto os imigrantes ilegais quanto os técnicos de saúde desconhecem e/ou não respeitam o princípio de igualdade de direitos de acesso – independentemente do estatuto face à lei portuguesa – aos serviços de saúde.

Além disso, no que concerne as intervenções relativas aos problemas de saúde pública, nomeadamente “doenças sexualmente transmissíveis”, “saúde materno-infantil” e “vacinações”, seria importante uma reflexão prévia sobre os conceitos empregues nas categorias e nas definições apresentadas no PII. Isto é, (re)discutir, por um lado, as possíveis declinações culturais das representações de corpo, sexualidade, vulnerabilidade e risco, assim como, por outro lado, as possíveis estruturas e organizações da “família”. O espaço de interface entre medidas de saúde pública e seus utentes torna-se particularmente problemático sem uma apreciação historicamente crítica e “culturalmente sensível” das categorias utilizadas. Como aponta Coppo (2003) na sua análise histórica sobre o encontro de diferentes sistemas terapêuticos, devemos repensar as relações de poder inseridas na mediação clínica para evitarmos o risco de projectar e impor valores morais e configurações de estilos de vida considerados como “saudáveis” pela cultura ocidental (euroamericana), expressos, mais exactamente, através da intervenção sanitária¹⁸⁰.

Um processo de “docilização” dos corpos e das concepções de vida do Outro, cujo conteúdo ideológico foi já amplamente analisado por muitos autores, principalmente quanto às aplicações de modelos sanitários no âmbito da saúde sexual e reprodutiva, materno-infantil, do planeamento familiar, da redução de riscos e prevenção de danos (entre os outros, Foucault, 1988, 1991; Inda, 2006; Ong, 1995; Procacci, 1993; Rose, 1998, 2000; Ruhl, 1999; Weir, 1996).

180 Piero Coppo apresenta uma perspectiva histórica e ideológica das consequências políticas no encontro entre diferentes sistemas terapêuticos, indicando o papel da medicina nos processos de “conquista de território” e conversão de culturas locais à cultura europeia. Sobretudo, nos indica subtilmente como um saber sistematizado “irradia” a própria ideologia que o constitui (pp. 21-23). A este processo na Europa moderna, Vacchiano e Taliani (2006) designam como o acto de “convencer o Outro da vantagem de tornar-se um de Nós”.

Neste sentido, a principal contribuição de uma antropologia médica que se afirma como crítica é propor a aliança entre a relação terapêutica e novos paradigmas de análise, ou seja, ao invés de partir do pressuposto de que a maior vulnerabilidade e/ou exposição ao risco no âmbito da saúde seja condição natural da migração, deve-se reavaliar criticamente como as políticas sanitárias afectam a vida das populações migrantes, invertendo posições nas relações terapêuticas. Os assuntos relacionados com a saúde dos imigrantes tomaram uma importância fundamental na actividade governamental, criando a necessidade de estudar, categorizar e apoiar estas populações, assim como promover a sua integração. Torna-se indispensável, portanto, promover a conscientização de como estas intervenções pretendem construir formas normativas de cidadania e subjectividade, fundadas geralmente em assumpções morais culturalmente específicas de cariz etnocêntrico. O que identifica uma abordagem politicamente posicionada é justamente a preocupação de trazer à discussão a perspectiva de como o sector sanitário intervém de forma prática na vida destas populações quanto à sua conduta, corporalidade, sexualidade, moral e modo de vida; esta é justamente uma das facetas que a antropologia médica crítica pode oferecer na mediação entre ambas as partes: realçando a dubiedade e contradição presentes na lógica e actuação do sistema público de saúde.

Partindo de uma crescente linha de investigação preocupada com as formas de “governança” no liberalismo avançado, e aproveitando de significativas contribuições na pesquisa etnográfica no âmbito da saúde mental transcultural em Portugal, propomos neste estudo analisar os múltiplos níveis em que as ideias, projectos e técnicas tentam influenciar e transformar o comportamento dos imigrantes de forma a convertê-lo de acordo com ideologias de ordem social e do “bem-estar” da sociedade de acolhimento. No imaginário social, analisando os estereótipos e os prejuízos mais comuns, os imigrantes são facilmente concebido como socialmente inadequados, mal-educados, vulneráveis, dispostos em maior grau a comportamentos de risco, criminosos, às vezes estranhos ou perturbados, culturalmente limitados e, portanto, indivíduos carentes de apoio, educação, instrução e correcção. Estas formas de correcção e orientação dos comportamentos vão desde às medidas sanitárias, até a reclusão penitenciária ou em asilos, para redireccionar comportamentos sociais, vida sexual e familiar, etc: ou seja, na direcção do que é considerado saudável e normal

pela ideologia dominante. É exactamente nestas intervenções sanitárias, normativas, sobre planeamento familiar, sexualidade, infância, economia doméstica, nutrição e higiene que se corre o risco de impor valores morais e constituir uma espécie de “despotismo” sobre a vida do Outro. A insistência no PII e no Relatório de Execução não só quanto aos direitos de acesso à saúde dos imigrantes (muitas vezes ignorados ou negados), mas também no que concerne o cumprimento dos próprios deveres e a co-responsabilidade face as questões de saúde pública, é um exemplo clássico do que foi definido como “governamentalidade neo-liberal” (entre os outros, Ferguson e Gupta, 2002; Inda, 2005; Holmer Nadesan, 2008; Barry, Osborne, Rose, 1996; Larber, 2000; Burchell, Gordon, Miller, 1991). A relação terapêutica, portanto, pode implicar novas formas de vigilância, agora articuladas pelo autocontrolo do estilo de vida e pela monitorização constante de indicadores de qualidade, como no caso prototípico dos diagnósticos preventivos em saúde.

Torna-se imperativo, portanto – sem esquecer que o objectivo principal destas campanhas é a promoção do “bem-estar” dos cidadãos – problematizar as múltiplas representações do corpo e as construções do sujeito nos discursos de saúde pública, realçando os julgamentos morais aí accionados, e a tendência destes discursos para a reprodução de relações de desigualdade pré-existentes. Desconhecer como o discurso oficial da biomedicina incorpora valores hegemónicos na actuação sanitária (planeamento familiar, vacinações, natalidade, morbidade, expectativa de vida, fecundidade, estado de saúde, incidência de doenças, formas de alimentação, condições de *habitat*, por exemplo) significa não reconhecer e deslegitimar as representações, os estilos de vida e as identidades específicas dos utentes para os quais estas intervenções são dirigidas.

BIBLIOGRAFIA

ABU-LUGHOD, L., LUTZ, C. (1990), *Language and the Politics of Emotion*, New York: Cambridge University Press, pp. 24-45.

ACHOTEGUI, J. (2003), *Dossier of the Internacional Meeting "The Ulysses Syndrome"*. Brussels, Seat of European Parliament, November 5.

ACHOTEGUI, J. (2005), "Estrés Límite y Salud Mental: El Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple (Síndrome de Ulises)", in *Revista Norte de salud mental de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría*, vol. V, n. 21, pp. 39-53.

ACNUR (2000), *A Situação Dos Refugiados No Mundo*, Lisboa: ACNUR.

ADEBIMPE, V., R. (1984), "American Blacks and Psychiatry", *Transcultural Psychiatry*, pp. 21-83.

AGIER, M. (2002), *Aux Bords Du Monde, Les Réfugiés*, Paris: Ed. Flammarion.

AGIER, M. (2004), *La Sagesse De L'ethnologue*, Paris: Ed. Lóeil Neuf.

AHMAD, W. (1989), *Policies, pills and political will: a critique of policies to improve the health status of ethnic minorities*, London: Lancet, pp. 148-149.

AHMAD, W. (1993), *Race and health in contemporary Britain*, London: Open University Press.

ALPER, J., S. BECKWITH, J. (1993), "Genetic Fatalism and Social-Policy, The Implications of Behavior Genetics Research", in *Yale Journal of Biology and Medicine*, vol. 66, n. 6, pp. 511-524.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1995), *DSM-IV, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, Masson S. A., Versão Eletrônica.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2007), *DSM-IV, Manual Diagnóstico e Estadístico de Trastornos Mentais DSM*, 4.ª edição [2002], *DSM-IV-TR “texto revisado”*, São Paulo: Editora Artmed.

ANDERSON, N. B., JACKSON, J. S. (1987), “Race, Ethnicity, and Health Psychology: The Example of Essential Hypertension”, in Stone, G., C., Weiss, S., M., Matarazzo, J., D., Miller, N., E., Rodin, J., Belar, C., D., Follick, M., J., Singer, J., E. (eds.), *Health Psychology: A Discipline and a Profession*, Chicago: University of Chicago Press, pp. 265-283.

ANTONUCCIO, D. O., BURNS, D. D., DANTON, W. G. (2002), “Antidepressants: a triumph of marketing over science?”, in *Prevention & Treatment*, n. 5, Article 25. Disponível em <http://journals.apa.org/prevention/volume5/pre0050025c.html>.

APPLBAUM, K. (2006), “Pharmaceutical marketing and the invention of the medical consumer”, *PLoS Medicine*, n. 3(4), p. 189.

ARMON-JONES, C. (1986), “The Thesis of Constructionism”, in Harré, R. (ed.), *The Social Construction of Emotions*, Oxford: Ed. Basil Blackwell.

AROIAN, K. J., NORRIS, A. E. (2003), “Depression trajectories in relatively recent immigrants”, *Comprehensive Psychiatry*, vol. 44, n. 5, pp. 420-427

ARRIOLA, J., KIMBERLY, R. (2002), “Racial Discrimination and Blood Pressure among Black Adults: Understanding the Role of Repression Author(s)”, in *Phylon* (1960), vol. 50, n. 1/2, pp. 47-69.

AUGÉ, M. (1977), *Pouvoirs de vie, pouvoirs de mort. Introduction à une anthropologie de la répression*, Paris: Ed. Flammarion.

AUGÉ, M. (1997), *Dialogo di fine Millennio. Tra Antropologia e Modernità*, Torino: L'Harmattan Italia.

AUGÉ, M. (2005), *Não-Lugares*, Lisboa: Editora 90 Graus.

AUGÉ, M. (2007), *Para Que Vivemos?*, Lisboa: Editora 90 Graus.

AUGÉ, M. (2007), *Para Una Antropología De La Movilidad*, Barcelona: Ed. Gedisa.

AYD JR. F. (1961), *Recognizing the Depressed Patient*, New York: Grune & Stratton, Inc.

AZIBO, D. A. (1984), *Advances in Black personality, in The Black personality: Selected papers of Daudi Ajani Ya Azibo*. Washington, DC.

AZIBO, D., A. (1983), "Some psychological concomitant and consequences of the Blackpersonality: Mental health implications", in *Journal of Non-White Concerns*, n. 2 (2), pp. 59-65.

BALDWIN, J. A. (1976), "Black psychology and Black personality: Some issues for consideration", *Black Books Bulletin*, n. 4 (3), pp. 6-11, 65.

BALDWIN, J. A. (1980), *An afrocentric model of Black personality*, Proceedings of the Thirteenth Annual Convention of the Association of Black Psychologists, (Summary), pp. 23-25.

BALDWIN, J. A. (1986), "African (Black) Psychology: Issues and Synthesis", in *Journal of Black Studies*, vol. 16, n. 3, pp. 235-249.

BALDWIN, J. A. (1987), "African Psychology and Black Personality Testing", *Negro Educational Review*, Apr-Jul, vol. 38, n. 2-3, pp. 56-66.

