

**INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DO TRABALHO E DA EMPRESA
LISBON UNIVERSITY INSTITUTE**



DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGIA

**DA IMIGRAÇÃO À PATOLOGIA: BIOMEDICINA,
TRANSCULTURALIDADE E CONTROLO**

Tese submetida a Júri como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em
Antropologia.
Especialidade em Multiculturalismo e Identidades

Júlio Flávio Ferreira

Orientador:
Prof^o Robert Rowland
ISCTE

Abril de 2008

Aos meus pais,
e à Dr^a. Toupeira.

AGRADECIMENTOS:

A confiança que os professores do “Multi-Culti” passaram ao longo do curso foi decisiva para a continuidade e definição da área de estudo. Como representantes, agradeço aqui aos coordenadores do Mestrado em Antropologia, Prof. Miguel Vale de Almeida, que esteve sempre presente quando necessário, e à Prof^a. Clara Carvalho. Os mesmos agradecimentos são extensivos a todos os docentes.

Muitas pessoas participaram activamente neste trabalho, directa e indirectamente, em diferentes momentos e situações, às quais estou grato pela contribuição para a conclusão da pesquisa.

Fico aqui muito grato ao Prof. Robert Rowland, meu orientador, cuja paciência e sabedoria permitiu outras tonalidades a esta escrita; em conjunto, agradeço ao Prof. Paulo Raposo, que se demonstrou uma pessoa “todo ouvidos” aos problemas e procura de soluções para os contratemplos de pesquisa, oferecendo disponibilidade a “intermináveis” telefonemas diplomáticos. Fico igualmente grato ao CEAS pela hospedagem, principalmente com a conversão desta tese num projecto similar, apoiado pelo ACIDI.

As sugestões dos amigos “MAMI’s” vieram a calhar em horas justas, com partilhas de preciosas informações nos momentos bons, e palavras de força em outras ocasiões. Faço votos de amizade aos meus companheiros de casa, na *Komuna*, pelos seis meses últimos de escrita, em que me refugiei qual eremita, em busca do cumprimento do calendário proposto, assim como, por ter deixado o trabalho de campo “entrar em mim”, sem tempo para as “sociabilidades”.

Expresso a mais sincera gratidão aos meus pais, que compreenderam (sem questionar) que a minha vinda a Portugal era de grande importância, tanto para os meus objectivos académicos como pela vontade de conhecer minhas raízes e, assim, suportaram o Atlântico a separar-nos. Reconhecendo-se como “bons portugueses”, sabem bem como é *importante navegar*, permitindo-me essa liberdade sem cobranças, e com o maior apoio que poderiam.

Os conselhos e partilhas da Doutora Patrícia Carter foram essenciais, mostrando-me outras possibilidades de aplicação das discussões teóricas fora da academia. À Justine

Lemahieu, grande amiga que me suportou enquanto insuportável, que me trouxe calma pessoal nas vezes em que o meu divórcio com esta tese esteve iminente. Fica aqui a minha gratidão a Sandra Marques, que se revelou grande amiga, pessoa que me presenteou com idéias e amigáveis apontamentos que mudaram opções de escrita. Por fim (sem expressar o grau de importância desta ordem), fico grato à Chiara Pussetti, pela afinidade de perspectivas, com a qual aprendi muito para esta escrita, incluindo a adaptação de estudos anteriores (em áreas próximas) a um “novo” terreno, com discussões teóricas memoráveis, sem as quais esta empreitada teria sido muito prejudicada. Também expresso a minha gratidão à Velha-sane, que ao revelar a sua história, me deu novas expectativas para esta tese, alimentando-me a vontade de entrar mais fundo no campo.

RESUMO

Este trabalho tem como objectivo a reflexão sobre a implantação de um projecto de Psiquiatria Transcultural para imigrantes em Portugal. A forma como a nosologia biomédica (re)cria conceitos de “cultura”, “etnia”, “identidade”, etc., com a finalidade de apreender o indivíduo (no contexto migratório), traduz-se em categorizações tipológicas que podem servir a estratégias sociopolíticas com implicações no enfraquecimento de acções afirmativas de grupos e minorias.

Contraposições entre “nós” e “eles” recorrem a pressupostos de categorizações morais de assimilação dos imigrantes, convertidos depois em premissas psicobiológicas, que por sua vez, não são mais do que padrões de racionalidade e sociabilidade ocidentais a serem impostos a esta população como maneira de formalizar a sua adaptação ao local de acolhimento.

Esta investigação procura demonstrar o modo como a psicopatologia da imigração, veiculada através da psiquiatria organicista institucionalizada, pode servir como mecanismo de controlo das populações e regulação de comportamentos de grupos sociais através de categorias avaliativas, tendendo a promover a patologização do quotidiano e da diferença. Partindo de fundamentos teóricos e metodológicos das ciências sociais e da antropologia, em particular, este estudo procura documentar e analisar os usos destes mecanismos e representações que lhes subjazem, a partir do caso específico do primeiro projecto de relevo no âmbito da psiquiatria transcultural em Portugal.

Palavras-Chave: *psiquiatria, imigração, etnopsiquiatria, transculturalidade, Racismo, sensibilidade cultural.*

ABSTRACT

This study aims to present some reflections concerning a Transcultural Psychiatry unit for immigrants in Portugal. The ways in which biomedical nosology uses concepts such as “culture”, “ethnicity”, “identity”, etc. to apprehend the individual (in the context of migration) can reinforce socio-political inequalities and weaken affirmative actions of certain groups and minorities.

The social construction of the opposition between “us” and “them” makes use of moral categorizations about ideals of immigrant’s assimilation processes, which are later converted into psychobiological bias, reflecting the imposition of Western rationality and sociability patterns on this population and their adjustment to the host society.

This research work tries to demonstrate the ways in which the psychopathology of immigration, as it is thought by the institutionalized organic psychiatry, serves as a mechanism for social and political control, regulation of behaviours, social groups and categorical frames for normality, leading to the pathologisation of otherness in daily life. Framed by theoretical and methodological contributions from the social sciences, and anthropology, in particular, this study tries to document and analyse the uses of these mechanisms as well as the representations underlying, through the examination of a specific case - the first important project of transcultural psychiatry in Portugal.

Keywords: *Psychiatry, Immigration, Ethnopsychiatry, Transculturality, Racism, Cultural Sensibility.*

ÍNDICE

Introdução	01
1. Cultura e Saúde Mental: Introdução e Visões – Fundamentos, Conceitos e Problemas	15
1.1. “Temos Ciência”: A Hipótese que Produz a Realidade, a Realidade que é Mito	22
1.2. Como Nasce o Desvio.....	26
1.3. Um Dito Popular, Um Reflexo Empírico: A Regra dos “Três p’s”.....	32
2. Psiquiatria, Imigração e Racismo Institucional: Um Estudo de Caso	37
2.1. A Clínica da “Transcultural”	39
2.2. Resistência Institucional: Dificuldades “particulares” no Campo	49
2.3. Em Busca de Alternativas	56
3. Welcome to Europe	59
3.1. Uma Entrevista Marcante: de Uma Visão às Suas Ressonâncias	62
3.2. O Paciente e Sua Magia	66
4. Vidas Passadas	72
4.1. Com os Pés Pelas Mãos – O Caso de Apar	72
4.2. Kan	81
4.2.1. De Trás para Frente	81
4.2.2. De Frente para Trás	83
4.3. O Caso de “Velha-sane”	87
4.3.1. O Amanhecer	87
4.3.2. Meio-dia	88
4.3.3. Entardecer	91
4.3.4. Assim que a Noite Cai	95
5. A Prisão Sem Paredes: Conclusão	99
5.1. A Experiência, sua Apreensão, e a Clínica	103
5.2. A Outra Face	108
5.3. A Lei do Mercado: Quem Controla a Clínica?	110
Referências Bibliográficas	115
Anexo I. Estrutura dos Formatos Institucionais	125

Na Prisão:

Minha vista, seja ela forte ou fraca, enxerga apenas a uma certa distância, e neste espaço eu vivo e ajo, a linha deste horizonte é meu destino imediato, pequeno ou grande, a que não posso escapar. Assim, em torno a cada ser há um círculo concêntrico, que lhe é peculiar. De modo semelhante, o ouvido nos encerra num pequeno espaço, e assim também o tacto. É de acordo com esses horizontes, nos quais como em muros de prisão, nossos sentidos encerram cada um de nós, que *medimos* o mundo, que chamamos a isso perto e àquilo longe, a isso grande e àquilo, pequeno, a isso duro e àquilo, macio: e esse medir chama-se “perceber” – e tudo, tudo em si é erro! Conforme a quantidade de experiências e emoções que nos são possíveis em média, num momento determinado, cada qual mede a sua vida, breve ou longa, pobre ou rica, plena ou vazia; e segundo a vida média humana medimos a de todas as demais criaturas (...) Os hábitos de nossos sentidos nos envolveram na mentira e na fraude da sensação: estes são, de novo, os fundamentos de todos os nossos juízos e “conhecimentos” – não há escapatória, não há trilha ou atalhos para o mundo real! Estamos em nossa teia, nós, aranhas, e o que quer que nela apanhemos, não há nada senão justamente o que se deixa apanhar em *nossa teia* (Friedrich Nietzsche, *Aurora*, 2004, § 117: 90).

Introdução

One must ask, why should a discipline whose roots are so deeply planted in Western culture, whose major figures are almost entirely European and North American (and male), and whose data base is largely limited to the mainstream population in Western societies, why should so strongly Western-oriented a discipline regard cross-cultural research among the more than 80 percent of the world's people who inhabit non-Western societies as marginal? ...can psychiatry be a science if it is limited to middle-class whites in North America, the United Kingdom and Western Europe? (Kleinman in Gaines, 1992: ix).

Este estudo pretende analisar um grupo de psiquiatria no sistema público de saúde mental português destinado a imigrantes, observando a utilização (e a utilidade) de conceitos como etnicidade/identidade, cultura, doença, saúde, na apreensão dos utentes pela clínica e no discurso pelo qual estes são convertidos pela prática médica. O objectivo é identificar os seus usos, finalidades e consequências no tratamento desta população, considerando a incorporação de elementos diagnósticos por profissionais especializados em “sensibilidade cultural” e “transculturalidade”, com a finalidade de observar as dinâmicas na relação entre imigração e saúde mental, e a construção de “competência cultural” dos técnicos de saúde em projectos destinados a esta finalidade. Não se trata de discutir acerca da formação de identidade (ou qualquer outra destas referências), mas antes do uso político destes termos na apreensão dos utentes e nas possíveis contradições da prática terapêutica, evidenciando os factores identitários no modelo biomédico como estratégia de cura/apreensão dos utentes, potenciais agentes patologizantes de indivíduos e grupos pela via institucional.

A temática é relevante dados os crescentes contrastes sociais que se apresentam em relação ao fluxo de imigração em Portugal nos últimos 15 anos¹. Neste contexto, são

¹ Comparando-se os dados do SEF (Serviço de Estrangeiros e Fronteiras) sobre «população imigrante» - entre Autorização de Residência, Autorização de Permanência e Vistos de Longa Duração (projecção de 2006), e os dados do INE (Instituto Nacional de Estatísticas) - com a projecção da população nacional do mesmo ano, não só se chega à conclusão que nos últimos 24 anos se formou uma curva progressiva no crescimento do número de imigrantes de 356,8%, entre os anos de 1980-2004 (ver: www.acime.gov.pt/docs/GEE/Caracterizacao_Imigracao.pdf), como as estatísticas cruzadas apontam para cerca de 4% da população nacional como imigrantes legais. (Ver: www.ine.pt/portal/page/portal/PORTAL_INE/bddXplorer?indOcorrCod=0000611&selTab=tab0; www.sef.pt/portal/v10/PT/asp/estatisticas/evolucao.aspx?id_linha=4255&menu_position=4140#0).

indispensáveis trabalhos de diversas áreas que se proponham a estudar e analisar os impactos migratórios e a condição dos imigrantes nos seus mais diferentes aspectos, no local de acolhimento. A eleição da cidade de Lisboa como local de análise de um projecto psiquiátrico transcultural deve-se à sua condição de capital, consagrando uma centralidade de recursos e investimentos públicos e privados, com grande oferta relativa de postos de trabalho, e por ser rota de passagem para novos imigrantes e permanência final para outros.

As consequências da mudança de território são muitas vezes a plataforma que suporta actos sociais de xenofobia e exclusão, analisadas (muitas vezes) pelas diferenças identitárias, culturais, religiosas (e sistemas de crenças), transportadas e (re)agrupadas de forma conflituosa entre o local de origem e de acolhimento. As imagens de senso comum, estereótipos identitários e heranças históricas de investidas coloniais (e pós-coloniais) relacionam-se de forma paradoxal na recepção dos imigrantes, sob dinâmicas de estigma e prestígio social, relações de trabalho e adequação dos serviços públicos e de saúde às novas exigências desta população. No que diz respeito às estruturas de inserção, a presença destes elementos nas formas de relacionamento dentro de instituições governamentais, evidencia mais do que uma falta de preparação das autoridades competentes (pouco tolerável pelo recente estatuto de Portugal como alvo migratório), mas, é em si, representante de acto político de tratamento da “diferença”, do outro. As relações institucionais, ao participarem de processos que podem resultar também em exclusão, impõem condições políticas na afirmação de grupos sociais, de certa forma, contendo-os, desprezando aspectos socioculturais, económicos e históricos em seus contextos, que podem dificultar a inserção social pela linguagem institucional. Estes factores devem ser estudados, desmistificados e criticados, no intuito de combater as contradições e discursos das sociedades industriais modernas e dos interesses que servem como barreiras ao estabelecimento pleno dos imigrantes.

No que diz respeito ao factor “público”, sobretudo ao sistema de saúde e ao suporte psicológico institucional (sobre o possível sofrimento provocado pela mescla entre dados problemas e a própria experiência migratória, como novos costumes, símbolos comuns nas relações sociais e, muitas vezes, a aprendizagem de outra língua), um dos temas que mais desperta atenção é a adaptação do sistema de saúde mental nas instituições psiquiátricas, seu estatuto oficial e controlo subordinado às políticas de Estado.

A ligação directa entre saúde mental e imigração remonta a estudos promovidos e incentivados em maior escala pelos países mais ricos, que cruzam as condições migratórias “problemáticas” à psicopatologia, como a “Síndrome de Ulisses” (trabalhado neste projecto), que acaba por patologizar o acto migratório. Muitos dos resultados de estudos psicopatológicos apontam para uma relação linear entre patologias como “esquizofrenia” e “stress pós-traumático” e o percurso migratório, fomentando a ideia de que as condições sociais de migração elevam os riscos desta população adquirir doenças mentais². A mescla e direcção lógica/sequencial entre processo imigratório seguido de doença mental sugere um cenário oposto à realidade encontrada durante este trabalho de campo, e que estabeleço como premissa e critério de continuidade ao longo da dissertação. Ou seja, o estado de saúde mental no contexto migratório não é resultado do próprio processo de deslocamento como factor de risco, mas uma variante com dois pontos principais: 1- o complexo choque entre as estruturas simbólicas/cognitivas/culturais da concepção de “saúde” e “doença” dos imigrantes em seus locais de origem e o modelo biomédico da psiquiatria; 2- o uso discursivo do primeiro ponto no impacto subjectivo da migração, a situação de legalidade/ilegalidade, voluntariedade e falta de opção no acto da deslocação, condições políticas e socioeconómicas no local de origem e de acolhimento, reverberações neo-coloniais, estigma social, etc., que de forma genérica, são apreendidos como factores de diferença e problematizados de acordo com as categorias psiquiátricas, servindo de controlo populacional. A maior fonte de risco à qual os migrantes são submetidos é a renúncia “cultural” e política das suas origens no local de permanência, sobretudo, em interpretações institucionais, sob o controlo de uma biomedicina ocidental e universalista.

A problemática intra-institucional deve considerar a multiplicidade das formas de entender a própria saúde/doença, corpo e mente, entre pessoas de pontos geográficos e horizontes de significados distantes. Neste sentido, sendo a origem predominante dos imigrantes aqui estudados a América Latina, diferentes ex-colónias portuguesas e Leste Europeu, emergem vectores de força face à diversidade, sobretudo pela imposição de

² Keyes (2000) compara as formas de avaliação psicopatológicas e o “funcionamento social” dos indivíduos em estudos epidemiológicos, mostrando as consequências e causas das desordens mentais em contextos migratórios. Para estudos que apontam a prevalência de desordens em populações migrantes e minorias étnicas, ver Achotegui, “Síndrome de Ulisses” (2005), e King e Nazroo et al (2005), sobre altos índices de desordens na população *Black Caribbean* (na Inglaterra) em comparação à população branca.

modelos de vida predominantemente europeus aos imigrantes, como convite a formalizarem a sua adaptação.

A utilização de modelos “identitários” no sector da saúde mental pública em Portugal gerou somente um projecto de relevo, que embora possua dimensões muito reduzidas, foi a primeira tentativa de estabelecer uma ponte entre o reconhecimento de limitações geográficas e simbólicas da psiquiatria ocidental, articulando o saber psiquiátrico a outras possibilidades e estruturas “psico-cognitivas”. O foco desta pesquisa na prática hospitalar consiste na observação dos efeitos promovidos pelas formas médicas de tratamentos dos utentes imigrantes, analisando as bases do corpo terapêutico e a evolução do seu percurso quanto à “sensibilidade cultural”, necessária à psiquiatria destinada a imigrantes. De igual forma, pretende-se analisar criticamente as apreensões identitárias, verificando se são incorporados mecanismos essencializadores da condição “migrante” no ambiente intra-hospitalar. O intuito maior é a verificação do processo de “administração da diferença” sob os conceitos “étnico/cultural” na psicopatologia, e a sua combinação nas tentativas de flexibilização da aplicação médica psiquiátrica ao discurso institucional, dando privilégio ao modo como estas identificações são utilizadas no tratamento médico teórico e prático pelos técnicos de saúde e suas apreensões do indivíduo³.

A referência de estudo é a formação, continuidade e aprimoramento de trabalho do programa da “Transcultural”⁴, no serviço modelo de psiquiatria para imigrantes, estabelecido em Lisboa na década de 1990. Originalmente, os organizadores deste projecto instituíram a formação de um Núcleo Transcultural (NT) e uma Associação Nacional (AS), localizado num hospital de média dimensão, cujo trabalho, ao longo dos anos, possibilitou a instalação do projecto de atendimento a imigrantes. O objectivo era

³ Neste trabalho, como se reconhece a transdisciplinaridade como factor essencial à clínica para imigrantes, com ligações importantes entre os psiquiatras, psicólogos, antropólogos e enfermeiros (entre outros), todos os profissionais serão tratados como “técnicos de saúde”, evitando assim, hierarquias e legitimações ao longo do tratamento nas diferentes áreas de actuação.

⁴ A fim de preservar a identidade das instituições referidas, assim como dos utentes, os nomes aqui citados são fictícios. O grupo principal de estudo é denominado por “Transcultural”, assim como as associações, núcleos e revistas envolvidas no trabalho de campo (subordinados ao grupo). Dada a extensão da pesquisa aos consultórios particulares dos profissionais entrevistados, seus nomes são substituídos pela posição que ocupam em seu trabalho (ou qualquer outra referência a ser colocada ao longo desta escrita), com o intuito de respeitar suas posições profissionais e opiniões. Neste sentido, gostaria de reiterar que a visão crítica da Transcultural não pretende “diminuir” o trabalho de seus componentes, depreciar seus prestígios profissionais e as instituições a que estão ligados. Esta iniciativa procura manter uma análise sem confrontos directos, possibilitando maior liberdade nas opiniões aqui expressas, sem quaisquer ónus a informantes, profissionais e utentes.

reunir recursos linguísticos e de “sensibilidade cultural” na relação entre as estruturas clássicas da psiquiatria e os novos perfis dos utentes, procurando oferecer uma compreensão particularizada das aflições dos utentes do hospital, afastando-se das premissas estruturais da psique pelo reconhecimento de outras formas de apreensão psicobiológicas.

A centralidade deste modelo de trabalho era básica, no sentido em que acreditavam promover melhores condições para otimizar os resultados psiquiátricos com imigrantes, principalmente no que diz respeito às condições de tratamento, utilizando mediadores culturais formados em outras áreas de saber e sensibilizando os técnicos do Hospital para “diferenças culturais” e seus desdobramentos na relação médico/utente. Almejavam evitar classificações patológicas descontextualizadas das particularidades destes indivíduos, considerando suas experiências subjectivas, possíveis traumas no percurso migratório, referências religiosas e de organização social.

De certa forma, a Transcultural estabeleceu um posicionamento de adaptação das condições da estrutura psiquiátrica institucional diante de novas necessidades sociais, provocadas pelos fluxos migratórios em Portugal; as modalidades que auxiliaram esta inovadora perspectiva de acesso à saúde incluíram, no entanto, apropriações clínicas através do uso estático de conceitos como “cultura”, “etnicidade” e “identidade”, fortalecendo factores essenciais e, ao mesmo tempo, essencialistas da diversidade dos seus utentes.

A problemática emerge na incorporação institucional da construção do “ser imigrante”, estrangeiro, sua cultura e diferença, de acordo com a visão universalista do saber biomédico; o artifício étnico-identitário é, então, mais do que uma bússola de orientação, é algo a ser isolado, enquadrado, compreendido e classificado sob o percurso da técnica psicopatológica. A conversão da proposta do programa Transcultural reflete-se, enquanto acção intra-hospitalar, no cruzamento entre política, discurso científico (e moral) e instituição, dentro de produções de conceitos culturais estáticos inseridos no saber psiquiátrico. Esta forma estrutural prometia o reenquadramento do utente e da sua concepção no tratamento, enquanto oferecia meios técnicos aos profissionais, relativamente ao esquema psicoterapêutico; porém, ao mesmo tempo, o formato da Transcultural construía uma relação utente/instituição eminentemente problemática e paradoxal. Se por um lado se procurava o extermínio de estereótipos na linguagem/prática médica, por outro, era obtido o seu reforço como

resultado final da prática terapêutica, acabando os técnicos por reproduzir uma variante do que se propunham, de forma ideal, a criticar.

