



Escola de Ciências Sociais e Humanas

Departamento de Antropologia

PRÁTICAS E DIÁLOGOS CRUZADOS DA
PSIQUIATRIA TRANSCULTURAL E A POPULAÇÃO REFUGIADA:
TRECHOS ETNOGRÁFICOS.

Teresa Carvalho Rego de Sousa

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre Antropologia

Orientadora:

Professora Doutora Maria Cristina Ferraz Saraiva Santinho, Investigadora Integrada CRIA-
IUL - Pólo do ISCTE-IUL

Setembro, 2018

«A terra inteira tinha uma só língua e usava as mesmas palavras. (Gn, 11, 1). Vamos descer ali e confundir a língua deles, de modo que não se entendam uns aos outros”. E o Senhor dispersou-os daquele lugar por toda a superfície da terra (...) (Gn. 11, 7-8)»

AGRADECIMENTOS

A aventura de ingressar num mestrado desconhecido, há três anos, sobre uma área que se presta, curiosamente, à aventura dos vários desconhecidos, não seria possível sem todos os que me rodeiam, que espalham magia dentro do meu mundo e conseguem torná-lo incrivelmente rico. São os meus amigos, a minha família mais-que-tudo, os meus confidentes, os apaixonados. A todos eles, a todos os presentes e ausentes, a todos os pontuais ou ocasionais, a todos os próximos ou a milhares de quilómetros de distância, e especialmente, aos de nome profundo que em mim ecoam, desde a eternidade até ao preciso momento que escrevo estas linhas: obrigada.

À minha orientadora, Cristina Santinho, um grande obrigado. Entre poucos encontros, soube dar-me a força, motivação e o suporte mais que essencial para a materialização deste trabalho. Um grande obrigado, por transformar e fazer crescer os meus sonhos.

Ao Dr. “Bernardo”. Um obrigada por se mostrar na pessoa mais prestável que já conheci, com uma força de vontade em comunicar “os seus dotes”; foi entre a sua generosidade e confiança que me transportaram para o seu universo.

A todos os participantes que deram voz a este trabalho. A todas as vozes que ainda estão por falar.

Obrigada a todos.

RESUMO

Esta dissertação teve como objetivo compreender as noções epistemológicas e práticas de um serviço de psiquiatria transcultural, cuja consulta é dirigida aos requerentes de asilo e refugiados, na zona de Lisboa.

Hoje em dia observamos uma crescente necessidade de qualificar os serviços dirigidos a indivíduos com estatuto de refugiado. Estes trazem muitas vezes histórias de sofrimento de contornos específicos e não encontram um profissional munido de ferramentas e técnicas terapêuticas especializadas. Deste modo, encontramos em Portugal uma prática ainda muito rudimentar, em parte justificada por uma falta de saberes teóricos, que merece ser reavaliada e discutida. Assim, as problemáticas desta dissertação erigem-se sobre a psiquiatria transcultural, esta que se apresenta como disciplina predileta na condução e avaliação dos casos clínicos da população refugiada.

Em termos práticos, o terreno eleito para indagar estas questões foi o Serviço de Psiquiatria Geral e Transcultural no CHPL. Estruturando-se através de uma etnografia, procurou descrever-se o ambiente laboral destes profissionais de saúde, a fim de delatar dinâmicas inerentes à prática e assim deitar luz sobre a forma de conduzir esta clínica, quais as características específicas do atendimento, quais as competências dos profissionais e também, compreender a vasta incorporação e expressão díspar dos significantes de corpo, saúde, doença, transformam o ambiente terapêutico.

Palavras-Chave: Antropologia da Saúde, Refugiados, Psiquiatria Transcultural, Etnografia.

ABSTRACT

This dissertation aimed to understand the epistemological and practical notions of a transcultural psychiatry service, whose consultation is addressed to asylum seekers and refugees in the Lisbon area.

Nowadays we see an increasing need to qualify services aimed at individuals with refugee status. They often bring suffering stories with specific contours and do not find a professional dotted with specialized therapeutic tools and techniques. In this way, we find in Portugal a still very rudimentary practice, partly justified by a lack of theoretical knowledge, which deserves to be analysed and discussed. Thus, the problematics of this dissertation are based on the epistemology and practice of transcultural psychiatry, which presents itself as the favorite discipline in the conduction and evaluation of the clinical cases of the refugee population.

In practical terms, the field chosen to ask these questions was the General and Transcultural Psychiatry Service at CHPL. Structuring through an ethnography, we tried to describe the work environment of these health professionals, in order to delineate dynamics inherent to the practice and thus shed light on how to conduct this clinic, what specific characteristics of care, what the professionals' and also to understand the vast incorporation and different expression of the signifiers of body, health, disease, transform the therapeutic environment.

Keywords: Health Antropology, Refugees, Transcultural Psychiatry, Ethnography.

ÍNDICE

CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO	1
O Propósito Acadêmico	1
A Motivação Interna	4
A Pertinência Teórico-Prática	6
CAPÍTULO II – QUESTÕES E ANÁLISES TEÓRICAS	7
Contexto Político dos Refugiados – Caso Português	7
Política Pública, Saúde e Estatuto de Refugiado	11
Modelos da Psiquiatria e Antropologia da Saúde	15
A Cultura do Trauma? Ou o Trauma da Cultura?	22
Acerca do Diagnóstico Psiquiátrico Geral e Transcultural	33
CAPÍTULO III – O TERRENO ETNOGRÁFICO E AS ESCOLHAS MEDIOLÓGICAS	37
Corpo Teórico em Relação com o Objeto de Estudo	37
Contextualização do CHPL	38
Sobre a Metodologia: Um Breve Comentário	40
CAPÍTULO IV – TRECHOS ETNOGRÁFICOS	45
A Rotina Semanal no SPGT	45
A Consulta Transcultural	46
<i>Primeiro Trecho Etnográfico</i>	47
<i>Segundo Trecho Etnográfico</i>	54
<i>Terceiro Trecho Etnográfico</i>	55
<i>Quarto Trecho Etnográfico</i>	58
CAPÍTULO V – ANÁLISE ANTROPOLÓGICA	61
CAPÍTULO VI – CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
BIBLIOGRAFIA	71
ANEXOS	77
Anexo I – Panfleto Sessão Grupo Psicoterapêutico Aberto	77

GLOSSÁRIO DE SIGLAS

ACNUR – Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados

CBS – Culture- Bound Syndromes (*em português: transtorno típico de cultura*)

CHPL – Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa

CPR – Centro Português de Refugiados

DSM – Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders (*em português: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*)

JRS – Jesuit Refugee Service

UNHCR – United Nations High Commissioner for Refugees

SEF – Serviço de Estrangeiros e Fronteiras

SPGT – Serviço Psiquiatria Geral e Transcultural

CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO

O Propósito Académico

O ponto de partida da presente dissertação começa pelo aprofundamento das questões teóricas e práticas da saúde mental, nomeadamente a psiquiatria, dirigidas aos requerentes de asilo e refugiados, na cidade de Lisboa, localizado do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (CHPL).

Este tema surge porque, desde 2015, chega-nos à Europa a situação relativa ao crescente número de pedidos de asilo, que vieram exigir uma rápida e maior agilização dos setores encarregues das questões políticas e legais sobre esta realidade. Paralelamente, fora necessária uma maior mobilização dos recursos existentes relativamente à prestação dos serviços (internacionais, nacionais ou regionais) incumbidos das necessidades sociais, integrativas e educativas. Sobre esta situação, e no caso que aqui diz respeito, são também os setores de saúde que sofrem, na prática, mudanças nas dinâmicas quotidianas, através da chegada destes novos desafios não expectáveis. Neste sentido, e nesta nova nomenclatura que se gera, nascem diversas dificuldades em prover respostas qualificadas e adequadas às necessidades que esta população traz.

Determinado o supracitado panorama, acrescenta-se a informação da escassa investigação sobre os diversos aspetos dos refugiados¹, que, na consequência, poderão surtir um efeito negativo ao produzir estereótipos e traçar caracteres gerais a uma população inteira, exatamente por essa falta de informações e conhecimentos. Também consequentemente, como refere Malkki (1996: 16) “as organizações internacionais e nacionais humanitárias devem ter em conta múltiplas causas e consequências da fuga da população refugiada. É importante contrariar esta tendência da comunidade internacional de classificar os refugiados numa só categoria, ignorando a sua heterogeneidade, aptidões, capacidades, qualificações e necessidades

¹ “Quase inexistência, no contexto de produção teórica antropológica em Portugal, de referências bibliográficas sobre a temática dos refugiados. (Coelho, 2016: 9). Como a autora menciona, para além de uma tese de doutoramento, de autoria de Cristina Santinho, e algumas dissertações de mestrado, ainda pouco se compreende desta realidade, nomeadamente aspetos relativos às suas vivências e histórias de vida.

específicas. *Afinal, cada uma destas pessoas tem um nome, uma opinião, familiares, histórias, memórias, trajetórias de vida e razões para estar onde está naquele momento².*”.

Torna-se, neste sentido, premente produzir novos estudos sobre estas novas “mobilidades contemporâneas”, quer no sentido de compreender os aspetos que os caracterizam e as suas histórias, quer os efeitos e dinâmicas que produzem em termos sociais, quer na elaboração de respostas que merecem e necessitam de ser dadas. Não obstante, é importante referir que, embora as pesquisas nesta linha (em Portugal) sejam escassas, já encontramos trabalhos desenvolvidos no terreno de qualidade suprema. São alguns destes os contributos de Chiara Pussetti, Cristina Santinho; Júlio Ferreira³, entre outros. Sendo estes nomes com relevância significativa nas investigações desta linha temática, serão as referências basilares para esta dissertação, donde se irá procurar dar um enfoque significativo no enquadramento teórico.

No caso da antropologia, especificamente, enquanto disciplina que presta um especial cuidado a estes movimentos sociais e é sensível às necessidades inerentes aos mesmos, tem o direito (e o dever) de introduzir novos olhares multidisciplinares, prestar luzes sobre as condições e particularidades dos requerentes de asilo e refugiados. Como refere Pussetti (2009: 15), são “indispensáveis estudos em diversas áreas académicas para estudar e analisar os impactos migratórios e a condição dos imigrantes, nos seus mais diferentes aspetos, no contexto de acolhimento.”.

No caso desta dissertação, introduzir um diálogo entre as ciências sociais e as abordagens da saúde mental, que se inscrevem sensivelmente na área da antropologia da saúde, é necessário e serve o presente para contribuir com tais novas abordagens multidisciplinares. Mais ainda, “o conhecimento produzido pelos antropólogos sobre as perspetivas, as necessidades e dificuldades experienciadas pelos refugiados, deveria assim constituir informação-base para as organizações e instituições responsáveis pela sua proteção e acolhimento.” (Malkki, 1996: 16). É desta forma que parece necessário aprofundar sistematicamente as diversas abordagens de atuação nos vários serviços de saúde mental, de forma a desencadear não só respostas mais “multidisciplinares” como também e principalmente, adequadas.

²Itálico meu.

³ Pussetti (2006); Pussetti (2009); Santinho (2011); Santinho (2012); Ferreira (2009).

Por esta via, procurou confinar-se esta investigação às práticas dos profissionais de saúde, mais especificamente, às práticas da psiquiatria transcultural, estas que exercem a sua profissão próxima da realidade em questão. Balizando o estudo para “o lado” dos profissionais de saúde, não invalida que compreender “o lado” dos refugiados, as suas necessidades e demandas não seja importante. Pelo contrário, é mais que urgente e imprescindível a contínua produção de estudos nesta linha temática. No entanto, acredito que investigações incidentes na vertente deste estudo sejam igualmente necessários, de forma a compreender uma parcela importante da realidade que se quer desvelar.

Assim, a hipótese basal que molda o pensamento aqui em vigor, e o qual se pretende dissecar a fundo, é de que estes respetivos serviços estão aquém da sua qualidade esperada: falamos ao nível da qualidade das relações terapêuticas, das ferramentas culturalmente sensíveis para a compreensão de casos clínicos, da escassa sensibilização relativamente às temáticas que são muitas vezes trazidas pelos refugiados e requerentes de asilo.

Assim, ressalta-se que, ao aprofundar estas problemáticas específicas de um espectro muito alargado sobre as questões dos refugiados, é possível produzir novos conhecimentos, novos saberes e fazeres nos vários campos de atuação da saúde mental. A investigação em geral, dentro da antropologia da saúde relativa a estas questões, tem prestado novas luzes sobre as várias áreas da saúde mental, expandindo os seus saberes, e melhorando nas formas de atuar sobre as realidades onde a *culturalidade* está presente.

Deste modo, e sobre esta hipótese, inscreveu-se nos modelos de conhecimento que abordam como causa principal estas questões: o campo da psiquiatria transcultural, ramo situado na periferia da psiquiatria, que se focaliza essencialmente a grupos populacionais específicos e trabalham, neste caso, com refugiados e requerentes de asilo. A psiquiatria transcultural, vertente do paradigma biomédico contemporâneo, privilegia algumas noções que se encontram suspensas em outras áreas da biomedicina: aqui, a “variável *cultura*” é essencial na construção de saberes clínicos e/ou terapêuticos, onde o quadro *cultural* pesa nas considerações médico-psiquiátricas e no qual são elaboradas ferramentas culturalmente sensíveis na presença de um Outro, este previamente (como condição) diferente.

A Motivação Interna

A ideia deste trabalho surge por um motivo muito específico, no qual expressarei aqui em poucas linhas. Ao longo da minha formação acadêmica inicial – em psicologia clínica (focalizando-me na psicanálise) – fui-me deparando com alguns pressupostos teóricos que me enterravam num vazio epistemológico, pela falta de articulações com outros saberes, com outras maneiras de pensar. No meu caso em particular, aquilo que me provocava um certo atrito prendia-se com a ausência de pressupostos relativistas, e que pela sua ausência, as ideias e teorias caíam muito frequentemente em reducionismos universais. Em consequência, não necessitavam de serem (re)avaliados à larga escala populacional e/ou sociocultural, e nem eram, por isso mesmo, muitas vezes colocados em dúvida ou em causa. O problema aqui não é a formulação de considerações que albergam idiosincrasias comuns, e, portanto, formulações *quasi* universalistas, mas sim a tão clara transparência projetiva etnocêntrica de uma área que presta especial atenção a movimentos deste calibre.

Sobre estes primeiros pensamentos, foi fácil deparar-me com a antropologia, campo este onde encontrava mais perguntas que respostas, mas que, ao fim ao cabo, me parecia garantir um suporte teórico correspondente às minhas autoexigências acadêmicas. Sobre este panorama foi fácil (embora de difícil ginástica mental) encontrar o meu interesse que, no fundo, passaria por ambas as áreas: as formulações da doença mental e o questionamento cultural. Encontrando no meu percurso alguns encontros e desencontros teóricos, procurei unir as abordagens psicológicas – psicanalíticas – às perspectivas antropológicas e vice-versa.

A tradução desta aliança parou nestas várias áreas do conhecimento, embora elas contenham ideais substancialmente diferentes: a antropologia da saúde, antropologia da doença, etnopsicanálise, etnopsiquiatria, psiquiatria transcultural. Neste novo encontro epistémico, concluía, sem grandes reservas, que encontrava, efetivamente, as áreas que mais me fascinavam (especialmente a etnopsicanálise). Neste ponto, cobiçava ferverosamente as teses de Sigmund Freud (da sua altura mais tardia, onde se assinalava um maior interesse e comprometimento

com a psicanálise antropológica⁴), de Géza Róheim⁵, de George Devereux⁶, de Tobie Nathan⁷, entre outros. Neste tempo compreendi que qualquer trabalho inscrito nesta matéria, da etnopsicanálise, seria um trabalho arriscado – porque construir um discurso multidisciplinar é sempre mais complexo, e ao mesmo tempo, um trabalho que merece um manejo das formulações teóricas mais cuidadoso. Por outras palavras, pretendia inicialmente ingressar numa dissertação teórica que aliasse este pensar a psicanálise e a antropologia num único discurso, portanto, multidisciplinar, no qual fosse possível facultar novas conceções mais próprias, orientados para uma dita *clínica terapêutica* e/ou para a relação inter ou transcultural. Percebi que, embora considerasse ter bagagem de psicanálise – suficiente para um trabalho de mestrado – não tinha, no entanto, fomentado ainda um pensamento antropológico satisfatório: para tal, necessitaria de mais que um ano letivo nesta área, mais do que um ano de contato com colegas, com professores e principalmente, mais tempo para discutir e embrenhar-me profusamente neste novo mundo de ideias. Por isto, optei então por aprofundar questões mais do âmbito prático, que me levassem a apre(e)nder sobre o terreno antropológico, por outras palavras, desenvolver um estudo etnográfico. Seria a forma mais vantajosa e mais realista de conhecer, verdadeiramente, o que é a antropologia e qual é o seu contacto direto com as suas respetivas formas de produzir conhecimentos.

Assim, para entrar neste percurso, fui encontrando, particularmente dentro da antropologia da saúde, autores que identificavam vários problemas epistemológicos das abordagens e das formulações de um pensamento técnico, científico e tão objetivo nas matérias da saúde mental⁸ que secundarizam o sujeito-doente e priorizam a doença do sujeito. Sobre esta objetificação, ficam de lado as questões da(s) cultura(s), do diferente, ou preferindo, da *alteridade cultural*. Eram efetivamente estas as ideias que procurava na psicologia e não

⁴ _Totem e Tabu (1913); O Futuro de Uma Ilusão (1927); Mal-Estar na Civilização (1930); Moisés e Monoteísmo (1939).

⁵ _ Les Portes du rêve (1976)

⁶ _Essais d'ethnopsychiatrie générale (1970); Ethnopsychalyse Complémentariste (1972).

⁷ _La foulie des Autres: Traité d'ethnopsychiatrie clinique (1986); Le Influence qui Guérit (1994); Nous ne pas seuls au monde (2001); A Nova Interpretação dos Sonhos (2011).

⁸ Os trabalhos no âmbito da antropologia da saúde (mental) focalizam-se principalmente nos estudos da psiquiatria, nomeadamente, em estudos comparativos de práticas e conhecimentos que conformam, não só as representações da saúde e da doença ao nível sociocultural, mas também ao nível das descrições das agências que praticam estes saberes fazer. Neste sentido, quando levanto o tema das problemáticas epistemológicas, pretendo realçar os pontos de discussão mais comuns: a hegemonia de um pensamento científico que é adotado na disciplina psiquiátrica.

encontrava. Em suma, pelo o meu percurso cheguei até estes temas, até ao desejo de compreender como é que no mundo prático se desenrolam os teatros institucionais com as suas tão polimorfos circunstâncias, relações e personagens. São questões, penso eu, que não me são exclusivas ao nível da preocupação e interesse académico.

A Pertinência Teórico-Prática

Sobre a pertinência, importa novamente mencionar que a presente dissertação não conta com uma abordagem à população dos refugiados relativa às suas narrativas, estas que por sua vez trariam luzes sobre as formas como encaram os serviços de saúde mental, as abordagens testemunhadas que se equacionam nos tratamentos e terapêuticas preventivas dos quais estão abertamente disponíveis para receber, ou não, entre tantos outros assuntos que poderiam ser levantados como pertinentes. Embora seja uma lacuna na literatura e na investigação atualmente feita, tal como refere Joana Coelho, (2016: 9), “apesar de existir uma grande variedade de literatura internacional dedicada ao tema dos refugiados, sob diferentes perspetivas e em campos disciplinares diversos (no âmbito das ciências sociais e humanas, ciências políticas, relações internacionais, direito, etc.), verifica-se uma escassez de literatura e de investigação sobre esta temática focada nas experiências vividas pelos próprios refugiados, nas suas perspetivas, testemunhos e expectativas.”. Não deixando de ser este tema do meu interesse, ficará para uma posterior investigação.

Deste modo, sendo a ideia fundamental deste trabalho o estudo dos cuidados de saúde mental dirigidos aos requerentes de asilo e refugiados, necessitamos de compreender a “ciência” que mais apoia a sua prática nestas populações, sendo, portanto, a psiquiatria transcultural. Por outras palavras, é a psiquiatria transcultural, modelo eleito por privilégio (muito devido ao estatuto que a biomedicina foi adquirindo ao longo da sua história), para tratar e retratar estas populações, devido à abordagem multidisciplinar no encontro terapêutico. Aqui, possivelmente, é a antropologia a disciplina mais apta para enquadrar a análise das questões socioculturais no estudo das doenças mentais, sendo, por isso, a pertinência deste trabalho contribuir com um olhar multidisciplinar para as questões psicopatológicas e socioculturais. Para aí chegarmos, será necessário primeiro fazer um levantamento do contexto inscrito nas questões de políticas públicas de saúde, de forma a ser passível uma análise mais aprofundada e detalhada do foco deste trabalho.

CAPÍTULO II – QUESTÕES E ANÁLISES TEÓRICAS

Contexto Político dos Refugiados - Caso Português

Com este capítulo, pretende-se descrever certas noções que são centrais nas reflexões políticas e nas respetivas formas de atuar face aos requerentes de asilo e refugiados, principalmente em Portugal, mas também, e indissociavelmente, na Europa. De forma a oferecer uma descrição onde se apresentam discriminadas as informações mais relevantes, iniciamos o capítulo com os contornos históricos que surgem com o conceito de refugiado, bem como a aplicação de convenções e legislações empregues aos Estados-Nação⁹ relativas a esta matéria.

Falar do atual reconhecimento do estatuto de refugiado é antes de mais circunscrever este determinado conceito pela Convenção de Genebra (1951), denominando que uma 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 a proteção daquele país; ou que, se não tiver nacionalidade e estiver fora do país no qual tinha a sua residência habitual, após aqueles acontecimentos não possa ou, em virtude do dito receio, a ele não queira voltar” (ACNUR, 2007 [1952]: 14). A convenção de Genebra “tem a particularidade de definir o conceito de refugiado, para além de conferir obrigações aos Estados que assinaram esta convenção, de modo a que a ajuda a prestar-lhes não ficasse confinada aos aspetos caritativos ou meramente políticos.” (Santinho, 2011:18).

Deste então, ficaram confinados os limiares políticos a serem instaurados face à chegada de pessoas na Europa que procuravam asilo e, paralelamente, a partir da atribuição deste estatuto internacional, ser-lhes concedida “uma nobreza transnacional, através do reconhecimento da justiça da sua causa política ou, pelo menos, da maldade da violência a que foram submetidos (Fassin, 2005: 374) (cit. por Santinho, 2011: 18). Este momento foi importante para determinar uma série de procedimentos jurídicos e de nomenclaturas legais dos direitos humanos que até então eram quase inexistentes, visto que o próprio conceito de

⁹ “Durante o ano de 1648, o Tratado de Westfália (que reconfigurou as nações no centro da Europa) instituiu pela primeira vez os Estados-nação e, através da definição dos seus contornos, as populações ficaram assignadas a um determinado território” (Santinho, 2011: 14).