BALDWIN, J. A., BELL, Y., R. (1985), "The African self-consciousness scale: An Afrocentric personality questionnaire", *Western Journal of Black Studies*, 9 (2).

BALL, J. D., ELIXHAUSER, A. (1996), "Treatment Differences between Blacks and Whites with Colorectal Cancer", *Medical Care* 1996, vol. 34(9), pp. 970-84.

BALLET G. (1903), *Discussion sur les aliénés migrants*, Annales méd. psych., juin.

BANKS, K. H., KOHN-WOOD, L. P. (2007), "The Influence of Racial Identity Profiles on the Relationship Between Racial Discrimination and Depressive Symptoms", in *Journal of Black Psychology*, pp. 33-331.

BANTON, M. (1987), *Racial theories*, Cambridge: Cambridge University Press.

BARRETT, J., LUCAS, R. H. (1995), "Culture and Psychopathology: Primitivist Themes. Cross-Cultural Debate", *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol. 19, n. 3, pp. 287-326.

BARRY, A., OSBORNE, T., ROSE, N. (eds.) (1996), *Foucault and Political Reason: Liberalism, Neoliberalism and Rationalities of Government*, University of Chicago Press, Chicago.

BARTRA, R. (2007), *Territórios Del Terror Y La Otredad*, Valencia: Ed. Pre-Textos.

BASAGLIA, F. (1985), "As instituições da violência", *A instituição negada*, Rio de Janeiro: Ed. Graal, pp. 99-133.

BASAGLIA, F., LOVELL, A. M. & SCHEPER-HUGHES, N. (1987), *Psychiatry Inside Out: Selected Writings of*, New York: Columbia University Press.

BASTIAN, M. L. (1997), "Married in the Water: Spirit Kin and Other Afflictions of Modernity in Southeastern Nigeria", *Journal of Religion in Africa*, vol. 22, n. 2, pp. 116-134.

BASTIDE, R. (1965), *Sociologia delle malattie mentali*, Firenze: Ed. La Nuova Italia.

BASTIDE, R., *et al.* (1976), *Pesquisa Comparativa e Interdisciplinar*, Porto Alegre: Ed. Karont Livreiro.

BAUMAN, Z. (2004), *Identidade*, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

BEAN, R. B. (1906), "Some racial peculiarities of the Negro brain", in *American Journal of Anthropology*, n. 6, pp. 353-432.

BEISER, M., KASPAR, V., NOH, S., HOU, F. & RUMMENS, J. (1999), "Perceived racial discrimination, depression, and coping: A study of Southeast Asian refugees in Canada", in *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 40, n. 3, pp. 193-207.

BEN JELLOUN, T. (1977), *La plus haute des solitudes*, Paris, Éditions du Seuil.

BENEDICT, R. (1942), *Race and Racism*, London: Ed. Routledge and Keegan Paul.

BENEDUCE R. (2000), *Politiche dell'etnopsichiatria e politiche della cultura*, Seminario di Bucine (Arezzo), *Campus Memorie e identità in una società plurale*, *Metodi e strategie per una ricerca dialogica*.

BENEDUCE, R. (2002), *Trance e possessione in Africa. Corpi, mimesi, storia*, Torino: Ed. Bollati Boringhieri.

BENEDUCE, R. (1995), "Figure della morte e depressione nelle culture africane", in Beneduce, R. & Collignon, R., (eds.), *Il sorriso della volpe. Ideologie della morte, lutto e depressione in Africa*, Napoli: Ed. Liguori, pp. 7-40.

BENEDUCE, R. (1998), *Frontiere dell'Identità e della Memoria. Etnopsiquiatria e Migrazioni in un Mondo Creolo*, Milano: Ed. Franco Angeli.

BENEDUCE, R. (1999), "Dia-tige (Ombra Recisa), Strutture antropologiche della depressione e metamorfosi del legame sociale in Africa", in Galzigna. M. (dir.), *La Sfida dell'Altro. Le Scienze Psicliche in una Società multiculturale*, Venezia: Ed. Marsilio.

BENEDUCE, R. (2007), *Etnopsichiatria. Sofferenza mentale e alterità fra storia, dominio e cultura*. Roma: Ed. Carocci.

BENEDUCE, R., ROUDINESCO, E. (2005), *Antropologia della cura*, Torino: Ed. Boringhieri.

BENEDUCE, R., TALIANI, S. (2001), "Un paradosso ordinato: Possessione, corpi, migrazioni", in *Antropologia* 1, 1, pp. 15-42.

BENTHAM, J. (1995), *The Panopticon Writings*, London: Ed. Miran Bozovic, pp. 29-95. (disponível em: <http://www.cartome.org/panopticon2.htm>).

BHABHA, H., K. (2001), *Locations of culture: the post-colonial and the postmodern Post-modern Debates*, London: Ed. Routledge.

BHOPAL, R. (1997), "Education and debate, Is research into ethnicity and health racist, unsound, or important science?", *BMJ*, n. 314, p. 1751.

BHUGRA, D. (2003), "Migration and depression", in *Acta Psychiatrica Scandinavica*. vol. 108, Supplement 418, pp. 67-72.

BHUGRA, D., AYONRINDE, O. (2004), "Depression in migrants and ethnic minorities", *Advances in Psychiatric Treatment*, n. 10, pp. 13-17.

BHUGRA, D., BECKER M. A. (2005), "Migration, cultural bereavement and cultural identity", in *World Psychiatry*, vol. 4, n. 1, pp. 18-24.

BHUGRA, D., MASTROGIANNI, A. (2004), "Globalisation and mental disorders: overview with relation to depression", in *British Journal of Psychiatry*, vol. 184, pp. 10-20.

BIBEAU, G. (1978), "L'organisation Ngbandi des noms de maladies", in *Antropologie et Societé*, vol. 2, n. 3, pp. 83-116.

BIBEAU, G. (1979), "*De la maladie à la guérison. Essai d'analyse systémique de la médecine des Angbandi du Zaïre*", Thèse doctorale, Québec: Université Laval.

BIBEAU, G. (1988), "A step toward thick thinking: from webs of significance to connections across dimensions", in *Med. Anthropol Q.*, n. 2, pp. 402-16.

BIBEAU, G. (1992), *Hay una enfermedad en las Americas? Otro camino de la antropología médica para nuestro tiempo*, in Congreso de Antropología en Colombia, 6, Sta. Fé de Bogota, Universidade los Andes, julio 22-25.

BIBEAU, G. (1993), "New and old trends in the interface between ethnography and psychiatry", in *National Meeting On Medical Anthropology*, n. 1, Salvador, November, pp. 3-6.

BIBEAU, G. (1997), "Cultural Psychiatry in a Creolizing World", in *Transcultur. Psyc. Res. Rev.* 34, 1, pp. 9-42.

BIBEAU, G., CORIN, E. (1994), "Culturaliser l'épidémiologie psychiatrique, Les systèmes de signes, de sens et d'action en santé mentale", in Charest, P., Trudel, F., Breton, Y. (dir.), *Marc-Adélar Tremblay ou la construction de l'anthropologie québécoise*, Québec: Presses de L'Université Laval, pp. 3-44.

BLOCK, M. (1997), "La Psychanalyse au Secours du Colonialisme", in *Terrain* 28, Miroirs du Colonialisme, pp. 103-118.

BOLZINGER, A. (1989), "Jalons pour une histoire de la nostalgie", in *Bulletin de Psychologie*. Tome XLII, 389, pp. 310-321.

BONINO, S., LO COCO, A. & TANI, F. (1998), *Empatia: I Processi di Condivisione delle Emozioni*, Firenze: Ed. Giunti.

BORDONARO, L., PUSSETTI, C. (2006), “Da utopia da emigração a nostalgia dos emigrados. Percursos migratórios entre Bubaque (Guiné Bissau) e Lisboa”, in Lima e Sarró (eds.), *Terrenos Metropolitanos*, Lisboa: ICS.

BOUILLON, F. et al. (2006), *Terrain Sensibles: Expérience Actuelles De L'anthropologie*. Ehess: Centre D'études Africaines.

BOURDIEU, P. (1993), *La misère du monde*, Paris: Ed. du Seuil.

BOURDIEU, P. (2000), *Funções da violência simbólica na reprodução das estruturas sociais*, Rio de Janeiro: Editora da FGV.

BOYD, J. H., WEISSMAN, M. M. (1981), “Epidemiology of affective disorders. A reexamination and future directions”, in *Archives of General Psychiatry*, 38, 9, September 1981, Am. Med. Assoc.

BRACKEN, P. E., THOMAS, P. (1999), “Psychiatry and Institutional Racism, Open mind”, in *The Mental Health Magazine*, 98, National Association for Mental Health.

BRENDAN, D. K. (2005), “Structural violence and schizophrenia”, in *Social Science & Medicine*, vol. 61, issue 3, August 2005, pp. 721-730.

BRETON, D. L. (1995), *Anthropologie de la Douleur*, Paris: Ed. Métailié.

BREWIN, C. (1980), “Explaining the lower rates of psychiatric treatment among Asian immigrants to the United Kingdom: A preliminary study”, in *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 15, 1, March, 1980, Ed. Steinkopff.

BROWN, D. R., KEITH, V. M., JACKSON, J. S. & GARY, L (1996), “(Dis)respected and (dis)regarded: Experiences of racism and psychological distress”, in Brown, D. R, Keith, V. M (eds.), *In and out of our right minds: The mental health of African American women*, New York: Columbia University Press, pp. 83-98.

BROWN, D. R., KEITH, V. M., JACKSON, J. S. & GARY, L. (2003), "Racism as a stressor for African Americans: A biopsychosocial model", in *American Psychologist*, 54(10), pp. 805-816.

BURCHELL, G., GORDON, C. & MILLER, P. (eds.) (1991), *The Foucault Effect: Studies in Governmentality*, Chicago: The University of Chicago Press.

BURKE, A. W. (1984), "Is Racism a Causatory Factor in Mental Illness?: An Introduction", in *International Journal of Social Psychiatry*, 1984, 30, pp. 1-3

BURSTOW, B. (2005), "A Critique of Posttraumatic Stress Disorder And Dsn", in *Journal of Humanistic Psychology*, vol. 45, pp. 429-445.

CANNON, M. S., LOCKE SOURCE, B. Z. (1977), "Being Black Is Detrimental to One's Mental Health: Myth or Reality?", in *Phylon* (1960-), vol. 38, n. 4, pp. 408-428.

CANTOR-GRAAE, E., SELTEN, J. P. (2005), "Schizophrenia and migration: A meta-analysis and review", in *American Journal of Psychiatry*, 162 (1), pp. 12-24.

CARBALLO, M., DIVINO, J. J. & ZERIC, D. (1998), "Migration and health in the European Union", in *Tropical Medicine and International Health* 3 (12), pp. 936-944.

CAROTHERS, J. D. C. (1947), "Mental derangements in Africans", in *Journal of Mental Science*, 93, pp. 548-97.

CAROTHERS, J. D. C. (1951), "Frontal lobe function in the African", in *Journal of Mental Science* XCVII, pp. 12-48. 81.

CAROTHERS, J. D. C. (1953), "The African Mind in Health and Disease", in *A Study in ethnopsychiatry*, Geneva: World Health Organization.

CAROTHERS, J. D. C. (1954), *The Psychology of Mau Mau*, Nairobi: The Government Printer.