O estabelecimento de conceitos étnico-identitários no discurso de “sensibilidade cultural” incorporava expectativas que atravessavam as fronteiras dos propósitos iniciais deste tipo de programa, apoiados na reafirmação de categorias avaliativas/diagnósticas de tratamento terapêutico. Este método acabava por valorizar distinções muito circunscritas dos indivíduos, numa prática clínica extra-reducionista, com a psicopatologia da imigração a ser baseada na identidade nacional dos utentes, correlacionando cultura e nacionalidade, e estas com a psicopatologia, tratando-os uniformemente quanto à língua oficial de seus países, “costumes”, religião e dispositivos sociais, auto-reconhecimento, identidades e pertença de grupo, etc. Interpretações acerca do capital educacional, grau de estudo e profissão, antecedentes familiares de desordens mentais, histórico de violência, toxicod dependência e alcoolismo, eram considerados “vestígios” potenciais de desordens, catalizadores dos usos da nosologia psiquiátrica.

Todo este processo se assemelha ao que Lila Abu-Lughod (2001) chamou de *overemphasize coherence*, ou seja, o reforço de características cujos valores simbólicos denotam o “outro”, a forma como ele é criado e apreendido. Não só evidencia uma premissa de construção de estereótipos socioeconómicos e culturais, como também os administra através da instituição, com resultados de exclusão, definindo de forma genérica as necessidades de cada indivíduo por pertença de grupo. Determinados grupos sociais e étnicos, então, passam a estar sob maior factor de risco e, portanto, carentes de interpretação e intervenção. O exercício de fragmentação e reorganização de grupos, neste caso, é representado pelos significados das pressões exercidas no acto migratório e suas ligações sintomáticas, ministradas na linguagem psicopatológica e supervisionadas pelo estigma social e força político-institucional do saber médico ocidental.

A grosso modo, o cenário é composto pela tríplice aliança entre diferença (senso identitário), deslocamento geográfico (migração) e conflito entre diferentes práticas e saberes (expressões culturais e cognitivas *versus* modelo biomédico), num mesmo local. A conciliação de cultura e diferença na abordagem do “outro” dentro do modelo institucional possibilita à Psiquiatria reforçar a sua posição na relação de poder, pela sua própria auto legitimação como monitora social. Neste sentido, Santiago-Irizarry argumenta: “...subjugating culture to the primacy of medicine... contributes to the reproduction of existing conceptual hierarchies that privilege the rationality of medical

science over the complex, elusive, and messy construct that is *culture*” (Santiago-Irizarry, 2001:3).

O reforço linguístico e cultural levou a Transcultural a reforçar características psicopatológicas inerentes às nacionalidades estrangeiras das mais expressivas comunidades estabelecidas em Portugal, sobretudo a brasileira, indivíduos dos PALOP’s⁵ e do Leste Europeu, reiterando suas referências culturais como “*algo natural, distante das culturas europeias*” (como me foi descrito por um dos psiquiatras), gerando uma prevalência hierarquizante entre o “Nós” e o “Eles”; a cultura, então, como ferramenta para a fabricação do “outro”, como métrica da valorização e validade político-social.

As políticas Europeias estimulam o discurso multicultural no sector da saúde, principalmente pelo desenrolar político dos fluxos migratórios mais recentes, com argumentos de integração e humanização das condições de deslocamento⁶. A formação de um projecto deste género, não só é alvo (teoricamente) de financiamentos e de recursos dos Estados Membros, como também, de grande peso na produção de índices de equidade nos relatórios de qualidade de vida e evolução das políticas de Estado. A Iniciativa Transcultural, neste sentido, foi ao encontro do que, desde a sua criação até à actualidade, viriam a ser parte dos constituintes básicos nos indicadores da União Europeia.

As bases do presente estudo apoiam-se na Antropologia Médica Crítica, Etnopsiquiatria Clínica e Psiquiatria Transcultural, convertidas pelo cruzamento de dois constituintes essenciais: o primeiro, o transporte da “bagagem” acumulada em estudo e trabalho de campo anterior, sobre a “Luta Antimanicomial no Brasil” e seus reflexos em um dos maiores hospitais psiquiátricos do país, com o encerramento da instituição asilar; o segundo, pela adaptação da experiência anterior à própria situação de imigrante em Portugal, onde, mesmo possuindo cidadania e ter sido criado numa família reconhecida como “portuguesa” no Brasil, me deparei, particularmente, com o impacto da deslocação e de como me auto-identificava ao viver em Lisboa. Imergi num local onde este impacto – assim como à maioria dos imigrantes que pude conhecer – se referia como negativo, portador de estigma social e premissas hierarquizantes, baseado num

⁵ Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa.

⁶ Ver: «Conclusões do Conselho de Integração dos Imigrantes na União Europeia», 2004.

contexto de produção de diferenças muito distinto do meu anterior. Anteriormente, nunca estivera na posição do “grupo problemático” (ao qual brasileiros são compulsoriamente generalizados em Portugal), e actualmente, passei a ter a oportunidade de observar estes processos do ponto de vista do Outro.

Enquanto imigrante, pude perceber os pontos que afectam a adaptação prática a outro lugar, consideravelmente diverso da compreensão por leitura “terciarizada”, experimentando particularmente a dualidade a que brasileiros são popularmente atribuídos na sociedade portuguesa, como portadores de influências musicais, literatura e novelas, com a alegria estereotipada do Carnaval, com as imagens apoiadas nas leituras de Jorge Amado... mas, que facilmente se convertem na ideia de que todo o migrante é, necessariamente, um migrante económico, sem escolha. O olhar entre imaginários excêntricos e imaginários baseados em contextos políticos nacionais sobre pobreza, fome, corrupção, etc., proporciona a apreensão dos imigrantes de forma estática e estereotipada, como se um indivíduo, vindo de um país com elevado índice de violência (ou qualquer outro exemplo), trouxesse a violência dentro de si, deslocando-a para o local de acolhimento.

Deste ponto em diante, acreditei na possibilidade de contribuir com uma abordagem do funcionamento estrutural da Transcultural, assim como das contradições deste grupo quanto à perspectiva psicopatológica do indivíduo pela “cultura”, com o peso político da “construção” do utente e seu *embodiment* em ideologias hegemónicas da sociedade através da instituição. Associa-se aqui, o facto de Portugal e Grécia serem os únicos dois países da União Europeia que não produzem dados acerca da saúde mental dos imigrantes⁷, o que circunscreve este trabalho a uma área pouco desenvolvida e de grande importância ao suporte a imigrantes. Como complemento a esta abordagem qualitativa do campo, interliga-se outro projecto (de cunho quantitativo) como encomenda feita pelo ACIDI (Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural em Portugal).

Os imigrantes são os primeiros apontados a “elucidar”, prematuramente, muito do que ocorre de “errado” em Portugal. Os casos são ordinários, e a exposição nos meios de comunicação social de situações limites são interessadamente (ou apaticamente) especuladas. Ser brasileiro, ucraniano (ou simplesmente “do leste”) ou Africano - como

⁷ Ver: «Health and Social Care for Migrants and Ethnic Minorities in Europe» (2006), da rede IMISCOE *International Migration, Integration and Social Cohesion – European Survey*.

dito popularmente, é sinónimo de passagem do estereótipo exótico ao protagonista de mão-de-obra desqualificada e promotores de “roubos de postos de trabalho”. Estas vertentes paternalistas são aqui consideradas como tratamento político da diferença, fazendo parte de um universo de representações populares sobre os imigrantes, sendo suficiente relembrar o emblemático caso do “Arrastão de Carcavelos”⁸.

Claramente, a condição de imigrante evidencia uma diferença para além da diferença; um alemão, espanhol ou canadiano não é “imigrante”, tão pouco enfrenta problemas sociais de adaptação equivalentes a imigrantes do “terceiro mundo” ou a categorizados como imigrantes económicos; a sensação de desapropriação geográfica e de auto-imagem identitária – no sentido de afirmação ao local – é certamente diferenciada entre as diversas nacionalidades, perpassando condições socioeconómicas e algo que se poderia chamar de “prestígio social”.

Sobre o imaginário da representação do “outro” - aqui alargado ao carácter político e valor simbólico do indivíduo em um determinado local, Lila Abu-Lughod sublinha:

...The self is always a construction, never a natural or found entity, even if it has that appearance (...) the process of creating a self through opposition to an other always entails the violence of representing or ignoring other forms of difference (Abu-Lughod, 2001:140).

Sendo portador desta “crise” identitária (em bom sentido), reconheci-me no conceito de «desenraizado» de Todorov (1999), sentindo-me um português no Brasil e brasileiro em Portugal, com trocas de conflitos, prestígio e recepção social dependentes da forma como me apresento, a quem o faço, e em que local estou. Apesar deste deslocamento parecer um detalhe, o início de pesquisa de campo, por exemplo, foi ligeiramente dramático, com usos do poder institucional e o que chamaria aqui de atribuição de um “não-estatuto”, tendo sido desapropriado da incumbência de investigador e, num primeiro momento, percebido como um imigrante à procura de consulta

⁸ A especulação mediática propagou a ideia de um pequeno grupo de possíveis agitadores como sendo 500 na Praia de Carcavelos, com tecnologia de assalto importada das praias do Rio de Janeiro (Arrastão) e cujos culpados seriam imigrantes “pretos” de bairros periféricos de Lisboa. O tratamento por “pretos” no meio popular, assim como nas mistificações e confusões criadas pelos jornais, assumiam claramente uma vertente política, privando a população de saber exactamente o que tinha acontecido e quantas pessoas realmente estavam envolvidas, criando uma grande sensação de insegurança e de caos, sem a percepção de quem seriam os culpados. No fim de duas semanas ficou-se a saber que afinal eram poucos jovens que igualmente fugiam da confusão e correria na praia, despertando a atenção da polícia por serem negros. Nenhuma reclamação foi reportada à polícia sobre este evento, e os jovens foram somente considerados imigrantes, mesmo que muitos tenham nascido em Portugal, de acordo com a lei vigente na altura, onde filhos de imigrantes nascidos em território nacional que ultrapassassem os 18 anos de idade, sem reclamar a cidadania portuguesa, deveriam optar por uma das nacionalidades dos pais, mantendo-a.

psiquiátrica. Este ponto é trabalhado no capítulo 2.2 «Resistência Institucional: Dificuldades “particulares” no Campo», revelando quão significativamente o aspecto social e político – em principal como uma instituição oficial interage com o meio social e vice versa – reproduz pré-conceitos, em diálogo entre política, meio social e estereótipos. Não se trata de inaptidão profissional em tratar o Outro, mas de tratá-lo pela reafirmação e reificação de categorias imaginárias, onde o indivíduo é desprovido de si e de sua auto-imagem, para ser apreendido pelo que ele representa no cenário onde é criado.

No capítulo 1 é disposta uma reflexão teórica acerca da convergência entre psiquiatria e antropologia, com dados históricos sobre as bases antropológicas da saúde e doença, relação institucional e “cultura”, política e economia, usos categóricos e controlo de grupos sociais; também aí se encontra uma breve tentativa de comparação entre o terreno de campo anterior (no Brasil) e o novo contexto no qual decorreu este trabalho. No capítulo 2 é abordada a questão do racismo institucional no contexto clínico transcultural, com os desdobramentos e consequências da intervenção clínica na vida dos utentes. Está descrito meu encontro com a transcultural e seu *modus operandi*, proporcionando um encaixe entre a teoria e sua conversão prática na mediação clínica, com a forma de apreensão dos utentes e as resistências exercidas no trabalho de campo pela instituição.

Devido às dificuldades na obtenção de material etnográfico, pela resistência oferecida no acesso aos utentes e aos documentos destes no Hospital, foram feitas negociações para a obtenção de acesso parcial ao conteúdo dos processos clínicos de todos os utentes (pela administração da instituição), a fim de produzir dados estatísticos e material de análise das funções da Transcultural. Foram realizadas entrevistas com todos os técnicos de saúde que administravam a metodologia de trabalho e a coordenação dos modelos psicopatológicos aplicados aos imigrantes.

O presidente e vice-presidente do Centro Clínico Etnopsiquiátrico Franz Fanon em Turim, Itália, Roberto Beneduce e Francesco Vacchiano foram procurados para aconselhamentos, partilha de conhecimentos e troca de casos clínicos. O encontro proporcionou novas referências da visão institucional, principalmente, pelo conhecimento que estes possuíam acerca da Transcultural, o que alargou os campos de análise do grupo.

No capítulo 3 está uma consideração sobre a diminuição dos impactos das estruturas clínicas sobre os utentes imigrantes, a reprodução de estereótipos e prejuízos incorporados pelos técnicos de saúde: com uma entrevista emblemática sobre a perspectiva do serviço Transcultural concedida por um dos técnicos mais representativos da formação deste projecto de suporte psicológico. No capítulo 4 são registados estudos de caso e reconstruções de histórias de vida e percurso clínico de três utentes, que, de entre todos os 15 utentes contactados (de forma mais aprofundada), denotam com maior evidência as contradições e os desafios teóricos da clínica transcultural. O cruzamento destes contactos com os processos clínicos possibilitou encontrar casos representativos das contradições do grupo Transcultural, uma vez que revelavam os usos estereotipados acerca do comportamento e expressões religiosas dos utentes, sobrepostos a uma suposta sintomatologia e consequente patologia; 2 destes casos foram acompanhados por contacto directo com os utentes e seus respectivos terapeutas, enquanto que o terceiro foi reconstituído por entrevistas com os terapeutas, membros do grupo Transcultural e análise do processo clínico. Apesar de estas reconstruções possuírem fundamentos teóricos próprios à situação de cada utente (como as especificidades de género e nacionalidade), a sua separação da elaboração teórica dos outros capítulos resulta da intenção de proporcionar uma maior liberdade na leitura a quem possa vir a interessar-se por este trabalho. O Capítulo 5 (e último) apresenta a conclusão, alusivamente designada por “a prisão sem paredes”, onde o contexto estudado é relacionado com as técnicas de intervenção clínica, suas origens, resultados, e coligações macroeconómicas e macropolíticas.

Certamente existe uma teia de paradigmas diferenciados pela formação entre os profissionais envolvidos neste extracto “transcultural”, assim como a posição entre indivíduos que montam um projecto “de um lado”, e o de análise crítica deste processo “por outro”; está completamente fora de propósito desmerecer a elaboração deste programa (ou de qualquer outro) ou a competência dos profissionais envolvidos, e devo referir que toda a construção étnico-identitária sofreu muitos ditos e contraditos de entre os pontos de vistas dos técnicos de saúde envolvidos⁹. Antes de tudo, trata-se de

⁹ Daqui em diante, para facilitar a leitura do texto, leia-se as frases entre aspas e em itálico como uma transcrição literal das opiniões colhidas dos diversos técnicos de saúde, inseridas sem a necessidade de identificação dos mesmos, a fim de lhes preservar o anonimato em meio ao livre exercício de suas premissas profissionais. Durante as entrevistas constatei a mudança da nomenclatura utilizada pelos técnicos de saúde para a definição dos utentes. No ambiente hospitalar, a maior parte dos técnicos de

possibilitar uma perspectiva crítica para estabelecer um diálogo e uma parceria, onde ambos os paradigmas se fundam em uma finalidade comum: a de melhorar a condição e suporte aos imigrantes, desconstruir ideias mediáticas, afastar medidas assistencialistas e paternalistas, diminuir o estigma social e seus impactos entre local de origem e de permanência.

A situação é complexa, no sentido em que a tentativa se detém em apontar as ambiguidades dos usos de conceitos (e critérios) culturais nas políticas públicas por via institucional, potencialmente propagadoras de mais distúrbios do que os bons resultados que conseguem produzir; tão pouco se deseja trabalhar sob o fardo da desconstrução total da instituição psiquiátrica, apoiando-se num relativismo pleno. Não é o contexto para uma genealogia (à Foucault) do Hospital Psiquiátrico já tanto trabalhada, mas especificamente aqui, o Hospital Psiquiátrico será visto como um desdobramento da sociedade e de seu período histórico, social, político e económico, aceitando (momentaneamente) o contexto actual, procurando analisar a instituição na sua interacção com o meio sociopolítico, discursos e práticas humanitárias, as contradições em seu trabalho e seus desdobramentos para fora de seus muros.

Além de ser uma instituição normativa, procura-se o olhar da Antropologia Médica na verificação das possíveis relações de poder verticalizado via discurso da flexibilidade da psiquiatria, sendo esta, detentora de estratégias de incorporação do conceito de cultura como algo problemático. Esta “liberdade” em observar para onde o Hospital Psiquiátrico “caminha” sem desconstruí-lo à primeira *chance*, possibilita igualmente um desenrolar para a análise de novas tecnologias de controlo social e de grupo.

Do que se obtém como resultado final - estratégias de “sensibilidade cultural” reproduzidas por profissionais da saúde como (re)modelos estereotípicos - podemos observar um reducionismo da condição migratória e da sua vivência subjectiva e, igualmente, uma reformulação do saber médico que acaba por agravar a condição do migrante, com inversões de objectivos terapêuticos (na prática) e a criação de um diálogo fragmentado entre médicos e utentes, cuja autoridade médica sobressai pela

saúde utilizava a palavra “utente” quando em conversas nas reuniões fechadas do grupo transcultural; em diálogo com outros médicos e técnicos gerais do Hospital, utilizavam frequentemente o termo “doente”, enquanto que nas entrevistas comigo, tendiam a utilizar “paciente”, denotando a possível influência que exercia no trabalho de campo (ao falarem com um “brasileiro”) ou a espacialização de cada termo, restrito a um local de trabalho com um diferenciado código de linguagem. Em muitos dos casos, como se apresenta ao longo do texto, alguns profissionais que aprenderam a língua portuguesa no Brasil ou em outras experiências profissionais, ou ainda estrangeiros que trabalhavam na Transcultural recorrem frequentemente ao uso do termo “paciente”.

imposição de valores elitistas quanto ao padrão de conduta e expectativa dos seus utentes.

Para concluir, posiciono a abordagem deste trabalho, pela consideração de que os dispositivos morais sociais podem ser observados através das relações de produção, acções políticas e aspectos culturais da saúde, sendo reflexos dos motivos e de “como” os poderes de uma classe dominante são executados através do Estado, um poder que ultrapassa as esferas oficiais e se sustenta na própria adaptação e (posterior) desejo da sociedade civil. Sob certa perspectiva, o modelo biomédico carrega tanto valor simbólico que não se trata de forçá-lo à sociedade, mas torná-lo culturalmente compartilhado com os indivíduos, tanto com seus opositores, quanto com seus perpetuadores. (Frankenberg, 1988)¹⁰. O risco está no uso político de categorias e nomenclaturas na produção da realidade das Desordens pela psiquiatria, que se pauta no prestígio da evolução/desenvolvimento e descoberta científica, convencendo a sociedade sobre o seu modelo, através de articulados discursos médicos baseados em estereótipos da cultura (em meio à diversidade), das noções de felicidade, bem-estar, sucesso, saúde, cura e tratamento (mais especificamente à doença), etc.

O conceito de “hegemonia” - aqui utilizado – assume a ideologia capitalista como algo profundamente interiorizado tanto em seus defensores quanto em seus contestatários; a economia está impregnada na produção do conhecimento, seja ele teórico ou aplicado e, neste sentido, a psiquiatria moderna possui relações explícitas com a lógica de mercado, em especial pelo seu matrimónio com a farmacologia, como apontam Kleinman e Petryana (2006).

Pela mágica solução de princípios químicos que se pretendem solucionar desordens mentais muito “jovens” (pautadas em descobertas controversas sobre o funcionamento cerebral), ideais de comportamento e de “humanidade” são pretensões globalizantes de factores morais, lógicas de produtividade e sociabilidade.

Apesar de serem muito aparentes as contradições expressas pela clínica (ainda mais acentuadas em contextos migratórios entre países do sul e do norte), as formas terapêuticas ocidentais, quando exportadas genericamente, não transportam somente o factor económico que lhe parece abraçar, mas também factores hegemónicos que

¹⁰ Neste artigo, Frankenberg faz apropriações de Gramsci, adaptando-as à antropologia da saúde e suas relações de hegemonia e poder de classes dominantes, Estado, e sociedade civil. Sua análise sobre as teorias de Gramsci é apropriada para este trabalho.

encontram nas vias legítimas da ciência um fio condutor, cuja formatação é ideal ao controlo e neo-colonialismo na apreensão e modificação do “outro” pela via cultural. Tornar a diversidade cultural em um denominador comum, com as lentes ocidentais a julgar e eleger pólos positivos e negativos, é utilizar a política da “cultura como factor a ser corrigido”. Patologizar a cultura é atingir a etnicidade, identidade, outras zonas geográficas, outras estruturas semânticas e cognitivas, modificando-as através de um modelo racional ideal, ou seja, a cultura é a via politicamente correcta – e, como resultado, base de discursos aparentemente pouco contestáveis pela sociedade em geral, pela sua ligação à medicina – de produzir racismo e diferença e assimilação forçada de migrantes em territórios onde a psiquiatria possa está presente. Ao produzir corpos e mentes adaptadas ao local de acolhimento pela linguagem da “evolução científica” e humanitarismo, a prática terapêutica pode tornar-se um mecanismo político de monitorização das populações. Como afirma Lila Abu-Lughod: «women, blacks, and people (...) of non-West have been historically constituted as others in the major political system of difference on which the unequal world of modern capitalism has depended» (Abu-Lughod, 1991:142).

...enfim, gostaria de justificar as premissas e as bases que fomentam este estudo, a fim de estabelecer seu cunho “militante”, que procura afastar-se de vias ideológicas, antes, encarando a antropologia como um saber que deve produzir estudos de forma activa, em que, acima de um trabalho etnográfico (ou o que seja), o investigador se deve posicionar politicamente, registar, e sugerir mudanças em paralelo às suas descrições, relatos e reflexões.

1. Cultura e Saúde Mental: Introdução e Visões – Fundamentos, Conceitos e Problemas.

«We constantly try to classify and medicalise, we constantly are classified and medicalised» (Hacking, 1997: 15)

A prática clínica transcultural é palco do encontro da diferença. Os saberes médicos e seus constituintes cartesianos de causa/efeito e a separação entre corpo e mente¹¹, 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. A doença e a experiência da doença são acontecimentos e estados emocionais individuais, localizados e específicos¹², cujos formatos psicológicos se encontram estritamente coligados a contextos históricos, culturais, sociais, políticos e económicos. O universalismo da psiquiatria ocidental¹³ 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, em geral, parte de termos encontrados na sociologia médica, redefinindo a análise da saúde/doença à luz da interpretação do conhecimento em outros grupos, como algo localizado historicamente por determinantes sociais, onde o “outro” deixa de ser portador de uma característica exótica do “saber”, equiparando-se ao próprio local de origem do antropólogo.