““refugiado”, como problema legal de dimensões globais e categoria social específica, não existia na sua forma atual antes da Segunda Guerra Mundial. Os refugiados nem sempre foram institucional ou discursivamente abordados como um problema humanitário internacional, mas acima de tudo, como uma responsabilidade militar.” (idem.). Neste sentido, inscrever os refugiados num problema humanitário internacional, tal como mencionado por Fassin, é enquadrar a situação, a si inerente, numa questão de direitos humanos, pois, como refere Menezes e Reis (2013: 146) “refúgio e direitos humanos são intrinsecamente vinculados (...) [onde a] violação desses direitos legítima o reconhecimento do status de refugiado”. Assim, a aquisição ao estatuto de refugiado é, em primeira e última instância, a reivindicação dos direitos humanos que outrora foram perdidos.

Sobre este cenário político-social recai a “crise humanitária”, no qual assistimos a um fluxo de refugiados permearem as portas da Europa, que ultrapassou “em 2015 um milhão de pessoas, tendo perdido a vida no trajeto pelo menos 3600 pessoas. Em 2016, para além dos refugiados que chegaram por terra, mais de 300 mil refugiados e migrantes cruzaram o Mediterrâneo, sendo as principais nacionalidades, Síria, Afegã, Iraquiana, Nigeriana e Eritreia - correspondente a 68% de todas as chegadas à Europa (Itália e Grécia).” (Ribeiro, 2017: 1).

Nesse mesmo ano, o governo português aceitou comprometer-se com o Programa de Recolocação¹⁰ “ao longo dos dois anos seguintes, de 4.574 refugiados – número que seria revisto em alta pelo XXI Governo Constitucional que reforçou essa disponibilidade até um máximo de 10.000 indivíduos, quer pelo mecanismo de recolocação, quer por acordos bilaterais a estabelecer. No que concerne à quota da recolocação, já em 2016, o compromisso de Portugal foi revisto pela Comissão para um total de 2.951 refugiados, quota que se veio a estabelecer até ao final do programa de recolocação, a 26 de setembro de 2017. (ACM, 2017: 10). Ainda sobre o tópico, “Portugal é, atualmente, o sexto país da União Europeia (UE) com um maior número de refugiados acolhidos no âmbito do Programa de Recolocação (<http://migration.iom.int/europe/>). Até ao dia 29 de novembro de 2017, e após o termo formal do Programa a 26 de setembro, chegaram a Portugal 1520 cidadãos recolocados, 1190 provenientes da Grécia e 330 de Itália. Destes, 261 são agregados familiares e 533 são menores.

¹⁰ “Programa de Recolocação – A recolocação consiste na transferência de requerentes de proteção internacional entre Estados-Membros da União Europeia, como medida de solidariedade entre estes para aliviar os sistemas de asilo mais sobrecarregados. Depende do acordo do Estado-Membro e do refugiado e concede um estatuto formal, geralmente o de refugiado com autorização de residência.” (ACM, 2017)

No que concerne à origem, destacam-se os recolocados sírios (833), iraquianos (338) e eritreus (311).” (ACM, 2017: 5).

São estas algumas considerações tecidas no plano internacional UNHCR que, por sua vez, podem não prestar qualquer vínculo com os Estados-Nação às que se encontram associadas ¹¹, sendo estes últimos que detêm o poder de escolha relativamente aos procedimentos legais sobre os refugiados.

No que toca ao caso português, o direito ao asilo começa a ser alvo de discussão com a sua aprovação na Constituição da República Portuguesa, em 1976. Tempos antes, e até à “constituição de 1975, o asilo era reconhecido para aqueles que lutavam por uma democracia, sendo, portanto, estes apelidados de ativistas. Só em 1980 foi elaborada a primeira lei de asilo, 38/80.” (Gomes de Sousa, 1999: 26). Desde então, o direito nacional foi sofrendo reformulações, considerando que “a primeira lei de asilo foi elaborada em 1980 – Lei nº38/80, de 1 de Agosto –, seguida de uma nova lei em 1993 – Lei nº70/93, de 29 de Setembro –, depois em 1998 – Lei nº15/98, de 26 de Março –, terminando este percurso com a aprovação da lei de asilo atual – a Lei nº27/2008, de 30 de Junho” na qual vem consagrado da seguinte forma: “é garantido o direito de asilo aos estrangeiros e aos apátridas perseguidos ou gravemente ameaçados de perseguição, em consequência da sua atividade em favor da democracia, da libertação social e nacional, da paz entre os povos, da liberdade e dos direitos da pessoa humana.” (art. 33º, nº8)¹².

É de realçar que estas modificações na lei surgem, também, a partir da produção dos discursos internacionais sobre o tema e que provocariam alterações nos respetivos Estados Europeus, como por exemplo, os Acordos de Schengen e Dublin, que modificariam significativamente as circulações entre os Estados Nação europeus e as fronteiras destes com o resto do mundo. Deste modo, “o marco legal relativamente ao asilo e refugiados começou também a mudar nos anos 80, particularmente influenciado pela necessidade de transposição das normas comunitárias na transição para a União Europeia.” (Santinho, 2011: 21).

Em termos de veiculações práticas, importa mencionar que em 1991, “com a criação do Conselho Português para os Refugiados (CPR), houve um avanço no direito de asilo em

¹¹ Faz-se uma pequena menção relativamente aos Estados Nação serem naturalmente Europeus. O UNHCR, aquando o seu nascimento, procurou pacificar os países principais da segunda guerra mundial e, portanto, aqueles que faziam parte do espaço europeu.

¹² Constituição da República Portuguesa (2005), VII Revisão Constitucional.

Portugal, uma vez que esta Organização Não Governamental para o Desenvolvimento (ONGD) (...) direciona o seu trabalho para a proteção e defesa dos refugiados, “(...) com responsabilidade no acolhimento e apoio dos requerentes de asilo em Portugal (SEF, s.a.)” (Alves dos Santos, 2012: 24).

Importa voltar à discussão do plano internacional e as legalizações nacionais portuguesas. No “caso de países em que não existe lei de asilo interna (exemplo de Portugal até 1980) ou, países que somente assinaram a Convenção de Genebra de 1951 com limitação geográfica (o caso Itália até 1990) o estatuto de refugiado pode ser atribuído pelo ACNUR nos termos do seu mandato, denominando-se estes de «refugiados sob o mandato». (...). No entanto, a relação ética entre refugiados e Estados recetores é complicada pois resulta de uma tensão entre a soberania do Estado e as suas obrigações europeias. Numa perspetiva legal é ao Estado que cabe, em última instância, decidir a atribuição de asilo e estatuto de refugiado. No entanto, essa decisão resulta de preocupações não só humanitárias. (Gomes de Sousa, 1999, 35).

Como compreendemos, as questões são múltiplas face às legislações nacionais e processos não só legais, mas também de incorporação e integração relativa à população refugiada e requerentes de asilo, sendo os supramencionados apenas curtos excertos/parcelas importantes, do que é a realidade total. Não obstante, importa referir que, enquadrados inicialmente num eixo político e legal, os potenciais refugiados vêm-se obrigados a tempos de espera grandes para serem disponibilizados direitos de cidadania, direitos estes, próximos daqueles que existem para cidadãos nacionais (portugueses). Para aqueles, prende-se a condição de que são “denominados, à chegada, pelas autoridades, “como «requerentes de asilo», estatuto que mantêm até receber uma decisão definitiva. São, assim, «potencialmente» refugiados (ACNUR; 1997, p.7). Por outras palavras, e simplificando o assunto, trata-se em última instância, de uma questão do “direito a ter direitos”, conforme a canónica fórmula de Hannah Arendt (1989). Pelas palavras de Santinho (2011: 4), “quando se fala de *refugiados*, fala-se na maioria das vezes de pessoas que estão longe de obterem um estatuto que lhes garanta os direitos de cidadania e que, mesmo vindo de lugares de guerra confirmados, estão igualmente longe de usufruírem da proteção proclamada pela Convenção de Genebra” (Santinho, 2011: 4).

Trata-se aqui de representar o cenário político de Portugal (inevitavelmente também da Europa) que nela se vê retratada, com alguma plácida transparência, a morosidade e a complicação destes processos. Obter o estatuto refugiado não é um processo simples, pelo

contrário, para além de complexo, a indicação de um visto (independentemente de qual) pode demorar vários anos. Como consequência, estes estados de espera – muitas vezes conducentes a estados de inércia na e para a pessoa – podem despoletar e/ou potencializar estados de saúde física e mental e condições de vida destabilizantes nos requerentes de asilo.

Volker, citado por Gomes de Sousa (1999: 54), num estudo sobre as perspectivas de integração de imigrantes e de refugiados na Europa, chama a atenção para o facto de a integração compreender uma interação desigual entre o migrante e a sociedade dominante e pressupor um maior ou menor grau de re-socialização «(...) *immigrants abandonnent, en partie du mois, leurs précédents modes de pensée e de comportement pour acquérir d`autres*» (s.d., p. 54).

A falta destes mecanismos que facilitem a inclusão (quer estejamos a falar dos processos legais ou de inclusão social, etc.), pode conduzir a um prestamento menos adequado no que toca às condições de saúde mental dos requerentes de asilo e refugiados, para não falar também de cuidados menos atentos face às condições e/ou situações que precedem a chegada de determinados refugiados, com uma narrativa de viagem pesada. Por outras palavras, “o deslocamento forçado de pessoas é um dos fenômenos que podem ser relacionados a conflitos políticos e sociais, guerras e catástrofes naturais” (Martins-Borges, 2013: 151), donde este grupo surge como “uma das consequências dos conflitos políticos, sociais e étnicos da atualidade mundial, assim como de catástrofes naturais” (Martins-Borges, 2013: 152). São estes cuidados que é necessário de ter-se sempre em conta.

Urge então salientar, e de forma a não alongar mais este capítulo, que se torna premente analisar os critérios do foro político-legal que circunscrevem as tomadas de decisão e os direitos de cidadania, bem como a qualidade dos vários níveis de integração da população refugiada. Embora não caibam primordialmente estas questões nesta dissertação, é necessário tê-las em consideração, sendo que voltaremos a elas mais adiante.

Política Pública, Saúde e Estatuto de Refugiado

Será a partir deste quadro político português, como pano de fundo das questões de compromisso e atuação legal face aos requerentes de asilo e refugiados, que serão produzidos recursos, em termos práticos, nos setores/agências que entram em contacto direto com essa

mesma população. Por outras palavras, é através deste quadro político que se confinam as formas de atuação, quer em termos de inclusão social, educativa, saúde. Desta forma, e no caso da saúde, conduz-se naturalmente à criação de mecanismos que estarão na base da aplicação para as práticas clínicas.

Falar das políticas públicas de saúde relativas aos requerentes de asilo e aos refugiados torna-se importante, pois é através destas que são gerados os principais itinerários terapêuticos: são estes que, naturalmente, são disponibilizados e, sequencialmente, procurados. Dito de outro modo, não é possível debater sobre os bens de consumo e serviços de saúde mental dirigidos aos refugiados, sem antes entender o contexto das políticas públicas (de saúde) que revestem, dirigem e permitem um acesso desta população para determinados percursos terapêuticos. No fundo, qualquer discussão sobre a saúde mental (e geral) da população refugiada é primeiramente, uma discussão de políticas de saúde.

Antes de mais, “convém reter que o direito à saúde é um poliedro complexo que abarca diferentes dimensões e que exige o contributo verdadeiramente holístico de fatores paralelos como a educação, o emprego, a segurança social e a habitação para que se alcance um estado de bem-estar e conforto de cada indivíduo, visto que a saúde não significa a mera ausência de doença” (Oliveira, 2016:214). Deste prisma, considera-se o direito à saúde inscrito neste tal poliedro complexo, o que por sua vez revela também a necessidade de equilibrar todas as componentes (biológicas, sociológicas, psicológicas) que a si dizem respeito.

No caso dos requerentes de asilo e refugiados, que durante anos estão sujeitos a processos de legalização até ser concedido o visto¹³, não poderá, esta situação, produzir consequências físicas e/ou mentais? Por esta via, “para Jacobsen (2001), a integração dos refugiados depende do acesso aos direitos estabelecidos na Convenção de Genebra de 1951, isto é, a integração é efetiva quando não existe perigo físico, quando os refugiados não estão confinados a campos de refugiados, quando possuem o direito à habitação, a fonte de sustento, acesso ao trabalho, quando podem suportar economicamente as suas famílias, têm acesso à saúde e educação e, possuem redes sociais na comunidade de acolhimento, ou seja, quando não existe distinção entre autóctones e refugiados ao nível de direitos e deveres. Terá o governo português uma resposta ao nível de políticas sociais, que garantam a integração dos refugiados num curto espaço de tempo?” (Ribeiro, Mário, 2017: 3).

¹³ Como sabemos, estes processos legais são extremamente morosos e podem ter um desfecho negativo, ou seja, não ser concedido o visto ao requerente de asilo. No último ano, 2017, foram rejeitados 64% dos pedidos de asilo em Portugal (informação disponível em www.cpr.pt).

Assim, quando retratamos a saúde, dentro do quadro das políticas de saúde, estamos a referir-nos a uma série de componentes (individuais, sociais, educativas) que, quando harmoniosamente existentes e equilibradas, compõem aquilo que se pode afirmar de “estado saudável”. No caso dos requerentes de asilo, este composto ideal da “saúde” está em suspenso, pois as suas componentes sociais, educativas, individuais não existem plenamente. Assim, o estado de adoecer não é meramente alocado às consequências biológicas do corpo, mas também e não em menor consideração, aos estados de bem-estar psicológico e de condições básicas¹⁴ conducentes a um “estado de boa saúde”.

Neste sentido, “a saúde e as suas implicações político-sociais são matérias sensíveis para a condução, geral e de segurança, de qualquer Estado, especialmente para países com preocupações de respeito pelos direitos humanos, como é o caso português, e em face do flagelo do terrorismo e da deprecação das condições existenciais de tantos seres humanas nas mais diversas áreas do globo.” (Oliveira, 2016: 227).

Por esta via, introduz-se aqui a entidade que garante determinada responsabilidade no tratamento das várias questões de política pública e de saúde pública: o sistema nacional de saúde (SNS).

Em 2016, o SNS emite pela primeira vez orientações exclusivamente destinadas aos requerentes de asilo e refugiados, da seguinte forma:

Nos termos da legislação em vigor, é reconhecido aos requerentes de asilo ou de proteção subsidiária e respetivos membros da família o acesso ao Serviço Nacional de Saúde. O reconhecimento do acesso ao sistema de saúde de todos os requerentes de asilo insere-se dentro das medidas previstas no novo regime jurídico-legal em matéria de asilo e refugiados, no sentido de dotar o sistema nacional de apoio aos requerentes de asilo e refugiados de mecanismos que permitam ao Estado Português assegurar aos requerentes de asilo, até decisão final do pedido, condições de dignidade humana, de forma mais consentânea com

¹⁴ Urge salientar a diferença entre prestar direitos e dar direitos. Legitimar o direito à habitação, à saúde, ao emprego, não se torna automaticamente válido caso não exista um movimento que incorpore efetivamente o *sentir-se a ter direitos*. Por exemplo, qual a utilidade de reconhecer um direito ao emprego, se não existe ainda uma desconstrução da ideia de espírito que os refugiados não são perigosos e, portanto, podem trabalhar (não precariamente)?

*normas internacionais a que Portugal aderiu.*¹⁵ Por certo, estas orientações não se encontram desvinculadas de um pano de fundo político maior, no sentido em que podem ser traduções formais da constituição em vigor. Expressamente, “a Constituição da República Portuguesa (CRP), como ‘chapéu’ de proteção global, iguala, no artigo 15º, os estrangeiros e apátridas aos cidadãos portugueses em termos de direitos e deveres (...). E o princípio da igualdade, consagrado no seu artigo 13º, defende que todos têm igual dignidade social, são equiparados (ou equiparáveis) perante a lei e que não podem ser discriminados (tanto positiva como negativamente) (...)” (Oliveira, 2016: 217). Distanciando-nos um pouco mais, são um pensamento universal que conduz e se faz conduzir pelas premissas nacionais e regionais, donde observamos que é considerado, no 1º artigo da Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS), a definição do seu objetivo: a “aquisição, por todos os povos, do nível de saúde mais elevado que for possível.”¹⁶

É por esta via que encontramos uma fluidez suficientemente plácida entre as regulações nacionais e regionais que procuram consensos nas suas formas de regulação de saúde. Neste sentido, vemos também que, “de acordo com o Gabinete Regional para a Europa da OMS, o foco primordial de cada sistema de saúde deverá ser a capacitação para uma resposta rápida e eficaz à chegada de grandes grupos de pessoas em cenário de contingência, que vai exigir tanto coordenação e colaboração intra e inter Estados, como, especialmente, a criação de grupos locais multidisciplinares bem preparados em termos de planeamento e distribuição de tarefas, robustez e adequação epistemológica, conhecimento da situação social, cultural e linguística (...)” (Oliveira, 2016, 212).

Recuando um pouco atrás, encontramos, portanto, uma forma de condicionar positivamente a chegada dos requerentes de asilo e refugiados ao SNS, adotando o consenso de que “os requerentes de asilo têm acesso gratuito ao sistema de saúde para efeitos de cuidados de urgência, incluindo diagnóstico e terapêutica, e de cuidados de saúde primários, bem como assistência medicamentosa, a prestar pelos serviços de saúde da sua área de residência”. Nestes cuidados de saúde supramencionados encontramos as várias partes importantes, diretamente relacionadas com a saúde pública (em termos de prevenção e promoção da saúde);

¹⁵ Acesso ao sistema de saúde por cidadãos estrangeiros com estatuto de refugiado ou direito de asilo em Portugal (disponível em <http://mobilidade.dgs.pt/cidadaosestrangeiros/Paginas/Acesso-sistema-sa%C3%BAde-cidad%C3%A3os-estrangeiros-estatuto-refugiado-ou-direito-de-asilo-em-Portugal.aspx>)

¹⁶ Organização Mundial da Saúde (1964). Constituição da Organização mundial da Saúde (OMS/WHO).

saúde física (nas várias especialidades médicas disponibilizadas, entre outros. Como condição para acesso ao SNS, *“os requerentes de asilo deverão ser titulares e portadores de declaração comprovativa de apresentação de um pedido de asilo ou de autorização de residência provisória válidos. O reconhecimento aos requerentes de asilo do direito de acesso ao sistema de saúde cessa com a decisão final que recair sobre o seu pedido de asilo, salvo quando, avaliada a situação médica do requerente, esta não permita a sua cessação”*.

Menciona-se que o campo de discussão circunscrito às políticas, em termos de legalização, e às políticas de saúde, são matéria sensível e bastante complexa, pelo que não se apresenta como matéria neste trabalho dissecar as várias fontes de debate. Importa, não obstante, salientar que estas realidades são parte integrante *na condição vital do refugiado* e nunca podem ser escotomizadas do debate da saúde em geral da saúde mental. Por esta via, pode-se clarificar que os panoramas políticos, das suas orientações e das suas normas são aqueles que efetivamente produzirão, na realidade concreta, os vários cenários de atuação junto da população, e são esses, cenários parcelares dos acessos e cuidados médicos existentes e criados para que a população beneficie dos seus cuidados.

À parte disso, os modelos de saúde mental disponibilizados são ainda poucos em Portugal, sendo estes maioritariamente aplicados à luz da psiquiatria. Urge salientar que, mesmo dentro da psiquiatria, existem várias abordagens teórica e de aplicação de conhecimentos, e em determinados casos, manifesta-se o olhar da antropologia da saúde que pretende dar o seu contributo para a multidisciplinaridade do compreender a saúde mental nestas condições, sendo este a discussão do próximo subcapítulo.

Modelos da Psiquiatria e Antropologia da Saúde

Sobre o panorama legal-político pode gerar-se agora o circuito mais importante relativo a este trabalho, prendendo-se, portanto, com as nomenclaturas que se seguem posteriormente, relativamente ao enquadramento supramencionado.

Sendo que este trabalho pretende fazer o levantamento das várias abordagens sobre o problema dos cuidados da saúde mental dirigida à população dos refugiados, cumpre, assim, fazer a advertência inicial, de que qualquer ponto de discussão aqui levantado se insere num cenário diádico. Este inclui duas perspetivas paralelas: a primeira centra-se nas questões da

saúde mental (de ora em diante exclusivas à de inscrição da psiquiatria moderna) e da antropologia da saúde; a segunda, nas questões políticas e sociais contemporâneas. Estas últimas focam-se especificamente sobre o atual contexto europeu e as medidas em vigor sobre as situações dos refugiados, como já mencionado.

Tendo já esclarecido a segunda perspectiva, pretendo agora elucidar a primeira perspectiva.

Em primeiro lugar e relativamente à questão da psiquiatria moderna e da antropologia da saúde, realço um problema de vários corpos teóricos cruzados: a psiquiatria moderna apresenta um percurso histórico muito peculiar, no que toca à permeabilidade a outros saberes, sendo as “crenças religiosas, (...) ideias filósofo-metafísicas, a estrutura social, política e económica, (...) [são] fatores que ao longo da história contribuíram para formar o conceito de doença mental” (Dias Cordeiro, 2009: 14). Mais, a doença mental, objeto de estudo central para a disciplina, foi durante muito tempo “percecionada e interpretada de formas muito diversas; [sendo] explicada através de paradigmas pré-científicos, metafísicos e mágico-religiosos” (Gonçalves, s.d.: 159).

Os contributos sobre a compreensão da doença mental – “*almas penadas, espíritos, possessão demoníaca, mau olhado, pragas, feitiçarias*” (Gonçalves, s.d.: 160) – seriam, para todos os efeitos, momentos que caracterizariam o início da disciplina.

A psiquiatria nasce “como disciplina teórica e técnica terapêutica, como saber de médico sobre a loucura – considerada como doença mental – e como uma prática com a finalidade de curá-la por um tratamento físico-moral” (Vieira, 1981: 49). Este pressuposto “exigiu um tipo de medicina” (idem.), sendo essa medicina o que seria então apelidado de psiquiatria.

Urge salientar que a psiquiatria nasce na incorporação da “sociedade como novo objeto e se impõe como instância de controle social dos indivíduos. Do processo de medicalização da sociedade surge o projeto – característico da psiquiatria – de patologizar o comportamento do louco, somente a partir de então considerado anormal e, portanto, medicalizável.” (Vieira, 1981, 50). Nesta altura, situado no início do século XIX, e dado o nascimento da disciplina médica, vemos a produção do seu poder social evoluir de forma crescente, por alicerçar os seus saberes, não propriamente a conhecimentos ditos científicos, mas por enquadrar e legitimar a doença mental através da “legislação que lhe confere autoridade legal sobre a doença mental.” (Vieira,

1981, 50). Compreendemos este movimento, a partir do exemplo de monomania¹⁷, que veio autenticar a psiquiatria desde então, “de conquistar uma parte das prerrogativas tradicionais da justiça.” (Vieira, 1981, 50).

Por sua vez a psiquiatria, auferindo licitude a si mesma para compreender os estados de loucura, auferiu também a legitimidade para a criação de espaços para os loucos. São estes distanciados do mundo social, com pensamentos e comportamentos perigosos aos olhos dos outros e, portanto, têm, por um lado de ser medicalizados, contidos e protegidos e, por outro lado, prevenidos dos outros, sadios, dos seus estados de demência. Esta criação de novos espaços para os loucos, tão amplamente conhecidos como asilos, produzem uma nova realidade social: através da competência médica dos psiquiatras, estes que determinam e dividem a loucura de tudo o resto, produzem métodos e ferramentas terapêuticas como o isolamento e o domínio da doença e do louco, procurando extingui-la e devolvendo uma homeostasia social ao mundo social.