CARREIRA, A. (1961), "Organização social e económica dos povos da Guiné Portuguesa", in *Boletim Cultural da Guiné Portuguesa*, 16, 64, pp. 641-736.

CARTA, M. *et al.* (2005), "The Report on the Mental Health in Europe, working group, Migration and mental health in Europe, The state of the mental health in Europe working group: appendix, 1", in *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 31, pp. 1-13.

CASPI, A. *et al.* (2003), "Influence of Life Stress on Depression: Moderation in the 5-HTT Gene", in *Science* 301, pp. 386-389.

CASTEL, R. (1991), *A Ordem Psiquiátrica: A Idade do Ouro do Alienismo*, Rio de Janeiro: Graal, 2.ª edição.

CASTILLO, R. (1997), *Culture and Mental Illness: A Client-Centered Approach*, Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publis.

CEFAÏ, D. (2003), *L'enquête de Terrain*, Paris: Ed. La Découvert .

CHAKRABORTY, A., MCKENZIE K. (2002), "Does racial discrimination cause mental illness?", in *Br J Psychiatry*, Jun., 180, pp. 475-7.

CHENG, A., T., A. (2001), "Case definition and Culture: are people all same?", in *British Journal of Psychiatry*, 179, pp. 1-3.

CLARK, R., ANDERSON, N. B., CLARK, V. R. & WILLIAMS, D. R. (1999), "Racism as a stressor for African Americans: A biopsychosocial model", in *American Psychologist*, 54(10), pp. 805-816.

COCKERHAM, W. C. (1996), *Sociology of mental disorder*, Upper Saddle River, N. J.: Prentice Hall Press.

COLLA J., BUKA, S., HARRINGTON, D. & MURPHY, J. M. (2006), "Depression and modernization: A cross-cultural study of women", in *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 41, n. 4, Ed. Steinkopff, pp. 271-279.

COLLIGNON, R. (1981), "Psychiatrie et culture": Actes du symposium régional organisé par l'Association mondiale de psychiatrie et la Société de psychopathologie et d'hygiène mentale de Dakar (Dakar, 6-9 avril)", in Collignon, R. (ed.), *Psychopathologie africaine*, 1981, XVII, 1-3, p. 526.

COLLIGNON, R. (1997), "Aliénation mentale et altérité du sujet colonial: De quelques difficultés de l'émergence d'une relation thérapeutique basée sur le dialogue en Afrique", in Beneduce, R. (ed.), *Saperi, linguaggi e tecniche nei sistemi di cura tradizionali*, Torino: L'Harmattan Italia, pp. 71-88.

COLLOMB, H., Collignon, R. (1974), "Les conduites suicidaires en Afrique", em *Psychopathologie Africaine*, X, 1, pp. 55-113", in Beneduce, R., Collignon, R., A cura di, *Il sorriso della ope. Ideologie della morte, lutto e depressione in Africa*, Napoli: Ed. Liguori.

COMAROFF, J., COMAROFF, J. (1993), *Modernity and its Malcontents, Ritual and Power in Postcolonial Africa*, Chicago: University of Chicago Press.

COMAS-DIAZ, L., GREENE, B. (1995), "Women of color with professional status", in Comas-diaz, L. e Greene, B. (eds.), *Women of color: Integrating ethnic and gender identities in psychotherapy*, New York: New Guilford Press, pp. 347-388.

CONNER, M. (1999), *Criticism of America's Diagnostic Bible – The DSM*, disponível em: <http://www.oregoncounseling.org /Diagnosis/ CriticismOfDSM.htm>.

CONNOLLY, A., ROGERS, P. e TAYLOR., D. (2007), "Antipsychotic prescribing quality and ethnicity, a study of hospitalized patients in south east London", in *J Psychopharmacol* 2007, 21, pp. 191.

CONRAD, P. (1979), "Types of Medical Social Control", in *Sociology of Health and Illness*, vol. I, n. I, pp. 1-11.

CONRAD, P. (1992), "Medicalization and Social Control", in *Annual Reviews of Sociology*, 18, pp. 209-32.

CONRAD, P. (1997), "Public eyes and private genes: historical frames, news constructions, and social problems", in *Social Problems*, 44, 2, pp. 139-154.

CONRAD, P., SCHNEIDER, J. W. (1981), *Deviance and Medicalization: from badness to sickness*, Philadelphia: Temple University Press.

COOPER, R. S., WOLF-MAIER, K., *et al.* (2005), "An international comparative study of blood pressure in populations of European vs. African descent", in *BMC Medicine* 2005, pp. 3-22.

COOPER, R. (2004), "What is wrong with the DSM?", in *History of Psychiatry*, 15(1), pp. 05-25.

COPPO, P. (1997), "Western Psychiatry as Ethnopsychiatry", in *Transcultural Psychiatry*, 34 (1), pp. 53-57.

COPPO, P. (2003), *Tra psiche e culture. Elementi di etnopsichiatria*, Torino: Ed. Bollati Boringhieri.

COPPO, P. (2005), *Le ragioni del dolore. Etnopsichiatria della depressione*, Torino: Ed. Bollati Boringhieri.

CORIN, E. (1989), "Vers une réouverture sémiotique et culturelle du diagnostic psychiatrique", in Beuf, P., (Coord.) *La santé mentale comme observable*, Montréal: Ed. Colloque Inserm, pp. 455-70.

CORIN, E. (1993), “Les détours de la raison: repères sémiologiques pour une anthropologie de la folie”, in *Anthropol. Soc.*, vol. 17, n. 1-2, pp. 5-20.

CORIN, E., BIBEAU, G. & UCHOA, E. (1993), “Éléments d’une sémiologie anthropologique des troubles psychiques chez les Bambara, Soninké et Bwa du Mali”, in *Anthropol. Soc.* 17, 1-2, pp. 125-56.

CORIN, E., BIBEAU, G., MARTIN, J. C. & LAPLANTE, R. (1990), *Comprendre pour soigner autrement: repères pour régionaliser les services de santé mentale*, Montréal: Presses de L’Université de Montréal.

CRITICISM OF AMERICA'S DIAGNOSTIC BIBLE – The DSM (1999), disponível em: <http://www.oregoncounseling.org/Diagnosis/CriticismOfDSM.htm>.

CROSS, T. P., JONES, L. M., *et al.* (2007), Child forensic interviewing in children’s advocacy centers: Empirical data on a practice model?”, in *Child Abuse & Neglect*, 31, pp. 1031-1052.

CRUIKSHANK, J. K., BEEVERS, D. G. (1989), *Ethnic factors in health and disease*, Oxford: Butterworth-Heinemann Press.

CULBERTSON, J. (1997), “Depression and gender: An international review”, in *American Psychologist*, 52, pp. 25-31.

DAL LAGO, A. (1999), *Non persone, l’esclusione dei migranti in una società globale*, Milano: Ed. Feltrinelli.

DAUMIT, G. L., CRUM, R. M. *et al.* (2003), “Outpatient Prescriptions for Atypical Antipsychotics for African Americans, Hispanics, and Whites in the United States”, in *Arch. Gen. Psychiatry*, 60, pp. 121-128.

DEBORD, G. (2008), *O Estado de São Paulo* (edição).

DE FREITAS, C. (2003), "Report on Portugal", in Ingleby *et al.*, (ed), 2003, *Good practices in mental health and social care for asylum seekers and refugees*, Canterbury, University of Kent Watters, pp. 165-224. Disp. em: www.ercomer.org/staff/ingleby.

DE FREITAS, C. (2006), *Migrant Health in Portugal Past. Present! Future?*, presentation prepared for the 3rd IMISCOE Cluster B5 Workshop – Social Integration and Mobility: education, housing and health, Centro de Estudos Geográficos, Lisbon 28-29th April 2006.

DEL VECCHIO GOOD, M. J., HYDE S., PINTO, S. & GOOD, B. (2008), *Postcolonial Disorders*. Berkeley, CA: University of California Press.

DEL VECCHIO-GOOD, M., J., GOOD, B. J. (1981), "The meaning of symptoms, a cultural hermeneutic model for clinical practice", in Eisenberg, L., Kleinman A., (eds.), *The relevance of social sciences for medicine*, Dordrecht: Reidel Press, pp. 165-196.

DESJARLAIS, R., EISENBERG, L., GOOD, B., KLEINMAN, A. *et al.* (1995), *World mental health: problems and priorities in low income countries*, New York: Oxford University Press.

DESPRET, V. (2002), *Quand le loup habitera avec l'agneau*, Paris: Ed. Les Empêcheurs de penser en rond.

DEVEREUX, G. (1969), *Mohave Ethnopsychiatry: The Psychic Disturbances of an Indian Tribe*, Washington, D. C.: Smithsonian Institution Press.

DEVEREUX, G. (1972), *Ethnopsychanalyse complementariste*, Paris Cedex: Ed. Flammarion.

DIAZ, F. J., DE LEON, J. (2002), "Excessive antipsychotic dosing in two US state hospitals, in *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, pp. 998-1003.

DIRVEN, R., NIEMEIER, S. (1997), *The Language of Emotions*, Philadelphia: Benjamins Publishing Company.

DONOVAN, J. H. (1984), "Ethnicity and health: a research review", in *Soc Sci Med*, 19, pp. 663-70.

DOSMED (Determinants of Outcome of Severe Mental Disorders).

DOYLE, J. M. (2006), "What Race and Ethnicity Measure", in *Pharmacologic, Research J. Clin. Pharmacol*, 46, p. 401.

DRESSLER, W. W. (1993), "Health in the African American Community: Accounting for Health Inequalities", in *Medical Anthropology Quarterly*, New Series, vol. 7, n. 4, Racism, Gender, Class, and Health, (Dec.), pp. 325-345.

DREWAL, H. J. (1988), "Performing the other: Mammi Watta worship in West Africa", in *The Drama Review* 32, 2, pp. 160-185.

DUMIT, J. (2003), "Is It Me or My Brain? Depression and Neuroscientific Facts", in *Journal of Medical Humanities*, vol. (24), pp. 35-47.

EATON, W. W., KESSLER, L. G. (1981), "Rates of symptoms of depression in a national sample", in *Am. J Epidemiol.* 114, pp. 528-538.

ECKS, S. (2005), "Pharmaceutical Citizenship: Antidepressant Marketing and the Promise of Demarginalization in India", in *Anthropology & Medicine*, vol. 12, n. 3, December, pp. 239-254.

EINARSDÓTTIR, J. (2000), "Tired of weeping: Child death and mourning among Papel mothers in Guinea-Bissau, Stockholm: Stockholm Studies in Social Anthropology/Almqvist & Wiksell International.

EKMAN, P. (1980), *The face of man: expressions of universal emotions in a New Guinea village*, New York: Garland STPM Press.

EKMAN, P. (1984), "Expression and the nature of emotion", in Scherer K., Ekman P. (eds.), *Approaches to emotion*, pp. 319-343, Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Press.

EKMAN, P., FRIESEN, W. V. & ANCOLI, S. (1980), "Facial signs of emotional experience", in *Journal of Personality and Social Psychology*, 1980, 39(6), pp. 1125-1134.

Encyclopedia of Mental Disorders FLU-INV.

ESSED, P., FERNANDO, S. (1991), *Understanding everyday racism: An interdisciplinary theory*, Newbury Park, CA: Sage Publications.

EVANS-PRITCHARD, E. E. (1937), *Witchcraft, Oracles and Magic among the Azande*, Oxford: Oxford University Press.