A psiquiatria *cross-cultural* (transcultural) considera as psicopatologias em ambientes culturais distintos do ocidente, procurando valores e equivalências entre estas e a medicina psiquiátrica e interpretando-as, em parte, pela crença de que as categorias psiquiátricas e o diagnóstico teriam os mesmos significados quando aplicados em outros

¹¹ Ver: Kleinman, 1980, 1995; Canguilhem, 2002; Luhrmann, 2001; Dumont, 1985.

¹² Para mais informações acerca da subjectividade, corpo, psicologia e doença, consultar: Helman, 2000; Kirmayer, 2006; Kleinman, 1980.

¹³ A fim de clarificar a leitura do texto, daqui em diante, sempre que se leia de forma genérica “medicina”, “psiquiatria”, “categoria (s)” e “ciência”, refiro-me às suas versões ocidentais. Quando se encontram termos como “outros”, segue-se o mesmo pressuposto, entendendo-se estes como o que não é próximo das sociedades modernas industriais (ou países do norte), como Inglaterra, Europa Ocidental e América do Norte.

contextos. O entender das emoções e da doença, na diferença cultural, faz-se pelo encaixe da diversidade do “outro” dentro de categorias nosológicas ocidentais, promovendo a universalidade da aplicação de conceitos biomédicos e a reafirmação de seu teor científico. Um grande exemplo está em *Mohave Ethnopsychiatry*¹⁴, cujo estudo se propunha a absorver a maior quantidade de dados possíveis sobre os *Mohave*, contextualizando seus significados particulares quanto à doença, que poderia ser chamada de “psicológica”, e sua vivência “intra-cultural”, convertendo-a posteriormente à linguagem psiquiátrica. Para Devereux, um xamã possuía um significado em sua sociedade, localizado e específico no seu sistema de crenças e realidades, o que, no entanto, não o eximia de ser portador de uma enfermidade mental na expressão das suas crenças religiosas. Estruturas do saber psiquiátrico presumiam a constituição de uma linguagem que pudesse abarcar toda e qualquer variação cultural. De qualquer forma, sob este formato, as relações hierárquicas entre diferentes saberes continuam sustentadas, sem auto-crítica e contra-balanço do poder da psiquiatria diante de outras formas cognitivas, culturais e morais, com cientistas sociais empiristas a promoverem uma variação das mesmas relações sociais que almejavam contextualizar e criticar.

A “antropologia médica crítica” consiste numa abordagem dos assuntos relacionados à doença sob a perspectiva de um rompimento com as exclusivas lentes da biomedicina. Os temas da saúde e do que a ela se relaciona (risco, prevenção, causalidade, tratamentos, etc.) passam a ser fenómenos culturalmente construídos e culturalmente interpretados¹⁵. As doenças e os sintomas são desvinculados do determinismo orgânico da perspectiva médica, deixando de constituir-se a partir de uma realidade puramente biológica, convertendo-se o processo num modelo alternativo que co-relaciona o funcionamento orgânico do corpo e elementos simbólicos e culturais. Durante a década de 1970, o conceito de *Semantic Illness Network*¹⁶ vem reflectir a doença como algo imerso em universos simbólicos, com significados associados aos sintomas, emoções e sistemas sociais organizados em formas semânticas, com o uso de determinadas palavras a demonstrar diferentes modos de interpretação e vivência da experiência da doença. A medicina deixa, então, de ser vista como um conhecimento científico puro, para passar a uma expressão estrutural de conhecimento como qualquer outra área do saber. Imagens hierárquicas de uma medicina desenvolvida e universal, que consegue

¹⁴ Devereux foi considerado o criador da etnopsiquiatria. Para o exemplo citado acima, Ver: Devereux, 1969, *Mohave Ethnopsychiatry*.

¹⁵ Ver Nichter, 1989.

¹⁶ Ver Good, 1977.

explicar as enfermidades do corpo e da mente, são equalizadas ao mesmo nível de apreensão do mundo das chamadas etnomedicinas¹⁷. Esta generalização, que promove o sufixo “etno” para todas as formas médicas, restitui diálogos entre saberes populares/culturais, reconhecendo a possibilidade de diferentes interpretações sobre o corpo e a mente¹⁸ em meios diversos. Enquanto significados, a “enfermidade” e a “saúde” passam a ser vistas como determinadas pelos seus próprios contextos sociais, sem perder em vista o factor biológico da fisiologia, da patologia, factores semiológicos e epidemiologia¹⁹.

Toda a complexidade nas constituintes culturais da doença foi colocada com maior relevância na abordagem teórica da *Explanatory Models* (ou EM)²⁰, em que o estudo da antropologia médica procura o grupo como forma de identificar valores e levantamentos cognitivos, semânticos, históricos, políticos, etc., para então chegar ao indivíduo. *Sickness*, ou seja, o aspecto “social” da doença, passa a ser considerada uma categoria genérica, sendo subdividida em *illness* e *disease*, responsáveis respectivamente pela experiência subjectiva da doença (ponto de vista do utente e de seu grupo social) e pela disfunção de órgãos ou sistemas orgânicos como causa da doença (ponto de vista do técnico de saúde).

O conflito entre estes dois factores é a base da ineficácia terapêutica universalista; sob a apreensão biomédica da análise clínica, os médicos questionam a “disfunção” orgânica, enquanto o utente tende a relatar a *illness*. Esta proposta apresenta-se como alternativa a fim de tornar menos abstracta a apreensão e intervenção de diferentes práticas terapêuticas. A resposta ao “sofrimento” do indivíduo foi conceptualizada na separação entre cultura e natureza – sem significar, no entanto, distinção entre mente e corpo, onde *healing* (ou *caring*) é composto pelas emoções, percepções e experiência individual,

¹⁷ Leia-se etnomedicina como uma terminologia a englobar “medicinas tradicionais” e “medicina indígena”.

¹⁸ Utilizo-me desta divisão cartesiana pelo seu emprego no modelo biomédico, sem no entanto, afirmar esta contraposição. Para este trabalho, corpo e mente assumem uma posição unívoca quanto aos seus estados físicos e emocionais.

¹⁹ Para mais, ver: Pussetti, 2006.

²⁰ A EM é a rede de orientação em dada referência cultural, suas componentes e variações de interpretação individual dentro do grupo. Metaforicamente, a EM sugeria a ideia de que tudo que não faz sentido de fora, faz sentido de dentro, sendo necessário procurar uma contextualização dos comportamentos e das expressões culturais e emocionais, a fim de estabelecer mais precisamente os contornos entre signo e significado em determinado grupo e em seus componentes. Ver Young, 1982; Kleinman, 1978.

enquanto *curing* é referente ao processo orgânico²¹. Esta fórmula não depende da presença única ou co-relação entre *illness* e/ou *disease* na doença, assim, um medicamento J, em resposta a uma doença X, agiria tanto em *healing* como em *curing*, ou seja, na experiência subjectiva da doença e possíveis causas orgânicas.

Relacionar as experiências do corpo com as estruturas culturais de dado local (apoiando-se em posicionamentos da etnopsiquiatria²²) e, se a cultura pode ser um factor patogénico da doença²³, com as referências dos valores e símbolos culturais que a compõem, proporciona uma perspectiva diferenciada da mesma doença em locais diversos, ou seja, a cultura influencia a doença e a experiência da doença, logo uma sintomatologia convertida em uma patologia qualquer pode ter uma interpretação Z em um local e uma interpretação Y em outro. Separações clássicas da medicina entre natureza e cultura são postas em causa, o corpo é entendido, portanto, como uma unidade de ambos os pólos²⁴. Este ponto é importante, já que pressupõe indirectamente outros dois percursos da doença na medicina: primeiro - se a doença advém deste processo, sua cura é igualmente específica à sua origem, demonstrando a inaptidão de uma medicina (como a ocidental) que detém a explicação exclusiva e universal sobre as enfermidades mentais. A relação sintomática e patológica na psiquiatria, através da estrutura nosológica, eleva-se a uma realidade específica, ou em outras palavras, um “mito” quando aplicada em outras realidades que não a sua; segundo ponto - a medicina ocidental nada mais é do que uma etnomedicina como qualquer outra prática terapêutica

²¹ Diferentes autores fundamentam-se em nomenclaturas distintas, com pequenas mudanças metodológicas nas formas de interpretar a relação entre saúde e doença e os seus respectivos pontos de vista entre utentes e técnicos de saúde. Para ver esta diferença, ver: Cecil Helman, 2000. Para esta pesquisa, a leitura de Young (1982) sobre a EM (de Kleinman) é mantida como melhor formato teórico, especificamente para a abordagem do “caso de estudo” da Transcultural.

²² Ver: Devereux, 1969; Good, 1977; Kleinman, 1977, 1980, 1995; Helman, 2000.

²³ A introdução muito debatida no DSM-IV (ver: American Psychiatric Association, DSM-IV, 2007) da secção dedicada às CBS (*culture-bound syndromes*) foi acompanhada de uma grande discussão sobre a relação entre cultura e doença, que dividiu os teóricos em dois grupos fundamentais: os que achavam que a cultura se limita somente a oferecer representações ou a moldar formas particulares de doenças universais (hipótese patoplástica); e os que consideravam a cultura como capaz de originar ou criar doenças únicas e específicas (hipótese patogénica). Assim, por exemplo, o *dhat* (a perda do sémen) seria uma variante local de uma doença universal, a depressão, segundo a abordagem patoplástica (Obeyesekere, 1985); no entanto, a *anorexia nervosa* poderia ser considerada uma CBS, criada num contexto social específico, predominantemente nos modelos estéticos (do corpo) euro-americanos, de acordo com a abordagem patogénica.

²⁴ A relação entre o biológico e a cultural pode ser facilmente exemplificada pela dieta. Kirmayer (2006) cita, de entre outros exemplos, que grande parte das pessoas param de processar a lactose na fase adulta, apenas uma pequena parcela continua com esta capacidade. Sob a perspectiva histórica, muitos estudos apontam estes pequenos grupos como descendentes de comunidades que detinham animais e, portanto, possuíam o leite como fonte normal de alimentação e, não menos importante, transmitiam estas características às futuras gerações. Desta forma, a dicotomia natureza/cultura é quebrada, demonstrando que o corpo possui variações originárias da cultura e vice versa, com a organização social, técnica e de produção (ou subsistência) a dialogar com a performance orgânica.

de cunho “acientífico”, assim como a psicologia e a psiquiatria são convertidas em “etnosaberes” e, portanto, fonte de estudo sobre os termos/usos políticos de formas hegemónicas de conhecimentos, com a criação do “outro” pelo discurso da descoberta científica e do desenvolvimento.

As componentes semânticas sugerem a visão das emoções e sensações de forma diferenciada, com as variabilidades das emoções e do modo de entender o mundo estritamente ligados à cultura. Sobre as estruturas psicológicas, a antropologia da cognição argumenta a cultura como algo aprendido por sistemas de signos e significados, intercomunicados primariamente pela língua materna. Estes sistemas de trocas simbólicas não são somente representações da realidade como são, também, meios direccionais e evocativos da construção da realidade, condicionando as relações e apreensões físicas e psicológicas de forma problemática (D’andrade, 1990:65). Onde está localizada a cultura e suas fronteiras, qual o seu critério, a nação, o local, a auto-definição? A cultura é dinâmica, heterogénea em seu próprio local e não restrita geograficamente, ou seja, dentro das mesmas referências culturais, cada indivíduo pode possuir variações nas relações entre signo e significado, nas interpretações emocionais e sistemas de valor simbólicos²⁵, por motivos políticos, históricos, etc. Logo, os conceitos da saúde podem variar no espaço-tempo de acordo com o contexto sociopolítico e económico.

As diferenças nas formas de se expressar geram igualmente uma necessidade de adaptação e informação nos modelos de interpretar o utente. Cecil Helman (2000)²⁶, por exemplo, relata um caso sobre *ārdhaangāni*, experiência do corpo usualmente confundida como “doença”, típica da região norte da Índia, em que, pela metáfora simbólica das relações de parentesco, o lado esquerdo da mulher pertence ao marido e à sua família; As relações de *stress* sentimental no matrimónio manifestam-se em sintomas (diminuição da força, paralisia parcial ou total, etc.) neste lado do corpo da mulher, dificilmente atingindo o lado direito.

Outro exemplo é o da “Doença da Reclusão”²⁷ entre populações do Alto Xingu (Brasil Central) que consiste na representação de um rito de passagem para a vida adulta e responsabilidade político-social; o retiro da vida quotidiana ocorre por um tempo

²⁵ Ver Carvalho, Edgard, 2003; Hannerz, 1997.

²⁶ Com referência a Jadhav, G. (1986). *Explanatory Models, Choice of Healers and Help-seeking Behaviour*. (Tese inédita). National Institute of Mental health and Neuroscience, Bangalore.

²⁷ A “Doença da Reclusão” atinge (predominantemente) rapazes de 11 a 19 anos de idade, presente em populações indígenas do Alto Xingu (Brasil Central) de tronco Aruák, Tupi, Karíb e Trumái. Ver: Verani e Morgado, 1991.

determinado, dependendo do género, que pode atingir de 3 a 7 meses. Durante este tempo, os adolescentes encontram-se sob a protecção de *iñóto* (em língua Kuikúro), ou “espíritos donos de remédios”, aos quais devem prestar rigorosas restrições alimentares, sociais e sexuais, sob o risco de *atamikârâ* (ficarem aleijados) como castigo à desobediência. Os sintomas aparentes são dormência nos membros inferiores, cefaleia, vômito sanguinolento, incapacidade motora, paralisia parcial ou generalizada, acarretando uma dependência destes aos outros membros do grupo para a alimentação. Esta “sintomatologia”, que é uma forma culturalmente determinada de expressar stress social, psicológico e político, sobretudo das populações indígenas e suas relações com a população nacional, o Estado-nação e conflitos inter-tribais, é classificada pela medicina como um quadro de “Neuropatia Periférica”, afastando-se do contexto cultural pela potencialização da sua vertente biológica. De facto, é uma sintomatologia restringida aos protegidos de *iñóto*, porém o biodeterminismo acaba por isolar uma conjuntura complexa e a resguarda como síndrome, negligenciando a observação da sua predominante presença em homens, circunscritos a uma faixa etária e sob um período de mudanças na responsabilidade perante o grupo, ou seja, temporalmente circunscrita, de modo que somente se pode estar “doente” uma única vez na vida.

Se a doença mental pode ser “determinada” por uma conjuntura de sintomas, cuja variação se resguarda em dicotomias como normal e anormal, saudável e doentio, esta estrutura somente indica temporalmente em que lado deste “cordão de isolamento” cada indivíduo, comportamento ou grupo será colocado. O “ser doente”, nada mais é do que o resultado de formas específicas da interacção entre ciência médica (saber) e sociedade, a produzir a doença e a cura, um eco de realidade contextual e pontual da ciência. Se a ciência médica está em posição equivalente às das outras etnociências/etnosaberes, e se estes são frutos de construção cultural, a realidade na ciência ocidental não é a integridade das coisas, mas a forma de construção da realidade de acordo com o próprio local em que é produzida. Entre a realidade e sua (re)criação pela medicina, estão as influências que reciprocamente esta injecta e recebe na/da sociedade²⁸. Se as etnomedicinas possuem diferentes formas de apreender as emoções, a doença, o corpo e a cura, através da cultura, as categorias médicas ocidentais, que constituem uma destas “etno”medicinas, deixam de ser a única explicação para as

²⁸ Se as doenças são *Culture Bound* (culturalmente determinadas) e compõem uma realidade, as formas de cura são igualmente projecções desta realidade e, portanto, igualmente determinadas pela cultura. Para mais sobre este assunto, consultar Kirmayer, 2006.

enfermidades e suas interpretações, constituindo-se, antes, como um paradoxo terapêutico. Endurecer um modelo que, *a priori*, deveria considerar a subjectividade de cada utente, é produzir a aberração e a diferença no interior da clínica através da criação de nomenclaturas, que em vias de facto, reflectem os deslocamentos entre as referências de significados dos utentes e do saber estático do modelo médico.

O problema que se coloca na abordagem clínica é o da sobreposição dos modelos de composição cultural da doença da psiquiatria ocidental às diferenças representacionais nos universos simbólicos dos utentes; na oscilação entre estes dois pólos, em movimentos simultâneos e disrítmicos, sendo um, o utente e suas estruturas cognitivas, e o outro, a fonte de recursos para a cura, a prática terapêutica falha e pode tornar-se uma experiência negativa. Desta forma, a medicina ocidental é a própria negação das práticas terapêuticas, uma vez que disponibiliza em si mesma uma recusa a outros modelos de cura sem, no entanto, facultar ferramentas de abordagem suficientes aos seus utentes e, desta forma, produzir problemas secundários pela patologização arbitrária e precoce das populações que almeja curar. Na clínica, muitos utentes transculturais se confrontam com o despreparo e insuficiente reflexão política por parte das estruturas da instituição e pelos técnicos de saúde; os utentes imigrantes vivenciam a terapia surda que não se dá conta da dualidade entre cura e afirmação de ideologias, da presença da relação de poder contida na análise sintomática das definições psicopatológicas. Não é o propósito aqui negar a psiquiatria enquanto terapia, mas observar que dentro de sua construção específica da cura, estão envolvidas lógicas económicas e políticas que a tornam uma espécie de “carrasco” do utente transcultural. Duas são as premissas incluídas aqui: a primeira crê o hospital como o local de reafirmação da diferença pelo discurso científico; a segunda, é o possível mecanismo de controlo das populações, sobretudo em contexto migratório, em que o indivíduo se encontra submisso aos interesses maiores das sociedades industriais modernas, com a produção de racismo via institucional, sob forma humanitária, a produzir estereótipos e segregação política através do modelo biomédico (Fernando, 2002; Littlewood e Lipsedge, 1982).

A forma como a doença é sub interpretada pode ser o vector propagador do estigma e do seu uso político no controlo das populações, assim como símbolo da troca e construção da realidade social pela ciência. Kirmayer (2006) aponta três constantes na ideologia e nos interesses sociais e económicos contidos na medicina universalista, sendo: 1) a relação entre cultura e biologia; 2) a localização do processo psicológico no discurso; 3)

a globalização das práticas psiquiátricas. No entanto, apresenta contra-argumentos da crítica à psiquiatria, valorizando seu aspecto técnico no tratamento de problemas cognitivos²⁹. Sua crítica passa à antropologia, interrogando se realmente os antropólogos compreendem a internalização da cultura³⁰, a destacar que a aprendizagem e a socialização são veículos de transmissão cultural que ultrapassam os indivíduos, localizando-se no social e em formas de controlo destas informações, como a que ocorre ao nível das instituições. De todo o modo, pressupor um problema no indivíduo e nas suas relações, parte do princípio de uma condição ideal nesta comunicação, logo, a “ajuda” a que Kirmayer se refere é já a reafirmação do modelo médico biológico em forma de discurso.

1.1 “Temos Ciência”: A Hipótese que Produz a Realidade, a Realidade que é Mito

A medicina psiquiátrica moderna apoia-se na fisiopatologia e na farmacoterapia para explicar e tratar as causas dos transtornos mentais. O conceito mais frequentemente utilizado pelos médicos e manuais diagnósticos como o DSM³¹ é o “desequilíbrio químico” no cérebro «*chemical imbalance*»³², que implica a existência de baixos níveis de funcionamento nos neurotransmissores para a depressão e esquizofrenia, entre outros. Os inibidores, de forma geral, funcionam na promoção de determinados níveis satisfatórios (e constantes) nos neurotransmissores e sistema neuroquímico, sobretudo com relação à serotonina, melanina, epinefrina e dopamina. A *Monoamine Hypothesis*, como é conhecida na comunidade científica, modificou as perspectivas no tratamento

²⁹ Kirmayer leva em conta os dispositivos de controlo social da biomedicina, porém, ao partir da ideia de unidade entre natureza e cultura, e de novas descobertas na biologia sobre o funcionamento do cérebro, defende que muitas pessoas possam sofrer efectivamente de males que as impedem de um convívio interpessoal, com problemas dispostos à parte física ou cognitiva «como a aprendizagem», em que a medicina deixa de ser criticável, e passa a ajudar.

³⁰ Csordas (1994) utiliza o termo «*embodiment*» para este processo.

³¹ O DSM - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - é a “bíblia” da psiquiatria, editado e coordenado pela APA (American Psychiatric Association).

³² Este termo vem dos estudos científicos do cérebro na década de 1950, quando a classe de drogas antidepressivas *monoamine oxidase inhibitors* (MAOIs) foi descoberta como potencial medicação no tratamento psiquiátrico para “depressões atípicas”. O artigo «The Catecholamine Hypothesis of Affective Disorder», de Schildkraut (1965), foi um dos estudos que mais projecção deu à hipótese da disfunção dos neurotransmissores. Novas classes de drogas foram descobertas a partir deste ponto de partida, como as *selective-serotonin reuptake inhibitors* (SSRIs), sendo actualmente as mais usadas em casos de depressão e esquizofrenia.

psicoterapêutico, marcando o início do investimento em massa das indústrias farmacêuticas e do Estado na descoberta de novos medicamentos e categorias psicopatológicas. Desde então, não foi formulada nenhuma outra hipótese relevante na compreensão das causas da doença mental que rompesse com o panorama orgânico na comunidade científica, sendo este o contexto de crítica da antropologia médica crítica e da etnopsiquiatria.

Não há exames que possam comprovar a hipótese do *chemical imbalance* na base das desordens mentais, sobretudo pelo facto de que para a identificação de um desequilíbrio nas funções dos neurotransmissores seria necessário o prévio estabelecimento de um padrão funcional. O problema reside justamente na inexistência desta medida, dado que não pode ser cientificamente comprovada. A *Monoamine Hypothesis* é insuficiente para explicar a desordem mental, simplificando-a em uma estrutura que parte do comportamento do indivíduo para a disfunção bioquímica do corpo, a sugerir a universalidade das estruturas psicológicas e biopsicológicas dos indivíduos, descartando por completo as componentes sociais, culturais, políticas, históricas, económicas e ideológicas que marcam a medicina e sua eficácia terapêutica. Este modelo torna a doença mental como algo natural, sem ter em conta que as premissas de seu conhecimento são alvo de contradição e suposições que não podem ser provadas por testes científicos, além de possuir um grande número de efeitos colaterais³³. A *serotonin syndrome*³⁴, por exemplo, não é uma reacção aos psicofármacos, mas um sinal de intoxicação/envenenamento do organismo pelo excesso de acção da serotonina no “sistema nervoso central” e receptores de serotonina periféricos. Os resultados desta síndrome podem manifestar-se em complexas relações do organismo por conta da psicoterapia, como: confusão mental, alucinações, coma, hipertensão, tremor e, paradoxalmente, psicose, com perda de contacto com a realidade. Uma análise mais densa sugere o tom experimental das causas e curas das doenças, com riscos de efeitos colaterais elevados e a possibilidade de agravamento de caso, como a psicose na

³³ Os MAOIs, por exemplo, influenciam o catabolismo e, algumas das suas versões – como o MAO-A, podem provocar crises de hipertensão e hiperserotonémia, dependendo da ingestão combinada de alimentos que possuam tiramina (amina do queijo) e triptófano (aminoácidos essenciais). A quantidade limite alimentar para estas substâncias está ligada à quantidade de “inibidores” utilizados, sendo uma relação altamente variável entre indivíduos, e sem método de medição específico; geralmente esta definição é encontrada por “tentativa e erro”. Ver Sussman et al, 2007, *Manual de Farmacologia Psiquiátrica*.