Mas a aplicação dos seus métodos torna-se contestável, como por exemplo os eletrochoques e mais tarde, as lobotomias. São métodos estes que, independentemente do seu fim, são considerados desumanizantes. A antipsiquiatria surge por esta altura, contestando então as suas próprias metodologias. É importante frisar que o movimento antipsiquiátrico não inclui um ataque à esfera total do saber científico e clínico da disciplina; é antes de tudo um movimento que procura atenuar as relações de poder e o domínio institucional que a psiquiatria cumpre na esfera social. Por outras palavras, a antipsiquiatria procura revolucionar e questionar, dentro de si mesma, os conceitos de asilo, de indivíduo, de humanização e, por isso mesmo, reinventar novas formas de tratamento e de cura. No fundo, vem evidenciar os abusos de poder e de institucionalização, oferecendo, por sua vez, uma abordagem mais relacional e compreensiva no tratamento de estados de loucura.

Nestes contrastes históricos produziu-se uma ciência que procura dominar, através dos seus saberes, os estados psicopatológicos, e hoje, acompanhando o estado de arte científico, procura compreender esses mesmos estados através de fatores sociais e genéticos. As consequências que daqui advém, naquilo que toca aos seus pacientes, nada tem em relação ao

¹⁷ “Ele [Esquirol] criou o termo Monomania para descrever pacientes que apresentavam um transtorno focal da mente, que em todos os outros aspectos encontrava-se intacta. A síndrome era subdividida em três tipos: delirante, raciocinante e instintiva. As duas primeiras são referências clássicas de dois diagnósticos atuais, respetivamente transtorno delirante não esquizofrênico e transtorno obsessivo-compulsivo (TOC).” (Tavares, 2008, 51)

que era a psiquiatria há um século atrás, no sentido em que o estigma social, comparativamente falando, não carece das mesmas regras sociais. Não obstante, não quero indiciar que o estigma social em relação à doença mental não exista hoje em dia, pelo contrário; existe e com muito peso embora variando, curiosamente, consoante os diagnósticos a que as pessoas estão sujeitas (o estigma social de uma pessoa diagnosticada com perturbação de personalidade depressiva não será o mesmo de uma pessoa diagnosticada com perturbação de personalidade esquizoide).

Assim sendo, observamos que a psiquiatria sofreu metamorfoses drásticas, tanto na sua prática como no seu arcaboço epistémico, chegando aos dias de hoje totalmente desvinculada deste tipo de preceitos e adotando um pensamento dito científico, com abordagens metodológicas próprias e incluindo-se no paradigma das ciências biomédicas. Não obstante esta viragem substancial para determinismos objetivos, importa referir que ela se mantém indissociável de uma contextualização sociocultural, que reflete configurações normativas próprias de cada época. Por outras palavras, a psiquiatria moderna não deixa de perpetuar um padrão e expressar uma rede interminável de símbolos e signos culturais: ela continua permeável aos modelos de conhecimento que a circundam e, portanto, é também ela uma disciplina culturalmente contextualizada.

Sobre as funções da atual psiquiatria moderna importa referir que ela pretende, de um modo sintético, compreender, categorizar, inscrever, observar e diagnosticar os vários fenómenos da psicopatologia geral – estes sempre em associação com disfunções ao nível do comportamento, do pensamento ou da consciência. A partir dos conhecimentos cumulativos sobre os ditos fenómenos psicopatológicos, ela procura condensar uma nosografia comum e, preferencialmente universal, que consubstancia a linguagem partilhada entre versados relativamente à(s) doença(s) mental(ais). Neste sentido, Ahuja (2011: 19) refere que “qualquer classificação das desordens psiquiátricas, tal como as das doenças médicas, deve idealmente basear-se na etiologia.”, existindo “três grandes princípios na classificação das desordens psiquiátricas: 1) permitir a comunicação relativamente ao diagnóstico das desordens, 2) facilitar a compreensão das causas desses distúrbios e 3) auxiliar na predição dos prognósticos das desordens psiquiátricas.”.

Em termos práticos, a psiquiatria formula, nesta *língua* comum, um índice de conteúdos sobre a psicopatologia geral que satisfazem uma leitura clara e normativa, concebendo e materializando-se num inventário rigoroso sobre os caracteres (itens) de cada síndrome,

transtorno ou desvio que possa ser estudado e observado nos diferentes sujeitos¹⁸, independentemente das culturas destes. Desta forma, esta “matriz nosológica faz supor, em quaisquer das suas versões [dos manuais da psiquiatria] que há acontecimentos que lançam os sujeitos para um patamar fenomenológico que, pelas suas implicações disruptivas, se apelida de traumático.” (Quintais, 2001: 328). No que diz respeito à situação clínica induzida pelo acontecimento fenomenológico, é possível, à luz do conhecimento psiquiátrico, determinar o(s) elemento(s) que conduziram a um tal grau de disrupção mental. Esta ideia radica no que Spohr e Schneider (2009) entendem sobre os transtornos mentais, estes que “têm determinação orgânica, de base hereditária e são tomados numa perspetiva individual, tendo, portanto, desdobramentos para o funcionamento mental e comportamental do indivíduo.”.

Em suma, a psiquiatria, enquanto disciplina científica que se insere na biomedicina¹⁹, faz uso das lógicas da biofisiologia e dos princípios orgânicos para explicar as transformações e disrupções mentais no campo da psicopatologia. “Assume-se que todos os processos psicológicos e de comportamento, normais ou anormais, são o resultado da função cerebral normal ou perturbada. Um corolário racional seria de que todas as desordens psiquiátricas são devido ao funcionamento anormal do cérebro e, portanto, orgânicos” (Ahuja, 2011: 31). De forma um pouco mais esclarecida, McLaren afirma que o projeto da psiquiatria moderna está essencialmente ligado a um projeto biológico, “especificamente direcionado na procura de causas físicas (*brain-based*) e nos tratamentos para as desordens mentais.” (McLaren, 2016: 49).

A propósito desta conformação da psiquiatria moderna, começa a emergir no seio das ciências sociais um ambiente que contesta, essencialmente, o modo de *olhar* a doença mental e a tendência de universalização²⁰, tanto em relação à sintomatologia, como à compreensão

¹⁸ Estes manuais são conhecidos e utilizados por todos os profissionais de saúde mental: DSM (desenvolvido pela APA) e o CID (desenvolvido pela OMS).

¹⁹ Arthur Kleinman desconstrói no seu livro intitulado *Writing at margin (Discourse between anthropology and medicine)* em 1995, no capítulo “*What is Specific to Biomedicine?*”, o conceito de medicina, examinando o próprio modelo e abordando com outros modelos de saúde existentes em todo o mundo.

²⁰ Penso importante mencionar Szasz (1960) – *The myth of mental illness*. Este antipsiquiatra húngaro procurou afirmar que o estudo dos fenómenos e manifestações da mente não podem ser estudadas do mesmo modo que se estuda o corpo físico (no geral, a medicina). A ideia de Szasz passa por referir que, no estudo da mente existe a condição do não-visível, enquanto que, no estudo do corpo, essa condição não surge. O que pretende dizer é que uma “anomalia física médica” encontra-se associado a anomalias encontradas em todos os sujeitos, enquanto que referente ao campo da mente não

hermenêutica do fenómeno. Ainda que sejam identificadas lacunas por parte dos próprios psiquiatras sobre a prática da profissão, é do meio da antropologia da saúde que surgem as críticas mais robustas às questões supramencionadas, através de monografias explicativas de sistemas de saúde considerados “alternativos” ou “marginais”, ou através do questionar as bases universalistas da biomedicina.

Subjacente a este ambiente de discórdia está uma divergência paradigmática basal: por um lado a psiquiatria procura a universalização dos fenómenos mentais à luz dos preceitos biomédicos; por outro, a antropologia, alicerçada no paradigma das ciências sociais, propõe a relativização dos fenómenos psicopatológicos e do binómio normal-patológico, através da compreensão do contexto sociocultural e político. Dito de outro modo, nas palavras de Ferreira (2008:15) “o universalismo da psiquiatria ocidental socorre-se de nomenclaturas e técnicas diagnósticas para a catalogação dos comportamentos humanos, considerando as estruturas psicológicas uniformes e comuns, enquanto a perspectiva antropológica confere uma dimensão complexa à relação entre doença, sociedade e cultura.”.

A antropologia da saúde, associada também aos estudos (etno)médicos, é conceptualizada como uma “uma subdisciplina da antropologia social e cultural que se consolidou (...) com investigadores anglo-saxónicos interessados na aplicação de técnicas e métodos da investigação antropológica, no sentido de encontrarem respostas para a universalidade das doenças e muito particularmente dos transtornos mentais.” (Gonçalves, s.d.: 161).

Neste sentido, a antropologia da saúde faz uso das várias referências contextuais culturais para explicar, em parte, o surgimento da doença mental, a relação da doença mental no sujeito consigo mesmo e a linguagem latente da e sobre a doença mental enquanto elemento-chave para a comunicação do sujeito com a comunidade em que está inserido. A ideia de base passa por relativizar e enquadrar social e culturalmente, os discursos sobre a saúde e doença e sobre a cura, identificando várias leituras sobre as desordens mentais que não são, automaticamente, traduzíveis para a linguagem da psiquiatria ocidental. Paralelamente, afirma a existência de uma pluralidade de formas não só para determinar a doença mental, como também – ponto-chave -, de sentir e expressar o sofrimento.

se passa o mesmo: este que está (mais?) embebido numa teia cultural e social, permeável aos construtos socioculturais e históricos das gerações passadas, que, portanto, conduz à construção de sentidos diferentes.

Chiara Pussetti (2006:7) sumariza admiravelmente o desiderato deste ramo da antropologia: “a saúde, doença e cura são, portanto construtos sociais que não podem ser estudados de forma isolada, isto é, não podemos compreender as reações à doença, morte ou outros infortúnios sem compreender o tipo de cultura que determinados povos foram assimilando ao longo das gerações”, por isso “as categorias médicas emergem (...) não como referentes discursivos de partes determinadas do ‘real’, mas como momentos e dispositivos analíticos da definição e construção dessa mesma realidade. Definições como ‘normal’ e ‘patológico’, ‘razoável’ e ‘insensato’, ‘saudável’ e ‘doentio’, não são, portanto, o simples reflexo de uma realidade científica ou orgânica, mas são, pelo contrário, o produto histórico, político e sociocultural específico”. Ainda nesta senda, reforçando o que foi afirmado, podemos referir Gaines (1992: 3) que assevera que, até mesmo os “sistemas psiquiátricos, tal como a religião, sistemas de parentesco, ou sistemas políticos, são culturalmente construídos.”.

Desta forma, apresentam-se dois pontos diametralmente opostos do mesmo espectro: a psiquiatria, que ausculta a doença de um ponto de vista biológico, do ponto de vista das alterações bio fisiológicas e/ou orgânicas, nas quais irão originar transformações psicológicas; por sua vez, a antropologia explora a(s) cosmogonia(s) própria(s) de cada contexto, delatando a pluralidade de representações (cada uma delas específica) da doença mental, das suas expressões e processos de cura. Por outras palavras, sem pretensão de radicalismo, a psiquiatria marcadamente universalista dá voz a uma nosografia única de doenças mentais, e a antropologia, de cunho relativista, descreve as várias nosografias, sendo todas elas (teoricamente) eficazes. Com isto, não pretendo afirmar que as duas disciplinas não possam encetar um diálogo entre si, nem tão pouco admitir que são impermeáveis uma à outra, mas, antes pelo contrário, que a interação é antes de mais desejável, embora se encontrem ainda num estágio bastante embrionário.

Estando longe de querer desvalorizar os contributos e avanços perpetrados pela psiquiatria, nas formas de percecionar as doenças mentais e desenvolver terapêuticas, não posso abandonar a perspectiva de que essa mesma psiquiatria conserva ainda um espaço importante de desenvolvimento no que diz respeito à *compreensão* das formas multifacetadas da doença e à atribuição da devida relevância ao contexto como inexorável modelador das expressões sintomáticas. Precisamente neste sentido surge a antropologia que, oferecendo descrições dos diversos sistemas de saúde, contribui para uma forma mais eclética de perspetivar o problema. Mas importa não olvidar que se trata de um trabalho conjunto (legado de George Devereux): a psiquiatria, ancorando-se nos seus conceitos-chave de “normal” e “patológico”, posterga a

importância das *diferenças culturais*; e a antropologia, por seu lado, tendo presente as diferenças culturais, não domina na íntegra os conceitos-chave da psiquiatria. Por isto, aliar o discurso entre ambas as disciplinas impõe-se precisamente como a melhor via para “equacionar essa diversidade [das questões ligadas à saúde e à doença] em dois paradigmas alternativos e complementares: o das ciências biomédicas e o das ciências sociais.” (Bastos e Levy, 1987: 221), de modo a chegar a respostas mais ricas e completas.

Após apresentar, de forma geral e sucinta, as abordagens da psiquiatria moderna e da antropologia da saúde, é necessário aprofundar as matérias deste trabalho: as práticas de saúde mental para os refugiados. Neste sentido, pretende-se abordar no terceiro capítulo (*A cultura do Trauma? Ou o Trauma da Cultura?*) as questões da Psiquiatria Transcultural, esta que tem por base a aliança teórica e prática dos saberes tanto da psiquiatria como da antropologia e que tem como objetivo, motivado em parte pelos maiores fluxos migratórios, a pluralização no seio da psiquiatria moderna.

A Cultura do Trauma? Ou o Trauma da Cultura?

O título, por si, contém um trejeito polémico, que, no entanto, considero pertinente. Mesmo sendo-o, pretendo dissecar a fundo neste capítulo a epistemologia da psiquiatria ligada à população refugiada e requerentes de asilo e conduzir, de alguma forma, uma abordagem construtivamente crítica ao assunto.

A *psiquiatria transcultural* e a sua respetiva prática é, como postula Ferreira (2008: 15) o “palco do encontro da diferença. Os saberes médicos e seus constituintes cartesianos de causa/efeito e a separação entre corpo e mente, em face da diversidade cultural dos utentes oriundos de lugares e “culturas” variadas, obrigam a contextualizar o indivíduo e a própria medicina enquanto prática terapêutica.”. Em primeiro lugar, convém mitigar sobre o que nos referimos com diversidade cultural e cultura, de forma a circunscrever uma linguagem partilhada. Em segundo lugar, enquadrar de que forma a “cultura” se relaciona com as representações binárias da saúde - normal e patológico - e explorar como esta estrutura não é a única existente nas várias modalidades (psico)terapêuticas.

Deste modo, o termo “cultura” não deve ser lido como um conceito absoluto, impenetrável e estanque no tempo e no espaço; nem tampouco deve ser lido só como um juízo que dita uma fusão entre configurações de perspetivar e integrar formas *estruturadas de*

vivência dentro de um sistema estrutural, repleto de conteúdos visíveis e invisíveis, que prescrevem um funcionamento social. Como refere Santinho (2011: 81), “o conceito “cultura” tem sido ultimamente utilizado como característica estática que frequentemente legitima as diferenças (...) e abre a porta a interpretações erradas, usadas posteriormente pelo poder, como forma de discriminação das diferenças”. Mais ainda, este “conceito de *cultura* substitui frequentemente na atualidade, o conceito de *raça*, *nacionalidade* ou *religião*.” (idem.). Ao mesmo tempo, a cultura constitui-se, por vezes, no seio das relações interpessoais, profissionais e até mesmo internacionais como elemento discriminatório, donde determinadas “culturas” classificam-se como superiores em detrimento de outras, gerando discriminações geopolíticas fortes e dificilmente contornáveis.

O mesmo termo sempre foi, entre os antropólogos, o grande desafio aquando se trata de definir e enquadrá-lo numa única fórmula, com todas as dimensões e características relevantes. Sobre esta dificuldade, é possível concluir que a complexidade inerente à operacionalização do conceito traduz-se, em parte, a uma híper permeabilidade do termo às condições e características respetivas à sua atualidade, das metamorfoses que sofre e se vê produzir e, se assim pudermos dizer, ao um fenómeno autopoiético que lhe parece ser tão característico.

Não obstante esta dificuldade conceptual, encontramos definições clássicas pertinentes: “segundo a perspectiva de Claude Lévi-Strauss, que define cultura como “um sistema simbólico que é uma criação acumulativa da mente humana” 11; 3) cultura como sistemas simbólicos. Esta é a posição defendida por Geertz e Schneider, onde a “cultura deve ser considerada não um complexo de comportamentos concretos mas um conjunto de mecanismos de controle(...) para governar o comportamento. Geertz afirma ainda, que “todos os homens são geneticamente aptos para receber um programa, e este programa é o que chamamos de cultura.” (Honório, s.d: 3).

Relativamente aos indivíduos que nesta “cultura” se inserem, Christina Toren salienta de uma forma bastante clara, a seguinte ideia: “incorporamos, literalmente, a nossa história, que é a história das nossas relações com todos aqueles que encontramos na nossa vida. E através delas que também perfuramos as suas respetivas histórias, e não apenas as deles, mas as histórias de todos aqueles a quem eles se encontraram, e assim por diante, através do tempo. Por outras palavras, a história das relações entre os nossos ancestrais no mundo informou quem nós somos como pessoais individuais e as condições para a nossa existência coletiva: a nossa pertença neste ou naquele grupo, a aparência dos nossos corpos, a língua que falamos, as suscetibilidades para padecimentos e doenças específicas, o acesso a determinadas tecnologias, a relativa riqueza ou pobreza, as ideias sobre nós e sobre o mundo em que vivemos.” (Toren,

1999: 2). Esta ideia, entalhada no prisma da subjetividade e intersubjetividade, conosco próprios e com o mundo exterior respetivamente, pode ser associada à ideia de “incorporação histórica”, elaborada por Didier Fassin (2002). O autor sugere, com o conceito, “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” (Pussetti e Silva Pereira, 2009: 21). É este corpo repleto de história, de uma *diversidade sociocultural*, esta ideia da mutabilidade cultural, que se procura dar conhecer neste trabalho.

Através destas noções, é pretendido extrapolar o seu sentido e conduzi-lo para o campo da saúde. Postula-se naturalmente a multiplicidade de sistemas de saúde que nos dão a conhecer a *diversidade da diferença*: as alteridades substanciais de como se olha para a saúde, para a doença, para os processos de adoecer e processos de cura. É por esta diversidade que se compõem os vários símbolos coletivos ou individuais, donde estes sentidos podem ser modificados, flexíveis, moldados.

Como refere Pussetti (2006: 6), “o que é considerado doença pode variar conforme as épocas históricas, as culturas, as condições socioeconómicas: a modificação das ideologias e dos sintomas e das definições psicopatológicas, como também dos contextos culturais onde as doenças se apresentam”. Neste sentido, procurar os vários sentidos e significados, coletivos e individuais, descrever as pequenas cosmogonias inscritas nestas questões da saúde e da doença, é tão importante para conhecer, mais aprofundadamente, as fronteiras e características da doença ou mais corretamente, do adoecer mental.

Não obstante, no enunciado supracitado – *a diversidade da diferença*, se assim pudermos expor –, é essencial conservar uma diligência moderada para não cair em radicalismos profundos, no sentido em que relativizar a questão da saúde e da doença às “culturas”, de tal forma a essencializar e absolutizá-las, é afirmar, ao mesmo tempo, que não seja exequível desmistificar as interpretações e significados dados às etiologias, sintomatologias e expressões do fenómeno em questão. No fundo, não torná-las irreduzíveis e ininteligíveis ao seu próprio fenómeno através da sua cultura.

François Laplantine (1986), no seu livro intitulado *Anthropologie de la Maladie*, procura encontrar um intermédio entre o que é *possível conhecer* e o *impossível a conhecer*, entre o *finito estrutural* e o *infinito representacional*. Por outras palavras, o mesmo autor menciona que “embora as interpretações da patogenia e da terapia sejam essencialmente variáveis de uma sociedade a outra, de um indivíduo a outro, e mesmo eminentemente evolutivas de uma sociedade para si mesma (*à elle même*) – fazendo-as parecer praticamente

infinitas ao nível empírico – o que tentaremos mostrar [no seu livro] é que existe, apesar de tudo, permanências, constantes ou, se preferirmos, invariantes da experiência mórbida e da esperança de cura perfeitamente identificáveis e que não são ilimitadas.” (Laplantine, 1986: 14).

O autor propõe a existência de determinadas invariantes, *dentro* daquilo que pode ser a doença mental, e donde estes podem ser percebidos e compreendidos – é, portanto, não cair num universalismo absoluto, nem num relativismo absoluto. É também postular a existência de um espectro de “saúde” e “doença”, onde estes se cruzam e se descruzam, pontualmente ou continuamente, e que nesta variável (binária, que pode tomar formas muito diferentes, claro) se fazem e perfazem as representações socioculturais sobre a enfermidade mental²¹. É neste último enunciado que pretendo associar as concepções da psiquiatria transcultural: embora ela adicione o conceito de “cultura” nas suas investigações e nas suas recorrentes práticas clínicas, a sua aplicação tem sido por vezes arbitrária, precisamente por desabar num falso relativismo acerca das diversas representações de saúde e doença. Por outras palavras, foram sendo transportados os vários conceitos produzidos ao longo da sua história para uma configuração da diferença cultural, sem que exista, efetivamente, um cuidado especial na forma de olhar para uma *essencial diversidade*.

Para explicitar bem o que aqui se retrata, apresentemos, para além da alusão de Ferreira (2008) mencionada inicialmente neste capítulo, outras referências igualmente relevantes sobre psiquiatria transcultural.

Helman (1994: 216) escreve que “a psiquiatria transcultural consiste no estudo e na comparação da doença mental nas diferentes culturas. É um dos ramos da Antropologia médica e importante fonte para o estudo da natureza da saúde e seus problemas nas diversas regiões do mundo”. Adicionalmente, como refere Engelsmann (2000: 430), “psiquiatria transcultural (ou cultural, ou comparativa) é um campo vasto que inclui descrições folclóricas e etnográficas. Novas tarefas para a psiquiatria transcultural podem variar desde o estudo das diferenças étnicas em neurobiologia e genética, de forma a melhorar a prestação de cuidados de saúde mental em muitos países (...)”. No que toca ao pioneirismo da temática, foi “Dr. Wittkower (...) inventor tanto do termo “psiquiatria transcultural” como da disciplina designada” (Raymond, 2006: 7). O pioneiro “fornece conceitos fundamentais para estruturar e disciplinar a pesquisa no novo

²¹ Vários são os autores (A. Kleinman, 1995; F. Laplantine, 1986) que prestaram monografias interessantes sobre estes vários sistemas de saúde e, sendo estes uma fonte inesgotável de conhecimento sobre as questões aqui da diversidade nos sistemas de saúde.

campo. Eis algumas de suas concepções: 1) cultura é o conjunto das formas de existir que distingue uma sociedade de outra; é o esquema de comportamento, de pensamento, de sentimento, (...) é transmitida relativamente inalterada de uma geração à outra; 2) psiquiatria cultural é o ramo da psiquiatria social que se ocupa da doença mental em relação ao ambiente, dentro dos limites de uma dada unidade cultural; 3) psiquiatria transcultural consiste na aplicação e conceitos colhidos no estudo precedente, de uma cultura para outra.”(Martins, 1969:142).