FARMER, P. (1992), *AIDS and Accusation: Haiti and the Geography of Blame*. Berkeley, CA: University of California Press.

FARMER, P. (2002), "Social medicine and the challenge of biosocial research", in Opolka, U., Schoop, H. (eds.), *Innovative Structures in Basic Research: Ringberg-Symposium*, Max-Planck-Gesellschaft, pp. 55-73.

FARMER, P. (2003), *Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor*, Berkeley, CA: University of California Press.

FARMER, P., NIZEYE, B., KESHAVJEE, S. & STULAC, S. (2006), "Structural Violence and Clinical Medicine", in *PLoS Med* 3(10), p. 449.

FARRINGTON, A. (1993), "Transcultural Psychiatry, Ethnic Minorities and Marginalization", in *Br J Nurs*, 2 (16), pp. 805-9.

FASSIN, D. et al. (2005), *Les Constructions de l'Intolérable – Etudes d'Anthropologie et d'Histoire sur les Frontières de l'Espace Moral*, Colección "Recherches". Paris: Edition La Découvert.

FASSIN, D. (2000), “Repenser les enjeux de santé autour de l’immigration”, in *Homme et Migrations*, 1225, pp. 5-12.

FASSIN, D. (2006), “Compassion and Repression: The Moral Economy of Immigration Policies in France”, in *Anthrosource*, American Anthropology Association: www.anthrosource.net.

FASSIN, D. (2006), *Quand les Corps se Souviennent*, Paris: Edition La Découvert.

FASSIN, D., AIACH, P., JOUGLA, E., RICAN, S. (2004), “Les inégalités sociales de santé: un dossier à rouvrir”, in *La Revue du Praticien*, 54 (20): pp. 2219-2272.

FASSIN., D. (2002), “L’invention française de la discrimination”, in *Revue française de science politique*. vol. 52, n. 4, pp. 403-423.

FENTON, S., SADIQ-SANGSTER, A. (1996), “Culture, relativism and mental distress”, in *Sociology of Health and Illness*, 18 (1), pp. 66-85.

FERGUSON, James and GUPTA, Akhil (2002), “Spatializing States: Toward an Ethnography of Neoliberal Governmentality.” in *American Ethnologist*, vol. 29, n. 4. pp. 981-1002.

FERNANDO, S. (1984), “Racism as a Cause of Depression”, in *International Journal of Social Psychiatry*, pp. 30-41.

FERNANDO, S. (1988), *Race and Culture in Psychiatry*, London: Croom Helm Press.

FERNANDO, S. (1991), “Racial stereotypes”, in *British Journal of Psychiatry*, 158, pp. 289-90.

FERNANDO, S. (1995), *Mental Health in a Multi-ethnic Society*, London: Routledge Press.

FERNANDO, S. (1998), “Modern schizophrenia and racism”, in Fernando S., Ndegwa D. E., Wilson M. (eds.) *Forensic Psychiatry, Race and Culture*, London: Ed. Routledge.

FERNANDO, S. (2002), *Mental Health, Race and Culture*, London: Palgrave Press.

FERNANDO, S. (2003), *Cultural Diversity, Mental Health and Psychiatry: The Struggle Against Racism*, Hove and New York: Brunner-Routledge.

FERNANDO, S. (2005), "Multicultural Mental Health Services: Projects for Minority Ethnic Communities in England", in *Transcultural Psychiatry*, 42, pp. 420-36.

FERREIRA, J. F. (2008), *Da Imigração à Patologia: Biomedicina, Transculturalidade e Controlo*, Tese de Mestrado apresentada ao Departamento de Antropologia do ISCTE – Lisbon University Institute, Lisboa, Portugal.

FLASKERUD, J. H., HU, L. T. (1992), "Racial/ethnic identity and amount and type of psychiatric treatment", in *Am J Psychiatry*, Mar, 149 (3), pp. 379-384.

FLECK, M., HERRMAN, H., PATRICK, D. L. *et al.* (2002), "The Lido Group, Longitudinal investigation of depression outcomes in primary care in six countries: the LIDO Study. Functional status, health service use and treatment of people with depressive symptoms", in *Psychological Medicine*, 32, Cambridge University Press, pp. 889-902.

FOUCAULT, M. (1988), "The Political Technology of Individuals", in L.H. Martin, H. Gutman and P.H. Hutton (eds.), *Technologies of the Self: A Seminar with Michel Foucault* (pp. 145-162), Amherst: University of Massachusetts Press.

FOUCAULT, M. (1991), "Governmentality", in G. Burchell, C. Gordon and P. Miller (eds.), *The Foucault Effect: Studies in Governmentality* (pp. 87-104), Chicago: University of Chicago Press

FOUCAULT, M. (1969), *The archeology of knowledge*, New York: Lotringer, S. ed., Foucault live, interviews, 1966-84, (1989), pp. 45-56.

FOUCAULT, M. (1978), *The History of Sexuality: An Introduction*, Harmondsworth: Penguin Press.

FOUCAULT, M. (2004), *Il potere psichiatrico, Corso al Collège de France (1973-1974)*, Milano: Ed. Feltrinelli.

FOUCAULT, M., CHOMSKY, M. (2006), *Entretien Diriger par Fons Elder: De la Nature Humaine, Justice contre Pouvoir*, Paris: Ed. L'Herne.

FOVILLE, A. (1875), "Les aliénés voyageurs ou migrants. Étude clinique sur certains cas de lypémanie", in *Annales Medico-Psychologiques*, 2, pp. 5-45.

FOX, P., BURNS, K., POPOVICH, J. & ILG, M. (2001), "Depression among immigrant Mexican women and Southeast Asian refugee women", in *The U.S The International Journal of Psychiatric Nursing Research*, 7, pp. 778-792.

FRANKENBERG, R. (1988), "Gramsci, Culture, and Medical Anthropology: Kundry and Parsifal? Or Rat's Tail to Sea Serpent", in *Medical Anthropology Quarterly. New Series*, vol. 2, issue 4, Gramsci, Marxism and Phenomenology: Essays for the Development of Critical Medical Anthropology (Dec.), pp. 324-337.

FRERICHS, R. R., ANEHENSEL, C. S., e CLARK, V. A. (1981), "Prevalence of depression in Los Angeles County", in *American Journal of Epidemiology*, 113, pp. 691-99.

FRIGESSI CASTELNUOVO, D., RISSO, M. (1982), *A mezza parete. Emigrazione, nostalgia, malattia mentale*, Torino: Ed. Einaudi.

GAINES, A., D. (org.) (1992), *Ethnopsychiatry: the cultural construction of professionals and folk psychiatries*, New York: State University of New York Press.

GEERTZ, C. (1988), *Works and Lives: The Anthropologist As Author*, Palo Alto, CA: Stanford University Press.

GELFAND, Michael (1962), "The Normal African: A Suggested Hypothesis", in *Man*, vol. 62. (May), pp. 71-72.

GERMAN, G. A. (1987), "Mental Health in Africa: The nature of mental disorder in Africa today, Some clinical observations", in *British Journal of Psychiatry*, 151, pp. 440-446.

GOFFMAN, E. (1961), *Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and other Inmates*, Anchor, N. Y.: Garden City.

GOFFMAN, E. (1986), *A Interpretação do Eu na Vida de Todos os Dias*, São Paulo: Ed. Vozes.

GOFFMAN, E. (1998), *Estigma: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada*, Rio De Janeiro: Ed. Guanabara Koogan.

GOFFMAN, E. (2001), *Manicômios, Prisões e Conventos*. Debates – Psicologia, 7.^a edição, São Paulo: Editora Perspectiva.

GORDON, Paul (1983), "Medicine, racism and immigration control", in *Critical Social Policy*, vol. 7, pp. 6-20.

GORE, C. E., NEVADOMSKY, J. (1997), "Practice and Agency in Mammy Wata Worship in Southern Nigeria", in *African Arts* 30, 2, pp. 60-69.

GRIFFITHS, M. S. (1977), "The influence of race on the psychotherapeutic relationship", in *Psychiatry* 40, pp. 27-40.

GRIMA, B. (1992), *The performance of emotion among Paxtun women: The misfortunes which have befallen me*, Austin: University of Texas Press.

GUNNELL, D., LOPATATZIDIS, A. *et al.* (1999), "Suicide and unemployment in young people", in *British Journal of Psychiatry*, 175, pp. 263-270.

GUTKIND, P. C. W. (1969), "Tradition, Migration, Urbanization, Modernity, and Unemployment in Africa: The Roots of Instability", in *Canadian Journal of African Studies/Revue*

Canadienne des Études Africaines, vol. 3, n. 2, Special Issue: Unemployment in Africa, Summer, pp. 343-365.

HACKETT, R., HACKETT, L. (1999), "Child psychiatry across cultures", in *Int. Rev. Psychiatry*, 11, pp. 225-35.

HALLPIKE, C.R. (1979), *The foundations of primitive thought*, Oxford: Clarendon Press.

HARPHAM, T. (1994), "Urbanisation and mental health in developing countries", in *Social Science and Medicine*, 39, pp. 233-245.

HARPHAM, T., BLUE, I. (1995), "Urbanisation and mental health in developing countries: an introduction", in Harpam, T., Blue, I. (eds.), *Urbanization and Mental Health in Developing Countries*, Aldershot: Avebury Press, pp. 7-8.

HARPHAM, T., LUSTY, T. & VAUGHAN, P. [(1988) 2007], "In the Shadow of the City", in *Social Science & Medicine* 65, Oxford: Oxford University Press, pp. 536-547.

HARRÉ, R., FINLAY-JONES, R. (1986), "Emotion Talk across Times", in Harré R. (ed.), *The Social Construction of Emotions*, Oxford: Basil Blackwell, pp. 220-33.

HARRISON, G., *et al.* (1988), "A prospective study of severe mental disorder in Afro-Caribbean patients", in *Psychological Medicine*, 18, pp. 643-657.

HARRISON, G., GLAZEBROOK, C., *et al.* (1997), "Increased Incidence of Psychotic Disorders in Migrants from the Caribbean to the United Kingdom", in *Psychological Medicine*, pp. 799-806.

HEALY, D. (1996), *Psychiatric drugs explained*, London: Mosby-Wolfe Press.

HEALY, D. (2000), *The Antidepressant Era*, Harvard: Harvard University Press.

HEELAS, P. (1996), "Emotion Talk across Cultures", in Harré, R., & Parrott W. G. (eds.), *The Emotions. Social, Cultural and Biological Dimensions*, London: Thousand Oaks Press and New Delhi: Sage Publications, pp. 171-199.

HENRY, C. (1994), *Les îles où dansent les enfants défunts. Âge sexe et pouvoir chez les Bijogo de Guinée-Bissau*, Paris: CNRS and Éditions de la Maison des Sciences de l'Homme.

HERMANSSON, A., TIMPKA, T. & THYBERG, M. (2002), "The mental health of war-wounded refugees: An 8-year follow-up", in *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, pp. 374-380.

HERNÁEZ, Á., M. (2008), *Antropología Médica: Teorías sobre la Cultura, el Poder y la Enfermedad*, Barcelona: Anthropos Ediciones.

HERNSTEIN, R. J. M. C. (1994), *The bell curve*, New York: Free Press.

HIGGINBOTHAM, N., MARSELLA, A. J. (1988), "International Consultation and the Homogenization of Psychiatry in Southeast Asia", in *Social Science and Medicine*, 27(5), pp. 553-561.