³⁴ O Síndrome Serotoninérgico é causado pela combinação no tratamento com diferenciadas funções bioquímicas, como MAOIs «*monoamine oxidase inhibitors*» e SSRI «*selective serotonin reuptake inhibitors*» ou Levodopa (fármaco da classe antiparkinsoniana), assim como super doses de algum tipo de tratamento. Ver Sussman et al, 2007; Fennell e Hussain, 2005.

serotonin syndrome. De qualquer forma, nem mesmo os processos dos efeitos colaterais são conhecidos e passíveis de serem explicados integral e consensualmente, justamente, pelo ponto de partida, das teorias farmacológicas na psiquiatria, se basear em hipóteses não confirmadas.

A visão simplista e problemática da doença como disfunção do organismo é a mais utilizada actualmente, apesar de apontar para uma insuficiência na prática terapêutica e no bem-estar do utente, ainda mais evidente no contexto transcultural e da imigração.

As maiores promotoras da base bioquímica na psiquiatria são as casas farmacêuticas³⁵, que continuam progressivamente a indicar seus remédios “inibidores” como correctores deste suposto desequilíbrio, apontando sempre uma data próxima em que a cura das doenças mentais irá acontecer através da ciência.

A psiquiatria é uma “ projecção ” mais do que uma ciência, onde possivelmente se transporta o utente para a nomenclatura médica da doença mental através do terapeuta, via imagem afirmada de um saber que distingue o funcionamento do corpo e seus critérios de anormalidade. Ligar a psicopatologia ao comportamento e modo de vida dos indivíduos, é então seguir em busca da sua causa orgânica, significando isso, encontrar um discurso de legitimação do saber médico em sobreposição à sua actuação moral e de controlo. Dois paradoxos se instauram durante o tratamento e na relação com o utente: o primeiro, deve-se à instabilidade da lógica e moral dos modelos médicos, que mudam ao longo do tempo, modificando os comportamentos nas categorias médicas e no âmbito do saudável ou não saudável; o segundo, surge pela implicação dos usos políticos e sociais aos quais o tratamento pode servir³⁶.

Diferentes autores salientaram, por um lado, a continua mudança de categorias e parâmetros de “normalidade” na evolução históricas dos manuais psiquiátricos³⁷, por outro, a capacidade destas categorias – porquanto mutáveis e condicionadas por factores económicos e políticos – de moldar e modificar o comportamento e a mesma subjectividade das pessoas (entre outros, Hacking, 1995).

Modificar o comportamento e a forma de pensar foi um dos objectivos – para dar um exemplo – do projecto efectuado desde o Séc. XIX, mais concretamente com os estudos

³⁵ Para mais, ver Kleinman e Petryana, 2006:1-5.

³⁶ Ver Ron Leifer, 2001.

³⁷ Para uma apresentação sistemática destas mudanças, ver Pessotti, 1999; Kirk e Kutchins, 1997; entre outros.

comportamentais da psique com Ivan Pavlov³⁸, inspirado na obra de Wilhelm Wundt. O *behaviorism* nasce da crença de controlo do comportamento através do treino do indivíduo por uma acção repetitiva, que visa resignificar seus actos e relação entre a mente, o mundo e os objectos. John Watson e, posteriormente, Burrhus Frederic Skinner foram influenciados por estas heranças. O conceito de “condição operacional” de Skinner reforçava a crença de que, ao oferecer condições e estímulos progressivos a animais, poder-se-ia ensiná-los a fazer tarefas nunca antes atribuídas à sua condição. Um exemplo desta aplicação foi a “caixa de Skinner”, onde os animais eram expostos ao controlo do ambiente interno como a pressão do ar, luz, humidade, e diferentes estímulos para cada pedido de resposta; posteriormente, esta técnica foi aplicada a crianças, para resolver questões complexas acerca do modo como tais teorias poderiam ser socialmente (e politicamente) utilizadas. Com um século de experiências, finalmente na psiquiatria moderna, estas teorias de controlo do corpo concretizaram seus objectivos iniciais de modificação do comportamento humano para suprimir necessidades económicas e sociais.

As técnicas de controlo de comportamentos, as retóricas da “limpeza social” e a implantação do racionalismo, num período histórico de expansão capitalista internacional, procuraram a produção de indivíduos adequados às necessidades dos projectos de desenvolvimento nacional. As influências tardias de Francis Galton³⁹ fomentavam a criação de grupos eugénicos. A partir das técnicas de Pavlov, psiquiatras desenvolveram a ETC (Electroconvulsoterapia), cujo objectivo se baseava na intervenção ao nível da perspectiva comportamental do controlo do corpo através de

³⁸ Wundt propôs pela primeira vez no cenário científico a ideia de que o funcionamento do cérebro pudesse ter uma componente química, que ao ser descoberta, proporcionaria a interacção entre ciência e mudança do comportamento humano; Pavlov inspirou-se na obra de Wundt, adaptando suas experiências de controlo do corpo através de estímulos eléctricos. Os seus testes foram efectuados em animais e crianças, pois, acreditavam na aprendizagem como marco na separação entre o homem e o animal, descartando experimentações em adultos, uma vez que a socialização os condicionaria nas respostas a tais estímulos. Através dos estímulos eléctricos, tentavam ensinar novas formas de interacção entre as coisas (e seus respectivos valores simbólicos) e as emoções da cobaia, como as sensações de fome e os reflexos físicos da salivação de cães e crianças.

³⁹ Antropólogo, físico e geógrafo, foi um marco no movimento eugénico, com a inovação da aplicação de questionários e estatísticas em correlações de diferenças entre indivíduos e comunidades, a fim de alimentar teorias baseadas na antropometria. Acreditava que os indivíduos que possuíssem melhores condições genéticas, melhor saúde, beleza física e poder de pensamento, deveriam possuir melhores condições de vida do que os portadores de genes “pobres”. A colocação social nestes preceitos incitava atitudes protectionistas por parte dos portadores de boas qualidades genéticas, já que Galton acreditava que a reprodução destes seria menos rápida do que a proliferação de pessoas com baixa qualidade genética. O crescimento da eugenia apostou nas soluções médicas, que acabaram por ser a base dos movimentos de esterilização dos que julgavam “inferiores”, como pessoas com problemas mentais e má formação física. Para mais sobre Galton, ver: Gillham, 2001.

estímulos eléctricos e, assim, isolar os indivíduos inadequados socialmente, com experimentações que um dia poderiam sugerir formas de “cura” a tais inaptidões (Ferla, 2005). Somente após a década de 1950, com o pós-guerra, as técnicas alienistas e da psiquiatria da época deixaram de bastar à intervenção manicomial. Neste período, o crescimento das casas farmacêuticas (Kleinman e Petryana, 2006), seguia dois caminhos: o primeiro avançava na internacionalização do mercado farmacológico, com os lucros voltados para novos territórios de comercialização de medicamentos; o segundo remetia à solidificação de tal expansão, com as pesquisas crescentes na área bioquímica a justificarem a resposta farmacológica. Em síntese, a ligação entre experimentações, “tipologias de indivíduos” e grupos, e as componentes orgânicas, bioquímicas e patológicas, são claramente circunscritas às necessidades e influências maiores, num período que pretendia a legitimação da intervenção médico-psiquiátrica na manutenção de interesses sociopolíticos.

1.2. Como Nasce o Desvio

Patologizar comportamentos, formas de se expressar, crenças, ideais de vida, prevalência de desordens por origem, aspectos culturais, étnicos e religiosos, são formas modernas de apreender o “outro” no jogo da desordem orgânica e da detenção da cura por um saber que se pretende absoluto. Se historicamente podemos ver a patologização e a “despatologização” de grupos e comportamentos como formas de resposta a interesses localizados, o encontro clínico transcultural em nada difere desta lógica, com diagnósticos que podem prejudicar pessoas deslocadas de suas origens pela perspectiva estigmatizadora do estatuto de imigrante.

Enquanto saber legitimado, a ciência médica produz discursos que efectivamente podem reproduzir e resignificar a realidade social e política de comportamentos, em geral pela dicotomia entre saúde e doença. As desordens mais significativas na psicopatologia, desde o DSM-III, são exemplos da entrada e saída de comportamentos das concepções sintomáticas das doenças mentais, denotando o modo como os fenómenos sociais são inconstantes na sua valorização histórica pelo saber médico⁴⁰. A psicopatologia, então,

⁴⁰ Enquanto a homossexualidade deixa os manuais internacionais de psicopatologia na década de 1970, pela contestação dos movimentos *gays* (sobretudo em São Francisco), a depressão, que não era tratada em termos patológicos até a década de 1950 (ver Conrad e Schneider, 1981; Kirk e Kutchins, 1997), e a *Post*

mais do que uma descoberta científica, reflecte seu teor político de observação e controlo populacional pela sistematização da vida quotidiana e dos problemas sociais pelo modelo médico. Substituir realidades em novas categorias psicopatológicas pode servir a modelos macroeconómicos pela movimentação financeira representada (maioritariamente) pelas indústrias farmacêuticas⁴¹, para a formatação social de indivíduos dóceis politicamente, processo ao qual Conrad e Schneider (1981) denominam por «*politics of reality*».

Conceber um “mal”, um “inimigo”, ao qual a sociedade deve sensibilizar-se e combater, foi no que se converteu o discurso “diplomático” da criação da diferença e da apreensão do “outro” via humanitarismo e argumentação de uma sociedade racional, feliz e sem problemas. Se interesses hegemónicos já não podem utilizar-se das estruturas do estado/institucionais de forma explícita, sob pena de acusação de segregação pela diferença, encontra-se, então, no símbolo de evolução atribuído à ciência, o percurso “politicamente correcto” para a submissão do “outro” através da desordem mental no âmbito dos comportamentos e emoções. Se por um lado o hospital moderno ganha tons humanitários de inserção social dos imigrantes, por outro transforma os seus utentes de acordo com as estruturas sociais legitimadas, ou seja, em consumidores de psicofármacos (peças fundamentais para o crescimento económico e acumulação de lucros fabulosos pelas empresas farmacêuticas), sem a necessidade de alteração dos direitos de “ir e vir”, como nos antigos modelos institucionais asilares. Aplicada à esfera da imigração e ao controlo populacional na clínica psiquiátrica transcultural, este processo aponta para um melhor entendimento da relação entre “drogas” e estratégias de tratamento, cujas consequências vão além do corpo do indivíduo, a afectarem e remodelarem relações interpessoais, familiares, e a vida em comunidade sob o controlo do Estado, traduzem-se em modificações de inclusão e exclusão de categorias e comportamentos no âmbito do sistema de saúde mental. A exploração da experiência da saúde e da aflição de minorias e grupos marginalizados demonstra como a indústria farmacêutica e modelos de consumo estão interrelacionados, em especial pela legitimação das drogas e categorias descobertas pelos estudos epidemiológicos (promovidos pelas mesmas indústrias farmacêuticas), cujos parâmetros são, muitas

Traumatic Stress Disorder, na década de 1970 (pelos interesses dos familiares dos soldados do pós-guerra do Vietname em receber subsídios dos seguros de saúde nos EUA; ver: Young, 1995), entram respectivamente em tais manuais como categorias diagnósticas e, portanto, sujeitas a intervenção médica.

⁴¹ Para mais, ver Kleinman e Petryana, 2006; Kirmayer, 2002.

vezes, friamente direccionados a determinados resultados⁴². O contexto de intimidade de múltiplos factores como o conhecimento científico, modelos capitalistas (lucro), estratégias de medicalização, e controlo social do desvio e das populações, são pontos de apoio da relação vertical assumida pela indústria farmacêutica enquanto protagonista moderna da criação e transformação da moral e aspectos políticos da experiência. “Sofrimento dos migrantes”, aflição, necessidade, miséria, marginalidade, etc., são controlados através da psiquiatria organicista.

As “redes” envolvidas neste processo são complexas e englobam a legitimação de conceitos de felicidade e aflição mecanizados por manuais de psicopatologia, a criarem uma espécie de “ecologia” entre as “novas” necessidades do quotidiano e dos contextos políticos da migração, com metodologias que lhes atribuem a necessidade de intervenção clínica. O indivíduo, desta forma, é preso num ciclo que transforma as concepções de suas emoções e pensamentos, assim como torna real a necessidade e o desejo de respostas terapêuticas (por si próprio, ou pela pressão da sociedade). Neste sentido, Conrad e Schneider (1981) apresentam a cognição, moral e instituição, como três grandes dimensões essenciais para a produção dos comportamentos entre o “saudável” e o “doentio”, equiparando-as respectivamente à cultura, sociedade e poder. O doente não é um criminoso, tão pouco responsável pela sua *disease*, porém, pressionado socialmente a tratar-se, a entregar-se a um grupo de técnicos que detêm o conhecimento sobre o que se passa em seu corpo/mente, a indicar o caminho a sanar suas necessidades.

Existe um ciclo auto-sustentável do poder da trilogia a que Conrad e Schneider se referem, dado que a incapacitação, estigma, doença e a correcção do indivíduo, fortalecem o poder institucional e a crença na realidade que este mesmo poder criou. Investimentos privados e estatais em *R&D (Research and Development)* na farmacologia e na psicopatologia são elevados, trabalhados discursivamente quanto à sua credibilidade social sob a perspectiva de “isenção política” dos utentes a cada movimento de “novas descobertas” da psiquiatria. Há um factor político-moral que sublinha a imagem do tratamento do doente como acção humanitária que, por sua vez, é subtilmente determinada pelas influências da economia. A depressão, por exemplo, refere-se a uma série de componentes na vida social e profissional com pressupostos de eficácia, produtividade, felicidade, e afins⁴³, ou seja, a um indivíduo sem controlo sobre

⁴² Ver Fernando, 1984, 2002; Kleinman e Petryana, 2006.

⁴³ Kleinman e Petryana, 2006.

si e com progressiva precariedade nas relações sociais e do trabalho. Kleinman aponta a propaganda como máquina impulsionadora do mercado multi-bilionário das vendas de psicofármacos. A imagem da felicidade conquistada através da terapia (combinada aos fármacos) é a “via mágica” da construção do “bem-estar”, baseado na melhoria de aspectos da vida, com interpretações ideais acerca da felicidade e do convívio social, âmbito profissional, familiar e etc.

Laurence Kirmayer (2002) (a este respeito) fala sobre uma «monocultura global da felicidade», na qual todos somos empenhados em possuir boas condições de vida, com ausência de dor física e psicológica e, assim, tornarmo-nos capazes de adquirir a maior quantidade possível de bens de consumo. Em sua perspectiva, a indústria farmacêutica exercita uma forte influência entre os psiquiatras e técnicos de saúde, na orientação das práticas terapêuticas, pesquisas e debates acerca de questões éticas sobre as prescrições dos fármacos:

Millions of dollars are spent on advertising, gifts and salespeople who convince to prescribe newer more costly medications in favor of genetic compounds often on specious grounds (...) more insidiously, the pharmaceutical industry has become the major source of funds of clinical trials of new treatments for psychiatric disorders (Kirmayer, 2002: 315).

Relativamente à dependência política do saber médico, as concepções do comportamento e suas forças hegemônicas - como forma de estabelecimento de critérios - são evidentes sob a perspectiva histórica. A possível conversão de expressões religiosas, culturais, etc., na análise sintomatológica e, conseqüentemente, à disposição para serem medicalizadas, é exemplo da reinvenção da realidade pela medicina universalista no confronto com o outro. A doença possui uma determinante política no espaço-tempo.

A *drapetomania*⁴⁴ foi considerada uma doença mental dos escravos negros, pelo psiquiatra Norte-Americano Samuel Cartwright em 1851, que consistiria numa vontade incontrolável dos escravos em fugir aos seus Senhores. As fugas eram interpretadas como o não desejo de trabalhar dos escravos, com alusões de Cartwright à sua particular interpretação da Bíblia, onde estaria expressa a submissão dos escravos aos Senhores através do trabalho. A *drapetomania* ocorreria em consequência das ações dos

⁴⁴ Literalmente “Mania de Correr/Doença de correr”; ver: Cartwright (1851) “*Disease and Peculiarities of the Negro Race*”. Para mais informações sobre a *Drapetomania* e a *Dysaesthesia Aethiopica*, ver também: Pussetti, 2006.

Senhores que mantinham relações “familiares” com seus escravos, tratando-os como amigos ou com traços de intimidade. Também elaborou a *Dysaesthesia Aethiopica*, doença peculiar à “raça” negra, marcada pela “*estupidez da mente e insensibilidade dos nervos*” como limitação intelectual. A sua manifestação seria a de pessoas “*meio a dormir*”, que no entanto conseguiriam manter-se acordadas, como “*máquinas vivas*”; os sintomas de doença eram a insónia e a rebeldia. Os negros doentes destruíam coisas e maltratavam os cavalos e, ao serem punidos, pareciam insensíveis à dor, sem grandes motivos. Cartwright defendia a diferença desta doença mental perante todas as outras, uma vez que carregaria signos físicos pela cor da pele (de entre outras marcas no corpo típicas dos negros) delatando a relação entre sintomatologia e o estado mental do indivíduo. Esta doença seria mais comum entre negros livres do que em trabalhadores nas plantações. Mas, de toda a forma, todos os negros possuiriam esta doença em diferentes proporções. A cura para ambas as doenças estava em grandes quantidades de trabalho e boas aplicações de açoite, como forma de lhes expulsar o demónio e acalmá-los.

O *negroidism*, de mesma forma, foi descoberto e defendido pelo Dr. Benjamin Rush⁴⁵ também no Séc. XIX, afirmando que a cor negra da pele seria um sinal de doença hereditária na população Afro-americana. A cura estava na transformação da pele na cor branca. Por este motivo a tirania dos brancos deveria ser contida, a “*não acarretarem mais problemas a estas pessoas além de sua enfermidade*”; igualmente advertia que negros e brancos não deveriam casar-se para não infectarem a prole.

Ou seja, com estes exemplos fica claro que a nosologia e a prática médica não são autonomas ou independentes do contexto socio-político em que são produzidas e aplicadas e, mais do que isso, servem para o fortalecimento das relações de poder em vigor. Rever a genealogia de determinadas doenças torna-se importante para compreender e evidenciar as componentes actuais do encontro clínico transcultural, cujas distorções terapêuticas nem sempre são mais claras do que o legitimado discurso positivista da psiquiatria moderna. Se já é possível observar alguma diferença na abordagem da etnopsiquiatria, como teorizada e praticada na Europa – a começar por Devereux – a psiquiatria transcultural norte-americana continua a reproduzir os mesmos pressupostos imperialistas da psiquiatria da época colonial, propondo-se como a única ciência universalmente válida dos comportamentos humanos, capaz portanto de

⁴⁵ Psiquiatra, educador, escritor e humanista. Rush foi considerado o pai da psiquiatria nos EUA.

atravessar as culturas e de classificar os sintomas e as experiências dos “outros” de acordo com suas categorias diagnósticas. Beneduce (1998) fala explicitamente do imperialismo cultural e da “colonização cultural” exercitados através do emprego das categorias da psiquiatria ocidental (e norte-americana, em particular), em nome de uma suposta “universalidade” das doenças mentais e – por consequência - das categorias diagnósticas da psiquiatria.

O universalismo é a base da abordagem psiquiátrica ocidental, com as premissas de que uma prática pode ser vista para além de si mesma, com uma explicação científica sobre as condições psíquicas que a motivam, independentemente do contexto em que se manifestam; um exemplo é a popularidade do conceito de “trauma” como algo que pode conduzir directamente a uma patologia. Mais do que uma mera ciência, o saber em questão enquadra-se (igualmente) como um mecanismo “ocidentalizante”, constituído por valores morais e ideológicos que se pretendem em expansão pela valorização de novos campos de fragilidade, com tendências a processos maiores, como o uso político da “*psicologização dos problemas sociais*” (Pupavac, 2004).

Formas de configuração recentes nas instituições psiquiátricas apontam para um carácter humanístico a ser aplicado crescentemente como base de remodelação. Se por um lado o modelo manicomial sofreu alterações (em teoria)⁴⁶, pelo menos, no que diz respeito à Europa ocidental e Estados Unidos, a clínica está longe de abandonar uma perspectiva biológica, na qual se converteu a confluência da psicanálise e psicoterapia; pelo contrário, a desconstrução de categorias avaliativas demonstra o percurso de “re-biologização” ou “neo-kraepelinismo” da técnica terapêutica. Tanto na psiquiatria transcultural como na etnopsiquiatria, as abordagens efectuadas encontram-se afastadas das formas ideais de confronto entre problemáticas “culturais”, deslocamento geográfico, formas hegemónicas de saberes e ideologias das ciências e a experiência individual, transformando as múltiplas formas de vivência humana em estáticas interpretações através de manuais psicopatológicos (catalogando as performances da cultura), e em estereótipos dos actores terapêuticos. A centralização maciça da psiquiatria na vertente biológica negligencia aspectos psicossociais das chamadas “*mental disorders*”.

⁴⁶ Ver a conclusão deste trabalho.

1.3. Um Dito Popular, Um Reflexo Empírico: A Regra dos “Três p’s”⁴⁷

Entre 2002 e 2003 estive em trabalho de campo em local distante de onde se encontra o campo de investigação actual. Não poderia imaginar, naquela altura, que uma Iniciação Científica no 2º ano de graduação, acerca do movimento nacional Anti-psiquiátrico no Brasil, pudesse (naturalmente) acabar por decidir o campo teórico em que iria permanecer tempos depois. A sedução pela pesquisa, de início, focava-se em acompanhar o que significariam as novas medidas do Governo Brasileiro (promovidas timidamente pelas influências tardias da Lei Basaglia, na Itália), seus efeitos práticos nos hospitais psiquiátricos, processos de adaptação às diferenças de contexto entre o modelo italiano e brasileiro, escolhas de infra-estruturas e, finalmente, como todo este processo funcionaria no seio do caos representado pelo (SUS)⁴⁸, a cujo processo estava estritamente submetido.