Sobre este quadro, a psiquiatria transcultural procura aplicar, dentro dos seus métodos de avaliação psicológica, o conceito “cultura”, sem que, no entanto, exista uma incorporação plena do mesmo conceito nas formulações teóricas. Por outras palavras, a mera extrapolação de significações e expressões na qual a doença mental emerge, é transposta por esta psiquiatria para um único tipo de discurso, ou seja, para uma única forma de compreensão – o que leva, incondicionalmente, a tornar acessório a abordagem mais compreensiva e dinâmica de cada caso em específico. Santinho (2011: 104) menciona que, na psiquiatria transcultural²² “tende a constituir-se como único discurso científico capaz de entender e aplicar os modelos diagnósticos (como por exemplo a PTSD), considerando-se capaz de os adaptar a qualquer contexto sociocultural e geográfico, uma vez que parte do pressuposto da existência de uma base biopsíquica universal e da existência de doenças e nosologias igualmente universais.”.

De forma a clarificar os enunciados supracitados, colocaremos um exemplo recorrentemente utilizado nestas questões da psiquiatria (transcultural) aplicada: os *culture-bound syndromes*. Nestes, "a compreensão prévia da psiquiatria transcultural era que ela representava um grupo de exemplos 'exóticos' de desordens mentais que não eram enquadrados facilmente no sistema classificatório europeu e, portanto, eram específicos a uma cultura ou comumente descritos como «síndromes ligadas à cultura»."(Farrington, 1993: 806).

Os *culture-bound syndromes* (ora em diante apelidados de CBS) surgem inicialmente na quarta edição do referenciado nosográfico psiquiátrico, o DSM. Nele encontramos a categorização e classificação de vinte e cinco²³ CBS, ou como Kirmayer refere – *museu exótico*

²² Contrariamente à etnopsiquiatria, no qual falaremos mais adiante.

²³ Os 25 CBS são: *Amok*, Ataque de nervos, baforada delirantes, Bólis e cólera, *Dhat*, Doença dos espíritos, Esgotamento cerebral, Falha ou desconexão temporal, *Hwa-Byung*, *Koro*, *Latah*, Loucura, Mau olhado (*mal de ojo*), Nervos (*Niervos*), *Pibloktoq*, Reação psicótica de *qi-gong*, Rituais mágicos (*rootwork*), Sangue dormido, *Shenjing Shuairuo*, *Shen-k'uei* (Tailândia) ou *Shenkui* (China), *Shin-Byung*, *Susto*, *Taijin Kyofusho*, *Zar*.

– e que se conceptualizam da seguinte forma: “síndrome ligada à cultura [que] denota um padrão localmente específico e recorrente de comportamentos aberrantes e experiências perturbadoras que pode ou não estar associado a uma determinada categoria diagnóstica do DSM-IV” (DSM-IV, 1994: 898). Estes são pouco mais que referências a fenômenos descontextualizados (pareçam eles patológicos ou não), ocorrentes em “culturas distantes”, sendo, portanto, fenômenos que não observamos com um semelhante paralelismo na “nossa cultura”. A classificação é vaga, não sendo possível compreender se se aplica a uma tentativa de sensibilização aos “fenômenos culturais” ou, de outro modo, se se inscreve numa perspectiva etnocêntrica de encarar estes fenômenos distanciados (como se o louco, fosse sempre o outro). Em todo o caso, é uma tentativa de compreender *todo* o fenômeno mental à luz de um *sistema de saúde mental ocidental* e, portanto, etnocêntrico, sem espaço para uma verdadeira alteridade cultural.

Como é descrito no DSM-IV, a sua aplicação “é útil na descrição das perturbações mentais tal como são experimentadas pelos sujeitos em todo o mundo” (DSM-IV, 1994: XXXIV), tentando produzir “uma *classificação* única e universal das principais doenças mentais.” (DSM-IV, 1994: XII). Na versão atual do manual psiquiátrico, o DSM-5, lançado em 2013, observamos uma diferença classificatória, no sentido em que se emancipam os CBS para se caracterizarem “três conceitos que oferecem maior utilidade clínica: síndrome cultural (...), idioma cultural de sofrimento (...) e explicação cultural ou causa percebida (...)” (DSM-5, 2013: 14)²⁴. Nesta edição, encontramos somente uma lista de 9 conceitos culturais de sofrimento²⁵, dos quais 6 permanecem os mesmos CBS.

²⁴ O primeiro conceito refere-se a um “grupo de sintomas concorrentes, relativamente invariáveis, encontrados em um grupo cultural, em uma comunidade ou em um contexto específico (p. ex., *ataque de niervos*). A síndrome pode ou não ser reconhecida como uma doença dentro da própria, mas tais padrões culturais de sofrimento e características de doenças podem, ainda assim, ser reconhecidos por um observador de fora.” (op. Cit.). O segundo termo, *idioma cultural de sofrimento*, refere-se às modalidades linguísticas que denotam simbolicamente as formas de expressar o sofrimento, sendo usado para “transmitir uma ampla gama de desconforto, incluindo experiências do cotidiano, condições subclínicas ou sofrimento decorrente de circunstâncias sociais em vez de transtornos mentais” (op. Cit.). Por fim, a *explicação cultural ou causa percebida* “é um rótulo, atribuição ou aspeto de um modelo explanatório que fornece uma etiologia ou causa concebida culturalmente para sintomas, doenças ou sofrimento” (op. Cit.).

²⁵ Os 9 conceitos culturais de sofrimento são: ataque de niervos, síndrome de Dhat, Khyâlcap, Kufungisisa, Maladi Noun, Niervos, Shenjing shuairuo, Susto, Taijin kyofusho.

O apanágio inerente às questões das síndromes ligadas à cultura pode ser encarado como uma perpetuação de categorias nosológicas “da cultura” desprovidas de sentido e com um efeito prejudicial aquando usados como referência na prática clínica (por exemplo, na elaboração diagnóstica). Chiara Pusseti (2009: 25) citando “as 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, um problema “ligado à cultura”, ou de um quadro sintomático bem definido, expressões e fenómenos complexos e heterogêneos. (Beneduce, 2002b: 28).”.

Não é por acaso que vemos surgir esta problemática: a psiquiatria transcultural nasce do paradigma biomédico, e, naturalmente, torna-se tarefa difícil para ela desvincular-se desta estrutura epistémica. Como já foi referido, e nas palavras de Farrington (1993: 805), “durante muitos anos, a psiquiatria ocidental desenvolveu uma disciplina altamente etnocêntrica com uma perspetiva muito limitada, que, com sucesso marginalizou, e nalguns casos ignorou completamente, a presença de outros tipos de cultura, especialmente minorias étnicas.”. Sendo este o legado da própria psiquiatria transcultural, que, por ser uma ramificação da psiquiatria ocidental e clássica, termina, por vezes, a formular radicalismos que obscurecem o que a própria disciplina procura compreender. Ainda citando o mesmo autor, “a noção de 'saúde mental' deriva de uma tradição particular de pesquisa e prática médica, que não fornece uma postura neutra para analisar ou representar a maneira como "outras culturas" conceptualizam desordens (*disorders*) do comportamento individual ou social. Para começar, as fronteiras entre desordens da mente (a província da psiquiatria e neurologia) e do corpo (província da medicina interna) é, ela mesma, um construto social onde subjaz uma classe de doenças fragmentárias que nos referimos como "mental” (White, 1984).” (citado por Farrington, 1993, 805).

Estas considerações surgem no âmbito deste capítulo para clarificar a complexa existência em formular discurso polimorfo, aquando se tenta fazer emergir um pensamento entre psiquiatria e antropologia. Convém, na tentativa de a psiquiatria transcultural, formular este tipo de pensamento, aprimorar e qualificar, cada vez mais, a sua disciplina e prática.

Deste modo, e ingressando num contexto significativamente diferente, surge a etnopsiquiatria, esta que busca, também, compreender as configurações da saúde mental em associação com os elementos culturais. Deste modo, enquanto que a tarefa principal da psiquiatria transcultural procura descortinar “as várias línguas” sobre a saúde, traduzindo-as para as várias classificações que a própria vai (socialmente) construindo, a etnopsiquiatria

procura outras formas de desconstruir as suas questões. “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.” (Pussetti, 2009: 59).

Relativamente ao nascimento desta disciplina, foi McCulloch o pioneiro na utilização do termo, estando este associado a uma psiquiatria colonial e afirmando que o termo “*etnopsiquiatria* era utilizado para descrever o estudo da psicologia e comportamento dos povos africanos que se desenvolveu nas colónias europeias por técnicos de saúde (McCulloch, 1995). Foi, no entanto, George Devereux que construiu a etnopsiquiatria que é praticada e pensada por muitos sucessores da disciplina.

George Devereux, psicanalista e antropólogo originalmente húngaro, remete o termo etnopsiquiatria para as “diferentes compreensões e conformações a respeito dos distúrbios psiquiátricos de acordo com as culturas em que se desenvolvem”. (Barros e Bairrão, 2010: 48), donde se, “(...) um fenómeno admite uma explicação, ele admitirá também um certo número de outras explicações também capazes de elucidar a natureza do fenómeno em questão tanto quanto a primeira. O facto é que um fenómeno humano explicado apenas de uma maneira não é nem um pouco explicado (Devereux, 1972, p. 9, tradução dos autores).” (Barros e Bairrão, 2010: 48).

Neste sentido, a etnopsiquiatria transporta-se para o mundo do diverso, do pluriforme, não admitindo uma visão centrada num axioma universal, mas por outro lado, procura desbravar o desconhecido, encontrando sentido nos vários sentidos que são expressos pelos outros diversos. Neste sentido, a etnopsiquiatria procura excluir-se de alguns olhares etnocêntricos e das formulações de uma biomedicina-psiquiátrica-clássica: procura, deste modo, encontrar a legitimidade inerente que outras vozes têm sobre o corpo, sobre a dor, sofrimento e respetivas etiologias, sem procurar objetificar qual categoria nosográfica que se colocam. Deste modo, apelidando à etnopsiquiatria como um “um saber “pluriforme” (Beneduce, 1994), “pluriteórico” (Nathan, 1996), nómada” (Nathan, 1986), situado nas fronteiras (Bastide, 1965)” (Pussetti e Pereira, 2009: 61), ela ajuda “a desconstruir o discurso dominante das medicinas ocidentais, expondo-as a realidades muito mais diferenciadas e híbridas.” (Santinho, 2011: 105).

Em suma, “a etnopsiquiatria, pelo contrário, redefine os encontros clínicos, como um compromisso entre o terapeuta e o paciente, vendo este não enquanto unidade (corpo) biológico, mas sim na sua expressão sociocultural, histórica, económica e política.” (Santinho, 2011: 105).

Segue-se uma metáfora clara de Pussetti das posições diferentes ocupadas pelas duas subdisciplinas: “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 objetos curiosos para adornar os seus quartos, o etnopsiquiatria 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 coletivo.” (Pussetti, 2009: 59).

De forma a terminar a primeira parte deste capítulo, importa salientar que efetivamente se observam múltiplas tentativas de conhecer, entender e dar significado a uma alteridade cultural (e que mais não mostram os antropólogos?) no campo da saúde mental. Para conhecer esta alteridade, é necessária uma reflexão contínua e crítica sobre estas temáticas, é necessário também realçar as várias perspetivas e abordagens dos vários campos de conhecimento, para que seja possível, em última instância, a perpetuação de um diálogo neutro, objetivo, que não se encerre num olhar colonial e hegemónico sobre os determinantes clínicos e teóricos que se encontram ao longo do caminho. Conhecer a diversidade – por ser inerentemente desconhecido – acarreta uma responsabilidade ética e um vasto leque de cuidados sobre os procedimentos a tomar (falo exclusivamente no campo de produção de conhecimento): conhecer a diversidade é tanto distanciar-nos de nós próprios como aproximar-nos do outro, é um jogo de cintura hermenêutico.

No campo da nossa análise, importa referir que, aquando se dialogam as fórmulas teóricas entre psiquiatria e antropologia, o pensamento à tentativa de produção de conhecimento deve seja o mesmo. Como refere Rodolfo Coutinho (2009: 27) “a procura pela diversidade pode encontrar uma série de obstáculos e de infelizes equívocos. Se não houver uma base teórica esclarecida, corre-se o risco de «psiquiatrizar toda a cultura» e por outro de «relativizar toda a psiquiatria» (Laplantine, 1973). Tanto um como outro são erros terríveis, simétricos e não contribuem em nada para o esclarecimento da prática clínica psiquiátrica.”.

Importa agora compreender de que forma abordagens aqui retratadas são importantes e relevantes aquando se trata de compreender as dinâmicas na clínica dos refugiados, nomeadamente, de que forma é que a aplicabilidade das referências culturais se inscreve na escuta terapêutica, na elaboração diagnóstica e nas práticas terapêuticas no encontro psiquiátrico.

Com isto, não pretendo afirmar que qualquer caso de migração, independentemente do estatuto político atribuído (seja ele refugiado ou imigrante ou requerente de asilo), seja automaticamente enquadrado num caso de *transculturalidade*, pois seria reduzir os sujeitos aos seus sistemas sociais e culturais e, conseqüentemente, fomentar a aplicabilidade de uma teoria exclusiva aos casos migratórios, como é o exemplo dos CBS. Seria este movimento semelhante àquele que fora introduzido e desenvolvido pelo psiquiatra Achotegui. A título de exemplo, Achotegui elabora, no seu artigo amplamente conhecido e difundido “*Estrés límite y salud mental: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y multiple (síndrome de Ulisses)*”. Entende-se como ideia basal deste artigo a relação direta entre imigração e fatores ansiogénicos, ou seja, que o fenómeno migratório é um acontecimento ansiogénico, traduzindo-se numa psicopatologia causada pelos níveis altos de stress. Nas palavras do autor “emigrar está se a tornar hoje para milhões de pessoas um processo que contém níveis de stress tão intensos que chegam a superar a capacidade de adaptação dos seres humanos. Estas pessoas são candidatas a padecer da síndrome do imigrante com stress crónico e múltiplo ou síndrome de Ulisses (...) O conjunto de sintomas que compõem esta síndrome são agora problema de saúde mental emergente nos países de acolhimento de imigrantes. (...) Postula-se que há uma relação direta e inequívoca entre o grau de estresse que esses imigrantes experimentam e o aparecimento de seus sintomas.” (Achotegui, 2005: 39). A patologização direta de um grupo numa categoria é, parafraseando Pussetti (2010: 99) a tradução dos “conflitos sociais em idiomas psicopatológicos, desviando a atenção do contexto político e económico mais amplo para se concentrar no individuo como corpo despolitizado e naturalizado.”.

Contrariamente a esta tendência, importa então salientar que, adicionando estas referências culturais ao encontro clínico, é possibilitar e transformar este espaço num potencialmente sensível a estas referências e, portanto, promovendo-o a um espaço *intersubjetivo clínico culturalmente competente*. Por outras palavras, é afirmar que esta psiquiatria culturalmente competente “deve integrar na análise terapêutica dos eventuais pacientes com um possível fator de risco, o contexto de vida, com as diversas vertentes em relação: os referentes económicos, a exclusão social, a religião, as diferenças de género, os contextos socioculturais, institucionais e políticos passados e presentes, e ainda as políticas sanitárias de referência, em cada contexto territorial.” (Santinho, 2011: 90). Nestes casos em específico, a população refugiada, Santinho (2011: 92) refere que “existem ainda exemplos evidentes de dissociação entre os relatos de sofrimento verbalizados pelos refugiados, e a interpretação e diagnóstico efetuado pelo médico, que acaba por excluir o relato do paciente,

considerando-o um estorvo ao seu diagnóstico, previamente assente na biomedicina ou na psiquiatria.”.

Neste sentido, e ainda referente à população refugiada, é necessário um cuidado extraordinário aquando se trata de auscultar as suas anamneses. Como é retratado na literatura, “a maior parte dos refugiados experiencia eventos traumáticos, tais como testemunharem homicídios, guerras, violações, aprisionamentos, separações com membros da família, etc.” (Eltaiba, 2014: 397). Sonethavilay et al. (2011: 170) referem também, acerca dos refugiados do Sudeste, que estes “requerem serviços de saúde mental adereçados ao seu stress, trauma ou ansiedade.

Para aqueles que procuram, ou muitas vezes são coagidos (pelas próprias instituições responsáveis pelo seu acolhimento e integração) a descolarem-se aos serviços de saúde mental, são comumente diagnosticados com depressão, somatização ou desordens físicas (*physical disorders*), desordens de ajustamento (*adjustment disorders*), ansiedade, síndrome pós-traumático (PTSD). Ao mesmo tempo, muitos que se deslocam aos serviços de saúde mental, deparam-se frequentemente com barreiras culturais que presenteiam desafios adicionais no encontro com as necessidades de saúde mental”. Os mesmos mencionam que os “refugiados são, infelizmente, frequentemente sujeitos ao diagnóstico erróneo (*misdiagnosis*)” (Sonethavilay et al., 2011: 170). Semelhantemente, Santinho (2011: 8) refere que os refugiados, “por não terem consulta ou mesmo após uma consulta psiquiátrica perigosamente estéril, abandonam a derradeira tentativa de reconhecimento do seu sofrimento, confundindo por vezes entre o papel da vítima e ou de perpetrador que, já não se dissolve pelo uso da palavra, dissipando-se no mundo do invisível, nos labirintos do trauma.”.

O que importa destacar destes postulados é que a competência cultural na clínica se encontra associada simplesmente a uma capacidade de escuta flutuante, na qual é requerida, mas especialmente à incorporação das histórias e narrativas, trazidas pela população em questão, no contexto certo, nas referências corretas. Mais ainda, que, embora a psiquiatria (transcultural) preste um especial atento, hoje em dia, às dinâmicas e dimensões dos síndromes pós-traumáticos, da(s) depressão(ões), entre outras nomenclaturas nosológicas, é perentório integrá-las num discurso que concorra com as dimensões individuais de cada sujeito, no qual existe, paralelamente, uma especialização sobre as dimensões culturais, sobre os enredos históricos que camuflam por vezes o discurso. “Pussetti (2006, 2009) não menciona nas suas publicações o campo específico dos refugiados ou requerentes de asilo. Contudo, o enfoque que

fornece no campo da análise da saúde mental, abrange indubitavelmente as experiências de vida desta população, porquanto se refere ao corpo enquanto “arquivo histórico e lugar de resistência, e os seus sintomas como comentários públicos, histórias incorporadas que relacionam o nível individual como o coletivo, o presente com o passado” (Pussetti, 2006: 32). É, neste sentido, o corpo marcado que guarda uma história, muitas vezes dolorosa, que não encontra num espaço de cuidados de saúde, um especial cuidado.

Em suma, “existe uma necessidade urgente em obter um melhor entendimento da cultura, de forma a melhorar a qualidade dos serviços fornecidos aos indivíduos de religiões e de *backgrounds* culturais diferentes. Está a tornar-se cada vez mais importante num mundo globalizado, constantemente em mudança. (Egan, 1998, Miller, 2003, Dominelli, 2010).” (Eltaiba, 2014: 397).

Acerca do Diagnóstico Psiquiátrico Geral e Transcultural

Em todas estas reflexões relacionadas com os paradigmas biomédicos e com a formulação de um pensamento culturalmente sensível, consegue-se compreender o seu saber-fazer através do seu produto final terapêutico: a formulação dos diagnósticos clínicos. Por outras palavras, podemos equacionar que na finalidade do diagnóstico psiquiátrico está espelhada e corporificada um princípio-meio-e-fim da prática do pensamento (bio)médico.

Falar de diagnóstico é, antes de mais, circunscrever um determinado fenómeno *sempre* patológico na esfera da pessoa que apresenta uma queixa, uma dor, um sofrimento. No fundo, algo que possamos compreender e/ou sentir, que se extrapola para fora do circuito daquilo que é considerado biologicamente, culturalmente e/ou socialmente normal. Contrariamente, e pela lógica, a ausência de diagnóstico é visto como ausência de um fenómeno perturbador na vida do sujeito, mas a ausência de diagnóstico clínica não significa que não se deva validar um estado *de perfeição sadia*. Neste sentido, “a saúde e a doença não podem ser considerados estados (estar saudável por oposição a estar doente), muito menos estados que se excluem mutuamente, dado não haver uma fronteira que defina esse limite.” (Correia, 2015: 6).

A reflexão sobre o diagnóstico pode variar consoante a área médica que estejamos a tentar compreender, no sentido em que um diagnóstico de, por exemplo, um osteopata, neurologista, entre a maior parte das especialidades médicas, abarca uma dimensão *concreta*,

real, palpável, quer seja através dos meios tecnológicos (e.g. exames médicos), quer através de exames que procuram um elemento físico, corporal, biofisiológico fora do eixo normativo (e consequentemente, não-saudável). Neste sentido, “no diagnóstico está implícito um processo de objectivação, de fazer surgir, a partir da subjetividade, do sofrimento do doente a objectividade da doença (Camargo 1990). Trata-se da atribuição de um significado, que não é absoluto no sentido em que o significado não é fixo e imutável, quer no tempo, quer no espaço” (Coutinho, 2009: 14). Relativamente ao diagnóstico psiquiátrico, a dimensão *concreta, real, palpável* é não existe da mesma forma, pois a elaboração deste mesmo diagnóstico pressupõe essencialmente a escuta clínica (o que o paciente diz relativamente à sua queixa). No caso do diagnóstico psiquiátrico transcultural, a dimensão linguística relativamente à queixa clínica, ao sofrimento da pessoa é muito importante, e deve ser tomada sempre em conta.

No universo da psiquiatria, e especialmente neste universo, podemos observar o seu carácter mutável de uma forma simples (como anteriormente vimos na história desta disciplina): a compreensão, e por sua vez, a classificação das doenças mentais, tinha por base parâmetros muito distintos daqueles que são os parâmetros de hoje em dia devido, não só pelos avanços científicos mais sofisticados, mas também, e não em menor grau, pelas mudanças socioculturais que afetam o circuito moral da psiquiatria. A psiquiatria poderá ser, por isto, das disciplinas biomédicas que maior mutabilidade sofreu, exatamente porque ela acompanha os valores morais e sociais da sua esfera política e sociocultural.

Mencionando Rodolfo Coutinho (2009: 12), a “expressão diagnóstico pode ser utilizada, pelo menos de duas formas diferentes (Nicholson, 1993). Numa primeira utilização, referimo-nos ao diagnóstico tendo uma doença específica em mente, sendo diagnóstico sinónimo de doença (Nicholson, 1993). Noutras situações, quando nos referimos ao diagnóstico estamos a pensar em todo o processo de investigação clínica que nasce do contacto entre um médico e um doente e que culmina na atribuição de um nome, na classificação da experiência partilhada pelo doente, no fundo na atribuição de um significado.”.