HJERN, A., WICKS, S. & DALMAN, C. (2004), "Social adversity contributes to high morbidity in psychoses in immigrants – a national cohort study in two generations of Swedish residents", in *Psychological Medicine*, August, 34(6), pp. 1025-1033.

HÖFER, J. [1934, (ed. orig.: 1688)], "Dissertatio medica de Nostalgia oder Heimweh", in *Bulletin of the History of Medicine*, 2, pp. 376-391.

HOLLAN, D. (1997), "The Relevance of Person-centered Ethnography to Cross-cultural Psychiatry", in *Transcultural Psychiatry*, 34, 2, pp. 219-234.

HORWITZ, A. V. (2002), "The Measurement of Mental Health Outcomes: Where Have We Been and Where Are We Going?", in *Journal of Health and Social Behavior*, 43, 143-151.

HORWITZ, A. V., WAKEFIELD, J. C. (2007), *The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder*, Oxford University Press.

HOWITT, D. E., OWUSU-BEMPAH, J. (eds.) (1994), *The racism of Psychology. Time for Change*, London: Harvester Wheatsheaf Press.

HUDSON BANKS, K., KOHN-WOOD, L. P. (2007), "The Influence of Racial Identity Profiles on the Relationship Between Racial Discrimination and Depressive Symptoms", in *University of Michigan Journal of Black Psychology*, August, vol. 33 n. 3, pp. 331-354.

HUGHES, C. C. E., SIMONS, R. C. (eds.) (1985), *The Culture-Bound Syndromes: Folk Illnesses of Psychiatric and Anthropological Interest*, Berlim: Springer Press.

HUNTER, E. (1991), "Out of Sight, Out of Mind, Social and Historical Contexts of Self-Harmful Behaviour Among Aborigines of Remote Australia", in *Soc. Sci. & Med.*, 33, 6, pp. 661-671.

IMISCOE, *International Migration, Integration and Social Cohesion – European Survey 2006*, Health and Social Care for Migrants and Ethnic Minorities in Europe.

INDA, Jonathan Xavier (2005), *Anthropologies of Modernity: Foucault, Governmentality, and Life Politics*, Malden, MA and Oxford: Blackwell Publishers, pp. 288.

INDA, Jonathan Xavier (2006), *Targeting Immigrants. Government, Technology and Ethics*, Malden and Oxford: Blackwell Publishing.

INE (Instituto Nacional de Estatísticas) (2004), *Projeção da população nacional*.

INGLEBY, D. (ed.) (2005), *Forced migration and mental health: rethinking the care of migrants and displaced persons*, New York: Springer Press.

INGLESE, S. (2002), "Etnopsiquiatria in terra ostile: appunti di metodologia della psicoterapia culturalmente orientata", in *Pol.it The Italian on line psychiatric magazine*: www.pol-it.org.

IOM (2005), *World report on migration, Costs and benefits of international migration*, Geneva.

JACKSON, M., LA FROMBOISE, T. (1996), "MCT theory and Native-American populations", in Sue, D. W. *et al.* (eds.), *A theory of multicultural counseling and therapy*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole, pp. 192-203.

JACKSON, S. (1986), *Melancholia and Depression From Hippocratic to Modern Times*, New Haven: Yale University Press.

JADHAV, S. (2000), "The cultural construction of Western depression", in Skultans, V., Cox J., (eds.), *Anthropological approaches to psychological medicine*. London: Jessica Kingsley Publishers, pp. 41-65.

JADHAV, S., LITTLEWOOD, R. (1994), "Defeat Depression Campaign: Some Medical Anthropological Issues", in *Psychiatric Bulletin*, 18, pp. 572-573.

JANSÀ, J. M. (2004), *Diàleg Salut i Desenvolupament Reptes per als.*, XXI Fòrum Universal de les Cultures, Barcelona.

JELL-BAHLESEN, S. (1997), "Eze Mmiri Di Egwu: The Water Monarch is Awesome: Reconsidering the Mammy Water Myths", in Kaplan, F. E. S., (1997), *Queens, Queen Mothers, Priestesses, and Power, Case studies in African Gender*. The New York Academy of Sciences, vol. 810, pp. 103-134.

JOHNSON, M. (1984), "Ethnic minorities and health", in *J R Coll Physicians Lond*, 18, [Medline], pp. 228-30.

JONES, R. L. (ed.) (1980), *Black psychology* (2.^a edição), San Francisco: Harper & Row Press.

KALUNTA, A. (1981), "Depressive Illness: Its Cultural Aspects", in *Psychopathologie Africaine*, XVII, 1/2/3, pp. 113-126.

KARLSEN, S. E., NAZROO, J. Y. (2002), "Relation Between Racial Discrimination, Social Class, and Health Among Ethnic Minority Groups", in *American Journal of Public Health*, 92, 4, pp. 624-31.

KELLER, R. (2001), "Madness and Colonization: Psychiatry in the British and French Empires: 1800-1962", in *Journal of Social History* 35, pp. 295-326.

KESSLER, R. C., MICKELSON, K. D. & WILLIAMS, D. R. (1999), "The prevalence, distribution, and mental health correlates of perceived discrimination in the United States", in *Journal of Health and Social Behavior*, 40, pp. 208-230.

KESSLER, R.C., MCGONAGLE, K. A. *et al.* (1994), "Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey", in *Archives of General Psychiatry* 51, pp. 8-19.

KEYES, E. (2000), "Mental health Status in Refugees: an integrative review of current research", in *Issues in Mental Health Nursing*, 21 (4), pp. 397-410.

KING, G. (1996), "Institutional racism and the medical/health complex: a complex analysis?", in *Ethnicity and Disease* 6(1-2), pp. 30-46.

KIRK, S. A. e KUTCHINS, H. (1997), *Making us Crazy: DSM: The psychiatric bible and the creation of mental disorders*, New York: Free Press.

KIRMAYER, L. J. *et al.* (2000), "The Future of Cultural Psychiatry: An International Perspective", in *The Canadian Journal of Psychiatry*, 45, pp. 438-446.

KIRMAYER, L. J. (1993), "Suicide Among Canadian Aboriginal People", in *Transcult. Psyc. Res. Rev.*, XXXI, pp. 3.58.

KIRMAYER, L. J. (2002), "Psychopharmacology in a Globalizing World: The Use of Antidepressants in Japan", in *Transcultural psychiatry* 39(3), pp. 295 – 322.

KIRMAYER, L. J. (2005), "Culture, Context and Experience in Psychiatric Diagnosis", in *Psychopathology*, 2005, vol. 38, n. 4.

KIRMAYER, L. J. (2006), "Beyond the 'New Cross-cultural Psychiatry': Cultural Biology, Discursive Psychology and the Ironies of Globalization", in *Transcultural Psychiatry*, 43 (1), pp. 126-144.

KIRMAYER, L. J., ERIC, J. (1998), "Cultural psychiatry: from museums of exotica to the global agora. Social, Community and Public Health Psychiatry", in *Current Opinion in Psychiatry*, 11(2), March, pp. 183-189.

KIRMAYER, L. J., MD, FRCPC, Harry Minas, FRANZP (2000), "The Future of Cultural Psychiatry: An International Perspective", in *The Canadian Journal of Psychiatry*.

KIRMAYER, L. J., ROUSSEAU, C., JARVIS, E., GUZDER, J. (2003), "The Cultural Context of Clinical Assessment", in Tasman, A. V., Lieberman & Kay (eds.), *Psychiatry* (2 edição), New York: John Wiley & Sons, pp. 1-12.

KIRMAYER, L. J., YOUNG, A. (1999), "Culture and context in the evolutionary concept of mental disorder", in *Journal of Abnormal Psychology*, 108, pp. 446-452.

KIRMAYER, L. J. (1994), "Improvisation and Authority in Illness Meaning", in *Cult. Med., Psychiatry*, 18, pp. 183-214.

KLEINMAN, A. (1978), "Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems", in *Soc. Sci Med B*, 12, pp. 85-93.

KLEINMAN, A. (1988), *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition*, New York: Basic Books Inc.

KLEINMAN, A. (1991), *Preface in Psychosocial Aspects of Depression* (eds.) Becker, J., Kleinman, A., London: LEA.

KLEINMAN, A. (1997), "Mental illness and social change in China", in *Harvard Rev. Psychiatry* 5(1), pp. 43-46.

KLEINMAN, A. (2001), "Why Psychiatry and Cultural Anthropology Still Need Each Other", in *Psychiatry*, 64(1), pp. 14-22.

KLEINMAN, A., DAS, V. & LOCK, M. (eds.) (1997), *Social Suffering*, Berkeley: University of California Press, pp: lx-xxii, 1-23.

KLERMAN, G. L., WEISSMAN, M. M. (1989), "Increasing rates of depression", in *JAMA*, Apr. 21, 261 (15), pp. 2229-35.

KOERNER, B. (2002), "Disorders Made to Order", in *Mother Jones* 27.4, pp. 58-65.

KPOSOWA, A. (2001), "Research on unemployment and suicide", in *PubMed*, Jan., 31(1), pp. 127-138.

KRAEPELIN, E. (1904), "Vergleichende psychiatrie", in *Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie*, 15, pp. 433-437.

KRAEPELIN, E. (1921), *Manic Depressive Insanity and Paranoia*, in Robertson, G. M. (ed.), Barclay, R. M. (trans.), Edinburgh: Livingstone Press.

KRAFFT-EBING, Richard Von [(1886) 2001], *Psychopathia Sexualis*, São Paulo, Ed. Martins Fontes.

KRESSIN, N. R., PETERSEN, L. A. (2001), "Racial differences in the use of invasive cardiovascular procedures: Review of the literature and prescription for future research", in *Annals of Internal Medicine*, 135, pp. 352-66.

KREYENBUHL, J., DICKERSON, F. B., MCNARY, S. W., BROWN, C. H., GOLDBERG, R. W. & DIXON, L. B. (2003), "Somatic Healthcare Utilization Among Adults With Serious Mental Illness Who Are Receiving Community Psychiatric Services", in *Medical Care*, 41(4), April, pp. 560-570.

KUNO, E., ROTHBARD, A. B. (2002), "Racial Disparities in Antipsychotic Prescription Patterns for Individuals with Schizophrenia", in *American Journal of Psychiatry*, 159(4), pp. 567-571.

LAKOFF, G. (2006), *Non pensare all'elefante!*, Roma: Ed. Fusi orari.

LAMBO, T. A. (1960), "Further neuropsychiatric observations in Nigeria", in *British Medical Journal*/II, pp. 1-24.

LAMBO, T. A. (2008), "Socioeconomic Changes in Africa and Their Implications for Mental Health, Ciba Foundation Symposium", in *Man and Africa*, pp. 121-145.

LARNER, W. (2000), "NeoLiberalism: policy, ideology, governmentality". Studies in *Political Economy* 63, 5-25.

LEAVITT, John (1996), "Meaning and Feeling in the Anthropology of Emotions", in *American Ethnologist* 23, 3, pp. 514-539.

LECHNER, E. (2005), "O sofrimento dos migrantes e o encontro de ordens simbólicas", in *Psilogos, Revista do Hospital Amadora Sintra*, Lisboa, pp. 2-7.

LEE, S. S., J., MOUNTAIN, J., & Koenig, A. B. (2001), "The Meaning of 'Race', in the New Genomics: Implications for Health Disparity Research", in *Yale Journal of Health Policy, Law and Ethics*, 1, pp. 33-75.

LEFF, J. P. (1981), *Psychiatry Around the Globe: A Transcultural View*, New York: Marcel Dekker Press.