O estudo foi feito na Grande São Paulo, mais precisamente na cidade de Franco da Rocha, conhecida, em extensa região, como a “cidade dos loucos”. Trata-se de um local que, por quase toda a sua existência, ficou à mercê das políticas do Estado pelo resguardo de diversas instituições de “correção”, com uma economia estritamente localizada, onde tudo possuía sempre uma ligação circunscrita à cidade, directa ou indirectamente com o dinheiro público, proveniente da manutenção destas instituições; com um precário desenvolvimento local, apesar de sua grande extensão territorial, realçado pela conexão com a megametrópole São Paulo, sem infra-estruturas mínimas de concorrência económica.

⁴⁷ A intenção de estabelecer uma ponte entre o campo analisado nesta tese e um trabalho anterior, na área da psiquiatria, mas que ocorrera num contexto consideravelmente diferente, pretende reforçar os artifícios locais de intervenção política da clínica psiquiátrica em diferentes contextos. Não se trata de transpor uma análise de um caso brasileiro para contexto português, mas correlacionar as possíveis tecnologias de exclusão pelas instituições de correção e de administração do corpo e dos comportamentos de grupos e as respectivas “soluções” e alvos de aplicação de saberes científicos a problemáticas políticas das populações.

As descrições reflectem meramente uma contextualização para o leitor se situar e comparar realidades. O caso mencionado demonstra a íntima ligação entre a “clientela” das instituições brasileiras, através de um hospital que pode ser tratado como uma referência da condição brasileira na área da psiquiatria, revelando a própria resposta da população (através da formação de um dito popular – a regra dos 3 P’s) e a possível analogia aos processos de exclusão institucionalizada que, ao que tudo indica, está também presente nesta área em Portugal, sobretudo no caso da Transcultural.

⁴⁸ O SUS (Sistema Único de Saúde) foi criado pela Constituição Federal de 1988, almejando ampliar o acesso ao sistema de saúde a toda a população nacional. O INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social), ao qual o SUS se substituiu, reservava o acesso médico somente a contribuintes da Previdência Social, destinando as estruturas de saúde apenas aos trabalhadores registados. O resto da população deveria procurar atendimento nos centros de filantropia.

O hospital em questão, símbolo um tanto sombrio da cidade, foi o Juqueri, um dos maiores Hospitais Psiquiátricos do país, cuja história se encontra repleta de períodos distintos, épocas magnas, usos políticos, palco de tragédias e decadência, e ícone da luta Antimanicomial, como o exemplo do que *não* deve ser um Hospital Psiquiátrico. Outrora, no primeiro quarto do séc. XX, o Juqueri foi exemplo de pesquisas pioneiras na área psiquiátrica, referência mundial em desenvolvimento de técnicas terapêuticas, reflexo de tentativas do Estado em implantar projectos modernistas/científicos e planos progressistas do desenvolvimento da nação.

Após crises económicas internacionais, desvalorização do câmbio e do valor de produtos agrícolas para exportação, aumento da dívida pública, entre outros factores políticos mais específicos, o Juqueri tornou-se, literalmente, um “depósito de pessoas”. A época áurea reflectia-se agora na decadência da sua estrutura e falta de médicos, cessação de pesquisas, e taxas de mortalidade intra-hospitalar que abeiravam os 90% (apesar de grandes variações ao longo do tempo) e que perduraram da década de 1960 até ao processo de desospitalização, iniciado na primeira metade da década de 1990.

No início do ano 2000, Franco da Rocha abrigava uma casa de detenção e correcção para menores infractores (FEBEM - Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor), uma Casa de Detenção, o Hospital Psiquiátrico do Juqueri, e o Manicómio Judiciário de Franco da Rocha, destinado aos portadores de doenças mentais que tivessem cometido alguma infracção perante a lei, tornando-se uma das cidades detentoras do maior número de instituições deste tipo e, conseqüentemente, injeccão de verbas públicas por habitante (total de 170.000 habitantes, na época de realização do trabalho de campo).

Apesar da reforma psiquiátrica, assumida oficialmente através da Declaração de Caracas⁴⁹, assinada em 1990, suportavam-se interesses económicos secundários; Uma privatização continuada da saúde mental no Brasil decorreria desde então, vindo a entregar grande parte da função hospitalar/psiquiátrica/pública a clínicas particulares e reencaminhando gastos públicos e privados a estas entidades, as quais acabaram por assumir uma parcela considerável de ex-internos (e de novos internos) que já não poderiam estar em regime fechado, de acordo com a reforma psiquiátrica promovida pelo Ministério Federal da Saúde.

⁴⁹ A Declaração de Caracas pretendia a equidade social pela defesa dos direitos de portadores de doenças mentais, a promoção de inclusão socioeconómica e campanhas de quebra de estigma dos utentes frente ao imaginário popular e repulsa social (ao longo de toda a América do Sul).

O projecto inicial, apontado nos autos sob Lei Federal de Reforma Psiquiátrica nº 10.216/Abril 2001, que estipulava um prazo de até 5 anos para a construção de toda a “Rede Nacional de Trabalhos Substitutivos” aos Hospitais Psiquiátricos, foi constantemente alterado, abrindo espaço para que este processo se tornasse longo e moroso. A uniformidade na prestação de serviços dos Hospitais aos pacientes⁵⁰ foi mera ilusão; Tão pouco foi promovido um trabalho maciço na sociedade para desvincular mitos e imaginários sobre a perigosidade e incapacidade supostamente inerentes à “loucura”.

Os períodos de decadência do Juqueri, que conferiram a Franco da Rocha a alcunha (ou estigma) de “cidade dos loucos”, assim como a frase dos internos na recepção dos “novos companheiros”, e para descrever o ritmo de suas vidas após a entrada no complexo hospitalar: “Um inferno, onde quem entra só sai morto!”, ultrapassou explicitamente as fronteiras de sua proposta inicial como centro de estudos de referência de desordens mentais.

Em 1991, o Hospital foi denunciado pela existência de um cemitério clandestino. A perícia do Estado descobriu corpos, mas as investigações foram interrompidas, aparentemente sem justificativas. O cenário político tão pouco era favorável. Neste mesmo ano, o então Presidente Fernando Collor confrontava-se com as consequências da abertura económica do país às importações e ao mercado externo, que provocaram falências generalizadas do universo empresarial nacional. A elite económica (por outro lado) tentava a qualquer custo obter lucros com o início do Programa Nacional de Desestatização de empresas e, dadas as denúncias de corrupção e desvio de verbas públicas no governo, instaurava-se lentamente o processo de *impeachment* do Presidente. Factores múltiplos se misturavam no contexto político. O almejado momento e expectativas das eleições do primeiro Presidente pelo voto directo do eleitorado pós Ditadura Militar, contrastava com os escândalos de corrupção; Nesta altura, a elite e a classe média estavam preocupadas com o seu dinheiro retido nos bancos pelos Cofres Públicos; uma nova crise económica que se apresentava, a tal ponto, que a moeda se desvalorizava sem freios, e remetia a décadas anteriores mega-inflacionadas. No panorama desta situação, a classe média estava demasiada eufórica para poder concentrar-se em (mais uma) denúncia sobre um Hospital Psiquiátrico.

⁵⁰ Como no Brasil se utiliza a palavra “paciente”, tratando este capítulo do estudo de campo anterior à transcultural, mantêm-se aqui esta nomenclatura.

Em 1998, foram retomadas as investigações no cemitério clandestino do Juqueri, motivadas por uma segunda denúncia sustentada nas possíveis dimensões do cemitério, manifestada pelo “Movimento Nacional de Luta Antimanicomial”, que ganhava força enquanto o cenário político se estabilizava.

De facto, nem todos os corpos foram investigados (já que muitas covas possuíam mais de cinco destes, além de pedaços de outros corpos humanos); constatou-se após análise de algumas arcadas dentárias, tratarem-se não só de pacientes, cujas causas da morte diferiam dos processos de óbito do hospital, mas também presos políticos da Ditadura Militar, que teriam sido internados como indigentes depois de “desaparecerem” no espaço/tempo, de um dia para o outro. O Estado Autoritário beneficiou do estigma social da loucura e do esquecimento desta população diante o posicionamento apático da sociedade civil.

O acto intitulado “Cemitério Psiquiátrico Clandestino” foi apresentado à Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo, movido pelo movimento Antimanicomial, que apontava a provável existência de 30.000 covas ao longo do território nacional, escondidas em manicómios e hospitais. Em 2003, após o caso Juqueri, foi a vez da descoberta de um cemitério clandestino na Colónia Psiquiátrica Santana, no estado de Santa Catarina, no sul do Brasil, com mais de 1.000 covas (contendo, em média, 4 a 5 corpos cada) com ex-pacientes.

O Movimento Nacional da Luta Antimanicomial classificou a história da psiquiatria institucional no Brasil como “Holocausto Psiquiátrico Brasileiro”, sob a estimativa de cerca de 300.000 pessoas desaparecidas ou mortas, em menos de um século, nas instituições hospitalares/psiquiátricas, assim como deixaram em estado vegetativo (ou inválidos) outros 300.000⁵¹. Existem registos (no Juqueri) de uso ilegal de ECT (Electroconvulsoterapia) com menos de 10 anos. Pelos 453 Hospitais Psiquiátricos espalhados pelo território nacional⁵², algumas médias de internamentos ter-se-ão aproximado a 600.000 por ano⁵³. O Brasil representava o maior “parque manicomial do mundo”, a movimentar cerca de US\$ 1.000.000.000⁵⁴ (mil milhões de dólares) por ano

⁵¹ Para mais informações sobre os números de vítimas e depoimentos acerca do Juqueri, ver: <http://www.midiaindependente.org/en/blue/2003/10/265177.shtml>.

⁵² Número anterior ao início da reforma psiquiátrica.

⁵³ Não existem dados oficiais que considerem longos períodos históricos de internamentos. Os números apresentados aqui, são baseados em estudos do Movimento da Luta Antimanicomial no Brasil, e defendidos por um ex-interno manicomial chamado Austregésilo Carrano Bueno, um dos principais ícones da Luta Antimanicomial, actualmente. A elevada taxa de internamentos referida é específica a alguns anos das décadas de 70, 80 e 1990, ainda reflexos do mecanismo utilizado pela ditadura militar.

⁵⁴ Bueno, 2004.

em psicofármacos e custos de internamentos, até ao início da década de 1990, sendo este o sector que mais consumia verbas públicas entre os gastos totais da área da Saúde. O perfil “clássico” do interno, no Juqueri, era o de uma pessoa de “classe baixa”, proletariado suburbano, com pouca captação de renda ou desempregado, afro-descendente e/ou traços indígenas, adepto de religiões afro-brasileiras, indígenas ou espíritas, com baixo grau escolar, alcoólico e/ou toxicodependente, com maior taxa de patologias em indivíduos do género feminino⁵⁵. Este perfil é meramente genérico e nada exclusivo de instituições psiquiátricas. De acordo com as características da população utilizadora dos serviços das “instituições totais” (Goffman, 2001) brasileiras, popularizou-se a expressão “3 P’s”, significando: locais criados (e destinados somente) para “Pobres, Pretos e Putas”. A ridicularização expressa nesta expressão popular é conforme às estatísticas produzidas pelo Ministério da Saúde e pelo Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, assim como também é facilmente identificável em trabalhos de campo nos Hospitais Psiquiátricos e Prisões no Brasil⁵⁶.

O que até hoje foi evidentemente racismo institucional, controle de Estado e interesses económicos, com reforços de desigualdades históricas e legados pós-coloniais, repousa confortavelmente nos braços da lentidão legislativa e reaccionarismo na América Latina. Nunca na história Forense no Brasil ocorreram indemnizações ou causas jurídicas (relevantes) ganhas por erro e irresponsabilidade médica/psiquiátrica⁵⁷.

Transportar o contexto do campo anterior para o actual pode converter-se em mais-valia. Se por um mero exercício evitarmos empregar abordagens fortemente desconstrutivistas na análise institucional, deixando o hospital e os modelos psiquiátricos livres, poderíamos observar as suas tecnologias e “localismos” políticos e histórico-económicos, como propulsores de mediações específicas do acto terapêutico. Estabelecer paralelos entre as problemáticas de diferentes contextos denota a produção hierárquica da diferença em processos distintos, porém, equivalentes e presentes à função política de controlo das populações exercida pela clínica. Se encontramos a regra dos “3 P’s” no Brasil, poder-se-ia transportá-la (salvas abruptas diferenças) ao contexto

⁵⁵ Em 1995, Carla Garcia escreveu “Ovelhas na Névoa”, fruto de trabalho de campo de 2 anos com entrevistas a mulheres e arquivos nos Hospitais Psiquiátricos em São Paulo, constatando que à medida que o género estava exposto, sintomatologias idênticas entre homem e mulheres, como compulsão e depressão, proporcionavam diagnósticos diferenciados, sugerindo medidas institucionais mais duras para a mulher.

⁵⁶ Para mais, ver: Garcia, 1995.

⁵⁷ Bueno, 2004.

português com a clínica Transcultural, cujas relações terapêuticas com os pacientes representam, em maior parte, a apreensão de imigrantes negros, pobres, ilegais, com baixa renda e recursos à integração socioeconómica no local de acolhimento, etc., numa conversão alusiva dos “3 P’s” à regra do PPI: “Pretos, Pobres e Imigrantes”. Se no Brasil ainda encontramos um sistema asilar manicomial muito presente e, por contraposição, observamos a clínica moderna a instalar-se em Portugal, chegamos à conclusão de que esta, por sua vez, representa uma performance discursiva de tratamento, o que se traduz na prática, em duas variações dos mesmos mecanismos de poder.

2. Psiquiatria, Imigração e Racismo Institucional: Um Estudo de Caso

A Transcultural foi criada como núcleo profissional e de pesquisa na segunda metade da década de 1990, em Lisboa, sediada num hospital de média dimensão da capital⁵⁸. A motivação básica surgiu da experiência do Psiquiatra-chefe do serviço⁵⁹, português, formado em psiquiatria na década de 1960, e que após fazer residência num hospital de Lisboa, foi enviado a uma (então) colónia portuguesa, onde permaneceu cerca de uma década. Durante este período trabalhou num hospital público no sector psiquiátrico, em geral, a atender a população local, entre alguns poucos portugueses trabalhadores do serviço público. As consultas possuíam grande peculiaridade, sendo que o Psiquiatra-chefe relatava as dificuldades linguísticas no trabalho “...*eu não falava a língua local, enquanto a maior parte dos meus pacientes não falavam português*.”. Em muitas consultas foram utilizados intérpretes, que esbarravam na precariedade das traduções por falta de mão-de-obra especializada, assim como faziam perceber que muitas explicações e emoções não poderiam ser traduzidas a um equivalente em português. O Psiquiatra-chefe encontrou nas relações semânticas uma diferença na forma de

⁵⁸ Apesar de dados específicos (nomes e datas) serem, muitas vezes, fundamentais, foi escolhido não os apresentar, a fim de evitar o reconhecimento das instituições e dos envolvidos neste projecto hospitalar.

⁵⁹ Daqui em diante, as referências a este profissional serão explicitadas pelo pseudónimo “Psiquiatra-chefe”.

experimentalizar a doença entre “portugueses” e “autóctones”, passando a investigar as questões culturais na psiquiatria, baseando-se em casos clínicos que acompanhava.

Ao voltar a Portugal, na década de 1990, descreve ter encontrado o país com fortes mudanças políticas e sociais, transformado de local de emigração em local de imigração. Os contrastes nos hospitais públicos, com utentes que não falavam português, a serem atendidos sem a localização exacta de seus problemas, fizeram decidi-lo pela abertura de um projecto de formação transcultural para técnicos de saúde num hospital da capital. A sua actuação não pareceu muito relevante para os próprios técnicos de saúde (de acordo com entrevistas concedidas), e a promoção de outro tipo de tratamento a imigrantes não surtiu algum efeito ao longo de anos. Somente após uma década, foi criada uma associação, objectivando dar a conhecer o seu trabalho e ampliar a participação de profissionais de outras áreas, para a criação de uma equipa transdisciplinar. Depois de algum tempo, a direcção do hospital autorizou a consulta especializada na área transcultural, que visava separar os utentes gerais dos imigrantes, favorecendo o tratamento através de uma perspectiva cultural da psiquiatria.

O grupo tinha, então, cerca de nove profissionais permanentes, sendo três psiquiatras, três psicólogos, dois postos para antropólogos (ocupados por diferentes profissionais que entravam e saíam) e um enfermeiro, cujo trabalho se articulava “*em sensibilizar as pessoas no hospital para as diferenças culturais na clínica*”, de acordo com o relato do Psiquiatra-chefe em entrevista realizada em Fevereiro de 2007.

“A experiência e a vivência da transculturalidade não poderia ter sido mais intensa ou permanente e duradoura do que realmente foram os anos que residi naquele peculiar território, onde outras realidades foram vividas, para além das até aqui registadas. Os locais eram pessoas reservadas em áreas diversas das dos ocidentais, no que à intimidade ou privacidade dizem respeito. Eram relutantes em falar com estranhos, gostavam pouco de falar sobre si mesmos, dando preferência a falar em realizações de grupo. Certos conceitos culturais acerca de regras de comportamento são transmitidos duma geração a outra através de expressões como “ser paciente”, “ter resignação”. Tudo isso me levou a me interessar pela abordagem transcultural”.

2.1. A Clínica da “Transcultural”⁶⁰

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

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

Os termos técnicos e as selecções bibliográficas eram rapidamente abandonados, e as discussões mantinham-se em tom muito informal, com opiniões superficiais e extremamente pessoais sobre a psiquiatria, clínica e imigração, que em nada se assemelhavam a estudos científicos ou referências da medicina e/ou das ciências sociais. Muitas vezes este ambiente me fez sentir como estando numa espécie de “terapia de grupo” ao invés de um encontro de discussão acerca da psiquiatria, onde falar do “outro” implicava em muitos pontos de vista pouco articulados, de senso comum e sem

⁶⁰ Os nomes dos profissionais são especialmente substituídos neste capítulo, pelo conteúdo dos relatos, opiniões e conceitos de trabalho que ditaram as discussões entre psiquiatras e antropólogos. Pela popularidade no grupo, inclusive por questões hierárquicas, de determinadas perspectivas em entrevistas com os psiquiatras, as frases entre “aspas” reflectem directamente as opiniões destes profissionais, transportando frases colhidas ao longo do trabalho de campo sem a necessidade de atribuição directa ao seu orador. Esta intenção prende-se com o factor homogéneo do grupo, com poucos integrantes a fazerem contraposições, e a fim de facilitar a preservação da identidade dos integrantes entrevistados.

precedentes empíricos, assemelhando-se mais a um encontro pelo firmamento das concepções de cada técnico de saúde em seu trabalho (a proporcionar uma espécie de conforto em suas premissas no âmbito clínico). O imigrante era sistematicamente simplificado a um “ser problemático”, sendo reduzida a sua experiência migratória ao factor económico e considerada, necessariamente, traumática. Na disposição das estruturas de trabalho, os utentes eram negociados entre a alta hierarquia da Transcultural quanto aos factores sob os quais seriam apreendidos, revelando um uso estereotipado de significados identitários, conhecimento acerca dos locais de origem, suas “culturas”, factores étnicos e linguísticos, entre outros⁶¹. De qualquer modo, os consensos sobre tais factores eram escassos, pouco discutidos em termos de casos reais do hospital, e os modelos de abordagem dos utentes nunca foram realmente definidos, havendo uma tendência para os postos profissionais hierarquicamente mais baixos aceitarem fielmente as orientações do Psiquiatra-chefe, por mais que estas fossem contraditórias e desaprovadas (informalmente) pela maior parte do grupo.

Definições acerca da sintomatologia e psicopatologia eram apoiadas fortemente na pertença nacional dos indivíduos, dando a ideia de unidade entre identidade, cultura, país de proveniência e propensão a determinadas doenças pela zona geográfica de origem, assim como a suposta homogeneidade da “cultura” ao longo destes territórios. Esta perspectiva amadurecera na Transcultural pela forte referência a estudos de epidemiologia internacional, descrições de desordens pelos manuais internacionais de psicopatologia e dados das indústrias farmacêuticas⁶².

O discurso oficial da Transcultural promovia o desenvolvimento de instrumentos para o factor cultural no diagnóstico, privilegiando o ponto de vista do utente, contextualizando suas necessidades e referências, e proporcionando flexibilidade nas fronteiras entre o “normal” e o “patológico”. O objectivo seria afastar tendências de classificações e gravidade nas patologias dos utentes, privilegiando, antes, o encontro

⁶¹ Ver Kleinman (1988) e Good e Delvecchio-Good (1981) para a visão da clínica como um espaço de negociação entre a performance dos utentes (e os elementos eleitos como constituintes de suas identidades) e desenvolvimento e percepção da desordem mental pelos médicos.

⁶² Manuais de psicopatologia (como o DSM) expõem um forte diálogo com os dados estatísticos das experimentações das empresas farmacêuticas, em que os factores amplamente utilizados se detêm em faixa etária, género, nacionalidade e, não raramente, “raça”, como os estudos sobre diferenças sintomatológicas e diagnósticas entre *white-Americans* e *Afro-Americans*, ou da população haitiana na Inglaterra face aos “ingleses brancos”. Para mais, sobre o funcionamento destes estudos e seus usos na clínica, ver: Fernando, 2005; Bains, 2005; Littlewood, 1990. Para as indicações sintomáticas das empresas farmacêuticas, ver: www.lilly.com (produtora do Prozac) e www.zoloft.com/ (psicofármaco produzido pela Pfizer).

clínico entre outras possíveis estruturas psico-cognitivas e o modelo biomédico da psiquiatria ocidental. Porém, as homogeneidades culturais e o apoio nas categorias médicas acabavam por reforçar contradições, com os técnicos de saúde reproduzindo o que pretendiam criticar de forma ideal. Por trás de uma política de transculturalidade existiam as estruturas muito rígidas da psiquiatria ocidental e suas categorias diagnósticas, em que, se por um lado, se procurava fugir da má interpretação da “cultura” e suas influências na leitura psicopatológica em comportamentos e sintomas, por outro lado, a sedimentada reificação da diferença cultural como divergente interpretativa do utente quanto à doença.