Por outras palavras, o conceito de diagnóstico revela, por um lado, uma tradução sintomática da pessoa, por outro, o arcaboço epistemológico da biomedicina e, mais especificamente, do ramo da psiquiatria. É natural que se constituam categorias dentro do modelo, pois é através destas que se originam uma linguagem comum e por isso mesmo, que seja possível a comunicação, elaboração e produção de novos pensamentos. Ou seja, e “como diz Camargo, as categorias clínicas são abstracções (1990) e terão a finalidade de facilitar a comunicação, ajudar nas decisões terapêuticas, assim como na investigação. Mas na prática

clínica são tratadas como coisas. Na lógica clínica as doenças são operacionalizadas como objectos preexistentes e aos médicos cabe identificar e catalogar (Camargo 1993).” (Coutinho, 2009: 15).

Podemos assim afirmar que “o diagnóstico é produção intelectual (Camargo 1993), e por isso mesmo dependente do contexto em que é produzido. Daí que seja interessante estudar as relações que se estabelecem entre o diagnóstico e o contexto.” (Coutinho, 2009: 14). Este aspeto é muitas vezes negligenciado nas práticas clínicas, e por isso mesmo, ao desvirtuar-se todo o apanágio contextual da saúde e da doença em relação à pessoa e por sua vez em relação ao seu dito contexto, conduz-se a relações de poder da prática clínica. Em tom de questão, este desligamento de variáveis sociais, históricas, culturais enquadrantes na conceção de pessoa, na formulação de um diagnóstico psiquiátrico (que tem efeitos e repercussões várias) não pode ser considerado, muitas vezes, um ato hegemónico? Mais, sendo que o “o diagnóstico não é uma coisa orgânica, mas em vez disso consiste num complexo de representações e ações que são comuns numa determinada sociedade e variam consoante o contexto cultural e histórico (Coutinho, 2009: 17), não será sempre importante equacionar esta realidade na realidade diagnóstica?

Como vários autores observam, “os diagnósticos psiquiátricos funcionam regularmente enquanto instrumentos de controlo e de opressão das experiências de segmentos marginais e subalternos da população. (Pussetti, 2009: 34). É por esta via que é passível introduzir as questões relativas ao diagnóstico nos contextos da psiquiatria transcultural, ao questionarmos se ela não terá o dever acrescido de considerar estas noções da esfera sociocultural? São questões estas que merecem ser revisitadas, bem como exploradas no trabalho de campo.

CAPÍTULO III – O TERRENO ETNOGRÁFICO E AS ESCOLHAS METODOLÓGICAS

Corpo teórico em relação com o objeto de estudo

Após uma abordagem aos vários pontos de discussão realçados no capítulo II – o contexto político nas ações dos refugiados, as políticas de saúde, os modelos de psiquiatria e antropologia como disciplina complementar na sensibilização e construção de competências culturalmente prestadas -, importa afunilar e estabelecer o corpo teórico com a metodologia e o terreno etnográfico em questão.

As análises incorporadas até aqui revelam o cenário temático referente aos requerentes de asilo e refugiados, afirmando luzes sobre uma realidade que está aquém daquela que (utopicamente?) se pretende.

Primeiro, partindo deste dado, que tem sido salientado por vários autores, como Santinho, Ferreira, Pussetti, importa-nos compreender de que forma os profissionais de saúde efetivamente manifestam a sua prática clínica, elaboram os conhecimentos face a uma população com caracteres de vida usualmente diferentes e, portanto, diferenças quer na forma de manifestar quem na forma de dar a compreender angústias e sofrimentos ditos de um contexto particular. Ter em conta estas noções são vitais para um estabelecimento terapêutico profícuo. No entanto, os itinerários clínicos parecem ser outros, que significa existir “uma certa resistência dos profissionais de saúde em reconhecerem a inadequação e os limites das suas práticas e modelos interpretativos quando se colocam perante si, no contexto da consulta, pessoas em sofrimento com outros códigos culturais e linguísticos” (Santinho, 2012: 22).

Segundo, serve também o prestado para deitar luzes a algumas terminologias específicas do campo da psiquiatria e antropologia da saúde, de forma a que 1) consiga ser compreensível para o leitor, de forma a acompanhar, ao longo da monografia, o que vai sendo descrito e analisado e, 2) para o próprio investigador desta dissertação adaptar-se às nomenclaturas linguísticas utilizadas por estes profissionais de saúde. Ainda sobre este último ponto, importa referir que erigir um corpo teórico rico e complexo sobre as temáticas da psiquiatria transcultural e dos suportes teóricos da antropologia da saúde em geral conduz, *a priori*, a uma exploração mais sensível e a um olhar mais atento das dinâmicas no terreno etnográfico. Por outras palavras, fazer um levantamento significativo da literatura *antes* da entrada no terreno

etnográfico de forma a conseguir ser possível *compreender* o terreno. Naturalmente, a preferência por esta escolha levanta alguns prós e contras, que serão comentados na conclusão.

Contextualização do CHPL e SPGT

Um dos únicos serviços que presta cuidados de saúde mental à população refugiada, em termos de saúde pública, é o Serviço de Psiquiatria Geral e Transcultural (SGTP), sediado no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (CHPL)²⁶. Foi o único terreno etnográfico neste trabalho por dois motivos. O primeiro, simples de entender, por ser um dos únicos serviços de psiquiatria abertamente destinados a esta população. Segundo, porque, de qualquer das formas, reunia todas as características e condicionantes para conhecer, analisar e avaliar o que neste trabalho de mestrado se pretendia.

Deste modo, convém caracterizar o serviço que nesta instituição se pratica.

O Hospital Miguel Bombarda, fundado em 1848, foi o primeiro Hospital Psiquiátrico do País. Tratava -se de um grande estabelecimento hospitalar, desde o início dimensionado para 300 doentes e para onde foram transferidos os «loucos» amontoados em condições sub-humanas no Hospital Real de S. José (...). O Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (CHPL), criado pela Portaria nº 1373/2007 de 19 de outubro, resulta da integração, por fusão, dos históricos hospitais Júlio de Matos e Miguel Bombarda sendo um estabelecimento público do Serviço Nacional de Saúde dotado de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial.

O Centro Hospitalar nasceu com a responsabilidade de assegurar a prestação de cuidados especializados de psiquiatria e saúde mental a todos os cidadãos adultos, no âmbito da competência e capacidade das unidades que o integram, dando execução às orientações de política de saúde mental a nível nacional e regional, aos planos estratégicos e decisões superiormente aprovadas.²⁷

²⁶ JRS: Serviço Jesuítas aos Refugiados. CAT: Centro de Acolhimento Temporário de Refugiados.

²⁷ (site http://www.chpl.pt/artigos/chpl/historia_pt_211).”(...)

Agora, específica e relativamente ao serviço aqui em questão:

“O SGTP presta cuidados às pessoas portadoras dos grupos de patologias abaixo indicados [são várias, embora não tenham relevância suficiente para expô-las neste trabalho], que não podem ser prestados em ambulatório ou no domicílio, das áreas e idades acima referidas: (...) outras patologias, não atribuídas a outros serviços e perturbações psiquiátricas condicionadas predominantemente por fatores culturais (transculturalidade) ou sociais (sem-abrigo, refugiados, imigrantes, etc.).”

“O serviço de Psiquiatria Geral e Transcultural (SGTP) compromete-se a prestar cuidados especializados de Psiquiatria Geral e Transcultural, em situação de doença aguda, a todos os cidadãos adultos no âmbito da responsabilidade e da capacidade do serviço, com os recursos disponíveis, nomeadamente todos os meios técnicos e humanos, de diagnóstico, tratamento e reabilitação (...) a população-alvo do SGTP corresponde à área geodemográfica de cobertura do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (CHPL).” A mesma população-alvo constitui-se por utentes “com idade igual ou superior a 18 anos (podendo também ser internados utentes de 16 e 17 anos, por indicação superior), portadores de doença psiquiátrica aguda (...) com todos os diagnósticos das doenças mentais da Classificação Internacional das Doenças (CID 9), da OMS, excepto as esquizofrenias, as doenças afetivas, as doenças orgânicas e as dependências alcoólicas.”

(...) “apoio especializado a populações excluídas, nomeadamente sem-abrigo, refugiados e estrangeiros.” (...).

Compreendemos, portanto, que este serviço é destinado não só há população “normal”, ou seja, “normativa”, avaliada no dia-a-dia, mas também destinada ao acompanhamento e avaliação de populações outras, que podem (ou não) trazer desafios clínicos menos conhecidos. Não obstante, parece interessante compreender a razão que leva ao estabelecimento de uma prática clínica comum entre os sem-abrigo, refugiados e estrangeiros, sendo este um ponto de análise fundamental que será redigida adiante.

Assim, aqui existe a dimensão acrescida da compreensão naquilo que é o entendimento da psicopatologia da doença mental, pela simples característica do binómio normal-patológico oferecer aos seus próprios limites uma crescente compreensão daquilo que *normalmente* é considerado.

Volto a frisar a necessidade de ter sempre em conta que este pensamento não pretende fragmentar uma compreensão clivada daquilo que poderá ser o entendimento do indivíduo inscrito numa determinada população ou grupo respetivo; pretende-se sim, realçar a importância de complementaridade de várias dimensões que podem não ser muito recorrentes (podendo ser inteiramente normativas) da praxis geral psiquiátrica.

Assim, entendemos que o serviço de psiquiatria geral e transcultural compreende multiplicidades e entendimentos maiores face às diferentes vicissitudes humanas, procurando sempre dar uma resposta mais inteirada do problema que surge: problema este sempre expresso pelo utente/paciente. É esta a multiplicidade procurada neste trabalho.

Sobre a Metodologia: Um Breve Comentário

Dado as condições deste terreno etnográfico e tendo em consideração que se trata de um serviço psiquiátrico, com um expectável quotidiano muito característico e no qual conseguimos, efetivamente, suspender um imaginário muito rico sobre o que poderemos encontrar neste pequeno mundo, tomou-se como melhor abordagem metodológica uma etnografia mais clássica, no sentido geral do termo. Por outras palavras, procurar dar forma pelas palavras do quotidiano do serviço, compreender especificamente a consulta psiquiátrica com os refugiados (mas também aos não-refugiados), compreender as atividades, as relações, as pessoas, os espaços, enfim, todas as histórias que pudessem emanar das paredes que constituíssem todo aquele edifício.

Entenda-se aqui por etnografia várias condições e posturas: em primeiro lugar, considero, como Martins e Mendes (2016:18) o trabalho de campo como sendo simultaneamente “uma técnica de pesquisa, uma metodologia e uma experiência que envolve os investigadores em interações (extra)ordinárias com outras pessoas, outras coisas e que nos leva a reconsiderar a nossa relação com o mundo num processo de aprendizagem permanente que vagueia entre o repetível e o irrepetível.”. Esta determinação tripartida – pesquisa, metodologia, experiência – conduz-nos a um maior *awareness* das nuances que o terreno predispõe.

Outra ideia que reveste uma afirmação base para este trabalho, é a questão de considerar o terreno etnográfico como produto social. Por tal ideia ser aqui basal é que conseguimos

considerar as práticas clínicas e pensá-las de um ponto de vista macro, ou seja, em termos de educação em termos de políticas. Por outras palavras, a exploração destes artefactos clínicos que são vistos no terreno pode ser considerada ou compreendida, não só à luz das idiossincrasias próprias do indivíduo, mas também e indissociavelmente a uma prática ensinada e ancorada a uma socialização médica²⁸. Urge salientar que não se trata de uma escolha de extremos – ou um essencialismo idiossincrático ou um exemplo estrutural e geral dos médicos –, pois essa não chega a ser questão; importa sim determinar que ambos são os extremos de uma esfera aplicável e funcionam em simultâneo, mas não nos cabe a nós compreender a inscrição de cada limite nas práticas dos profissionais; tal tarefa seria impossível.

Outra condição do terreno que urge salientar é o seu carácter descontínuo, característica inevitável e incontornável. Na entrada de num terreno como este, serviço público carregado de signos próprios, constituinte de dinâmicas tão próprias, onde jogam tantas relações indizíveis e invisíveis²⁹ convém ter em mente o fator *desconhecimento* e de que não é possível compreender todos os seus próprios constituintes; podemos evidentemente interpretar tais circunstâncias, reificando tal ato na ideia de Geertz e *ciência interpretativa*, mas tal tarefa merece inscrever-se, e até mesmo limitar-se, como modo a não cair em projeções reducionistas. Por outras palavras, seguindo pela ideia de Silva (1991:80) de que “a produção contemporânea epistemológica propõe-nos que em dado momento dirijamos o olhar para o nosso eu-etnógrafo, incorrendo numa aventura narcísica (Silva, 1991: 80)”, que pode estar carregada de indícios não-verdadeiros do ato de observação. Ter noção, ou tal melhor chamando, consciência, pode ser benéfico no ato de produção da escrita etnográfica.

Por fim, como última condição – que não encontro exposta recorrentemente, não que seja obrigatória – são as noções de alteridade e identidade no mundo da etnografia. Embora tenhamos conhecimento nas teorias hermenêuticas e nas conjunturas filosóficas (mais atuais) dos grandes nomes – Heidegger, Gadamer, Ricoeur –, que retrataram e aprofundaram as questões do self, do Outro, e da multiplicidade de relações que daí se potenciam, apenas a

²⁸ Conceito amplamente explorado por Carapinheiro, Graça (1993). Fundamentos e formas de poder médico no hospital, Em Graça Carapinheiro, *Saberes e poderes no hospital*, Lisboa, CES. A ideia prende-se com o facto de existir uma socialização para o *tornar e ser-se médico*. Por outras palavras, um treino de apetências e competências que perfazem uma “cultura” da profissão do médico.

²⁹ Os trabalhos de Graça Carapinheiro colocam em cenário a multiplicidade de relações que uma organização de saúde pública pode conter. As suas análises são suficientemente densas para conseguirmos, logo à primeira vista, perceber a teia quase infinita que se joga nestas instituições.

antropologia reflexiva é que tentou, de uma forma mais fácil, trazê-las para o seu campo da investigação.

Este ramo traz, acima de tudo, a questão do Subjetivo (Self) ser uma condição inescapável e inevitável no papel de investigadora das ciências sociais e humanas. Formulando em questão, como é que é possível abordar uma questão sem nela não condensarmos/incluirmos algo que é nosso? Como é que é possível relatar, através de um “molde perfeito, neutro e objetivo” os escritos etnográficos sem que, de alguma forma, não nos estejamos a colocar, nós próprios, nessa equação? Esta posição parece-me estar sempre presente, não sendo possível colmatá-la: um feixe subjetivo implicado na posição do antropólogo é tanto destruidor como criador de toda a narrativa etnográfica. Tal como refere Caicedo (2003:177), “não podemos ignorar o paradoxo que imersa a investigação social, sendo melhor criar alternativas de aproximação à realidade que excedam a controvérsia irresolúvel da objectividade, porque como investigadores, estaremos sempre a olhar o quadro onde estamos imersos.”. Assim, parafraseando Charlotte Davies (1999: 73) refere que a “boa pesquisa é a natureza, as circunstâncias e a qualidade da observação. Tal observação necessita de uma observação reflexiva – ou seja, o etnógrafo precisa de ser sensível à natureza da sua própria participação, sendo parte do desenvolvimento da sua compreensão das pessoas que estuda”.

Urge agora mencionar alguns determinantes conducentes da minha pessoa, enquanto estudante e futura antropóloga. Como vimos, a antropologia é feita essencialmente daquilo que observamos, daquilo que refletimos, daquilo que sentimos, e esta condição tripartida não pode estar desvinculada da pessoa-do-antropólogo.

A “posição do antropólogo” merece ser alvo de reflexão antes, durante e depois da pesquisa etnográfica, no sentido em que é essa “posição” que determina o que procuramos, investigamos, indagamos do terreno. Estas proposições começam essencialmente naquelas que são as minhas motivações internas, naquilo que me impulsionou a materializar com este trabalho. Parece-me este um bom ponto de partida.

Dado a minha área profissional, sempre me fascinaram as questões da saúde mental e a aplicação dos conhecimentos numa boa prática clínica. Apesar da psicologia e a psiquiatria revelarem-se em *práxis* totalmente diferentes, não podemos discordar que o seu objeto de estudo, em geral, traduz-se em estudar os mesmos constituintes nominais - a saúde mental, a doença mental, a cura da doença mental. Sempre achei curioso, para não dizer impressionante, que diferentes “ciências” abordem os seus objetos de estudo de formas tão amplamente

diferentes. Por essa razão, e por estas duas disciplinas encararem perspectivas tão diferentes sobre esses seus nominais, não podemos, portanto, perguntar qual é a característica que as une? Como é que pode a psicologia afirmar que a cura da doença³⁰ é privilegiando a “cura pela palavra”, enquanto que a psiquiatria, dito de grosso modo, trata a doença mental através de psicofármacos, que medeiam as transformações psicológicas? A questão não é simples, e levanta espaço para muitas questões.

Por este motivo, encontramos facilmente o ramo transcultural na clínica “psíquica”, pois é aqui que vários desafios colocam em perspectiva os vários saberes do ato de tratar/curar (independentemente de estarmos a falar da psicologia ou psiquiatria): quais são os limites da prática clínica? Quais são os limites da saúde e da doença? Quais são verdadeiramente os caracteres que compõem o surgimento da doença/transtorno/desvio mental? Serão essencialmente condicionantes intrapsíquicos, ou seja, da vivência interna e emocional do sujeito, como reclama a psicologia clínica, ou serão desvios biofisiológicos/neurológicos que a psiquiatria introduz? Então, onde residem as condicionantes sociais, históricas, políticas da vivência de cada sujeito?

Neste sentido, a consulta aos refugiados transporta uma dimensão nova na clínica, não querendo afirmar que é o único grupo populacional que revela essa dimensão, mas a consulta a refugiados traz novos desafios na clínica, sendo esse o desafio que eu própria queria investigar. Este desafio seria possível estudando um serviço psiquiátrico altamente referenciado.

Foi essa a grande motivação que me mobilizou a elaborar as questões que fazem parte deste trabalho: como será a consulta da psiquiatria transcultural? Que componentes clínicas estarão equacionadas? Que características estarão em jogo na forma de pensar a saúde e a doença? Quais serão as histórias que ouvimos no consultório e quais são as ferramentas técnicas que serão elaboradas naquele momento?

Todas estas questões motivam e tornam a que o meu trabalho etnográfico se possa materializar.

³⁰ Não caindo em generalizações absolutistas, pois as psicoterapias não se enquadram em todos os perfis de quem “porta” desvios psicopatológicos.

CAPÍTULO IV – TRECHOS ETNOGRÁFICOS

A rotina semanal no SPGT

Uma vez por semana, o SPGT abria as portas essencial e especialmente aos sem-abrigo e refugiados – não sendo este de carácter exclusivo a estas populações. Este dia era constituído por dois momentos distintos: o primeiro instruindo-se no intitulado Grupo Psicoterapêutico Aberto; o outro, no consultório onde decorriam as consultas psiquiátricas.

O Grupo Psicoterapêutico Aberto, tal como o nome indica, era aberto a toda a população acompanhada pela equipa psiquiátrica no CHPL. Fundada nos moldes de uma psicoterapia grupal, o seu propósito era oferecer um espaço potencial suficientemente seguro para os utentes (pacientes?) expressarem o seu mundo interno – expressões estas incidentes sobre as suas angústias do quotidiano, sobre o(s) seu(s) contexto(s) de vida, ou mesmo discussão aparentemente sem relevância íntima, mas confinado a ideias e ideais próprios; no fundo, sobre as demais questões que se pudessem projetar no mundo real, por entre tantos outros temas que possam ser “despejados”. Sobre este espaço potencial, os utentes interagiam entre si, desenvolvendo relações terapêuticas que serviam para consolidar o seu mundo. No fundo, assumir a premissa de que o alívio da angústia interna pode ser atingido através das relações intersubjetivas.

O papel do terapeuta principal – neste caso, o psiquiatra (transcultural), nos dias que visitei – era de auscultar as dinâmicas que eram sendo expressas, intervindo o mínimo possível. As intervenções deste serviam para reorganizar o grupo, quando fosse pertinente.

Estes grupos variavam na sua dimensão, embora rondassem a média entre 35 e 45 pessoas, incluindo os “observadores” (médicos, psiquiatras, investigadores, estagiários), que podiam chegar a ser 5 a dez por sessão. Cada sessão demorava rigorosamente uma hora, começando às 9 horas e 45 minutos da manhã. As sessões aconteciam num espaço circular significativamente amplo, onde nele se dispunham cadeiras em círculo. Tal era a dimensão do grupo – e indissociavelmente, do espaço – que o círculo apresentava um diâmetro grande – diria uns 15 metros -, sendo por vezes difícil ouvir quando alguém, do outro lado da sala, ouvia. Esta era a sala provisória, na qual me introduzi, sendo que posteriormente o grupo deslocou-se para aquele que era o seu *habitat* mais conhecido: uma sala mais pequena, diria, mais solicitante de acolhimento entre os seus participantes.

Esta sala, consideravelmente mais pequena, dava a entender ser um ginásio em outras horas que não a do grupo terapêutico: a sua constituição de barras de madeira verticais, características dos ginásios dos mais graúdos, transparecia a multiplicidade estrutural que se constituía naquele espaço, que uma hora por semana, pertencia àquelas pessoas.

Nas várias sessões que me apresentei, apenas tomei conhecimento de um refugiado chamado David³¹ que se dirigiu ao grupo psicoterapêutico. David surgia recorrentemente à quinta-feira mais nas consultas que no grupo, e aquando a sua presença no grupo, não falava. Faço menção que nos grupos predominava, *quase* exclusivamente, o português.

Embora não seja de máxima relevância o grupo psicoterapêutico aberto para o tópico dos refugiados, é importante mencionar que qualquer pessoa – e aqui o foco para este trabalho será de mencionar que todos os refugiados – são convidados a comparecer.

A consulta transcultural

Após a sessão do Grupo Psicoterapêutico Aberto, seguíamos diretamente e sem pausa para o consultório do Doutor Bernardo.

Tal como referi, a ideia era ser um “dia livre”, isento de marcação de consulta. Nunca sabíamos quem seriam os pacientes do dia, nem tampouco as suas histórias. Este dia constituía-se principalmente (não exclusivamente) para sem-abrigos e refugiados.

Era evidente que a maioria dos pacientes eram sem-abrigos. Apareciam poucos refugiados na consulta.

Farei um relato geral e sucinto de três momentos que suscitaram maior interesse da minha parte. Considero que, apresentado os caracteres formais e informais destas consultas, em primeira instância sem discriminação da tipologia da consulta (e, portanto, da “postura clínica face-ao-caso”), é possível oferecer uma imagem real e legítima do ambiente clínico que vigorava dentro daquele espaço.

³¹ Todo e qualquer nome apresentado, daqui em diante, é fictício, de forma a garantir o anonimato das pessoas.