LEIRIS, M. (1958), *La possession et ses aspects théâtraux chez les Ethiopiens de Gondar*, Paris: Ed. Plon.

LEIRIS, M. (1988), *La possession e i suoi aspetti teatrali tra gli Etiopi di Gondar*, Milano: Ubu Libri.

LEONHARD, K. (1959), *Die Aufteilung der endogenen Psychosen*, Berlin: Akademie Verlag.

LÉVI-STRAUSS, C. (1975), “A Eficácia Simbólica”, in *Antropologia estrutural*, Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.

LÉVI-STRAUSS, C. (2004), *Tristes Trópicos*, São Paulo: Companhia das letras, pp. 362-372.

LEWIS, I. M. (1989), *Ecstatic religion: A study of spirit possession and shamanism* (2.^a edição), London: Routledge Press.

LEWIS-FERNÁNDEZ, R. (1992), “The proposed *DSM-IV* trance and possession disorder category: Potential benefits and risks”, in *Transcultural Psychiatry*, 29, pp. 301-317.

LEWIS-FERNANDEZ, R. (1994), “Culture and dissociation: a comparison of ataque de nervios among Puerto Ricans and possession syndrome in India”, in Spiegel, D., Washington D.C. (eds.) “Dissociation: Culture, Mind, and Body”, in *American Psychiatric Press*, pp. 123-167.

LEWIS-FERNÁNDEZ, R. (1996), “Cultural Formulations of Psychiatric Diagnosis”, in *Culture, Medicine and Psychiatry*, 20, pp. 133-144.

LIENHARDT, G. (1961), *Divinity and Experience: The Religion of the Dinka*, Oxford: Clarendon Press.

LIMA, M. S., et al. (2005), “Epidemiology of Bipolar Disorders”, in *Rev. Psiq. Clin.*, 32, supl. 1, pp. 15-20.

LIND, J. E. (1917), "Phylogenetic Elements in the Psychoses of the Negro", in *Psychoanal. Rev.*, 4, pp. 303-332.

LINDEMAN, E. C. (1924), *Social Discovery. An approach to the study of functional groups*, New York: Ed. Republic Publishing.

LINZER, M., SPITZER, R., KROENKE, K. *et al.* (1996), "Gender, quality of life, and mental disorders in primary care: results from the PRIME-MD 1000 Study", in *American Journal of Psychiatry*, 101, pp. 526-533.

LIPOVETSKY, G. (2005), *A Era do Vazio*, São Paulo: Ed. Manole.

LITTLEWOOD, R. e LIPSEGE, M. [(1982) 1997], *Aliens and Alienists: Ethnic Minorities and Psychiatry*, Hove and New York: Brunner-Routledge Press.

LITTLEWOOD, R. (1990), "From categories to contexts: a decade of the 'new cross-cultural psychiatry'", in *British Journal of Psychiatry*, 156, pp. 308-27.

LITTLEWOOD, R. (1992), "Psychiatric diagnosis and racial bias: empirical and interpretative approaches", in *Social Science & Medicine* 34, 2, pp. 141-149.

LOCK, M., SCHEPER-HUGHES, N. (1987), "The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology", in *Medical Anthropology Quarterly*, 1 (1), pp. 6-41.

LOSI, N. (2000), *Vite altrove*, Milano: Feltrinelli.

LUHRMANN, T. M. (2001), *Of Two Minds: The Growing Disorder in American Psychiatry*, Oxford: Picador Press.

LUHRMANN, T. M. (2006), "Subjectivity", in *Anthropological Theory*, 6, p. 345.

LUMSDEN, P. (1976), "On 'Transcultural Psychiatry', Africans, and Academic Racism", in *American Anthropologist*, New Series, vol. 78, n. 1, March, pp. 101-104.

LUTZ, C. (1985), "Depression and the translation of emotional worlds", in Kleinman, A., Good, B. (eds.), *Culture and Depression: Studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder*. Berkeley, CA: University of California Press.

LUTZ, C. (1988), "Ethnographic Perspectives on the Emotion Lexicon", in Hamilton, V., Bower, G. & Frijda, N., (eds.), *Cognitive Perspectives on Emotion and Motivation*, Dordrecht, Holland: Ed. M. Nijhoff.

LUTZ, C. (1988), *Unnatural Emotions, Everyday Sentiments on a Micronesian Atoll and their Challenge to Western Theory*, Chicago, University of Chicago Press.

LUTZ, C. (1990), *Race, Evolution, and Intention in 'non-Westerners'*, Conference on Intentionality – School of American Research.

LUTZ, C. (1991), *The Rout(e) of Difference*. Chicago: University of Chicago Press.

LYNCH, M. O. (1990), "The Social Construction of Emotion in India", in Lynch, M. O., (ed.) *Divine Passions. The Social Construction of Emotion in India*. Oxford: University of California Press, pp. 3-34.

MADDERN, S. (2004), "Post-traumatic stress disorder in asylum seekers", in *Nursing Standard*, 18, pp. 36-39.

MARSELLA, A. J. (1998), "Urbanization, mental health, and social deviancy: A review of issues and research current issue feed", in *American Psychologist*, Jun. vol. 53(6), pp. 624-634.

MARSELLA, A. J., SARTORIUS, N. *et al.* (1985), "Cross-cultural studies of depressive disorders: An overview", in Kleinman, A., Good, B. (eds.), *Studies in the anthropology and*

cross-cultural psychiatry of affect and disorders, Berkeley, CA: University of California Press, pp. 299-324.

MCBRIDE, K. (2007), "Postcolonial Politics, Pathologies, and Power", in *Political Theory*, vol. 35, n. 4, pp. 517-521.

MCCULLOCH, J. (1995), *Colonial Psychiatry and "The African Mind"*, Cambridge: Cambridge University Press.

MCENZIE, K. (2003), "Racism and health", in *British Medical Journal*, 326, pp. 65-66.

MCENZIE, K. (1999), "Something borrowed from the blues?", in *British Medical Journal*, 318, pp. 616-617.

MCGRATH, E., KEITA, G. P., STRICKLAND, B. R., & RUSSO, N. F. (1990), *Women and depression: Risk factors and treatment issues*, Washington, D.C.: American Psychological Association.

MCKENZIE, K., TOONE, B., FAHY, T., MURRAY, R., VAN OS, J., JONES, P., HARVEY, I. (1996), "Understanding the excess of psychosis among the African-Caribbean population in England. Review of current hypotheses", in *Br J Psychiatry Suppl.*, 2001 Apr. 1, pp. 40, 60-8.

MCKENZIE, K., TOONE, B., FAHY, T., MURRAY, R., VAN OS, J., JONES, P. & HARVEY, I. (1996), "Psychosis in Afro-Caribbean people", in *BMJ*, May 4, 312(7039), pp. 1157-1158.

MCNEILLY, M. D., ANDERSON, N. B. *et al.* (1996), "The perceived racism scale: A multi-dimensional assessment of the perception of White racism among African Americans", in *Ethnicity and Disease*, 6, pp. 154-166.

MESQUITELA, I. B. P. (1996), *O Pano Artesanal na República da Guiné-Bissau: a sua recuperação nos anos 80*, Lisboa: Ed. Petromar.

MOLLICA, R., SARAJLIC, N. *et al.* (2001), “Longitudinal study of psychiatric symptoms, disability, mortality, and emigration among Bosnian refugees”, in *Journal of the American Medical Association*, 286, pp. 546-554.

MONCRIEFF, J., KIRSCH, I. (2005), “Efficacy of antidepressants in adults”, in *BMJ*, 331, pp. 155-7.

MORO, M. R., MORO GOMEZ, I. A. (2004), *L'andalouse: devenir thérapeute en situation transculturelle*, Grenoble: Éditions La Pensée Sauvage.

MORO, M., R. (2004), *Comprendre et soigner. La consultation d'Avicenne: un dispositif mé-tissé et cosmopolite*, Bobigny: Association Internationale d'EthnoPsychanalyse.

MORSY, S. (1990), “Political economy and medical anthropology”, in Johnson, T. M., Sargent, C., F., (eds.), *Medical Anthropology. Contemporary Theory and Method*. New York: Praeger Press, pp. 26-46.

MURRAY, C., LOPEZ, A. (1997), “Alternative Projections of Mortality and Disability by Cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study”, in *The Lancet*, 349, May 24, pp. 1498-1504.

MURRAY, C. J. L., LOPEZ, A. D. (1996), *The Global Burden of Disease*, Geneva: World Health Organization, Harvard School of Public Health, World Bank.

MURRAY, C. J. L., LOPEZ, A. D. (1997), “Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study”, in *Lancet*, 349, pp. 1436-42.

MYERS, H. E., MCCLURE, E. H. (1993), “Psychosocial Factors in Hypertension in Blacks: The Case for an Interactional Perspective”, in Fray, J. C. S., Douglas, J. G. (eds.), *Pathophysiology of hypertension in Blacks*, New York: Oxford University Press.

NADESAN, Majja Holmer (2008), *Governmentality, biopower, and everyday*, Routledge, New York.

NARAYAN, D. *et al.* (1999), *Can anyone hear us? Voices from 47 countries*, Washington, D. C. (Disponível em: www.worldbank.org/poverty/voices/reports.htm).

NATHAN, T. (1986), *La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique*, Paris: Ed. Dunod.

NATHAN, T. (1993), *Fier de n'avoir ni pays ni amis, quelle sottise c'était... Principes d'ethnopsychanalyse*, Grenoble: Éditions la Pensée Sauvage.

NATHAN, T. (1994), *L'influence qui guérit [Healing Influence]*, Paris: Éditions Odile Jacob.

NATHAN, T. (1996), *Principi di etnopsicoanalisi*, Torino: Ed. Bollati Boringhieri.

NATHAN, T. (2000), "L'héritage du rebelle. Le rôle de Georges Devereux dans la naissance de l'ethnopsychiatrie clinique en France", in *Ethnopsy. Les mondes contemporains de la guérison*, I, 197-226.

NATHAN, T. (2006), *La guerre des psys: Manifeste pour une psychothérapie démocratique*, Paris: Ed. Les Empêcheurs de penser en rond.

NAVARRO, V. (ed.) (2002), *The Political Economy of Social Inequalities: Consequences for Health and Quality of Life*, Amityville, N. Y.: Baywood Press.

NAVARRO, V. (ed.) (2004), *The Political and Social Context of Health*, Amityville, N. Y.: Baywood Press.

NDETEI, D. (1988), "Psychiatric phenomenology across countries: constitutional, cultural, or environmental?", in *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*, 344, pp. 33-44.

NETO, H. P., *et al.* (2005), *Cruzando Fronteiras Disciplinares: um Panorama dos Estudos Migratórios*, Rio De Janeiro: Ed. Revan Faperj.

NOH, S., BEISER, M., KASPAR, V. *et al.* (1999), "Perceived racial discrimination, depression, and coping: A study of Southeast Asian refugees in Canada", in *Journal of Health and Social Behavior*, 40(3), pp. 193-207.

NOLEN-HOEKSEMA, S. (1987), "Sex differences in unipolar depression: Evidence and theory", in *Psychological Bulletin*, 101, pp. 259-282.

NOLL, R. (1983), "Shamanism and Schizophrenia: A State-Specific Approach to the 'Schizophrenia Metaphor' of Shamanic States", in *American Ethnologist*, vol. 10, n. 3, pp. 443-459.