De acordo com esta estrutura, a doença nunca poderia ser colocada em questão. Enquanto a cultura se tornava base das variações de expressão do sofrimento dos utentes, esta era cristalizada como factor patoplástico da universalidade das doenças e das emoções. Corria-se o risco, portanto, de patologizar comportamentos e sofrimentos do “outro”, com o encaixe do modelo médico em suas referências culturais (ou vice-versa), em que o propósito adequado seria o oposto - a observação das limitações do modelo clínico e o significado particular de uma sintomatologia além da fronteira biomédica.

Como referência, em uma das reuniões abertas, deu-se o exemplo de um homem ucraniano com dificuldades de inserção social em Portugal, levado à Transcultural por uma organização não-governamental de auxílio ao imigrante. Foi diagnosticado com esquizofrenia (combinada a surtos psicóticos) pelo Psiquiatra-chefe, principalmente, por uma certa resistência em se expressar com o técnico responsável. As informações acerca deste indivíduo eram escassas, sem certificação de seu grau escolar, formação familiar e percurso pessoal. Durante a triagem, sua maior marca foi o “silêncio”, interpretado como uma “resistência ao tratamento” e ao relacionamento interpessoal - segundo comentários do próprio técnico que efectuara a sua triagem. O silêncio na clínica foi estendido à esfera social como comportamento atípico, próprio da desordem de que era portador, sendo a causa de sua não-integração social. Uma das poucas informações que puderam descobrir revelava uma infância e adolescência “violenta”, com a mãe rude e doente, constantemente, e com seu pai agressivo e seco. Nenhum mediador cultural foi consultado, tão pouco as questões semânticas foram consideradas. Um período limitado de sua vida foi extremamente valorizado, rearticulado em discurso: “...é um elemento chave, já que esquizofrénicos com surtos psicóticos possuem, muitas vezes, um histórico familiar como este entre a infância e adolescência...”. Este cenário contribuiu para a

afirmação de um diagnóstico bem realizado, sem no entanto, considerar seu domínio da língua portuguesa e qualquer contextualização socioeconómica, história de vida, e levantamento de experiências traumáticas como xenofobia e exclusão pós-migração. Um dos técnicos de saúde afirmou a pertinência deste diagnóstico, uma vez que *“a esquizofrenia é comum em pessoas do Leste Europeu que vêm para a Europa ocidental, em principal, as pessoas das zonas rurais, que acreditam em superstições e são fechadas ao convívio social... têm também altas taxas de disfunções (em geral)... tratamos com neurolépticos, onde temos bons resultados...”*.

Um curto período temporal foi alongado a todo o percurso deste utente, somado ao estereótipo acerca “dos do Leste” (ucranianos) e às disfunções que estes, segundo alguns psiquiatras entrevistados, têm a tendência a sofrer. Este exemplo apresentava (igualmente) a disfunção orgânica como ponto de partida a elucidar todo e qualquer comportamento e experiência subjectiva, apoiados nos estereótipos produzidos pela própria psiquiatria de carácter epidemiológico.

Resultados clínicos da Transcultural apontavam pouca consideração à cultura como referência à orientação teórica dos profissionais da área, afastando-se dos contextos sociais pelo uso dos manuais nosológicos da psiquiatria ocidental. De facto, a simplificação do indivíduo neste diagnóstico (citado) é controversa relativamente ao posterior acompanhamento clínico por outro técnico de saúde, que descobre, após pouco tempo de terapia, que o utente possuía um elevado grau escolar, com domínio da língua materna, russa e portuguesa. Muitos dos problemas apresentados tinham, possivelmente, origens em relações familiares conturbadas desde sua adolescência e uso (mais recente) de psicotrópicos (heroína e cocaína) e álcool. O diagnóstico original de esquizofrenia foi posto em relação ao seu hipotético deslocamento do Ego, apontado pela incapacidade do utente em assumir compromissos sérios e escolhas acerca de sua vida, como um trabalho fixo ou um casamento, que cancelou (por exemplo) após longo período de noivado na cidade em que vivia na Ucrânia. Esta análise desconhece as dificuldades efectivas do sujeito em manter o próprio trabalho, as condições laborais, legalidade, a sua posição e experiência como imigrante em Portugal, motivos do acto migratório, assim como as motivações reais pelas quais optou quebrar um acordo matrimonial indesejado, decidido por sua família. Todas estas informações – básicas para entender o mais amplo contexto biográfico e social do utente - não foram investigadas durante toda a triagem no serviço Transcultural, sendo recolhidas somente dois anos mais tarde, por um psicoterapeuta particular.

Durante a época de tratamento na Transcultural, seu terapeuta pós-triagem (o mesmo terapeuta actual) constatou a falta de informações básicas sobre o percurso do utente, e a consequente insuficiência de dados para o diagnóstico. Desde o início, sua tendência foi a mudança do quadro diagnóstico original, considerando que os “surtos psicóticos” poderiam ter ligação ao uso de psicotrópicos; porém, o Psiquiatra-chefe não autorizou a mudança oficial no processo clínico do utente, principalmente, pela certeza da relação sintomática e psicopatológica em função de sua origem, por mais que as informações fossem restritas.

Em uma das reuniões abertas discutimos acerca das CBS (Síndromes Culturalmente Determinadas / *cultural-bound syndromes*). O 2º Psiquiatra-chefe refere a inovação destes estudos pela psiquiatria, que fizeram com que passasse a perguntar a seus utentes europeus se estes estiveram grandes períodos fora do continente, onde pudessem adoptar modelos de vida que não se encaixariam com o regresso à sociedade europeia. Esta perspectiva demonstra uma aceitação acrítica da categoria CBS como proposto pelo DSM-IV, sem, no entanto, reflectir exactamente sobre o seu significado. Ao ser contestado por um antropólogo presente, que questionava a existência de categorias “*culture-free*” (em busca de estabelecer o papel da psiquiatria na interpretação da cultura), interveio o Psiquiatra-chefe:

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

Todas as formas de introduzir um panorama cultural e desconstrutivista da psiquiatria foram respondidas com os potenciais da ciência em explicar plenamente o funcionamento do corpo/mente, mesmo que hipoteticamente. Em geral, o grupo considerava a existência de estudos epidemiológicos suficientes para elucidar todas as questões “da cultura”, sendo legítima sua introdução e categorização no DSM-IV e manuais internacionais de psiquiatria.

De facto, a cultura está ligada ao DSM como importante mais-valia quanto à expressão do “sofrimento” e da “doença”, mas ainda pouco relacionada ao seu papel na estrutura da criação/origem das doenças e dos sintomas, e da própria ideologia e factores políticos que os constituem (Fernando, 1988, 1995, 2003). Se o factor cultural fosse devidamente valorizado, não seria somente um apêndice no final do DSM, e o DSM em si mesmo deveria ser considerado como produto de um específico contexto sociocultural, económico e histórico.

Muito mais do que uma discussão teórica, a Transcultural parecia colocar no discurso de apreensão da “sensibilidade cultural” a legitimação do seu próprio projecto, sem finalidades de desenvolvimento da qualidade terapêutica e de trocas de experiência para segundas opiniões sobre os quadros clínicos dos seus utentes. O modelo diagnóstico biomédico era posto em contradição, geralmente levantada por afirmações opostas de um mesmo técnico numa única apresentação teórica, onde opiniões acerca de um mesmo quadro clínico (referente à cultura) poderiam seguir caminhos diametralmente distantes. O Psiquiatra-chefe, logo após a expressão do seu posicionamento sobre as CBS, foi questionado sobre a imagem clínica dos portugueses em França, onde os médicos costumavam focalizar a triagem psiquiátrica sob o abuso sexual, e que acreditavam ser prática comum em Portugal, sendo o factor que mais levaria os portugueses às clínicas psiquiátricas francesas. O Psiquiatra-chefe classificou, então, este facto como racismo pelo uso clínico de um estereótipo, cuja forma de evitar seria efectuar uma triagem como ele costumava fazer: *“Eu não incluo as pessoas em quadros diagnósticos, eles apenas ajudam a perceber as pessoas!”*. Se por um lado, o “caso português” em França denota o uso estereotípico como base numa patologização arbitrária, as formulações teóricas e dos utentes pela Transcultural não se furtavam a estabelecer a mesma relação de poder (evidentes ao longo do trabalho de campo), estando os portugueses para a clínica francesa, como guineenses e latino-americanos (entre outros) estão para a portuguesa.

O valor dos utentes, em principal quanto à hipótese do grau psicopatológico, associava-se à nacionalidade, género e pertença de grupo. Acompanhando as estatísticas de estudos internacionais e as sugestões do DSM, a presença de utentes de países industriais sob tratamento era reduzida, assim como o número de utentes do género masculino. Este facto não é acidental, e traz à tona a discussão entre a criação da doença e as ideologias que a compõem. Os utentes europeus eram apreendidos suavemente em comparação aos indivíduos de países pobres ou subdesenvolvidos: em geral, eram

enviados para casa com o diagnóstico de depressão e uma prescrição medicamentosa mais leve, por mais que apresentassem os mesmos sintomas dos outros utentes. Aparentemente criavam-se dois grupos fundamentais entre o “*club* do legítimo” e do “ilegítimo”, do racional e do irracional, entre quem pertence à facção que detêm o saber médico ocidental e a parte passiva, que somente pode esperar a intervenção, apreensão e a cura – respectivamente, europeus e indivíduos do hemisfério norte, por um lado, e imigrantes do hemisfério sul e oriente de outro (Peirce, Earls e Kleinman, 1999).

Todos os psiquiatras entrevistados apontaram maior relevância em depressão e tipos de esquizofrenia em indivíduos do “Leste” (europeu), “África” e “América do Sul”, como indicado nos estudos epidemiológicos internacionais. As identidades destes indivíduos eram tratadas por blocos geográficos, sem sequer alguma diferenciação de especificidade regional de seus locais de origem. Os indivíduos, após serem separados por estes aspectos, eram abordados de forma homogénea, desprezando a variabilidade cultural dentro de seus próprios territórios. Todos os utentes guineenses, angolanos e sul-africanos, por exemplo, eram simplesmente reduzidos aos “Africanos”, sem maiores considerações acerca de aspectos étnicos/de auto-identificação, culturais, linguísticos, políticos ou económicos.

De acordo com entrevistas aplicadas a alta hierarquia dos técnicos de saúde, Africanos e pessoas do Leste Europeu compartilhavam os índices patológicos mais elevados, sendo os Africanos, os primeiros no que se refere a esquizofrenia e transtornos esquizofreniformes, e os segundos, os maiores portadores de esquizofrenia catatónica⁶³. Mas, no final, o denominador comum a estes grupos e suas sujeições psicopatológicas é o de que prevêm a mesma diminuição da capacidade de interacção social, sugeridas pelos “*sistemas de crenças e religiões que possuem, com uma visão mágica da realidade, fruto do credo em forças externas a si próprios que possam conduzir suas vidas, que no entanto, estão a desaparecer pelo uso crescente de neurolépticos*”, citando literalmente as palavras de um dos técnicos de saúde da Transcultural. Este

⁶³ O Transtorno Esquizofreniforme possui as mesmas características da Esquizofrenia (com poucas variações), com a diferença na duração dos sintomas, que duram mais de uma semana, porém, não ultrapassam seis meses contínuos. Após este tempo, os utentes são diagnosticados definitivamente com Esquizofrenia, o que denota a consideração da universalidade das estruturas psicológicas pela psiquiatria face a detalhes racionalizados das características diagnósticas. A “manualização” das psicopatologias define limites muito subtis entre patologias para a confirmação entre sintomatologia e categoria nos indivíduos. A catatonia, por exemplo, é um tipo de Esquizofrenia, cuja diferença está em períodos acentuados de passividade e extrema agitação do indivíduo. De forma geral, os transtornos aqui citados incorporam disfunções sociais e interpessoais comuns, segundo os psiquiatras entrevistados, com “*deficit de racionalidade e interpretação coerente do mundo*”. Para mais informações sobre os limites de cada psicopatologia, ver o DSM-IV (2007).

percurso de apreensão dos indivíduos não considera as crítica teóricas e resultados clínicos acompanhados por antropólogos e psicólogos, mas sim, as premissas dos estudos científicos dos grandes laboratórios farmacológicos, com a abordagem médica dos utentes sob pressupostos de seus estados mentais e capacidades cognitivas.

Em termos de sensibilidade cultural, as contradições no posicionamento interno na Transcultural não permitiam estabelecer o *modus operandi* que a diferenciava do serviço de psiquiatria geral do hospital. De facto, as fichas da triagem entre ambos os serviços apenas se modificavam vagamente e as perguntas de âmbito cultural não eram (muitas vezes) respondidas nos processos clínicos dos utentes; Dos 92 processos analisados, somente 1 indicava oficialmente a presença de um mediador cultural para auxílio e aconselhamento do psiquiatra para o diagnóstico, tão pouco, estava registado o uso oficial de mediadores linguísticos, a proporcionar maior domínio de expressão aos utentes, a explorar suas descrições e emoções acerca de seus problemas e percursos pessoais, apreendidos com maior riqueza em suas respectivas línguas maternas, ou seja as estruturas semânticas não eram consideradas, mesmo sendo necessárias como regra básica na intervenção terapêutica (Kleinman, 1988).

Do universo de utentes, as relações de género e proveniência geográfica ficaram registadas, acompanhando na prática clínica, os percursos teóricos defendidos nos manuais internacionais de psiquiatria e no discurso geral da Transcultural. Cerca de 60,5% eram do género feminino (frente a 39,5% do género masculino). Apesar da restrição de acesso ao diagnóstico dos utentes⁶⁴, as entrevistas com psiquiatras e psicólogos permitem projectar que (somente) cerca de 11% de indivíduos não eram medicados, a contar com os abandonos de tratamento, que se aproximavam dos 6%, e ao considerar-se os indivíduos que continuaram a psicoterapia após o processo de triagem, o número real de utentes não medicalizados (sem qualquer intervenção de controlo médico) cai para 4,5%. Estes dados são controversos relativamente ao que se espera de um projecto transcultural, uma vez que este cunho deveria conferir uma maior tentativa de desconstrução da doença pelo factor cultural e contextualização do utente. O ideal seria obter índices estatísticos opostos aos encontrados na prática; muitos dos profissionais questionados em respeito às taxas de relação de género nos utentes, sugeriram como “normal” a maior medicação/medicalização do género feminino. Provavelmente, esta relação ocorre por um desfavorecimento de género na mediação

⁶⁴ Como relatado em 2.2. «Resistência Institucional: Dificuldades “particulares” no Campo», neste trabalho.

clínica e no encontro terapêutico, com os índices levantados correspondentes a uma complexa topografia clínica, a saber: 1. prevalência de mulheres nos quadros estatísticos, em principal, de origem africana; 2. frequência de diagnósticos estigmatizantes, que denotam alto grau de comprometimento dos utentes (como esquizofrenia); e 3. forte medicalização através da administração de tratamento farmacológico pesado, muitas vezes prescrito em *cocktails* que misturavam diferentes drogas (segundo o próprio julgamento de dois técnicos de saúde entrevistados). Igualmente, se deve à relação (segundo os contextos de proveniência) entre as mulheres e o sobrenatural.

Como muitos trabalhos antropológicos apontam, muitas vezes o género socialmente desfavorecido, isto é, excluído do espaço público e do poder, encontra o seu espaço de expressão, resistência e *agency* em aspectos aparentemente marginais, como a “feitiçaria”, a “possessão”, a comunicação medianímica com os mortos, o transe adivinhatório, etc. (Lewis, 1989; Seligman, 2005; Beneduce, 2002). Elementos muito frequentes na experiência quotidiana e nos relatos, por exemplo, das mulheres provenientes do hemisfério sul, são facilmente interpretados em contexto clínico como sintomas de graves desordens mentais⁶⁵. Na prática da Transcultural, esta relação de “incidência patológica por género” era marcadamente expressa pelas utentes de origem “Africana” (para usar o termo de referência dos próprios médicos) a representarem 15,5% do total dos utentes (em paridade com a percentagem das utentes da Europa de leste), frente a 7,5% de europeias (ocidentais). A relação mais desequilibrada, neste sentido, apresentava-se com as Latino-americanas, com 12% e 4,5% entre indivíduos do género feminino e masculino (respectivamente). Somadas, as utentes originárias do continente Africano, Latino-americano e Leste Europeu, representavam um total de 43% dos utentes, frente a 26,5% do género masculino de mesma proveniência. A relação entre estas e as utentes europeias foi de 43% e 7,5%, respectivamente (Ver Tabela I); o que aparentemente se apresenta como uma proporção lógica, uma vez que o serviço é destinado a utentes imigrantes, no entanto, uma leitura secundária apontaria

⁶⁵ Em geral, pela má interpretação de estruturas religiosas e sistemas de crenças pelas bases teóricas dos trabalhos psiquiátricos clínicos, como o DSM. Casos similares podem ser encontrados no México (com maior expressão) como *Santería* (Ver Santiago-Irizarry, 2001). Para um exemplo concreto da Transcultural, ver o caso de Velha-sane, neste trabalho.

para a mediação clínica com base no pressuposto da propensão à patologia por grupo de pertença⁶⁶.

Tabela I - Incidência Patológica por Género⁶⁷

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

Muitas vezes me foi falado (em entrevistas com técnicos de saúde) sobre os factores genéticos como o próximo passo da medicina para a explicação das desordens mentais. O percurso de usos medicamentosos como meio de extinção das “desordens” coloca a “disfunção bioquímica” cerebral como um paliativo crescentemente utilizado nas causas clínicas transculturais, cuja estrutura apreende análises das ciências sociais para a classificação dos indivíduos, cruzando determinadas teorias com os resultados de estudos epidemiológicos. Como os factores genéticos não podem ser comprovados, a *Monoamine Hypothesis*⁶⁸ sustenta a percepção de “avanço científico” em respeito aos métodos de tratamento em sociedade, sem, no entanto, dar a perceber o uso do modelo biomédico como plataforma de «*embodiment*» de valores sociopolíticos e distinção de grupos por meio da (dis)função orgânica. Se há valorização das capacidade cognitivas e,

⁶⁶ Os estudos em clínicas de acompanhamento psiquiátrico a imigrantes das Caraíbas (também de 2ª e 3ª geração) em Londres, efectuado por Fernando (2005), com a diferença da severidade diagnóstica (e sua propensão) entre ingleses e os referidos imigrantes, apontam dispositivos similares aos encontrados ao longo do trabalho de campo na Transcultural. Para mais, no âmbito da classificação de grupos, comportamentos, por género e racismo institucional, ver: Fernando, 1988, 1998; Littlewood e Lipsedge, 1982; Bracken e Thomas, 1999; Shim, 2000; Banks e Kohn-wood, 2007; Griffiths, 1977; Santiago-Irizarry, 2001; Kirmayer e Young, 1999.

⁶⁷ Para demonstrar os números reais dos utentes da Transcultural, os mesmos foram mantidos sem arredondamentos; o campo “outros” refere-se a utentes com nacionalidade desconhecida - por falta de documentações e impossibilidade de comunicação com os técnicos de saúde - e também ao número (irrelevante) de imigrantes com dupla nacionalidade europeia, provenientes de países da América Latina e África. Os números representam as actividades oficiais da Transcultural entre 2004 e 2007 (período escolhido para análise), sem contar com alguns novos pacientes do início de 2008, os quais também pude ter contacto para esta pesquisa.

⁶⁸ Ver capítulo 1.1. «“Temos Ciência”: A Hipótese que Produz a Realidade, a Realidade que é Mito».

consequente reflexo de produtividade (trabalho e relações interpessoais, representados pelos indivíduos do “hemisfério norte”), cria-se a condição ideal para o controlo populacional dos imigrantes do “Sul”, uma “*vez que estes possuem maior relevância em distúrbios psicopatológicos, disfunções bioquímicas e problemáticas culturais*”.

Tanto a componente bioquímica, como o factor genético (comummente encontrado em estudos actuais, apesar de ambos não poderem ser cientificamente comprovados), denotam processos de criação de hierarquia e diferença apreendidos pelo discurso médico com finalidades políticas, formando um cenário perfeito para um enquadramento das estratégias de controlo das populações (de base económica – imigrantes economicos), de grupos, e dos movimentos migratórios, sobretudo para a Europa e EUA. Em processos similares do discurso médico, Isabelle Stengers usa o termo “princípio de irredução”, ou seja, o posicionamento do modelo médico à pretensão de saber e julgar, «de desvendar... acima das diferenças que dizem respeito somente às vivências de seus actores», determinante nas relações de poder entre médico/utente, e suas repercussões políticas pela via institucional (Stengers, 2002:76; ver também Paris, 1994; Kirmayer, 2006; Pupavac, 2004).

2.2. Resistência Institucional: Dificuldades “particulares” no Campo⁶⁹

O início do trabalho apresentou-se de forma especialmente difícil. Desde Setembro de 2006, entre processos na universidade para escolha de um orientador e a já prevista aproximação ao “campo” de forma lenta - respeitando toda a burocracia que o sector público nos pode (gentilmente) ofertar em Portugal: pedidos e requerimentos foram enviados ao Hospital por parte de Professores e outros investigadores que pudessem, de alguma forma, facilitar o acesso à instituição e ao início da pesquisa.

Entre o fim de Janeiro e o início de Fevereiro de 2007, as primeiras visitas foram feitas, tendo ocorrido a primeira durante uma reunião aberta ao público da Transcultural.

⁶⁹ Pode ser que este seja o capítulo mais difícil de se escrever. Aqui, de forma inesperada, o investigador foi colocado na posição de “investigado”, apreendido como utente numa estratégia de impedimento de continuidade desta pesquisa. O capítulo, dada a situação que aqui será exposta, não possuiria outra forma de escrita senão a informal. Sua disposição após o “estudo de caso” é propositada, oferecendo descrições específicas da Transcultural e bases teóricas para a “contextualização” das dificuldades do campo, tornando-as mais compreensíveis.

Estavam presentes oito pessoas (entre componentes do grupo, assistentes e dois investigadores externos interessados em fazer pesquisa no hospital).