Primeiro Trecho Etnográfico

Este foi o meu primeiro dia no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa. Combinara com o Dr. Bernardo. aparecer quinze minutos mais cedo do que a hora prevista, para a sessão do grupo psicoterapêutico, com o objetivo de nos conhecermos e trocarmos algumas palavras sobre o meu propósito académico. Embora já tivesse, em linhas curtas, esclarecido o meu interesse via email e por intermédio da minha orientadora, seria sempre profícuo o nosso primeiro contacto pessoal.

Apareci naquela grande sala às 9h30, tal como combinado. Já a essa hora estavam sete pessoas sentadas, excetuando o Dr. Bernardo. Fui ter com ele, sendo logo muito bem recebida por ele e, logo de seguida, dando-lhe o meu nome e a instituição onde estudava. O Doutor Bernardo. escrevia o nome de todos que se encontravam na sala, quer fossem os utentes, quer fossem os técnicos, investigadores, enfermeiros. Gentilmente, pediu-me para sentar onde quisesse, pois dali a nada começaríamos com a sessão.

Já sentada, diante da porta, via as pessoas a chegarem, cumprimentando o doutor Bernardo e passando o cartão de utentes, no qual deveria vir a informação relativas aos próprios. Depois, sentavam-se, em silêncio. Para além dos utentes, chegavam mais algumas pessoas que certamente não eram utentes: como no fim percebi, duas eram trabalhadoras da mesma área, daquela instituição, uma rapariga consideravelmente jovem, enfermeira, que vinha acompanhar os sem-abrigos e por fim, o doutor Bruno, profissional de uma instituição de apoio aos sem-abrigo.

Sabia que a sessão tinha início às 9h45, mas não dei pelo seu começo, talvez porque esperava que fosse dito, em voz alta que iria começar. Mas não correspondeu à minha expectativa. Como vim a perceber mais tarde, o único sinal que dará início à sessão é a mudança de cadeira do Doutor Bernardo. Antes de começar a sessão, ele está sentado na cadeira atrás da mesa, para depois passar para a cadeira que se encontra no lado lateral, mais perto da porta, da mesma mesa.

A sala é enorme, tem uma aparência de teatro devido ao palco que se encontra por detrás do Doutor Bernardo. Não há mesas para além daquela que lhe pertence e a conjuntura do espaço reveste-se pelas suas cadeiras metálicas que pertencem a cada um de nós que ali está sentado. O espaço parece-me enorme para uma sessão daquelas, mas talvez seja só impressão minha. Como percebi depois, não podia ser impressão minha, a sala era efetivamente enorme porque

em determinados momentos da sessão não conseguia ouvir os pacientes a falar, de tão distantes que estavam.

Mesmo depois da sessão começar, iam surgindo novas pessoas. Aliás, ninguém era “barrado” por chegar atrasado, nem alvo de qualquer represália. Todos tinham a liberdade de chegar quando quisessem, como sair quando quisessem.

Tal como mencionei, a sessão inicia-se exatamente às 9h45, sem eu dar por isso. O primeiro utente que fala é o Ronaldo. Estava muito longe de mim, de tal forma que não conseguia escutar plenamente. O Ronaldo fala do seu percurso de vida, em termos muito gerais – estudou agronomia.

O segundo paciente, Mário, responde ao primeiro. *“para aprender é preciso sofrer muito”*. Fala da sua história: os pais viviam no Senegal, mas ele nasceu em Cabo Verde. O pai teve um acidente. Mário relata que, durante este acidente do pai, surge um francês: *“era fácil de entender, tinha um pacto com o diabo”*. Quando o pai dele cai, sendo este o acidente, o francês desaparece – eis o pacto diabólico, quem é este francês? – Senegal é diabólico: esta é a sua última associação. Mário é bastante característico na sua aparência. Diria que está na casa dos 50 anos, mas não tenho como confirmar. É sem-abrigo e vem muito bem vestido para o grupo: sapato formal, blazer verde, gravata e camisola branca, mais a sua boina. Não querendo cair em preconceitos, nunca diria que pudesse ser sem-abrigo. Mário aparenta ser muito inteligente, pelas suas afirmações. Faz-me lembrar, pela sua indumentária, pela sua postura e pelo seu modo de falar, um professor.

Por mais 40 minutos se desenrolam diálogos entre apenas alguns dos participantes: os temas são gerais, sobre as circunstâncias difíceis da vida. A maior parte daquelas 30 pessoas pertencentes à sala permaneceram em silêncio durante a sessão toda.

No final da sessão, quando estão todos os participantes a sair, fica para trás Mário a falar com a Sra. Joana cuja tinha realizado uma operação ao joelho (notava-se bem, pelo aparente inchaço que tinha). Neste momento estou encostada à mesa do Doutor Bernardo, de forma a dar espaço para deixar passar as pessoas que pretendiam sair da sala. A Sra. Joana tinha falado durante a sessão da sua operação e das vicissitudes do contexto hospitalar prévias à operação: ela queria saber quem era o médico e dizia ter sido um processo bastante demorado e difícil. Este médico era, pelas palavras da Sra. Joana, odiado pelos outros profissionais de saúde da instituição. Entre Mário e a Sra. Joana houvera um pequeno desentendimento durante a sessão daquele dia, isto porque a senhora Joana verbaliza que *“na vida só lutando pelas coisas”*, ao

qual Mário muito perentório responde “*que não é bem assim*”. Agora, naquele pós-encontro de Mário e Sra. Joana mencionando ele que, não querendo levantar novamente a questão discutida na sessão terapêutica, havia um ambiente hostil ali e que há quem ande a diagnosticá-los (neste momento olha para mim e com os dois braços esticados na minha direção faz um sinal que pareceu-me remeter para *onde está o problema?*). Aquilo pareceu-me, sem certezas, que o Mário tinha-se fixado com a minha presença naquele espaço, pois tinha ele dito aquilo em voz alta e eu encontrava-me ao lado deles. Como vim a perceber mais tarde, nas consultas daquele dia, o Mário estava diagnosticado com delírios persecutórios, mas delírios persecutórios só com as mulheres. Talvez tivesse realmente algo contra mim? Talvez por ser mulher?

Acabada a sessão terapêutica, e já sem pacientes na sala, ficam apenas os que não pertencem à categoria de pacientes: técnicos, médicos, investigadores, etc. No final, portanto, está o Dr. Bernardo, eu, o Dr. Vasco, a enfermeira que viera com os sem-abrigo e mais duas profissionais de saúde, digo, psiquiatras. Trocamos algumas impressões relativas àquela sessão. Dr. Bernardo pergunta-me o que tinha achado daquela sessão. Respondo-lhe que “*foi confusa*”.

. Dr. Bernardo partilha connosco sobre opiniões de diversas naturezas: refugiados, sem-abrigos, implementação deste (grupo psicoterapêutico aberto) em Dublin, o papel dos psiquiatras, estes que por sua vez “*não são polícias, não são nazis!*”. Deixa bem claro as diferenças laborais entre as autoridades policiais e psiquiatria e, refere que as fronteiras não são limitadas. Esta dissertação vem a propósito de, no dia anterior ter-lhe sido comunicado via telefone, em tom de urgência, que um paciente da Fonte da Telha tinha pegado fogo. Menciona que não era caso para lhe interromperem o jantar, era caso para a polícia.

O Dr. Bernardo convida-me a mim e ao Dr. Vasco para irmos observar algumas consultas psiquiátricas. Ambos dizemos que sim. Saímos todos do espaço, e nós os três seguimos para outra ala, para o consultório do doutor Bernardo.

O primeiro paciente que surge na consulta é o David. Ele é refugiado. A sua terra natal é a Polónia. David apresenta muitos tiques nervosos, fala pouco, não olha diretamente para as pessoas. Parece-me uma pessoa estranha, mas estou muito curiosa para saber a história dele.

Dr. Bernardo inicia a conversa sobre David. Menciona que ele não gosta nada da sua cidade de origem. Doutor Bernardo questiona-se sobre a simbologia de não gostarmos do nosso país de origem: “*o que é que nos faz odiar o nosso sítio de origem?*”. Não se desenrola propriamente um diálogo significativo com o paciente. O doutor Bernardo, ao mesmo tempo que escreve alguma coisa no computador, pergunta-lhe se gosta de estar cá e David diz que

“*sim*”. David responde apenas monossilabicamente. No final da consulta, ou seja, passados mais ou menos cinco minutos, o Dr. Bernardo levanta-se e vai para o lado do paciente, mete a mão no bolso e ouve-se o tilintar de moedas no seu bolso. Tira algumas moedas, escolhendo uma e dá ao David. Aquela moeda é para o café. David recebe prontamente e com um sorriso a moeda. Achei muito curioso este gesto, parecia ser um gesto já ritualizado, que efetivamente o era, pois vim a perceber ao longo do tempo. Após a moeda, David sai do consultório.

Entra agora um segundo paciente, masculino. Este, como menciona Dr. Bernardo, é sem-abrigo e vem pedir alguns medicamentos. O Dr. avia a receita com os medicamentos pedidos, levanta-se, coloca-se ao lado do paciente e, novamente, com a mão a tilintar as moedas do bolso, tira uma e dá-lhe. A consulta (se assim o podemos chamar), demora uns dois ou três minutos. Fico espantada com a velocidade daquele encontro. Ouviu-se pouco o paciente a falar.

Agora entra um terceiro paciente, também sem abrigo. O processo dá-se exatamente da mesma forma como o paciente anterior. Quais os medicamentos, escreve no computador (accedendo à ficha do paciente) e avia a receita. Novamente o ritual da moeda. O paciente levanta-se e sai.

E agora, entram, de ímpeto, seis pacientes: são todos sem-abrigo. Então todos com a enfermeira que estava naquela manhã no grupo psicoterapêutico aberto. Estes devem ser os seus pacientes do seu local de trabalho. Ao todo, somos dez pessoas naquela sala! Dez! A sala do Dr. Bernardo não é propriamente grande: mal entramos, damos com um armário de metal, característicos dos escritórios dos anos noventa, do lado esquerdo da sala; de frente da porta está a secretária também metálica e a cadeira do doutor fica do lado esquerdo, junto do armário, enquanto que duas cadeiras, diante dele, diante da mesa, são para os pacientes. Há uma janela do outro lado sala, mesmo defronte da porta. O espaço é ideal para duas ou três pessoas, mas não para dez. Estamos todos apertados. Ora, à vez e começando para quem está sentado na cadeira do paciente, o doutor vai aviando as receitas à medida que a enfermeira vai expressando quais são. Aviada a receita do primeiro paciente destes seis, e ele sai e fica lá fora à espera. Passamos ao próximo paciente e o mesmo processo se dá: quais os medicamentos, imprimir a receita. E por aí fora. Não faço ideia de quem eram aqueles pacientes, não foi contada nenhuma história. A velocidade daquilo tudo que se passava ao meu redor era estonteante. Nisto tudo, era a enfermeira que ficava com as receitas dos pacientes. Consegui captar alguns nomes dos medicamentos, sendo que os mais comuns eram a olanzapina, clozapina, diazepam. São todos eles antipsicóticos.

Saídos todos os pacientes com a enfermeira da sala, entra agora uma senhora jovem refugiada, oriunda da Guiné. Vem com o seu filho no carrinho de bebé. Não diria que o bebé tinha mais que três anos. É estrábico e muito brincalhão. O Dr. Vasco brinca um pouco com a criança, ficando ela muito divertida. Nestes momentos a mãe ri-se, por entre o seu ar tão sério. O Dr. Bernardo fala com ela em francês, pelo que não compreendo muito bem. Espero posteriormente para falar com o Dr. Bernardo relativamente ao que dialogaram, mas esta conversa nunca acontece. O Dr. Bernardo fala bastante e é difícil colocar-lhe questões. Passado uns cinco minutos, a senhora sai com o seu bebé, não há receitas, não há nada. Pareceu-me que a senhora foi para outra sala para ser acompanhada por outra pessoa. Diria, pelo Dr. Gualter, psicólogo, mas não tenho a certeza absoluta.

Vão entrando mais alguns sem-abrigos e vão se sentando. O Dr. Bernardo é claramente quem mais fala naquelas sessões, quer esteja a falar connosco, quer esteja a falar com os pacientes. Nestas consultas há claramente um pequeno “ritual”: após aviar as receitas dos pacientes, o Dr. Bernardo fornece sempre aquela pequena moeda para beberem um café. É notavelmente um ritual entre eles, como foi ficando tão claro. Mas, pensava eu nestes momentos, qual o significado latente deste pequeno “ritual”?

A seguir entra o Abel. Mal ele se senta, o Dr. Bernardo pergunta-me se quero falar com ele individualmente, ou seja, se quero entrevistá-lo. Digo que sim. Pensei que a entrevista fosse a seguir à consulta, mas acontece que houve entrevista sem ter havido consulta.

O Dr. Bernardo dirige-nos simpaticamente para algum consultório livre que encontre, para eu e Abel dialogarmos um pouco. Assim, entramos os três naquele consultório. Passados dois ou três minutos entra a enfermeira e diz que não podemos estar ali, que aquele é o gabinete de um Dr. e que não serve para partilhar. Digo-lhe que é só para falar com o Abel durante algum tempo e caso o doutor chegue, nós saímos imediatamente dali. Entretanto chega o Dr. Bernardo e diz para ficarmos à vontade, eu digo que sim e saímos, caso o outro doutor chegue.

Entre as duas interrupções, falo com Abel e digo o pretendido da minha dissertação: quais as temáticas, quais os objetivos, quais as minhas hipóteses, o que quero saber e o que quero explorar. Depois, dirijo-me a Abel e procuro-o conhecer. Abel é do Irão, é casado e tem uma filha pequena. É cristão desde há muito tempo, numa altura em que o Irão não tinha problemas com a diversidade religiosa. Aquando o momento que se torna intolerante a outras religiões que não a muçulmana e islâmica, Abel vê-se obrigado a sair do país. Vai para a Noruega. Lá fica dois anos e meio e viaja de bicicleta de norte a sul do país: 2050 quilómetros

de Alta a Oslo. Vive na Noruega durante dois anos e meio e neste tempo não lhe dão o visto. Viaja pelo país, pela liberdade religiosa: essa é a sua mensagem.

Lá conhece a sua mulher (fiquei sem perceber se era a mesma ou se era outra) e decidem vir para Portugal. Pergunto o porquê de Portugal. Responde que seria o país mais fácil para adquirir o estatuto de refugiado. Diz que aqui é fácil arranjar trabalho e dinheiro, mas que isso não é um problema para ele de qualquer das formas, ele no Irão “tem dois apartamentos”. Em Alta abre um barbearia onde não cobra às pessoas que não conseguem pagar. Mostra-me a notícia em norueguês sobre a barbearia dele. Lá no Irão era “*oil engineer*”.

Pergunto-lhe porque vem à consulta psiquiátrica. A minha questão é se vem obrigado pelas “autoridades” institucionais ou se é por vontade própria.

Diz-me que era uma pessoa bastante ativa, na Noruega e no Irão, mas cá não é. Diz-se deprimido e com ideias suicidas, até mesmo tem pensamentos sobre queimar o seu corpo. Nesta altura, porque percebo que Abel entra num assunto mais sensível e começa a ficar um tanto nervoso, e da minha parte tenho de oferecer um espaço suficientemente confortável (estava na intermitência de ficar sem aquele consultório e portanto, deixar a conversa num ponto sensível), proponho-lhe agendarmos uma entrevista fora dali para falarmos com mais calma e, desta forma, falaria também com a mulher dele. Ali não era propício a dialogar com ele com calma e seria melhor para os dois, noutra sítio. Concordou prontamente comigo. Deixou-me o seu contacto e saímos os dois. (Nunca mais consegui contactá-lo, após várias tentativas telefónicas e mensagens. Abel nunca retornou as minhas chamadas nem respondeu às minhas mensagens).

Dirigi-me para o consultório do Dr. Bernardo, que comenta que venho com um sorriso. Não me sentia feliz, pelo contrário, estava perplexa com a conversa com o Abel, e tinha ficado preocupada com ele.

Sento-me e desenrolam-se mais algumas consultas com sem-abrigos. Aparecem outras pessoas que não são sem-abrigo, suscitando outras nosologias diagnósticas que não encaixam nas categorias vistas anteriormente.

Por entre pacientes, a conversa com Dr. Bernardo desenrola-se harmoniosamente. É um médico muito energético e nota-se que gosta muito de conversar. Nesta altura, só nós os três é que fazemos parte do consultório – eu, o Dr. Bernardo e o Dr. Vasco – esperando que os pacientes entrem e saiam.

Entre conversas semi-cortadas, Dr. Bernardo aconselha-nos algumas leituras, especialmente uma de autoria de Boris Cyrulnik: *Nutris os Afetos*³². Este livro fala da condição da resiliência e do PTSD. O tema surge devido à síndrome pós-traumático, porque o Dr. Bernardo perguntou-me qual é o diagnóstico que acha que mais se vê nos refugiados. Respondi-lhe ser o PTSD. Ele diz que a resposta fora óbvia, mas naturalmente errada. O diagnóstico mais comum entre os refugiados é a **insónia. Entre os refugiados a noite parece ser o mais turbulento, e não há nada de mal em prescrever um medicamento que os ajude a dormir. É de referir que o Dr. Bernardo não aborda, com os refugiados, a situação de trauma: o que lhe interessa é a pessoa e não o trauma.** Este tema caiu em suspenso, embora tivesse sido fundamental ter abordado a questão das insónias com o Dr. Bernardo, de forma a clarificar se efetivamente estávamos perante uma situação quantitativa – no sentido da maioria dos seus pacientes apresentar dificuldades de sono – ou não. Também seria importante questionar o carácter clínico desta situação: porque razão seria a insónia, o diagnóstico mais comum entre os refugiados? Qual seria o enquadramento clínico para o tratamento das insónias (para além das terapêuticas medicamentosas)?

Entre as quatro e meia e as cinco da tarde o doutor propõe que fiquemos por ali. Eu digo prontamente que sim e por uma razão simples: já era tarde e não tinha havido uma pausa para almoço, uma pausa para lanche, ou seja, nenhuma pausa desde as nove e meia da manhã. Naquele momento estou, como se diz, “a morrer de fome” e exausta com tanta informação daquele primeiro dia. Na realidade, estou a sentir-me um pouco tonta e com dificuldade em concentrar-me. O Dr. Bernardo refere que é uma praxe que costuma fazer aos novatos e, curiosamente, menciona que me aguentei muito bem naquele dia. Relata também que já houvera quem desmaiasse, ou quem, sorrateiramente saísse do consultório e ele por sua vez encontrara a pessoa a petiscar qualquer coisa no corredor. Não sei o que sentir face àquela informação: por um lado, ainda bem que me aguentei até ao fim, mas por outro, qual seria a razão para aquela praxe que me desgastara tanto?

³² Cyrulnik, Boris (1995), *Nutrir os Afetos*, Lisboa, Instituto Piaget.

Segundo Trecho Etnográfico

Numa das quintas-feiras, onde não surge nenhum refugiado no grupo psicoterapêutico aberto, nem nas consultas, surge sim, um momento de discussão que pode ser interessante introduzir.

O Dr. Gualter, psicólogo do serviço, que também recebe e presta serviço aos utentes requerentes de asilo e refugiados, surge no consultório do Dr. Bernardo para falar de um caso. Não farei menção a muitos detalhes, de forma a não colocar em risco o sigilo da própria pessoa.

Uma mãe vem com a filha à consulta psicológica. É relatado um acontecimento ao Dr. Gualter, que por sua vez reúne-se com o Dr. Bernardo e com uma médica de família, em momento breve, para tentar compreender em equipa, que tipo de relato era aquele.

Numa determinada zona de África, uma rapariga menor é amarrada em cada mão e perna a duas árvores: a perna esquerda e a mão esquerda, numa árvore; perna e mão direita, noutra árvore. Encontram-se só homens a encenar o ato e outros a testemunhar. A dada altura um faz um corte vertical no ventre da rapariga, não muito profundo, mas há sangue.³³

Em equipa, o técnico em questão não sabe que história é esta. Terá havido violação? Será um ritual característico? Em primeira instância, portanto, falamos de um acontecimento maligno ou benigno? Sádico ou cultural? Será real ou imaginário?

Nestas questões todas, coloquei (ingenuamente) a questão: *poderia ser um ritual xamânico?*

Ao que o Dr. me responde: *que não tinha pensado nisso, mas que talvez.... Não sabia...*

Que eixos é que merecem ser introduzidos na ponderação do caso?

Não são conclusivos os dados. Não há desenrolar do caso. Pouco se sabe e seria necessário uma série de questões para desbravar o que seria dito pelas utentes.

³³ Existem mais alguns dados sobre a história que por razões éticas não são descritos aqui. Não obstante, são dados técnicos e não elementos vitais para compreender a história aqui em questão. Serve a nota de forma a não conduzir o leitor a imaginários possíveis da/na história.

Terceiro Trecho Etnográfico

Este dia foi o penúltimo dia que estive no terreno. Pelo serviço passei 6 dias, sendo que no último dia apenas assisti à sessão do Grupo Psicoterapêutico Aberto. O meu objetivo seria sempre passar uma “temporada” naquele serviço, explorar (muito) aprofundadamente as questões, mas nem sempre me foi possível fazê-lo, por coincidir com o horário da minha profissão. Apesar de terem sido poucos dias, era claro que todos os momentos eram ricos em material antropológico.

Neste dia, como sempre, acompanhava o grupo psicoterapêutico aberto, que começava exatamente às 9h45. Este também era o último dia que aquelas sessões grupais aconteceriam, devido às férias dos técnicos. Só passado um mês e duas semanas é que voltariam a reabrir as sessões.

No total desta sessão, contamos com onze técnicos e mais ou menos quinze utentes. A sala era outra, já não com aspeto teatral, mas sim com aspeto de ginásio: barras de madeira em posição vertical, daquelas que remetem muito para aqueles ginásios da nossa infância, ocupavam algumas paredes da sala, comparavelmente mais pequena que a outra e comparavelmente mais iluminada que a outra. Como sempre, a mesa do doutor que guia a sessão está próxima da entrada, e como sempre, encontrava-se ele sentado atrás da mesa a anotar os nomes de todas as pessoas que entravam.

Nesta sessão aparecem poucos pacientes. Talvez se devesse ao facto, como fora mencionado por ele, que já não se lembrava da última vez que ocorria uma sessão do grupo aberto num mês de Agosto. Não apareceu nenhum refugiado na consulta.

Acabada a sessão grupal, todos os pacientes saíram e ficamos só nós, os não-pacientes. Como sempre acontecia, naturalmente dispúnhamo-nos em roda, sempre em pé e quem conduzia a conversação era o Dr. Bernardo. Na primeira sessão (*primeiro trecho etnográfico*) o doutor Bernardo oferecia-nos amavelmente uma folha A4 com algumas considerações clínicas. O mesmo aconteceu neste dia: ele dispunha-nos novamente, a todos os técnicos, uma folha A4 com algumas considerações teóricas, sendo este um trecho do que lá estava escrito: “O grupo é uma ressurreição da horda primitiva. Assim como o homem primitivo sobrevive em cada individuo, também a massa humana reconstitui a horda primitiva. Mais do que um «animal

gregário», o homem é um «animal de horda», uma horda conduzida por um chefe” (Ver anexo 1).