OBRIST, B., VAN EEUWIJK, P. (eds.) (2003), "Afflictions of city life. Accounts from Africa and Asia", in *Anthropology & Medicine* (special issue) 10.3.

O'DONNELL M. (1991), *Race and ethnicity*, New York: Longman Press.

OLIVEIRA DE SOUSA, A. (1995), *La Maternité chez les Bijago da guinée Bissau*, Paris: Centre Français sur la Population et le Développement.

ONG, A. (1995), "Making the Biopolitical Subject: Cambodian Immigrants, Refugee Medicine, and Cultural Citizenship", in *California. Social Science and Medicine* 40(9), pp. 1243-1257

ONGARO F. (a cura di) [(1981) 1982], *Scritti di Franco Basaglia*, Torino: Ed. Einaudi.

OPOLKA, J. L., RASCATI, K. L. *et al.* (2003), "Ethnic Differences in Use of Antipsychotic Medication among Texas Medicaid Clients with Schizophrenia", in *Journal of Clinical Psychiatry* 64 (6), pp. 635-9.

OSBORNE, R. T. (1978), *Human variation: the biopsychology of age, race and sex*, New York: Academic Press.

OSBORNE, R. T. (1992), "The use of race in medical research", in *JAMA*, 1992, pp. 267, 275-9.

PAK, A. W., DION, K. L., & DION, K. K. (1991), "Social psychological correlates of experienced discrimination: Test of the double jeopardy hypothesis", in *International Journal of Intercultural Relations*, 15, pp. 243-254.

PARIS, J. (1994), "Evolutionary Social Science and Transcultural Psychiatry", in *Transcultural Psychiatry*, 31, p. 339.

PEIRCE, C. M., EARLS, F. J. & KLEINMAN, A. (1999), "Race and culture in psychiatry", in Nicholi, A. (ed.), *Harvard Guide to Psychiatry*, Harvard: Harvard University Press.

PERSAUD, R. B., LUSANE, C. (2000), "The new economy, globalization and the impact on African Americans", in *Race and Class*, 42, pp. 21-34.

PETRYNA, A., LAKOFF, A., KLEINMAN, A. (eds.) (2006), *Global Pharmaceuticals: Ethics, Markets, Practices*. Durham, N. C.: Duke University Press.

PIGNARRE, P. (2001), *Comment la dépression est devenue une épidémie*, Paris: Ed. La Découverte.

PILGRIM, D. (2007), *Inside Ashworth: Professional Reflections of Institutional Life*, Oxford: Radcliffe Publishing.

PILGRIM, D., ROGERS, A. (2005a), "The Troubled Relationship between Psychiatry and Sociology", in *International Journal of Social Psychiatry*, vol. 51, n. 3, pp. 228-241.

PILGRIM, D., ROGERS, A. (2005b), *A Sociology of Mental Health and Illness* (3.^a edição), Maidenhead: Open University Press.

PINNELLI, S. (2002), "Internet Addiction Disorder and Identity on line: the Educational Relationship", in *Informing Science InSITE - "Where Parallels Intersect"*, disponível em: <http://proceedings.informingscience.org/IS2002Proceedings/papers/Pinne088Inter.pdf>.

PLANO NACIONAL DE SAÚDE (2004/2010), vol. I & II, Ministério da Saúde.

PLANO NACIONAL PARA A INTEGRAÇÃO DE IMIGRANTES (PII). (Disponível em: http://www.acidi.gov.pt/docs/PII/PII_public.pdf); e o relatório do primeiro ano de execução do PII: http://www.acidi.gov.pt/docs/PII/RAE0708_PII_compl.pdf.

PLATT, S. (1984), “Unemployment and suicidal behavior: A review of the literature”, in *Social Science Medicine*, 19, pp. 93-115.

POLEDNAK, A. P. (1989), *Racial and ethnic differences in disease*, Oxford: Oxford University Press.

PORTER, R. (2002), *Madness: A Brief History*, New Baskerville: Oxford University Press.

PRETE, A., a cura di (1992), *Nostalgia storia di un sentimento*, Milano: Ed. Raffaello Cortina.

PRETI, A., MIOTTO, P. (1999), “Suicide among eminent artists”, in *Psychological Reports*, 84, pp. 291-301.

PRINCE, R. H. (1968), “The changing picture of depressive syndromes in Africa: Is it fact or diagnostic fashion?”, in *Canadian Journal of African Studies* 1, pp. 177-192.

PROCACCI, G. (1993), *Gouverner la misère: La question sociale en France, 1789-1848*, Paris: Editions du Seuil.

PUMARIEGA, A. J., ROTHE, E. & PUMARIEGA, J., B. (2005), “Mental Health of Immigrants and Refugees”, in *Community Mental Health Journal*, vol. 41, n. 5, October, 2005, Ed. Springer Netherlands.

PUPAVAC, V. (2004), “Psychosocial Interventions and the Demoralization of Humanitarianism”, in *Journal of Biosocial Science*, 36, pp. 491-504.

PUSSETTI, C. (2006), “A patologização da diversidade: uma reflexão antropológica sobre a noção de Culture-Bound Syndrome”, in *Etnográfica*, vol. 10, n. 1, pp. 05-40.

PUSSETTI, C. (1999), “Le piroghe d’anime. L’iniziazione dei defunti presso i Bijagó della Guinea Bissau in Africa”, in *Rivista Trimestrale dell’Istituto Italo Africano*, n. 2, pp. 159-181.

PUSSETTI, C. (2005), “Vento, tempesta e incendio: i pericoli della perdita del controllo (Arcipelago dei Bijagó, Guinea Bissau)”, in Fabietti, U. (ed.) *Emozioni, Annuario di Antropologia*. Roma: Edizioni Meltemi.

PUSSETTI, C. (2005), *Poetica delle emozioni. I Bijagó di Bubaque (Guinea Bissa)*, Roma, Bari: Edizioni Laterza.

RABINBACH, A. (1990), *The Human Motor: Energy, Fatigue, and the Origins of Modernity*, New York: Basic Books, s.i.l.

RABINOW, P. (1986), “Representations are Social Facts”, in Clifford J., Marcus G. (eds.), *Writing Culture: the Poetics and Politics of Ethnography*, Berkeley: University of California Press.

RACK, P. (1982), *Race, Culture and Mental Disorder*, London: Tavistock Publications.

RADDEN, J. (2000), *Madness and Reason*, Oxford: Oxford University Press.

RADDEN, J. (2003), “Is This Dame Melancholy?: Equating Today’s Depression and Past Melancholia”, in *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, vol. 10, n. 1, pp. 37-52.

RECHTMAN, R. (2002), *Etre Victime: Généalogie d’une Condition Clinique*, Paris: Editions Scientifiques et Médicale Elsevier Sas, pp. 775-95.

RECHTMAN, R. (2002), "Stories of Trauma and Idioms of Distress: From Cultural Narratives", in *Transcultural Psychiatry*, June 1, 39(2), pp. 196-213.

RECHTMAN, R. (2006), "Cultural Standards, Power and Subversion in Cross-cultural Psychotherapy", in *Transcultural Psychiatry*, pp. 43-169.

REDDY, W. (2001), "The Logic of Action: Indeterminacy, Emotion, and Historical Narrative", in *History and Theory*, 40, 4, December, pp. 10-33.

REES, J. (1991), "Flu is the clue to brain illness", in *Daily Telegraph Newspaper*, Wednesday 3 July.

REN, X. S., AMICK, B. & WILLIAMS, D. R. (1999), "Racial/ethnic disparities in health: The interplay between discrimination and socioeconomic status", in *Ethnicity & Health*, 9(2), pp. 151-165.

REVERZY, J. F. (1993), "L'île souffrants. Approche métapsychologique des aliénations du liens social à la Réunion", in *Psychopathologie Africaine*, XXV, 2, pp. 139-160.

RISSO, M., FRIGESSI, D. (1982), *Emigrazione, nostalgia, malattia mentale*, Torino: Ed. Einaudi.

ROBERT, J. S., PLANTIKOW, T. (2005), "Genetics, neuroscience and psychiatric classification", in *Psychopathology*, 38(4), pp. 215-8.

ROLLEMBERG, D. (2005), *Exílio: entre raízes e radares*, Rio de Janeiro: Record.

ROSALDO, R. *et al.* (2001), *The Anthropology of Globalization*, United Kingdom: Blakweel Publishing.

ROSE, N. (1998), *Inventing Our Selves: Psychology, Power, and Personhood*, Cambridge: Cambridge University Press.

ROSE, N. (2000), "Government and Control", in *British Journal of Criminology* 40, pp. 321-339.

ROSE, N., MILLER, P. (1992), "Political Power beyond the State: Problematics of Government", in *British Journal of Sociology*, 43, 2, pp. 172-205.

ROSE, S. (1999), "Evidence based practice and psychological debriefing", in *Traumatology*, vol. 5, issue 2. Disponível em: <http://www.fsu.edu/~trauma/>.

ROSE, S., LEWONTIN, R., C., KAMIN, L., J. (1990), *Not In Our Genes: Biology, Ideology and Human Nature*, Harmondsworth: Penguin Books.

ROSS, C., PAM, A. (1995), *Pseudoscience in biological psychiatry: Blaming the body*, New York: Ed. Wiley.

RUBIO, D. S. (2007), *Contra una Cultura Anestesiada de Derechos Humanos*, México: Facultad de Derecho de La Universidad Autónoma de San Luis Potosí.

RUHL, L. (1999), "Liberal Governance and Prenatal Care: Risk and Regulation, in *Pregnancy. Economy and Society* 28(1), pp. 95-117.

RYNEARSON, A. M. *et al.* (1996), *Selected Papers on Refugee Issues*, IV, Arlington: American Anthropology Association.

SAID, E. W. (1990), *Orientalismo: O Oriente como Invenção do Ocidente*, São Paulo: Ed. Companhia das Letras.

SAID, E. W. (1993), *Culture and Imperialism*, New York, Vintage Books.

SAILLANT, F. *et al.* (2007), *Medical Anthropology: Regional Perspectives and Shared Concerns*, Usa: Blackwell Publishing.

SALGADO DE SNYDER, V. N. (1987), "Mexican Immigrant Women: The relationship of ethnic loyalty and social support to acculturative stress and depressive symptomatology", in *Spanish Speaking Mental Health Research Center*, Los Angeles: University of California.

SALGADO DE SNYDER, V. N. (1987), "Factors associated with acculturative stress and depressive symptomatology among married Mexican immigrant women", in *Psychology of Women Quarterly*, 11, pp. 475-488.

SALMONS, J. (1983), "Mammy Wata", in *African Arts* 10, 3, pp. 8-15.

SANTIAGO-IRIZARRY, V. (2001), *Medicalizing Ethnicity: The construction of Latino identity in a psychiatric Setting*, New York: Cornell University Press.

SARDINHA, J. (2007), "Providing Voices? Civic Participation Opportunities for Immigrants", in *Portugal. Politics*, (Ibkm): Universität Oldenburg.

SARTORIUS, N., USTUN, T. B., LECRUBIER, Y., WITTCHEN, H. V. (1996), "Depression comorbid with anxiety: Results from the WHO study on psychological disorders in primary health care", in *Br J Psychiatry*, 168, suppl. 30, pp. 38-43.

SASHIDHARAN, S. P. *et al.* (1988), "Hospital-treated and general-population morbidity from affective disorders. Comparison of prevalence and inception rates", in *The British Journal of Psychiatry*, 152, pp. 499-505.