Foi feita a apresentação de um artigo de Kleinman por um dos elementos da Transcultural, em aproximadamente meia hora, seguida de uma breve discussão das ideias do autor em outros quinze minutos. Após a reunião, dado a ocupação laboral dos técnicos de saúde, um dos psiquiatras - para concluir - fez a simples pergunta sobre o que achávamos da reunião de nossa primeira participação, a mim e ao outro pesquisador, interessado na “*relevância da Tuberculose em relação à nacionalidade dos imigrantes em Portugal*”. Enquanto meu companheiro elogiou, de maneira extra-formal, a discussão e a capacidade do grupo, simplesmente exclamei meu contentamento por iniciar meu trabalho, e observei, de forma positiva, que seria interessante estar ali e ouvir os depoimentos de pessoas de outras áreas (neste caso a psicologia e a psiquiatria), assim como possíveis divergências entre a prática médica e as teorias de suporte ao funcionamento do grupo⁷⁰. Referi ainda que, particularmente naquela visita, me interessou a forma como tratavam o conceito de “cultura”. Pensei, mas não disse, que a tratavam como um elemento estático e isolado em si mesmo, o que contradizia a leitura (e defesa) do artigo lido, a criar factores paradoxais entre “ditos e contra-ditos” numa única exposição de ideias - o que me despertou a curiosidade em saber o que aquilo representaria enquanto prática médica. Minha frase terminou com a palavra “cultura”, sem expor críticas que me posicionassem de forma marcada num primeiro encontro, em principal, por acreditar que esta não seria a minha função naquele momento, sem conhecer, de facto, o trabalho do grupo.

No dia seguinte, tendo marcado uma segunda visita ao hospital com uma antropóloga (que me havia apresentado ao grupo e me auxiliava na pesquisa) por volta das onze da manhã, recebo um telefonema da mesma informando-me que a visita estava cancelada, e que seria bom termos um encontro o mais rapidamente possível. Vimo-nos horas depois, onde fui avisado de um telefonema que lhe fora feito por um membro da Transcultural, advertindo-a para romper ligações pessoais e laborais comigo, uma vez que haviam me identificado como pessoa de relevante perigosidade, com características “esquizóides”.

⁷⁰ Ou seja, a diferença e a adaptação das teorias à intervenção da prática hospitalar e às condições de trabalho.

Cito trecho da transcrição feita pela antropóloga do telefonema à sua casa:

“...Tem um comportamento Esquizóide...

Nota-se um distanciamento de relacionamentos sociais e uma curta faixa de expressão emocional em contextos inter-pessoais, sendo excessivamente calado.

Parece do género de pessoa indiferente às oportunidades de desenvolver relacionamentos íntimos... do tipo alienado.

O rapaz parece que não obteve muita satisfação do facto de fazer parte da família... a Dr^a. Poderia dar-lhe uma palavrinha para ver se ele toma outros caminhos...

Nota-se que ele prefere passar o seu tempo sozinho a estar com outras pessoas, e pode ter pouco interesse em experiências sexuais ou em qualquer outra actividade... Sabes, como caminhar na praia ao pôr-do-sol... É um menino estranho, e não é só crise passageira...”.

Ao primeiro instante, confesso que me despi de tudo o que li, de toda a segurança das minhas ideias e das minhas reflexões críticas sobre os hospitais psiquiátricos e, como a maior parte das pessoas que conheço reagiriam, tomei-me pelo desespero e “suave” revolta. Existiam muitas mensagens subliminares no telefonema, que passavam indirectamente a ideia de que ao frequentar o ambiente hospitalar o meu suposto quadro clínico poderia desenvolver-se, sendo aconselhável a interrupção de minha pesquisa. No entanto, por uma questão de respeito, “os psiquiatras “ainda” não haviam aberto um “processo de doente”, tratando-se apenas de uma demonstração informal de preocupação” com minha companheira de pesquisa.

Uma situação como esta proporciona grande volume de informações/indagações, no sentido que obriga à procura de explicações para o que está a ocorrer, bem como a tentativa de estabilizar as emoções para encontrar uma solução e não perder todo o processo de pesquisa. A impossibilidade de acesso ao grupo inviabilizaria o trabalho, fazendo recuar todas as demoradas negociações ao longo de meses para poder participar das reuniões abertas, assim como, em dada altura, colocaria em risco a perda do meu mestrado, sem o tempo necessário para elaborar outra pesquisa.

Inevitavelmente, pequenos filmes lúdicos passaram-me pela cabeça, desde a perda da minha pesquisa a pesadelos constantes em que insistia no acesso à instituição e era internado como imigrante portador de desordem mental, confrontando-me com a conseqüente resistência e mau comportamento neste papel - como por certo não deixaria de manifestar e, então, obteria a confirmação de meu quadro diagnóstico, como

apontado por Basaglia (1985) sobre a relação da confirmação do diagnóstico pela resistência dos utentes. Descartando as questões pessoais, insónias, e relatos da “surpresa” (ou choque) do telefonema, foi, no entanto, interessante estar do outro lado que se estuda, diante da relação entre indivíduo/instituição, repensar as emoções do utente, enquanto indivíduo-objecto apreendido, as sensações e confusões entre o diagnóstico clínico e o retorno social, estigma, etc.

Mesmo que se tratasse de uma mera imaginação que, em alguns dias, passou do contorno tormentoso ao satírico, permitiu apreender, nestes momentos, a força que contém uma instituição tão firmada em nossa sociedade como o hospital e o saber médico ocidental; como o poder mediador de um médico altera a consciência de vida e a subjectividade do indivíduo pela contraposição de modelos básicos, modelos criados, principalmente ocidentais, para a construção de formatos de felicidade, afectividade, corporeidade nas relações sociais, emotividade expressa, frequência de uso da linguagem oral, etc.

Imediatamente, me surgiram indagações sobre as actuações, os actos, as palavras e seus contextos, todo o roteiro da reunião, a tentar estabelecer um parâmetro onde a força institucional não dominasse por completo a situação, mas onde se suprisse a necessidade de responder às origens de tais suposições institucionais. Neste sentido, a força do saber médico leva a uma auto-reflexão forçada, culposa, levantando perguntas e dúvidas onde nada de errado existia antes; ao que tudo indicava, não só se produzia o estigma pela contraposição entre saudável/doentio, mas se imputava o papel de “auto-estigma”, dada a relação de poder que se estabelece pelo peso institucional. Ou seja, os livros, artigos e pesquisas das minhas referências entraram em “queda livre”, as certezas críticas de meus estudos anteriores acompanhavam este movimento, e perguntas como “será que têm razão?”, “como chegaram a esta conclusão?”, foram fortemente vivenciadas até retomar o equilíbrio e contextualizar as motivações políticas envolvidas. Além da coincidência de tal reunião ter durado quarenta e cinco minutos no total (o mesmo de uma triagem psiquiátrica na Transcultural), do choque de ter sido “avaliado” por meio da básica comunicação de pouco mais de “oi” e “tchau”, com o resto do tempo gasto a escrever notas e, ainda por cima, com mais oito pessoas na sala⁷¹, basta relatar

⁷¹ O que se torna marcante é a profundidade das afirmações feitas sobre a minha personalidade, sobre meu passado, angústias particulares e dos elementos que oferecem prazer e/ou desconforto psicológico. Como colocar coisas deste género sem os mínimos elementos de análise, somente por observação física, de forma colectiva, em local não apropriado, e a transpor uma relação profissional de investigador (e não utente) que desfigura a possibilidade do ocorrido?

que, na tentativa da minha defesa por parte da antropóloga que me apresentara ao grupo, esta também foi advertida sobre ter sido longamente observada, e que nos rumores dos corredores do hospital já havia sido colocada a hipótese de ser portadora da patologia “bipolaridade”. A sua posição também seria delicada, tendo sido informada de que embora o apreço por si fosse manifestado em conversas informais dos médicos, mantinha-se o risco de perder seu espaço de pesquisa caso tentasse ajudar-me a continuar meu trabalho.

O caso poderia circunscrever-se a um absurdo, não fosse o facto de que – tempos depois – um dos técnicos de saúde do grupo, meu informante privilegiado, me relatou que o mesmo se tinha passado com outra antropóloga que acompanhara o trabalho da equipa recentemente, sendo esta diagnosticada – sempre informalmente, em conversas de corredor - como neurótica de reconversão. Esta “rara”coincidência – três antropólogos, os três a apresentar indícios de patologias psiquiátricas sérias – não podia deixar de chamar a minha atenção, ou pelo menos despertar curiosidade: será que tal coisa poderia ser interpretada como o resultado funesto de um encontro – entre antropologia e psiquiatria, muitas vezes definido como um “casamento problemático” (Bains, 2005), no qual os psiquiatras acabam para assumir posições radicalmente pós-analíticas e rigidamente neo-kreaplinianas (ou biologizantes), enquanto os antropólogos extremam os seus posicionamentos antipsiquiátricos? (Estroff, 1971).

Evidentemente que esta novela “Kafkiana” não passava de um artifício político por parte da Transcultural, na sua procura de afastamento de qualquer pensamento crítico, uma vez que o seu trabalho se encontrava ainda em estado experimental, com muitos erros metodológicos em casos clínicos de utentes, cujos resultados deveriam ficar garantidamente no passado. A percepção de um trabalho que pudesse estabelecer contraposições e visões diferenciais às dos profissionais ali envolvidos, tocando em assuntos que despertam grande atenção no universo dos fluxos migratórios na Europa, deveria ser combatida. O controlo sobre os profissionais de outras áreas tornou-se claro após entrevistas com os técnicos de saúde, revelando que dos três antropólogos que participaram activamente na Transcultural, todos (em diferentes proporções) foram informalmente diagnosticados. Fica, assim, exposto mais um paradoxo, uma vez que um projecto transcultural requer, necessariamente, a interdisciplinaridade e a união com outros profissionais e suas áreas do saber. Um psiquiatra chegou a dizer-me:

“Vocês (da antropologia) erraram ao negarem tanto os factores patológicos. Uma das premissas de trabalho é o diálogo... quando um paciente tenta explicar sua situação e ponto de vista, este é considerado... quando nega, automaticamente temos a propensão a vê-lo como patológico... vocês não eram pacientes, mas é uma conjugação entre a forte negação do modelo psiquiátrico que exerceram e a contra-medida de (até) onde vocês poderiam entrar... se esta foi a forma como os “chefes” conseguiam afastá-los, não há problemas em utilizar as estruturas de trabalho para isso... além disso há o estigma da doença mental como ferramenta, que lhes tirava o respeito e a seriedade...”

Independentemente das possíveis intenções, o que estava primariamente em questão era a avaliação não autorizada de pessoas que, ainda por cima, lá estavam na condição de investigadores, e não de utentes em busca de algum tipo de auxílio. Até podemos tentar justificar esta avaliação psiquiátrica não requisitada, considerando-a como uma “(de)formação profissional” dos técnicos de saúde mental, pelo menos, se levarmos a sério as afirmações de um dos psiquiatras, que declarou conseguir *“encontrar a patologia das pessoas ao seu redor sem a necessidade de trocar nem uma palavra, somente a observar as suas práticas corpóreas e formas peculiares de se posicionar no espaço”*.

Os elementos possíveis para o acontecido, após algumas visitas ao campo e da colecta de material de análise, pareciam coincidir com o funcionamento de avaliação de muitos dos imigrantes que ali passavam, sobretudo em relação a fenótipos e nacionalidade. A primeira impressão da minha presença na reunião esteve ligada à imagem e nacionalidade: enquanto estive calado, a interacção e cordialidade dos médicos era muito calorosa, o que mudou assim que soltei a primeira palavra e, através do sotaque, lhes foi possível reconhecerem-me como brasileiro. Um dos psicólogos do grupo, muito crítico ao modelo da Transcultural, procurou-me quando soube do ocorrido. Acreditava que a forma como a clínica era exercida no grupo, tendia a super-diagnosticar os utentes, e pensava ainda que os instrumentos de trabalho na psiquiatria eram utilizados para exercer o controlo entre os próprios médicos. Relatou-me que os médicos se questionavam se eu seria português ou de outro país europeu, principalmente pela aparência que possuo (branco, com olhos e cabelos claros, etc.), o que – pelas suas palavras - *“causou choque e confusão ao perceberem que não era...”*, e ainda que *“...não foi a primeira vez que confundem traços físicos e teoria com a nacionalidade dos pesquisadores que aparecem, e os irritava muito terem estrangeiros... muitos outros passaram por este processo, para que a clínica portuguesa ficasse entre*

portugueses... eu mesmo, sendo estrangeiro, passei pelo mesmo “ritual” entre estigma e infantilização... acham que todos em meu país tornam-se “borderline” ao virem para a Europa... demorou para me levarem à sério!”.

Analisar a situação friamente remete para a exposição de alguns dados pertinentes para um campo (no mínimo) “hostil”. Estava ali um estrangeiro, sul-americano, que não correspondia em nada ao estereótipo da ideia de “brasileiro”⁷², jovem, na posição de um estudante de Mestrado, propondo-se a analisar o trabalho de “Doutores Psiquiatras Europeus” (e aqui entra particularmente o prestígio atribuído aos médicos na sociedade portuguesa) que trabalhavam na área da saúde mental de imigrantes, ou seja, estava ali um indivíduo a investigar, cujo perfil, porém, representava pessoas que, em geral, estavam, no mesmo local, na condição de utentes.

A situação foi esclarecida e foram informados alguns professores, que ofereceram suporte e orientação quanto aos procedimentos necessários a efectuar no plano de pesquisa. Ainda que tenha sido abordada a questão da ilegalidade de realização de um diagnóstico sem permissão, o retorno da Transcultural relativamente a este posicionamento foi de desvalorização, dado o carácter de “informalidade” do telefonema e, portanto, nada que se pudesse provar. O assunto “morreu” neste momento, como se nada tivesse acontecido.

Com a intervenção de professores na negociação do acesso à documentação necessária (através de intermináveis requerimentos de pesquisa), deu-se um processo com duas etapas: a primeira foi a de barrar as exigências da direcção da Transcultural, que pedia uma avaliação ética da proposta de pesquisa⁷³, conjugada a uma obrigatória avaliação

⁷² Após algumas visitas às reuniões abertas, à espera de autorização oficial para frequentar as reuniões fechadas e iniciar pesquisa documental, constatei que a utilização de estereótipos era frequente, tanto nas triagens dos utentes, como relativamente aos profissionais que desejavam contribuir no grupo. Os aspectos físicos eram directamente ligados à nacionalidade e, desse modo, a tipologias patológicas das respectivas regiões de proveniência. Este mecanismo funcionava a favor do controlo hierárquico do grupo, sendo silenciado quando necessitavam de algum profissional estrangeiro, e colocado em público quando desejavam afastar alguém do trabalho e/ou diminuir seu poder de interacção através da sua infantilização ou patologização.

Nesta perspectiva, é interessante ressaltar que em minha primeira visita, sendo “branco”, calado e “tímido”, surpreenderam-se ao saber a minha nacionalidade, alegando que não me assemelhava a um “brasileiro”. No meio de todo este complexo processo, fizeram-me questionar sobre o que é, de facto, um “brasileiro”.

⁷³ Alegavam a maior complexidade do código de ética da medicina sobre o da antropologia, sobretudo com relação à protecção da identidade dos utentes. Este factor foi amplamente discutido entre os envolvidos para “desbloquear” as condições de pesquisa, tendo sido percebido como uma forma de desmerecer e “tornar irresponsável” a imagem da antropologia enquanto área do saber. De facto, estes desequilíbrios de imagens de responsabilidade assemelhavam-se à importância atribuída aos antropólogos no ambiente clínico, com fortes relações hierárquicas e delimitações de espaços de actuação.

psiquiátrica do investigador. A este ponto, estava atestado o meu estatuto de *persona non grata*, pelo qual, qualquer artifício que inviabilizasse a pesquisa poderia ser amplamente utilizado por parte do grupo; a segunda, foi vencer os pequenos obstáculos do quotidiano, onde “gentilmente” a Transcultural procurava impedir a pesquisa e acesso a documentos após a autorização da administração do hospital. A estratégia desenvolvida foi a de tornar o grupo “invisível”, ou seja, os telefonemas não eram atendidos, os responsáveis pelos departamentos onde permaneciam os documentos nunca se encontravam, entravam de férias seis (ou mais) vezes num espaço de quatro meses (o que mais tarde se revelou apenas ser o resultado de instruções de seus superiores, e especificamente para esta pesquisa), os *e-mail's* não eram respondidos, as secretárias eram orientadas no sentido de não dar informações sobre os horários e dias de atendimento dos médicos, etc.

Todavia, a percepção de que as posições se alteravam, e de que quem estava ali para analisar, passava a ser analisado, foi um elemento muito reflectido para, após o processo de autorização definitivo de acesso à Transcultural, manter uma análise e um espírito crítico imparcial, a fim de não comprometer a abordagem do trabalho de campo.

2.3. Em Busca de Alternativas

Todo este processo se estabilizou e, somente no final do mês de Maio de 2007, o contacto foi restabelecido com a Transcultural. As tentativas de interromper a pesquisa continuaram de diversas formas. Desta vez, via burocracia, pela perda do projecto de pesquisa (entregue em Fevereiro do mesmo ano) pelo sector administrativo do grupo, que passou a solicitar o seu reenvio e a sua reformulação, ao longo de meses. O cenário dentro do Hospital revelava um grande caos. Em paralelo a toda esta negociação, as instituições que forneciam verbas e estrutura administrativa para a Transcultural encontravam-se em fase de transição, sem esclarecer se convénios e acordos seriam renovados ou se, por outro lado, ocasionariam o encerramento dos trabalhos. O reflexo deste contexto foi uma indisposição integral de colaboração, por grande parte do grupo. Dinamizou-se uma desinformação generalizada, suportada pela administração/burocracia interna do Hospital, onde ninguém sabia informar ao certo

“onde” e “com quem” se deveria falar para determinadas solicitações, assim como datas, meios e pessoas responsáveis para conferir autorizações.

Uma reunião aconteceu (o que permitiu que a pesquisa fosse aprovada pela comissão de ética da Transcultural), onde estiveram presentes o meu coordenador de pesquisa, orientador e co-orientadora de tese. O representante da Transcultural foi evasivo, sustentando a argumentação nas escalas hierárquicas como meio de eximir responsabilidades, com frases como “...mas esta não é minha responsabilidade. Não sei de quem seria ou com quem se deve falar... está além de minhas competências...”. O diálogo terminou, de forma franca, com o questionamento sobre as inúmeras restrições quanto às informações nos processos dos utentes, uma vez que manteríamos sigilo das suas identidades. Obtivemos finalmente uma resposta clara:

*“Claro que é uma questão moral. Não queremos que alguém venha julgar nosso trabalho... ainda sem formação em psiquiatria e com uma forma diferente de ver as coisas. O que pode ser um grande avanço clínico para nós, para vocês (antropólogos) pode ser um grande erro. Esta ideia não nos agrada... podemos dar alguns dados, mas a comissão de ética estabeleceu restringir o acesso ao material e ao grupo....
...Claro, por uma questão de segurança dos utentes.”.*

Dado o prolongamento desta resistência por quase um ano, foi adoptada a estratégia de procurar informação sobre o hospital fora do mesmo. Alguns elementos do grupo que se haviam retirado da Transcultural, continuaram a tratar utentes do hospital em seus consultórios particulares, tendo sido permitido, por todas as partes (terapeutas e utentes), o acompanhamento de alguns dos quadros clínicos e o levantamento das respectivas fichas médicas, que incluíam também os históricos clínicos de acompanhamento intra hospitalar. Foram efectuadas entrevistas com psiquiatras, psicólogos e antropólogos da Transcultural, que proporcionaram a reconstrução parcial de histórias de vida dos utentes, seus percursos clínicos, diagnósticos, medicação, e a possibilidade de contacto directo com os mesmos, para obtenção de mais informações e dos seus próprios pontos de vista quanto às suas apreensões clínicas. No final, poucos técnicos de saúde se negaram a dar entrevistas.

Uma vez que a direcção do Hospital restringiu o acesso aos utentes através dos técnicos de saúde e os processos clínicos foram parcialmente disponibilizados – justamente com as respostas às perguntas fundamentais dos questionários, o conteúdo destes foi convertido em material de análise. As limitações de tempo e resistência do Hospital

reflectiram-se na escassez de material etnográfico, no entanto, esta foi suprimida pelas entrevistas de quase todo o corpo de profissionais da Transcultural e acesso a todos os processos clínicos dos utentes, correspondentes a todo o período de funcionamento do grupo.

Durante as visitas ao Hospital tive a oportunidade de conhecer muitos utentes, principalmente em abordagens informais, nas salas de espera, enquanto aguardava o início das reuniões do grupo ou entrevista marcada com um dos técnicos de saúde. Destes utentes, quinze disponibilizaram-se a dar entrevistas, a relatar seus percursos clínicos e a relação que possuíam com os médicos, seus quadros diagnósticos, suas estratégias de cura fora do modelo biomédico, entre outras informações que renovaram as perspectivas de continuidade deste trabalho. Um questionário foi elaborado e aplicado a 15 utentes. Embora este número pareça reduzido, representava cerca de 40% dos utentes regulares do grupo. De todos estes utentes, dois foram seleccionados para uma reconstrução de história de vida (os casos de Apar e Velha-sane) e um outro (o caso de Kan) foi escolhido pelos dados fornecidos pelos técnicos de saúde e processo clínico, justamente por denotarem marcadamente as contradições do encontro clínico entre imigrantes e o modelo da Transcultural. Outra das estratégias desenvolvidas foi a procura de ex-profissionais do hospital e da Transcultural, a quem foram realizadas entrevistas, registados os históricos clínicos que acompanharam e, sob suas concessões, utilizados materiais documentais do trabalho efectuado na Transcultural; em geral, eram actas de reuniões, registos de casos clínicos e relatórios de discussões sobre os diagnósticos de utentes, principalmente de casos não consensuais entre os elementos do grupo.