Este encontro de técnicos durou uma hora. Com o panfleto nas nossas mãos, o Doutor Bernardo tece algumas considerações sobre o que lá está escrito. A ideia que percorre é a de “*ilusão de amar todos os participantes*”, ou seja, dar a ilusão aos pacientes que o líder – ou seja, ele – ama-os de tal forma, ajuda-os de tal forma, no fundo, apazigua-os. Perco-me um pouco nas suas palavras, que ainda são sobre este assunto, e questiono-me o porquê de retratar a “*horda primitiva*” naquela folha? E qual a relação a *horda primitiva* com a ilusão de amar e com aquele grupo terapêutico?

Acabado este breve encontro, o Doutor Bernardo propõe-me acompanhar o Dr. Gualter nas suas consultas. Primeiro, questiona o Dr. Gualter, o qual acena afirmativamente que sim com a cabeça, e depois propõe-me, onde afirmo que sim.

Percorri as ruelas do CHPL, diria que o trajeto rondasse os 50-100 metros, até chegarmos à outra ala, onde estão os consultórios. Durante este trajeto segui sempre com o Doutor Gualter, psicólogo da equipa. Perguntou-me quem eu era e o que estava ali a fazer. Respondi-lhe a minha profissão (visto ser a mesma que a dele) e expliquei o meu propósito académico. O Dr. Gualter, foi ouvindo com atenção. Perguntei-lhe sobre as consultas dos refugiados, mas neste momento já estávamos a entrar dentro da ala e fomos interrompidos. Dirigimo-nos para o consultório dele. Diria ser do mesmo tamanho do consultório do Dr. Bernardo, bem como caracterizado com as mesmas paredes amarelas e com os mesmos móveis de escritório dos anos 90.

Foram realizadas duas sessões a utentes não refugiados. Denotou-se um certo embaraço nos pacientes, visto terem duas pessoas a fazer observação no consultório – eu, aluna de mestrado, e o Dr. Luís, da Santa Casa da Misericórdia. Os dois utentes trazem questões relativas à forma de sentir determinadas situações da sua vida atual, pelo que não redigirei nada sobre o assunto, de forma a privilegiar o seu anonimato clínico.

O doutor Gualter sabia da existência de dois refugiados na sala de espera. Conhecendo o meu propósito académico, chamou-os após a consulta com os dois pacientes acima mencionados.

São dois homens relativamente novos, na casa dos 20 e muitos. Ambos apresentam uma postura muito diferente um do outro: o António é mais expansivo e mais emotivo, enquanto que

o Viktor é mais racional e mais eloquente. Ambos estão revoltados com a sua situação cá em Lisboa, por não terem obtido visto de residência. A situação perdura faz um ano e dois meses. São ambos do Iraque. O António passou pela Alemanha antes de ter chegado a Portugal, enquanto que o Viktor passou primeiro pela Noruega. O desenrolar da consulta inscreve-se nestas temáticas factuais.

A consulta passou pela expressão da revolta deles com o SEF. O Viktor traz um papel a dizer que lhe foi negado o estatuto de refugiado e, para além disso, será deportado, pelas mãos do SEF, novamente para a Noruega. No fim, no local das nas assinaturas, reparamos que Viktor não assinou. Mais abaixo está a nota de que o requerente de asilo se recusou a assinar o respetivo documento. A mesma situação se passa com António, embora não tenha o mesmo documento. Ambos estão, cada um expressando à sua maneira, a revolta com o SEF, afirmando mesmo que “o SEF está a tentar matar-nos!”.

Desde o início da consulta torna-se claro a dificuldade em comunicarmos uns com os outros: António mistura o português com o inglês, sendo de difícil compreensão; Viktor, sendo mais calmo a expressar-se, vai relatando (diria, vai traduzindo) a situação de alarme e ansiedade que vão sofrendo desde a chegada a Portugal, especialmente com o SEF. Foram elaboradas várias questões de forma a compreendermos realmente a situação deles, pois o discurso era vago e, por vezes, confuso.

António e Viktor fugiram do Iraque, devido ao Daesh. Afirmam que se lá ficassem, seriam mortos nas mãos deles.

O seu grande desejo é ficarem instalados em Portugal, Lisboa: já estão cá há um relativo tempo, já têm amigos. A única coisa que pretendem é arranjar trabalho e viverem plenamente cá.

Perderam o subsídio e, pareceu que já não se encontravam no CPR da Bobadela. António afirma que os últimos quatro dias dormiu num parque porque não tinha sítio para onde ir: *“ninguém me dá casa nem sítio para dormir! Durmo num parque há quatro dias!!”*. Possivelmente aqui se enquadra a analogia dos refugiados, requerentes de asilo e sem-abrigo caracterizarem aquele dia da semana no serviço: serão alguns destes requerentes e refugiados, quando perdem as ajudas institucionais, tornados sem-abrigo por motivos de força maior?

Agora, a grande preocupação deles é saber se, não assinando o tal documento do SEF, serão realmente deportados para a Alemanha e para a Noruega. Nenhum deles, como já se

tornou claro, quer voltar. Afirmam que quando alguém é deportado (para algum destes países) é porque serão também, posteriormente, deportados para o país de onde fugiram. “*SEF is trying to kill us! If they deport us, they will deport us to Iraq and then they will kill us there! They don’t care about us! SEF is trying to kill us!*”

Ao longo da consulta, o ambiente vai se tornando mais intenso: António, a determinada altura, está a chorar e Viktor, parece-me (sendo esta uma avaliação meramente pessoalizada) que está com um ar derrotado. Não sabem o que fazer, não sabem a que ajuda hão de recorrer – é este o cenário pano de fundo que vão introduzindo no diálogo connosco. O doutor está perplexo, por sua vez questiona-me:

“*Você, que está mais dentro deste assunto, sabe se o SEF pode mesmo enviá-los de volta?*”.

Respondo, “*sinceramente, não sei.*”.

Quarto Trecho Etnográfico

Aquando da minha pesquisa no terreno etnográfico, fui pensando em determinadas questões que pudessem ser importantes. No entanto, não foi possível fazê-las no período que lá estive, devido (essencialmente) à azáfama quotidiana do serviço.

Por essa razão, questioneei o psiquiatra Dr. Bernardo se poderia enviar via e-mail, no final do meu trabalho etnográfico, de forma a ficarem clarificadas as minhas questões.

Exponho aqui integralmente as perguntas (expressas por “P:”) e as respostas (expressas por “R”).

P: Percebo pela literatura (em geral), que a psiquiatria transcultural e a psiquiatria “tradicional” (há falta de melhor termo) diferem significativamente, tanto no seu corpo epistemológico, como, principalmente, na prática clínica? Para o Dr. Bernardo (e para a sua equipa), existem diferenças? Se sim, qual o comprometimento da **psiquiatria transcultural** com a sua prática clínica? Estarei equivocada, ou não haverá diferenciações na forma de conduzir a clínica? Ou seja, todo e qualquer paciente, independentemente da sua origem, do seu contexto social, económico, enfim, é tomado há luz da psiquiatria da mesma forma?

R: Bom, tenho de ir por outro ângulo. Fazemos psiquiatria, ponto. Como só há uma, oficialmente, talvez lhe pudéssemos chamar “**psiquiatria clínica**” (“psiquiatria médica” seria muito restritivo). Assim dito, não há aquele número quase infinito de correntes psicológicas e psicoterapêuticas. À psiquiatria vamos acrescentando valências, saberes e práticas que a enriquecem, por exemplo, a psiquiatria transcultural que refere.

P: Havendo diferenças entre a forma de *olhar o* paciente de formas diferentes, isso posiciona o conceito de doença mental em que condição? Ou seja, a doença mental não é sempre a mesma, independentemente da psiquiatria transcultural e tradicional? Quando questiono o Dr. ° sobre isso, lembro do dos *Culture Bound-Syndromes* (DSM-IV), pois eram síndromes pertencentes apenas a determinadas culturas.

R: Sim, a doença mental será sempre a mesma, de acordo com o estado da arte e da ciência num dado momento. Por exemplo, o **atual domínio científico do paradigma biológico e das neurociências** é quase inatacável. Claro que as **síndromes “culturais”** sempre existiram em todos os tratados de psiquiatria, estudei o “**AMOK**” da Malásia (Stefan Zweig, lembra-se?, já fizemos várias apresentações desta obra), por exemplo, as alucinações e delírios persecutórios de alguns povos, etc. A obra de Oliver Sacks “**Alucinações**” (que também já apresentámos na Equipa). A cultura, tal como as **drogas**, modela a nossa maneira de ver, mas não a modifica substancialmente. Penso que o que muda mais num profissional de saúde mental (psiquiatra ou psicólogo) é a sua formação psicoterapêutica, ou não. No meu caso pessoal, depois de uma grupanálise de 11 anos, sessões de 1h 30m, 3 vezes por semana, acrescido de 5 anos de curso de formação, não poderia ficar o mesmo, pois não?

P: Neste sentido, a cultura é parte modelar daquilo que consideramos como doença mental? Se sim, em que sentido, e até onde é que é modelar? Se não, porquê?

R: Não sei se entendo bem o conceito de “modelar” (peço desculpa, mas tenho alguma dificuldade em acompanhar os seus conceitos, ignorância minha e/ou formações de base diferentes) e sendo um pouco “brutal” a **doença mental é biológica** e tudo o resto é acessório...

P: Na sua opinião, a psiquiatria (em termos gerais), compreende os fenómenos culturais incorporados na doença mental? (Esta questão só faz sentido, se considerar que, efetivamente, a cultura é parte modelar da doença mental).

R: Acho que já respondi. Não gosto de reducionismos (nem do biológico!), a não ser do ponto de vista intelectual, mas dou-lhe um exemplo da minha vida pessoal. Uma vez vi em Madrid uma exposição mundial de pintores com esquizofrenia. Para mim, todos os quadros tinham a marca da esquizofrenia, mas os dos **índios com esquizofrenia da América do Sul**, eram tão “culturais”, tão diferentes!... A ciência diz, em relação à esquizofrenia, que existe em todo o mundo (sempre com uma prevalência de perto de 1%), isto é, parece que a cultura não a cria substancialmente, apenas a molda.

Dito isto, e não querendo parecer que desvalorizo a cultura, antes pelo contrário, na equipa temos tido muito sucesso com a **biblioterapia**, isto é, tratamos doentes, com todas as patologias, com livros que os próprios doentes escolhem!

P: Entrando na dimensão das pessoas com estatuto de refugiado. Fiquei só com uma questão, que durante as minhas idas ao CHPL não consegui compreender. Os **refugiados e requerentes de asilo** dirigem-se ao CHPL por **vontade própria**, por terem **consciência de que necessitam de ajuda**, ou é por **indicação de alguma instituição** (e.g. CPR, SEF, etc.)

R: É por todas as razões que refere, não consigo contabilizar as diversas razões porque chegam até nós. A questão é muito pertinente e é-nos colocada frequentemente. Repare, temos **metodologias “abertas”**, por exemplo, uma das coisas mais inovadoras, mesmo a nível internacional, é termos, além do **GRUPO PSICOTERAPÊUTICO ABERTO**, uma **CONSULTA ABERTA AO MUNDO**, onde convidamos mais de 7000 milhões de pessoas a virem, se quiserem, às nossas consultas de 5ª feira. Nem sequer é prioritário sabermos como chegam até nós. O mundo inteiro é bem-vindo! E todos os estudantes, estagiários, etc., também!

CAPÍTULO V - ANÁLISE ANTROPOLÓGICA

Dada a predileção na forma de escrita etnográfica – na qual realço em modo de “*thick description*” – é necessário seguir para aquelas que são as minhas considerações do terreno, redigindo uma análise antropológica dos elementos estruturais que caracterizavam o serviço.

Em primeiro lugar, faço menção de um detalhe pessoal, transversal em toda a pesquisa etnográfica. Desde o primeiro dia que lá fui, e dado o ocorrido no final do dia, prometi a mim mesma não me sujeitar às pressões de horário do serviço. Naquele dia tinha saído com um grande mal-estar físico do serviço, devido ao simples facto da incomensurável agitação que lá se passava e associado ao fato de horas a fio, não haver uma pausa. Por um lado, fiquei entusiasmada por ir lá mais vezes, pela riqueza que o espaço me fazia chegar, mas por outro, não pretendia passar por aquele estado de exaustão, novamente. Por isto, coloquei-me em perspectiva: teria eu que sujeitar-me àquela pressão do terreno, faria isso parte da pesquisa etnográfica? Pensei que sim. Pensei, enquanto estudante de antropologia, que essa seria uma forma clara de compreender (e no fundo, sentir exatamente *aquela exaustão do terreno, pois faz dele parte*) o terreno etnográfico, mas, por outro lado, criara uma certa resistência, simplesmente porque resistimos a qualquer forma de mal-estar que futuramente possamos sentir. A única condicionante que não queria era deixar permitir que essa pequena resistência afetasse a análise antropológica e, assim, fiz por isso.

Levantam-se inúmeras questões do terreno etnográfico. As primeiras, mais evidentes, são estas: porque é que aquele dia era especialmente direcionado para os sem-abrigo e para os refugiados? Qual é a associação entre estes dois grupos populacionais? Haveria uma associação epistemológica, que remetesse para uma prática clínica onde faz sentido os dois grupos encontrarem-se uma vez por semana, ou seria algo da componente e condição institucional? No fundo, o serviço apelidado de psiquiatria geral e transcultural seria só uma clínica, no sentido em que geral e transcultural remetiam para o mesmo? Como vimos anteriormente, com o caso de António que dormia há quatro dias no parque, compreendemos que sem o apoio social adequado, o requerente de asilo poderá ficar na condição de sem-abrigo. Por outras palavras, ambas as situações – de sem-abrigo e requerente – não são de todo semelhantes, exatamente pelo contexto sociopolítico inscrito do percurso de requerente ser totalmente diferente (ou seja, o comprometimento dos direitos humanos) daquele que é o do sem-abrigo.

Por esta lógica, embora a clínica seja para ambos os grupos, não há qualquer vinculação clara para que na prática assim aconteça, nem um pretexto clínico que comprometa uma clínica direcionada para os sem-abrigo e requerentes de asilo/refugiados.

As consultas de refugiados foram poucas, e aquelas que aconteceram, foram temporalmente curtas. Não penso ter visto um encontro clínico como inicialmente, antes da entrada para o terreno, expectei observar. Não obstante, esta ausência de encontro verdadeiramente clínico é um dado extremamente importante. Seriam aquelas consultas, então, o verdadeiro encontro clínico?

Sobre as abordagens teóricas, como referenciadas no *quarto trecho etnográfico*, revelam que as consultas, independentemente de quem fosse o paciente, seriam conduzidas nos mesmos moldes. A afirmação “*Fazemos psiquiatria, ponto*”, é uma configuração da ideia que psiquiatria geral e transcultural se prende com os mesmos pressupostos clínicos. Efetivamente, era assim que acontecia naquele serviço, naqueles dias: os pressupostos clínicos inspiravam a mesma prática clínica. Neste sentido, pensei que, aquelas consultas eram o verdadeiro encontro clínico daquele serviço. Por essa razão, podemos hipotetizar, em tom de conclusão, que psiquiatria geral e transcultural remetiam para o mesmo *savoir-faire*?

A escolha destes trechos etnográficos, nos quais salientam efetivamente as consultas de refugiados que presenciei, apresentam uma característica que me parece comum: qual era a resposta clínica que era dada àquelas pessoas? No primeiro caso, do Abel, não vemos consulta a acontecer, no segundo caso, da jovem e da mãe, não vemos uma compreensão da história clínica e, por fim, no terceiro caso, com António e Viktor, não captamos uma resposta psicológica (porque teria que ser essa a resposta) a ser dada. No fim de contas, é possível que se possa questionar qual seria a “intenção” daquelas consultas, mesmo que a clínica possa não ter uma intenção concreta, determinada? Mesmo nos encontros clínicos com David, nas duas vezes que ele apareceu na consulta de quinta-feira, o fio condutor era o mesmo: qual a história do David, o seu ódio pela sua terra natal (embora não fosse ele que verbalizava este facto), qual a receita a aviar e por fim, a moeda. Mas também se pode questionar se o tempo passado no terreno etnográfico teria sido suficiente para compreender verdadeiramente estas dinâmicas. Talvez não tenha sido o desejado, mas é suficiente para tecer algumas conclusões sobre a consulta.

O que captamos através do enquadramento teórico desta dissertação, e também de tantos outros escritos de outros investigadores, é que esta consulta está aquém daquilo que é expectável, tanto no referente ao quadro epistémico, como referente ao fazer clínico.

Como primeiro ponto de discussão, podemos pensar na mediação cultural que recorrentemente vemos acontecer noutros serviços³⁴. O papel da mediação não pode ser primeiramente confundido com o papel da tradução: ambos podem ser facilmente misturados, mas ambos representam universos diferentes, embora, em unísono, uma excelente ferramenta. Quando falamos do papel do tradutor, estamos a falar de uma causalidade direta da tradução, ou seja, a transformação de uma língua para a outra. Por outro lado, o papel da mediação é não só mediar essa tradução direta da linguagem, como também, e especialmente, a tradução de características que podem ser consideradas socioculturais. A título de exemplo, encontramos uma passagem do livro *Nous Ne Pas Seuls au Monde*, de Tobie Nathan, (2001), um exemplo fidedigno da importância desta mediação cultural: “um paciente inglês, de língua materna mandinga, conta-me no decurso de uma sessão que ele era o décimo de uma família de treze crianças. Os primeiros nove estavam mortos. Diz-me ele: o próximo serei eu porque eu sei que o meu pai “deu” todas as crianças para obter poder. Vendeu todas as crianças e eu, eu não quero morrer assim.... não quero morrer estupidamente... - *Porque é que o teu pai deu todas as suas crianças?* – Para obter tudo aquilo que ele queria, retoma o paciente. Volto me agora para o mediador e pergunto-lhe: - *porque é que o pai age dessa maneira?* E o tradutor responde-me: - *é frequente naquela região*”.

A importância da mediação cultural não é só o facto de o paciente poder expressar-se na sua língua materna, o que produz uma fluidez direta naquilo que o paciente quer tentar transmitir, sem bloqueios nem entraves linguísticos. Para além desta componente, a mediação cultural oferece uma leitura mais clara daquilo que o paciente *está realmente a dizer*. No exemplo do Tobie Nathan, se considerarmos que não haveria mediação no exemplo, o que pensaria o terapeuta? Saberá ele que *é frequente naquela região*? Compreenderia ele que se tratava de um simples elemento cultural que, não obstante, ele desconheceria os seus contornos? Ou entenderia como um elemento estranho o suficiente para ser considerado fora dos eixos normativos? A resposta não é complexa: depende do terapeuta, mas, depende, até certa medida. Dependeria da sensibilidade cultural do terapeuta, ou das competências culturalmente sensíveis,

³⁴ O JRS, por exemplo, oferece uma clínica através da mediação cultural.

ou ambas. Em todo o caso, as formulações diagnósticas seriam possivelmente diferentes, o que por isso mesmo, refletem a importância da mediação cultural.

No caso da consulta com Viktor e António, tornou-se claro, pela ausência, a necessidade de mediação cultural. Viktor falava num inglês compreensível, mas com António víamos uma barreira que impossibilitava a compreensão da mensagem que ele queria transmitir. António misturava o inglês com algumas palavras de português; pelo meio não se entendiam frases inteiras, tanto pela sua agitação emocional, mas também porque não sabia falar muito bem nenhuma das línguas. Em determinadas passagens, era Viktor, mais calmo, que fazia uma espécie de tradução. Grande parte da consulta foi tentar compreender o que se estava a dizer relativamente à história que traziam naquele consultório. No fim, ficaram muitos elementos factuais da história confusos, e não porque poderia ser uma história complexa e, portanto, requereria muito mais tempo de consulta, mas simplesmente porque não era linguisticamente possível compreender a história deles.

Também no caso apresentado, no segundo trecho etnográfico, referente à jovem que vem à consulta com a mãe, entendemos a falta de caracteres socioculturais, que originariam naquela história uma riqueza maior, e que por isso mereceriam serem aprofundados. Que situação era aquela? Seria, como também no exemplo de Tobie Nathan, *frequente naquela região*? Ou não seria de todo frequente? Mais, que produção diagnóstica resultará daquele encontro?

No caso do Viktor e de António, entendemos que, numa primeira instância, a mediação cultural linguística seria de extrema importância. No segundo caso, compreendemos que uma mediação cultural teria enormes vantagens.

Em nenhum dos momentos do terreno fora mencionado a mediação cultural/linguística. Por outras palavras, não parecia fazer parte do léxico clínico e/ou institucional daquela casa, mas é irrefutável a necessidade dela para o exercício de uma boa prática clínica. Mas esta questão não se prende somente com a necessidade que os próprios técnicos podem sentir (embora não tendo sido esta necessidade observada nos técnicos); na maior parte das vezes, a implementação de mediadores culturais advém dos organismos e entidades de saúde. Parafraseando Santinho (2012: 22) “a formação em técnicos de mediação cultural na saúde está ainda a dar os primeiros passos, comparativamente a países como Itália ou França onde já está largamente implementada.”. Dentro da exigência de contornos das políticas de saúde, que

fomentem a construção de ferramentas necessárias e posteriormente implementadas dentro dos circuitos clínicos é imprescindível, e sem elas não é possível o exercício pleno da prática.

A discussão pode ir mais longe se incorporarmos a questão dos direitos que são assegurados aos refugiados: se legalmente existem apoios no acesso aos cuidados de saúde (SNS), não terá de fazer parte desse direito a incorporação de uma verdadeira clínica, donde possam os requerentes de asilo e refugiados beneficiar deles, de forma plácida e verdadeira? Não terá que fazer parte do *direito à saúde*, pelas circunstâncias específicas que esta população traz, quer em termos linguísticos, quer em termos dos elementos socioculturais, histórico políticos que revestem as suas histórias, as condições mínimas para o exercício clínico, que passam pela implementação e sensibilização destas questões?

Estas são formulações mínimas que legitimam a criação de novas ferramentas laborais, requerendo, portanto, alterações mesmo na forma de perspetivar o direito à saúde. Para além disto, não estando diretamente ligado, a incorporação de formações que enriqueçam o bom exercício clínico é necessária, e será por esta via, através da incorporação destas componentes clínicas, que será possível observar em terreno estas modificações. Como menciona Santinho (2012: 22), “estamos longe de afirmar que não existem médicos, ou outros profissionais de saúde, com capacidade para prestar um serviço de saúde adequado. Contudo, pela experiência de investigação nos últimos cinco anos, esta atitude manifestou-se particularmente através da sensibilidade dos poucos profissionais que procuravam entender e respeitar o sofrimento dos refugiados por aquilo que eles representam como seres humanos inseridos num processo histórico, político e social que lhes afeta tanto o passado, como o presente e o futuro.”.

Através da implementação de políticas de saúde dirigidas aos refugiados, bem como a criação e sensibilização de competências culturalmente sensíveis e a incorporação de mediação linguística/cultural no encontro clínico, é possível que a psiquiatria transcultural enriqueça na e para a sua prática.