SASHIDHARAN, S. P., FRANCIS, E. (1996), "Epidemiology, ethnicity and schizophrenia", in Ahmad, W. I. U. (ed.), *'Race' and Health in Contemporary*. Britain: Open University Press.

SAYAD, A. (1999), *La double absence: des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré*. Paris: Ed. Seuil.

SAYAD, A., BORDIEAU., P. (1992), *L'immigration, Ou Les Paradoxes De L'alterite*, Boeck Université, L'homme/L'étranger.

SCHEPER-HUGHES, N. E., LOCK, M. (1991), "The message in the bottle: illness and the micropolitics of resistance", in *The Journal of Psychohistory*, vol 18, n. 4, pp. 409-432.

SCHEPER-HUGHES, N. (1992), *Death without Weeping: The Violence of Everyday Life in Brazil*, Berkeley: University of California Press.

SCHEPER-HUGHES, N. (1994), "Death without Weeping: Daily Life in Northeast Brazil", in *New Internationalist*, Entire Special Issue devoted to Death without Weeping, 254 (April).

SCHEPER-HUGHES, N. (1996), "The Madness of Everyday Life: In Search of a Critical and Engaged Anthropology", in *Ethnostoria* (Palermo, Sicily), n.s., ½, pp. 35-51. (reprinted).

SEF (Serviço de Estrangeiros e Fronteiras) (2006), *Projeção sobre a "população imigrante*.

SEGAL, Z. V. *et al.* (1996), "A cognitive science perspective on kindling and episode sensitization in recurrent affective disorder", in *Psychological Medicine*, 26, pp. 371-380.

SELIGMAN, R. (2005), "From Affliction to Affirmation: Narrative Transformation and the Therapeutics of Candomblé Mediumship", in *Transcultural Psychiatry*, 42, p. 272.

SELTEN, J. P. *et al.* (2007), "Migration and schizophrenia", in *Current Opinion in Psychiatry*, 20(2), pp. 111-115.

SELTEN, J. P., *et al.* (2001), "Incidence of psychotic disorders in immigrant groups to The Netherlands", in *The British Journal of Psychiatry*, 178, pp. 367-372.

SEMAJ, L. T. (1981), "The Black self, identity, and models for a psychology of Black liberation", in *Western Journal of Black Studies*, 5, pp. 158-171.

SHARPLEY, M., HUTCHINSON, G., MCKENZIE, K. & MURRAY, R. M. (1996), *BMJ*, May 4 1996, 312 (7039): pp. 1157-1158.

SHELDON, T. A, PARKER, H. (1992), "Race and ethnicity in health research", in *J. Public Health Med*, 1992, 14, pp. 104-10.

SHIM, J. K. (2000), "Bio-Power and Racial, Class, and Gender Formation in Biomedical Knowledge Production", in Kronenfeld, J. J. (ed.), *Research in the Sociology of Health Care*. Stamford, CT: JAI Press, pp. 173-95.

SILEO, C. C., SKUTLEY, P. L. L. (1990), "Activities Handbook for the Teaching of Psychology", in *American Psychological Association (APA)*, June, Paperback.

SIMON, B., WEINER, H. (1966), "Models of Mind and Mental Illness in Ancient Greece: The Homeric Model of Mind", in *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 2, pp. 303-314.

SINGER, M., Baer, H. (1996), "A Dose of Drugs, A Touch of Violence, A case of AIDS: Conceptualizing the SAVA Syndemic", in *Free Inquiry in Sociology* 24 (2), pp. 99-110.

SINGER, Merrill *et al.* (1992), "AIDS and the IV drug user: The local context in prevention efforts", in *Medical Anthropology* 14, pp. 285-306.

SMAJE, C. (1995), *Health "Race" and Ethnicity: Making sense of the evidence*, London: Share, King's Fund Institute.

SOLOMON R., C. (1984), *What is an Emotion? Classic and Contemporary Readings*, New York: Oxford University Press.

SONTAG, S. (1978), "Images of Illness", in *The New York Review of Books*, vol. 25, n. 1.

STEEL, Z., SILOVE, D. (2001), "The mental health implications of detaining asylum seekers", in *The Medical Journal of Australia* 175, pp. 596-599.

STENGERS, I., 2002 (2003), *A invenção das ciências modernas*. São Paulo: Editora 34.

STONE, M. (1985), "Shellshock and the psychologists", in Bynum, W. F., Porter R., Shepherd M., (eds.) *The Anatomy of Madness*, London: Ed. Tavistock.

STOTLAND, N. L. (2004), "Immigrant Patients: Don't Forget Depression", in *Journal Watch Women's Health*, March, 23.

SUKI, D. (2003), "From pathology to postmodernism: a debate on 'race' and mental health", in *Journal of Social Work Practice*, 17, pp. 1, 95-102.

SUMMERFIELD, D. (2001), "The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category", in *BMJ*, 322, pp. 95-98.

SZASZ, T. (1971), "The Negro in psychiatry", in *American Journal of Psychotherapy*, 25(3), pp. 469-71.

SZOMBATI-FABIAN, I. E., JOHANNES, F. (1976), "Art, History and Society: Popular Painting in Shaba, Zaire", in *Studies in the Anthropology of Visual Communication* 3, pp. 1-21.

TALARN, A. (2007), *Globalización y Salud Mental*, Barcelona: Ed. Herder.

TAUSSIG, M. (1980), *The Devil and Commodity Fetishism in South America*, Chapel Hill: University of North Carolina Press.

TAUSSIG, M. (1986), *Shamanism, Colonialism and the Wild Man. A Study in Terror and Healing*, Chicago: University of Chicago Press.

TAUSSIG, M. (1992), *The Nervous System*, New York: Routledge Press.

TAVARES RODRIGUES, J. (2003), “A medicação como única resposta: uma miragem do contemporâneo”, in *Psicol. Estud.*, vol. 8, n. 1, Maringá, Jan./June.

THE CHANGING ROLE OF THE STATE: HOMELESS AND EXCLUSION (2006), Regulating public space, November.

THOMPSON, V. L. (1996), “Perceived experiences of racism as stressful life events”, in *Community Mental Health*, 32(3), pp. 223-233.

TILEAGĂ, C. (2006), “Discourse, dominance and power relations: Inequality as a social and international object”, in *Ethnicities*, 6, pp. 476-497.

TODOROV, T. (1999), *O Homem Desenraizado*, Rio de Janeiro: Editora Record.

U.S. AMERICAN PRESIDENT’S COUNCIL ON BIOETHICS (2003), *Beyond Therapy: Biotechnology and the Pursuit of Happiness*.

VACCHIANO, F. e TALIANI, S. (2006), “Altri Corpi: Antropologia ed Etnopsicologia della Migrazione”. *Prospettive/Ricerche* (12), Milano: Ed. Unicopli.

VAN DER GEEST, S., WHYTE, S. R. (1991), “The charm of medicines: metaphors and metonyms”, in *Medical Anthropol*, Q. 5: p. 345.

VAN DIJK, R. (1998), “Culture as Excuse: The failures of health care to migrants in the Netherlands”, in Van der Geest, S., Rienks, S. (eds.), 1998, *The art of medical anthropology*. Amsterdam: Ed. Spinhuis, pp. 243-251.

VAUGHAN, M. (1991), *Curing Their Ills: Colonial Power and African Illness*, Palo Alto, CA: Stanford University Press.

VELASQUEZ, Roberto J. *et al.* (1993), "Teaching Counselors to Use the DSM-III-R with Ethnic Minority Clients: A Paradigm", in *Counselor Education and Supervision*, 32, 4, Jun. 1993, pp. 323-31.

WACQUANT, L. (2002), "Scrutinizing the Street: Poverty, Morality, and the Pitfalls of Urban Ethnography", in *American Journal of Sociology*, Chicago: University of Chicago Press.

WALKUP, J. T., ALPINE, D. D., OLDFSON, M. *et al.* (2000), "Patients with schizophrenia at risk for excessive antipsychotic dosing", in *J Clin Psychiatry*, 61, pp. 344-348.

WALTERS, V. (1993), "Stress, anxiety and depression: Women's accounts of their health problems", in *Social Science and Medicine*, vol. 36, n. 4, pp. 393-402.

WARHEIT, G. J., HOLZER III, C. E. & SCHWAB, J. J. (1973), "An analysis of social class and racial differences in depressive symptomatology: A community study", in *Journal of Health Social Behavior*, 14(4), pp. 291-299.

WATKINS, K. *et al.* (2006), *The Human Development Report*, UNDP Publications.

WATKINS, L. L., BLUMENTHAL, J. A. *et al.* (2006), "Anxiety and vagal control of heart rate", in *Psychosom Med*, September 1, 68(5), pp. 651-656.

WAZANA, A. (2000), "Physicians and the Pharmaceutical Industry, is a Gift Ever Just a Gift?", in *JAMA*, 283, pp. 373-380.

WEIR, L. (1996), "Recent Developments in the Government of Pregnancy, *Economy and Society* 25(3), pp. 372-392.

WEISSMAN, M. M. *et al.* (1996), *Cross-National Epidemiology of Mood Disorders: An Update*. Disponível em: www.pasteur.fr/applications/euroconf/depression/weissman.pdf.

WEISSMAN, M., KLERMAN, G. (1977), "Sex differences in the epidemiology of depression", in *Archives of General Psychiatry* 34, pp. 98-111.

WENDERS, W. (realizador) (1987), *Der Himmel über Berlin* (film).

WETZEL, J. W. (1994), "Depression: Women-at-risk", in *Social Work in Health Care*, 19, pp. 85-108.

WIG, N. N. (1994), "An overview of cross-cultural and national issues in psychiatric classification", in Mezzich, J. E., Honda Y. & Kastrup, M. C. (eds.), *Psychiatric Diagnosis: A World Perspective*. pp. 3-10, New York: Berlin Springer.

WIKAN, U. (1992), "Beyond the words: the power of resonance", in *American Ethnologist*, n. 19, pp. 460-482.

WILLIAMS, D. R., NEIGHBORS, H. (2001), "Racism, discrimination and hypertension: Evidence and needed research", in *Ethnicity & Disease*, 11, pp. 800-816.

WILLIAMS, D., WILLIAMS-MORRIS, R. (2000), "Racism and mental health: The African American experience", in *Ethnicity & Health*, 5 (3/4), pp. 243-268.

WILSON, M. (eds.), *Forensic Psychiatry, Race and Culture*, London: Routledge Press.

WILSON, W. J. (1996), *When work disappears: The world of the new urban poor*, New York: Knopf Press.

YOUNG, A. (1982), "Anthropologies of illness and sickness", in *Annual Review of Anthropology*, vol. 11, pp. 257-85.

ZEMPLINI, A. (1988), "Entre 'sickness' et 'illness': de la socialisation à l'individualisation de la 'maladie'", in *Social Science and Medicine*, 27, 111, pp. 1171-1182.

LINKS

<http://proceedings.informingscience.org/IS2002Proceedings/papers/Pinne088Inter.pdf>

<http://www.minddisorders.com/Flu-Inv/Internet-addiction-disorder.html>

<http://www.clinique-transculturelle.org>

<http://www.gddc.pt/siii/docs/dec44-1992.pdf>

<http://www.mcgill.ca/tcpsych/publications>

http://www.refugiados.net/cidadevirtual/estatisticas/pa_2007.html

CO-FINANCIAMENTO PELO FUNDO SOCIAL EUROPEU