Para além destas componentes, importa mencionar que a implementação de um enfoque teórico direcionado para a linha da etnopsiquiatria viria a enriquecer todo o encontro clínico que aqui se retrata. Como anteriormente fora mencionado, relativamente às diferenças entre a psiquiatria transcultural e etnopsiquiatria, no subcapítulo *Cultura do Trauma? Ou o Trauma da Cultura?*, compreendemos que os saberes teóricos e as condutas da clínica teriam uma vantagem compreensiva se apoiados no pensamento da etnopsiquiatria.

Esta propõe “uma nova visão do paciente, uma vez que este deve ser sempre consultado em presença da sua própria família e referências culturais. Um dos aspetos mais particulares desta prática, é a valorização e integração das terapias tradicionais incorporadas pelos próprios imigrantes, através de determinados sistemas de significação cosmogónica, apelando à sua interpretação da doença, do corpo, e do sofrimento (...). A meu ver, este é de facto um contributo de enorme importância para o atendimento físico e mental dos refugiados, e que abriu portas à participação de antropólogos nas equipas de saúde que atendem imigrantes e refugiados, pelo contributo que podem dar como mediadores culturais, na interpretação de sofrimentos.” (Santinho, 2011: 108).

Por outras palavras, a mudança de uma abordagem teórica – de psiquiatria transcultural para etnopsiquiatria – conduz a uma mudança no campo de atuação médico, incorporando novos caracteres clínicos fundamentais tanto para a compreensão das narrativas trazidas pelos refugiados e requerentes de asilo, como para a fundamentação clínica dos adequada casos. Por esta via, ressalta-se também a importância dos diagnósticos. Em última instância, e em qualquer cenário desta disciplina, deparamo-nos com a formulação diagnóstica do sujeito, nem que seja pela ausência de diagnóstico, no qual estamos também, em última instância, a categorizar.

A questão do diagnóstico nesta análise é importante, no sentido em que este, contendo uma dimensão subjetiva da avaliação que se faz a um paciente, pode reinventar-se, ou até mesmo modificar-se drasticamente, consoante as competências clínicas pré-existentes. Como parafraseia Coutinho (2016: 14), “no diagnóstico está implícito um processo de objectivação, de fazer surgir, a partir da subjectividade, do sofrimento do doente a objectividade da doença. (Camargo 1990)”. Deste modo, não iremos encontrar formulações e conclusões diagnósticas amplamente diferentes em ambos os modos de fazer clínica (transcultural e etno)? Não serão estas questões importantes de pensar no campo de atuação psiquiátrica?

Em qualquer formulação do diagnóstico, existem pré-requisitos imprescindíveis, começando pela *escuta ativa*, pelo discernimento e sensibilidade clínica que se vai aprimorando ao longo dos anos, pelos conhecimentos teóricos em mente. Estas questões são essenciais em qualquer encontro clínico, e tornam-se exponencialmente mais importantes aquando de uma clínica transcultural ou clínica etnopsiquiátrica. Por outras palavras, num *setting* terapêutico, onde a condição transcultural existe, também tem de existir uma abertura à diversidade, uma abertura à alteridade, uma sensibilidade ao diferente. Não pretendo afirmar que estas diferentes aberturas tenham que haver, simplesmente porque existe uma condição de transculturalidade, pois aqui estaria a reduzir a questão ao simples facto de “ser diferente”. Procuro, sim, afirmar

que na clínica etnopsiquiátrica estas condições são pré-existent, e consoante o paciente, consoante a sua história ou consoante a situação relatada, estas condições podem emergir com uma força colossal ou subsistir de forma muito ténue. O papel da antropologia³⁵ tem sido considerável para a consolidação destes conhecimentos para uma prática clínica, sendo por isso, um dos grandes motivos para a contínua persistência da multidisciplinaridade no campo da saúde (mental).

Também os pressupostos, gerais, que a antropologia tem prestado luzes refletem a importância desta *transculturalidade* na clínica, embora não encontremos esse pensamento satisfatoriamente disseminado no e pelo *savoir-faire* psiquiátrico. “O impacto da cultura nas condições clínicas é ainda fracamente compreendido, e o nosso conhecimento permanece fragmentado” (Engelsmann, 2000: 429). Quando o Dr. Bernardo menciona que “*sim, a doença mental será sempre a mesma, de acordo com o estado da arte e da ciência num dado momento. Por exemplo, o atual domínio científico do paradigma biológico e das neurociências é quase inatacável.*”, não estaremos a falar de condições psicológicas diferentes? Não poderemos pressupor a existência de doenças mentais do foro biológico, que afetam a vivência psicológica e condições psicológicas que se revestem de pouca causalidade biológica? Por outras palavras, não poderemos considerar, como considera a antropologia através dos seus estudos, que os contextos socioculturais, por um lado, podem condicionar parcialmente não só as vivências emocionais, como também afinar as expressões tanto individuais, particulares de cada um, como também os símbolos socioculturais? Dito de outra forma e recorrendo a um exemplo, se no caso dos requerentes de asilo e refugiados que na consulta solicitam apoio psicológico e, tal como evidenciado, o diagnóstico mais comum é insónia, então em que pressuposto nos baseamos? Na condição puramente biológica, ou nas vicissitudes que podem, muitas vezes, ser alvos?

São estas questões que evidenciam o estado de situação que a clínica atualmente se encontra³⁶, no qual é altamente complexo fornecer respostas unificadas e estruturalmente competentes. Para além disto, observa-se nestes casos do SGPT, que a multidisciplinaridade não reveste o campo de atuação clínica, e por isso mesmo, oferece uma resposta psicológica/psiquiátrica debilitada. Como refere Santinho (2012: 22), “ao alargar o campo da saúde a outros atores, através da constituição de equipas transdisciplinares que contribuem com outros saberes e outras metodologias, tomando em conta os próprios determinantes sociais e

³⁵ Da antropologia preocupada com as nomenclaturas da saúde, para ser mais exata.

³⁶ Pelo menos, naquele serviço.

culturais que contribuem para o sofrimento e o bem-estar de cada pessoa, estaremos também a fazer da saúde um campo aberto à cidadania e, por conseguinte, mais respeitador dos direitos humanos”.

Em suma, e como fora mencionado, são muitas variantes em jogo que condicionam este estudo de exploração. Por um lado, é possível pensar que as observações feitas são resultado débil da ausência de constituintes políticos que fortalecem e providenciam as ferramentas necessárias para o bom acompanhamento clínico. Aqui falamos tanto da falta de recursos humanos, como é o exemplo dos mediadores culturais e da falta de elementos educativos e pós-formativos para os profissionais nestes serviços. Por outro lado, falamos de uma “cultura” institucional, aquela observada no terreno etnográfico, que compromete o exercício clínico com esta população, justificando-se pela falta de acompanhamento clínico, pela falta de informações técnicas (como foi no caso de Viktor e António). Todas estas componentes dirigem-se e afunilam-se para o encontro clínico do psiquiatra-paciente, e são a estes últimos que vemos um fraco acesso aos cuidados de saúde mental realmente dignos e adequados.

Por fim, se a “psiquiatria transcultural examina os determinantes, desenvolvimentos e tratamentos sociais, ambientais e culturais da psicopatologia” (Engelsmann, 2000: 429), embora considerando que a “cultura é um conceito mutante e abstrato e não é fácil de ter aceso ou medir.”, ela irá sempre necessitar de incorporar verdadeiros complementos, não através da aplicação de conceitos de outras disciplinas, como o caso da antropologia, mas sim aliando a antropologia à psiquiatria, num sentido Devereuxiano: “a etnopsiquiatria deve considerar conjuntamente os conceitos chave e os problemas de base da etnologia e da psiquiatria. Ela não pode contentar-se em pedir emprestado as técnicas de exploração e explicação de uma e da outra das ciências. Existe, com efeito, uma diferença metodológica fundamental entre o empréstimo puro e simples das técnicas e a fecundação recíproca dos conceitos.” (Devereux, 1977).

CAPÍTULO VI – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entramos, por fim, na conclusão desta dissertação, contando fazer um levantamento sucinto da *pequena realidade* que aqui procurou trazer-se.

Em primeiro lugar, denota-se uma importância fundamental das ciências sociais no campo da agência médica, através da produção de novos recursos intelectuais que procuraram oferecer novos olhares para as grandes questões da saúde e da doença. É muito importante considerar esta multidisciplinaridade na atuação médica, para que se conte sempre fazer uma abordagem renovada, mais rica e mais completa.

Especificamente no caso da psiquiatria, a antropologia da saúde tem prestado luzes essenciais para a forma de enquadrar a relevância do contexto sociocultural, a plasticidade do binómio normal-patológico e também, a reflexão dos estados hegemónicos que a psiquiatria e a biomedicina podem produzir no quadro social. São estes movimentos importantes que merecem a nossa atenção, enquanto investigadores, para a criação e produção de novos saberes atualizados.

Em segundo lugar, e relativamente à psiquiatria transcultural, entendemos que, apesar da sua nomenclatura epistemológica (idealmente) assentar em princípios multidisciplinares, ela por vezes perde-se na excentricidade da biofisiologia, não adotando um dogma verdadeiramente ancorado à transculturalidade. Encontramos esta afirmação naquele que foi o terreno etnográfico escolhido, donde foi evidente a escassez de ferramentas culturalmente sensíveis. Neste terreno entendeu-se que a psiquiatria transcultural era, meramente, psiquiatria.

Apesar de não ser possível retirar grandes conclusões gerais, relativamente a *todo-o-cenário* do tratamento da saúde mental dos refugiados em Portugal, podemos, isso sim, considerar o SPGT como um dos lugares mais privilegiados para exercer esta prática clínica e, portanto, um terreno antropológico muito rico em informação. Este serviço é considerado, para e entre os refugiados, a grande referência de “ajuda mental”. Mas, como compreendemos, está muito aquém de uma boa prática clínica.

É importante, também, mencionar que são múltiplos e muito complexos os fatores que aqui jogam para esta escassez de competências culturalmente sensíveis, e não podemos, de todo o modo, determinar quais os fatores com maior ou menos peso, com maior ou menos incidência. Estes fatores são: 1) relativos às organizações institucionais que elaboram e produzem as

políticas de saúde pública relativamente aos refugiados; 2) formação educativa médica com pouco conteúdo relativo às ciências sociais (e aqui, refiro-me não só ao tronco comum da formação médica como também na especialização da psiquiatria e pós-formações); 3) cultura institucional do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa e, 4) perfis particulares (ou seja, psicológicos) dos profissionais de saúde.

Todos estes fatores entrelaçam-se entre si e têm uma importância tremenda naquele que será o resultado prático da consulta com refugiados. São, por isso, fatores que merecem cada vez mais a nossa atenção e cada vez mais uma maior sensibilização para que se possa articular mudança quer nos aspetos sociopolíticos, quer na forma da atuação médica.

Assim, este trabalho teve, como contributo, salientar esta realidade da clínica aos requerentes de asilo e refugiados, tão importantes no mundo atual, que cada vez mais vê acontecer estes novos itinerários migratórios e, por isso, necessita de respostas cada vez mais atuais, cada vez mais aprimoradas.

BIBLIOGRAFIA

- ACM (2017), *Relatório de Avaliação da Política Portuguesa de Acolhimento de Pessoas Refugiadas*, Lisboa, ACM (disponível em https://www.acm.gov.pt/documents/10181/27754/Relatorio_Acolhimento+Pessoas+Refugiadas_Dez.2017.pdf/d21546b3-7588-483d-92a3-fa8185d61b5b)
- ACNUR, 2007 [1951], *Convenção Relativa ao Estatuto dos Refugiados*, Genebra, UNHCR (disponível em <http://www.unhcr.org/3b66c2aa10.html>).
- Achotegui, Joseba (2005), “Estrés limite y salud mental: El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de ulisses)”, *Revista Norde de Salud Mental de la Sociedad Española de Neuropsiquiatria*, V, (21), pp. 39-53.
- Ahuja, Niraj (2011), *A short textbook of Psychiatry*, India, Jaypee Brothers Medical Publishers.
- Alves dos Santos, Maria (2012), *Experiências de Integração: Percursos de Integração de Refugiados na Área Metropolitana de Lisboa*, Dissertação de Mestrado em Desenvolvimento, Diversidades Locais e Desafios Mundiais, Lisboa, ISCTE-IUL.
- American Psychiatric Association (1994), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*, Washington, D.C, APA.
- American Psychiatric Association (2013), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*, Washington, D.C, APA.
- Arendt, Hannah (1951), *Elemente und Ursprünge totaler Herrschaft*. Berlim, Schocken Books
- Barros, Mariana e José Francisco Bairrão (2010), “Etnopsicanálise: Embasamento crítico sobre teoria e prática terapêutica”, *Rev. SPAGESP*, 11, (1), pp. 45-54.
- Bastos, Cristiana e Teresa Levy (1987), “Aspirinas, palavras e cruces: Práticas médicas vistas pela antropologia”, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 23, pp. 221-231.
- Caicedo, Alhedo (2003), “Aproximaciones a una antropologia reflexive”, *Tabua Rasa*, 1, pp. 165-181.
- Coelho, Joana (2016), *“Mulheres Refugiadas em Portugal”*, Dissertação de Mestrado em Antropologia, Lisboa, ISCTE-IUL.

- Correia, Tiago (2015), “Introdução. Diálogos com a sociologia da saúde e da doença”, em Tiago Correia e Graça Carapinheiro (orgs.), *Novos Temas da Saúde, Novas Questões Sociais*, Lisboa, Editora Mundos Sociais.
- Coutinho, Rodolfo (2009), *O diagnóstico em perspectiva. Reflexões sobre a prática da psiquiatria*, Dissertação de Mestrado em Antropologia, Lisboa, ISCTE-IUL.
- Davies, Charlotte (1999), *Reflexive Anthropology*, Londres, Routledge.
- Devereux, Georges (1977), *Essai d’ethnopsychiatrie générale*, Paris, Gallimard.
- Dias Cordeiro, J (2009), “A formação histórica dos erros e preconceitos em higiene mental”, em J. Dias Cordeiro (org.), *Manual de Psiquiatria Clínica*, Lisboa, Gulbenkian.
- Eltaiba, Nada (2014), “Counseling with Muslim Refugees: Building Rapport”, *Journal of Social Work Practice (Psychotherapeutic Approaches in Health, Welfare and the Community)*, 28, (4), pp. 397-403.
- Engelsmann, Frank (2000), “Transcultural psychiatry: Goals and challenges”, *The Canadian Journal of psychiatry*, 45, (5), pp.429- 439
- Farrington, Andy (1993), “Transcultural Psychiatry, Ethnic Minorities And Marginalization”, *British Journal Of Nursing*, 2, (16), pp. 805-809.
- Ferreira, Júlio (2008), “*Da imigração à patologia: Biomedicina, transculturalidade e controlo*”, Dissertação de Mestrado em Antropologia, Lisboa, ISCTE-IUL.
- Gaines, Atwood (1992), *Ethnopsychiatry: The Cultural Construction Of Professional And Folk Psychiatries*, EUA, State University of New York Press.
- Gomes de Sousa, Lúcio (1999), *Percursos de inserção de refugiados em Portugal: sós ou acompanhados? – Um estudo sobre as dificuldades de inserção de refugiados em Portugal*, Tese de Mestrado em Relações Internacionais, Lisboa, Universidade Aberta. Mestrado em Relações Interculturais.
- Gonçalves, Amadeu (s.d.), “A doença mental e a cura: Um olhar antropológico”, *Escola Superior de Viseu*, pp. 159-170.
- Helman, Cecil (1994), *Cultura, Saúde e Doença*, Porto Alegre, Artes Médicas.

Honório, Ricardo (s.d), “Concepções de cultura”; s.I, s,n.

Laplantine, François, (1986), *Anthropologie de la Maladie: Étude ethnologique des systèmes de Représentations Étiologiques et Thérapeutiques dans la Société Occidentale Contemporaine*, Paris, Payot.

Malkki, Liisa (1996), “Speechless emissaires: Refugees, humanitarianism, and dehistoricization”, *Cultural Anthropology*, 11, (3), pp. 377-404.

Martins-Borges, Lucienne (2013), “Migração voluntária como factor de risco à saúde mental”, *Rev. Inter. Mob. Hum.*, 40, pp. 151-162.

Martins, Clovis (1969), “Psiquiatria transcultural: alguns conceitos”, *Arq. Neuro-Psiquiat. (São Paulo)*, 27, (2), pp. 141-144.

Martins, Humberto e Paulo Mendes (2016), *Trabalho de campo: Envolvimento e Experiências em Antropologia*, Lisboa, ICS.

Mcculloch, Jock (1995), *Colonial Psychiatry and ‘The African Mind*, Cambridge, University Press.

McLaren, Niall (2016), “Psychiatry as Bullshit”, *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, 18, (1), pp. 48-57.

Menezes, Thais e Rossana Reis (2013), “Direitos humanos e refúgio: uma análise sobre o momento pós-determinação do status de refugiado”, *Revista Brasileira Política Interna*, 56, (1), pp. 144-162.

Nathan, Tobie (2001), *Nous ne pas seuls au monde: Les enjeux de l’ethnopsychiatrie*, Paris, Points.

Oliveira, M. (2016), *Políticas de acolhimento de refugiados recolocados em Portugal*, Dissertação de Mestrado em Sociologia, Lisboa, ISCTE-IUL.

Pussetti, Chiara (2006), “A patologização da diversidade. Uma reflexão antropológica sobre a noção de culture-bound syndrome”, *Etnográfica*, 10, (1), pp. 5-40.

- Pussetti, Chiara (2009), “Introdução. Psiquiatria transcultural: Uma prática aquém da promessa”, em Chiara Pussetti (coord.), *Migrantes e Saúde Mental: A Construção da Competência Cultural*, Lisboa, ACIDI.
- Pussetti, Chiara e Luís Silva Pereira (2009), “Introdução”, em Chiara Pussetti e Luís Silva Pereira (orgs.), *Os Saberes da Cura: Antropologia da Doença e Práticas Terapêuticas*, Lisboa, ISPA.
- Quintais, Luís (2001), “Medicalização da experiência e intencionalidade: A aceitação de uma nosologia como motivo e justificação da história”, *Etnográfica*, 2, pp. 325-334.
- Raymond, Prince (2006), “Origins and early mission of transcultural psychiatry: Some personal recollections”, *Oficial Jornal Of World Association Of Cultural Psychiatry*, 1, (1), pp. 6-11.
- Ribeiro, Mário (2017), *Políticas de acolhimento de refugiados recolocados em Portugal*, Dissertação de Mestrado em Sociologia, Lisboa, ISCTE-IUL.
- Santinho, Cristina (2011), *Refugiados e Requerentes de Asilo em Portugal: Contornos Políticos no Campo da Saúde*, Tese de Doutoramento em Antropologia Urbana, Lisboa, ISCTE-IUL.
- Santinho, Cristina (2012), “A importância da competência cultural no atendimento de saúde a refugiados e requerentes de asilo, saúde e multiculturalidade”, *Fórum Sociológico*, 22, pp.1-12.
- Sonethavilay, Hisako, Ikuku Miyabayashi, Akina Komori, Miki Onimaru e Masakazu Washio (2011), “Mental health needs and cultural barriers that lead to misdiagnosis of Southeast Asian refugees: A review”, *International Medical Journal*, 18, (3), pp. 169-171.
- Spohr, Bianca e Daniela Schneider (2009), “Bases epistemológicas da antipsiquiatria: A influência do existencialismo de Satre”, *Revista da Abordagem Gestáltica*, XV, (2), pp. 115-125.
- Tavares, Hermano (2008), “Transtornos do controlo do impulso: Da monomania instintiva de Esquirol”, *Rev. Bras. Psiquiatr.*, 30, (1), pp-51-52.
- Toren, Christina (1999), *Mind, Materiality and History: Explorations in Fijian Ethnography*, UK, Routledge.

Vieira, Ana (1981), “Organização e saber psiquiátrico”, *Rev. Adm. Emp.*, 21, (4), pp.49-58.

ANEXOS

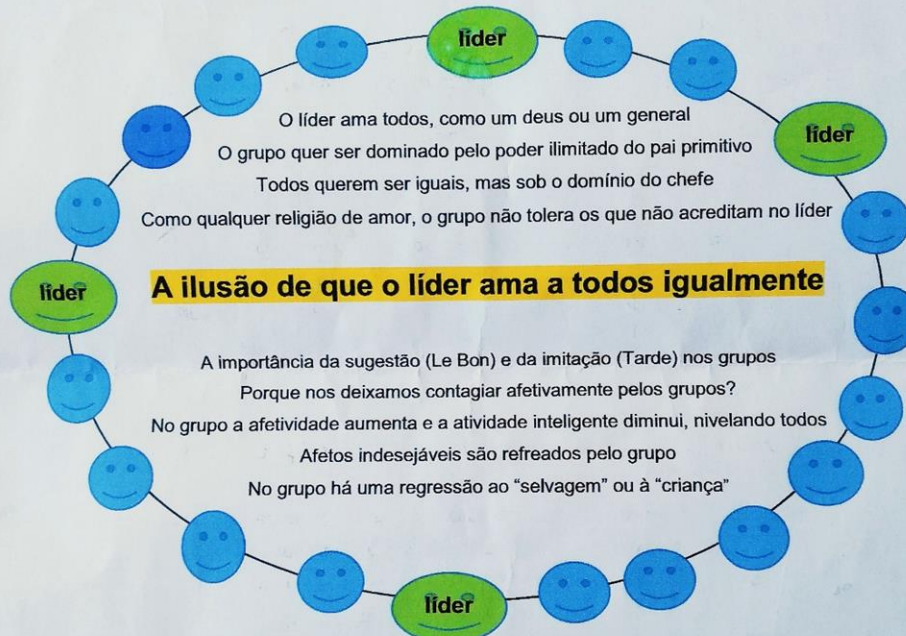
Anexo I – Panfleto Sessão de Grupo Psicoterapêutico Aberto

Panfleto dado a todos os técnicos após Sessão de Grupo Psicoterapêutico Aberto

“Psicologia de massas e análise do EU” (FREUD)

“Somos um bando de assassinos” (Freud).

O grupo é uma ressurreição da horda primitiva. Assim como o homem primitivo sobrevive em cada indivíduo, também a massa humana reconstitui a horda primitiva. Mais do que um “animal gregário”, o homem é um “animal de horda”, uma horda conduzida por um chefe.
Nenhum homem suporta uma aproximação demasiado íntima dos outros (Schopenhauer, parábola dos porcos-espinho)... o espanhol deprecia o português...



Toda a religião é uma religião de amor para os fiéis e, por outro lado, cruel e intolerante para aqueles que não a reconhecem. De igual modo, a substituição da religião pelo socialismo gerará a mesma intolerância para com os que ficarem de fora.

O grupo tem de se manter coeso por algum poder. E qual é esse poder senão Eros (Amor), que mantém a coesão de tudo o que existe. E o “amor aos outros” é quando a pessoa renuncia ao que lhe é pessoal e se deixa contagiar pelos outros, estando de acordo com eles e não em oposição.

Nas duas massas artificiais, a Igreja e o Exército, a condição prévia consiste em que todos os seus membros sejam igualmente amados por um chefe.

A psicologia individual é pelo menos tão antiga como a psicologia coletiva.