3. Welcome to Europe

O cunho darwinista/evolucionista era uma constante subtil, interpretado amplamente como poder de racionalidade e, muitas vezes, como evolução cognitiva e genética (de acordo com algumas entrevistas realizadas com psiquiatras da Transcultural⁷⁴). Os valores de produtividade, relações sociais idealizadas no convívio, capacidade de expressão “racional” das emoções e do pensamento, apareciam interiorizados nesta perspectiva psiquiátrica, com as componentes culturais a serem entendidas como diferenciadoras nos modos de expressão do “sofrimento” dos utentes e as motivações que ali os levavam, não deixando de existir, no entanto, a certeza da doença mental. A imagem transmitida pelo grupo reflectia (quase) consensualmente a não disponibilidade para o pensamento crítico epistemológico das referências ideais, morais e políticas que influenciam e compõem o modelo biomédico e seu efeito normativo na instituição psiquiátrica. Este cenário demonstra como descrições particulares das “desordens” dos imigrantes podem ser construídas e articuladas em discurso, transportando as suas consequências e valores à esfera social e interpessoal, onde a “disfunção” é representante de desequilíbrio sociopolítico do utente, e então objectivado como a (sua) propensão natural para a doença e legitimação da intervenção médica (Tileagă, 2006). Se por um lado a Transcultural foi articulada como um projecto político entre imigração e psiquiatria, a arbitrariedade e contradição das suas práticas na intervenção clínica e no modo de vida dos utentes era sistematicamente encoberta. De facto, os técnicos de saúde mantinham um papel (mesmo que inconsciente) de integração da população imigrante na sociedade de acolhimento, porém, ao que tudo indica, a linguagem psicológica-institucional possuía uma vertente moral e pedagógica das formas de pensar, em que o encontro clínico com bons prognósticos pressupunha formatar o paciente a um desejado ideal de racionalidade e aceitação de valores pretensiosamente universais. Os sistemas de crenças apontados como propulsores dos casos de esquizofrenia em africanos, por exemplo, não fomentavam discussões acerca da cultura, mas de contra-exemplos de quadros clínicos europeus avançados sob a nosologia ocidental, a misturar “sensibilidade cultural” e má formação/função orgânica. Subliminarmente, os técnicos de saúde passavam a imagem de uma “disfunção da cultura”, uma vez que esta (apreendida como elemento patoplástico) era a via pela qual

⁷⁴ Ver entrevista com um dos psiquiatras mais à frente neste capítulo.

a doença emergia no ambiente clínico. Ou seja, se as referências “culturais” de grande parte dos utentes não fossem “distantes” das referências que baseiam as noções de saudável e doentio (e racionalidade) do modelo euro-americano, provavelmente as suas sintomatologias não seriam casos dispostos a quadros diagnósticos graves e muitas das suas aflições não seriam mesmo consideradas como sintomáticas de patologias. Deste modo, a cultura é convertida em *pivot* num diálogo terapêutico meramente discursivo, limitada às próprias bases das categorias psiquiátricas convencionais, é convertida em algo a ser apreendido, isolado e classificado: o objectivo maior passa a ser “corrigir e curar a cultura”. Exemplos de imigrantes de segunda geração, filhos de guineenses e cabo-verdianos, convencidos a abandonarem tratamentos “convencionais” (que muitas vezes funcionavam melhor do que o farmacológico) e a utilizarem a nosologia psiquiátrica para explicarem os seus casos a terceiros não eram raros e, ainda menos raro, foi encontrar relatos de incentivos ao abandono de “suas crenças”, uma vez que estas seriam as causas de suas desordens. Estes exemplos acabam por obrigar-me à substituição da nomenclatura “integração” por “assimilação” discursiva dos utentes.

O processo de cura pode ser utilizado como estratégia de intervenção mais alargada. Exames e metodologias clínicas são historicamente reconhecidos como mecanismos de controlo dos fluxos migratórios, operacionalizados e legitimados pela crença na objectividade científica (Gordon, 1983; Santiago-Irizarry, 2001)⁷⁵. Assim, o prognóstico torna-se positivo quando o utente é transformado identitariamente, quando adquire maior proximidade/semelhança ao socialmente conforme ao local de acolhimento: Vacchiano e Taliani (2006) chamam este processo de *mito dell’assimilazione riuscita* (mitologia da assimilação conseguida), argumentando esta transformação como a aplicação de uma violência sobre o “outro”, a negação da sua aceitação para impedir a relação de paridade deste com o local de recepção; A resistência, por outro lado, é o sinónimo do fracasso terapêutico, o psiquiatra (ou técnico de saúde) tende a descartar qualquer teor político do seu significado e reduzi-la a algo manifestamente patológico,

⁷⁵ Gordon dá o exemplo do controlo iniciado em 1905, em Inglaterra, onde as práticas médicas e exames apurados, sobretudo em navios que transportavam imigrantes, eram alargados ao objectivo de encontrar, mesmo que de forma fantasiosa, algum tripulante enfermo, e assim, recusar toda a tripulação; os alvos principais eram Russos e Europeus de Leste (pela influência anti-semita), e Irlandeses, uma vez que a concepção popular em Inglaterra acerca destes era «serem ladrões e pessoas intelectualmente lentas...». Enquanto Gordon fala sobre usos políticos das técnicas médicas/científicas do início do Século XX, Santiago-Irizarry, por outro lado, descreve os programas psiquiátricos para “latinos” (na sua maior parte mexicanos) como forma de controlo dos seus percursos migratórios nos EUA, com produção de estigma social e assimilação cultural pelas técnicas modernas da psiquiatria.

numa confusão entre respostas de afirmação identitária dos utentes e enquadramento arbitrário da linguagem institucional. Said (1990) descreve a assimilação pela contraposição entre o «moderno» e o «arcaico», pelo estabelecimento de hierarquias entre o “nós” e os “outros”, uma extensão política do colonialismo, um percurso para atingir a conversão do “outro” em alguém como “eu” e, portanto, um processo de “civilização” do “anacrónico”, do “atrasado”, do “não desenvolvido”. As políticas actuais de imigração e saúde mental na Europa e EUA, assim, como as encontradas explicitamente na Transcultural, relacionam estes conceitos com a interpretação cultural, a experiência do corpo e do mundo, da doença, etc., como algo a ser formatado de acordo com as influências hegemónicas, em geral, no sentido hemisfério norte-sul. Esta dicotomia associada à construção da noção de “desvio” é interpretada como um posicionamento inferior na hierarquia social, como uma falta/limitação nas estruturas psicológicas e da compreensão da mais-valia de tornar-se como “nós”.

Guardare agli stranieri come a dei soggetti politici e morali, senza obbligarli a essere ciò che supponiamo essi siano o riteniamo debbano diventare – corpi addomesticati dalle nostre pratiche socio-sanitarie -, è infatti una strategia efficace non solo perchè realizza forse un'autentica comprensione, ma anche perchè sotto un profilo psicoterapeutico essa genera, secondo quanto mostrato dalla contemporanea ricerca etnopsichiatrica, cambiamenti, nuovi vincoli e alleanze, facilitando l'instaurarsi di relazioni transferali (Vacchiano e Taliani, 2006:81)⁷⁶.

Seguindo o raciocínio destes autores, qualquer reacção do utente pode ser fonte que alimenta a confirmação de um quadro clínico fantasioso. O silêncio como expressão de resistência obstinada⁷⁷, particularmente neste trabalho, surgiu ligado a muitos diagnósticos de utentes “africanos”. Nas minhas entrevistas com os utentes, também me deparei com o silêncio como forma de resistência, provavelmente, porque estes estabeleciam uma associação inicial ao choque e a influência do pesquisador no campo, de forma análoga à imagem do médico na relação terapêutica: homem, branco, a fazer perguntas sobre assuntos que não podem ser tratados na clínica, por própria protecção

⁷⁶ “Olhar os estrangeiros como sujeitos políticos e morais, sem os obrigar a serem o que queremos que sejam, ou o que pensamos que se devam tornar – corpos domesticados pelas nossas práticas socio-sanitárias – é uma estratégia eficaz não só porque realiza uma autêntica compreensão, mas também porque, de um ponto de vista psicoterapêutico, gera, como demonstrado pela contemporânea pesquisa etnopsiquiátrica, mudanças, novos vínculos e alianças, facilitando a instauração de relações de transferência”.

⁷⁷ Said, 1990.

dos utentes que conseguem perceber a forma em que suas “crenças”, “feitiçarias” e expressões culturais são articuladas contra si mesmos⁷⁸.

3.1. Uma Entrevista Marcante: de Uma Visão às Suas Ressonâncias

«Diagnosis is the foundation of any medical practice, and the twentieth century has seen a revolution in medicine’s ability to identify--and treat--the illnesses that plague humanity» (DSM-IV, 4ª edição, página de apresentação).

A fim de transmitir os ideais clínicos da Transcultural e denotar premissas e contradições no plano de trabalho, transcrevo parcialmente uma entrevista com um dos psiquiatras do grupo, cuja importância e influência, entendo como determinantes no condicionamento das estratégias gerais de apreensão dos utentes na Transcultural⁷⁹:

- Há quantos anos trabalha na área da saúde mental?

- *Quinze.*

- Qual a motivação da existência deste trabalho?

-*Colocar em prática a experiência adquirida pelo nosso “Psiquiatra-chefe” no exterior... Trazer a transculturalidade para a psiquiatria portuguesa.*

⁷⁸ Ver o caso de Velha-sane (neste trabalho) que aborda a conquista da confiança ao longo das entrevistas para a reconstrução de seu percurso pessoal. Um elemento que possibilitou empatia e a desvinculação da imagem “interventiva hospitalar” da minha presença foi a minha apresentação como brasileiro, que permitiu converter a nossa relação para a de duas pessoas que se reconheciam enquanto imigrantes, com formas diferenciadas (em seus sotaques) de falar o português de Portugal e com religiões (populares) mais próximas entre si do que com as do contexto Português (entre outros factores); ou seja, dois indivíduos em actuações opostas (investigador / informante), porém, socialmente dispostos a formas similares de estigma ou dificuldades genéricas de inserção. Neste sentido, após pouco tempo de relação com Velha-sane (e em geral, com todos os outros utentes) o levantamento de informações foi sendo cada vez mais fácil e dinâmico, contrariamente ao que se verifica, na maioria dos casos, na relação entre médicos e utentes.

⁷⁹ Esta entrevista foi realizada no seu consultório particular, a fim de reconstruir o percurso teórico e a abordagem terapêutica aos imigrantes. O uso e transcrição foram autorizados pelo mesmo. O objectivo foi a recolha de informações sobre o ponto de vista dos técnicos de saúde acerca dos utentes, estabelecer as premissas conceptuais da clínica Transcultural e, igualmente, facultar-me suporte relativamente ao ambiente e ideias que poderiam enquadrar o encontro clínico entre diferentes saberes. O conteúdo desta entrevista não será trabalhado, sobretudo por representar uma opinião profissional, e não geral da Transcultural. Este exercício permite deixar à liberdade do leitor o enquadramento destas opiniões com a parte teórica dos outros capítulos.

- Quantas pessoas compõem o grupo actualmente?
- *Pode variar um pouco, mas basicamente somos: 3 Psicólogos, 3 Psiquiatras, 1 Enfermeiro e 1 Antropólogo, com pessoas que contribuem durante um tempo e acabam por sair, enquanto outras entram.*

- Como e no que a “transculturalidade” mudou o trabalho dos técnicos?
- *Principalmente sobre a interpretação da doença. Nós não podemos olhar para um doente e chamá-lo de Esquizofrénico, pois esta é uma forma Europeia de chamar a doença, que nem mesmo existe com este nome na origem do paciente. Não podemos vê-lo (o doente) com olhar crítico, mas enxergar seus “medos” pela sua visão mística.*

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

- Em geral, qual a proveniência nacional das pessoas que passam pela triagem?
- *Russos, Romenos, Ucrainianos, Africanos, Brasileiros.*

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

- De qual forma a especificidade da etnicidade do paciente diferencia a forma de abordagem para o seu tratamento? Por exemplo?

- *Primeiro, temos uma abordagem humanista, segundo, e o que mais conta, é a nossa capacidade de nos isolarmos da nossa cultura, enquanto buscamos compreender a cultura do outro... a descobrir qual é o seu problema e a sua doença.*

- Com que grupos “étnicos” a relação terapêutica se tornou mais problemática em sua experiência? E a patologia mais difícil quanto ao tratamento?

- *Guiné-Bissau, pelos comportamentos rígidos dos muçulmanos. A patologia é a esquizofrenia, que por acaso, é a doença que estes mais possuem em comparação aos outros pacientes.*

- Quais são os elementos tradicionais e as “crenças” ou “superstições” que encontraram mais frequentemente nos relatos dos pacientes? Quais as respectivas Patologias mais frequentes a cada crença nestes exemplos?

- *Pessoas do “Leste”... o “Leste” é um continente que engloba a Europa uma vez e meia... a África também... apesar de ser um continente, é muito pouco evoluída em termos de cultura e evolução... o “leste” é mais rico neste sentido; Porém, ambos possuem coisas em comum, como os sistemas de crenças. As pessoas do “leste” acreditam em forças externas, como a bruxaria, inveja, energias negativas, que podem exercer controlo sobre suas vidas e seus destinos. É um carácter comum na forma médica de ver estas pessoas. Na África, por exemplo, estes factores externos podem ser vistos pela Deusa da “Many Quá”⁸⁰, que é uma figura que controla a vida dos indivíduos. ...De ambas as origens, em geral, ficam colocados com Depressão e Esquizofrenia, respectivamente.*

- Qual a especificidade que torna o serviço prestado aos doentes “culturalmente competente/sensível”? / Pode indicar a diferença na triagem entre um “Mandinga” da Guiné e um brasileiro?

- *A informação actualizada e a experiência dos componentes do grupo. Na terapia... é a aceitação, olhar activo e incondicional...*

⁸⁰ Querendo referir-se à Mamy-Wata.

- *O método é o mesmo, e não faz diferença quanto às nacionalidades... ambos são tratados com o mesmo percurso. Transportamos a cultura e, assim, desta forma, descobrimos a doença.*

- Qual foi a identidade nacional da maior parte dos pacientes que tratou?

- *América do Sul, Guiné-Bissau, Brasil.*

- O que entende particularmente pelo conceito de cultura e etnia?

- *Cultura é o que cria a identidade no indivíduo, ligada à nação; Etnia é o que se chamava antigamente de raça, o que define o grupo, as crenças, a cor...*

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

- *Básica!*

- Na parte de acompanhamento da Transcultural, quais os casos onde a participação de antropólogos, em tese, modificou o percurso de diagnóstico?

- *Uma vez tivemos a ajuda de um antropólogo. Foi um caso de esquizofrenia de um guineense. O diagnóstico continuou, mas foi muito importante para nós a sua intervenção, pois tivemos uma justificativa de seu comportamento. Este paciente não era somente esquizofrénico, mas o sistema de crenças... e sua mãe também estava doente, com seus comportamentos a influenciar o filho... Se de facto a pessoa é perturbada, não posso fazer uma distinção entre cultura e doença.*

- Qual o percurso dos membros da equipa para oferecer um serviço transcultural?

- *Temos experiência, formação em diversas áreas e falamos muitas línguas. Muitos de nós morávamos fora (de Portugal) e viajamos muito.*

- Pode indicar-me uma (ou mais) referência bibliográfica que o ajudou especificamente no trabalho da transcultural?

- *Marie-Rose Moro e «Bertolucci»⁸¹. Agora não me lembro, mas lhe posso enviar por e-mail.*

⁸¹ Referindo-se a Beneduce, etnopsiquiatra italiano. O Dr. Beneduce esteve em Portugal para apresentar uma conferência no ICS (Instituto de Ciências Sociais), e teve a oportunidade de promover uma palestra na Transcultural.

- Da forma como trabalha, tente me definir o que é doença:
- *Ausência de saúde; estado modificado dos processos químicos e orgânicos do corpo e da mente.*

- De acordo com a entrevista concedida até o momento, poderia me falar sobre os dados estatísticos presentes no DSM-IV e suas repercussões clínicas na Transcultural? Porque há maior incidência de psicopatologias em pessoas do “Leste” e da “África”, como reporta o Dr.?
- *A África é um continente a abater, fadado ao desaparecimento, basta ver a evolução do HIV.... São factores culturais e do desconhecimento; estão a viver em estado de natura. Tem a ver com factores genéticos e o cruzamento de raças.... Eles cruzam as raças... que acabam por oferecer maior exposição às doenças e às desordens (esquizofrenia) Não sabias? Se queres Pit Bulls mais agressivos, os deve cruzar entre eles... se queres uma vaca apurada, não a podes cruzar com outras vacas.... Eles se cruzam entre eles, com as mães e os filhos.... Por isso, na época de César (o imperador romano) eram todos doidos. Porque casavam-se e cruzavam uns com os outros, com núcleos reduzidos. Está provado cientificamente que a baixa variabilidade genética provoca doenças mentais. Por isso pode-se dizer que há uma escala evolutiva, e isso se pronuncia no poder de racionalidade. Na base estão os africanos.... Os indianos, a raça Hindu, possui alta taxa de esquizofrenia catatónica pela própria disposição das castas e dos cruzamentos. Isto é fora de minha área, é da biologia, da cultura geral (...) se queres um contra-exemplo, existem os alemães.*

3.2. O Paciente e Sua Magia

À antropologia foi sempre atribuído um papel paradoxal. Se por um lado o discurso da Transcultural a apontava como saber fundamental para a psiquiatria “bem aplicada”, por outro, alegava a falta de conhecimento por parte dos antropólogos da medicina psiquiátrica e dos factores orgânicos. A empatia conseguida por antropólogos durante as triagens era entendida como forma de “romantizar” as relações da doença, e o seu

conhecimento ineficaz por “*desconhecer as causas das disfunções dos pacientes e o real reconhecimento das doenças por trás da cultura...*”. De facto, a inespecificidade dos conceitos do grupo em seu plano de trabalho, sugere uma falta de preparação em conjugar a psiquiatria com outras áreas do saber necessárias à clínica transcultural e/ou no atendimento terapêutico a imigrantes. Os próprios psicólogos relatavam as restrições de acções ao longo das terapias, com os diagnósticos dos psiquiatras a prevalecerem, pelo menos oficialmente, sobre as divergentes categorias reconhecidas pelos primeiros, sendo o principal argumento deste mecanismo “*o desconhecimento dos funcionamentos bioquímicos do corpo, marcado pela incapacidade (dos psicólogos) de prescrever medicamentos, e estabelecer papéis hierárquicos (entre psiquiatras e todos os outros profissionais) ...*”. De qualquer modo, a questão não está em estabelecer pretensão de competências às outras áreas, mas atribuir unidade de conhecimentos e sugerir o pensamento crítico na psicoterapia, trazer novas perspectivas do encontro médico, do indivíduo e das circunstâncias políticas consequentes à sua apreensão clínica.

A nosologia ocidental eleva o processo diagnóstico à condição de técnica padronizada, cuja sintomatologia é associada ao sofrimento e necessidade de intervenção. Reduzir as categorias às formas hegemónicas que as constituem e sobrepor as certezas teóricas sobre as potencialidades dos modelos dos utentes, produzem contextos onde podemos encontrar elevadas percentagens de imigrantes nos hospitais psiquiátricos europeus (Selten et al, 2001, 2007; Fernando, 1995, 1998, 2005), sobretudo de segunda e terceira geração, “cuja interpretação cultural” má elaborada os categoriza (geralmente) em portadores de esquizofrenia. Apesar das inovações culturais no DSM, a conduta médica continua a administrar a desordem mental como outra doença qualquer⁸²: em que o avanço médico-científico resguarda precisão e objectividade nas descrições sintomáticas, reservando-lhes significados e contextos reduzidos, sem procurar diferentes causalidades, sem considerar a experiência subjectiva dos utentes (Ingleby, 2005).

A simplificação do utente ao longo da psicoterapia está intimamente ligada à incorporação de estereótipos e imaginários populares por parte de muitos técnicos de saúde, assim como, à perspectiva psicopatológica de problemas sociais, acabando por sistematizar o complexo acto migratório através do reducionismo da linguagem clínica. A Síndrome de Ulisses, “descoberta” pelo psiquiatra espanhol Achotegui⁸³, é exemplo

⁸² A manter premissas sugeridas por Kraepelin (1904).

⁸³ Achotegui, 2005.

da versão moderna da *Heimweh*⁸⁴, onde a nostalgia dos imigrados na Europa e países industriais do hemisfério norte ganha contornos patológicos pelo acto da deslocação e continuidade de ligações emocionais à “Pátria Mãe”. Na Síndrome de Ulisses, o indivíduo é considerado a partir de três tipos de experiências migratórias, cada qual com diferentes graus de dificuldades e risco de se obter a desordem:

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

Neste caso, o acesso às condições materiais é preponderante para o afastamento ou proximidade do risco de estar doente. Achotegui defende que todos os imigrantes, assim como seus filhos (por inerência), estariam destinados a obter, mais cedo ou mais tarde, esta síndrome. Os imigrantes ilegais seriam enfermos desde o início de suas “aventuras” migratórias. Apesar do “curioso detalhe” de que esta síndrome terá sido descoberta no mesmo período em que barcos de pequeno porte repletos de pessoas atravessavam de Ceuta e Norte da África para a Europa, ficam claras as influências do contexto político na pesquisa psicopatológica. A Síndrome de Ulisses passou a ser utilizada como base de abordagem a imigrantes pelo sistema de saúde em Espanha e, crescentemente, por toda a Europa.

Como é evidente, se por um lado os factores de exclusão social são impostos na análise como causa do estado da saúde mental dos imigrantes, por outro, o retardamento do processo impreterível de adoecimento (nomeadamente, no percurso do *duelo simples* ao *duelo extremo*) segue uma lógica do perfil ideal do indivíduo economicamente activo, reflectindo o processo de construção moral da produtividade e inserção no sistema económico. Assim, o imigrante mais saudável é aquele que não possui filhos e pais em

⁸⁴ Em alemão, *Heim* significa “lar, casa”, e *Weh* “dor, cabeça”, *Heimweh*, segundo o proposto inicialmente por Johannes Höfer (em *Dissertatio Medica de Nostalgia oder Heimweh*, de fins de 1600), médico da Universidade de Basileia, designa o nascimento de uma patologia, atribuída originalmente a soldados suíços e mulheres enviados ao estrangeiro, cuja remição ocorria com o regresso à casa. In Beneduce, 1998; Pussetti, 2006; Vacchiano e Taliani, 2006.

situação de necessidade que obriguem ao envio de remessas de dinheiro para o exterior, jovem e saudável para o trabalho, com documentação regular, com poder económico de regressar ao país de origem, enfim, “integrado” e propenso ao estabelecimento pleno, com menores probabilidades de querer acumular economias destinadas a um regresso definitivo e, portanto, consumidor e pagador de impostos, que não necessita de ajuda do Estado... A Síndrome de Ulisses privilegia o indivíduo que imigra para a Europa com determinadas bases, controlando, através da construção da patologia da imigração, todos os outros em situações desprivilegiada. Os sistemas macroeconómicos e macropolíticos não são questionados, e a imigração ganha novas vertentes de controlo pelo avanço de novas descobertas, coligando exclusão socioeconómica e política com insanidade, comportamento de grupos menos aptos à adaptação migratória e linguagem psicopatológica, para as quais a solução apresentada é a de administração farmacológica ao “ser migrante”, ao “ser problemático”.

Premissas sobre os sentimentos que possam assolar imigrantes, estatuto social, laboral e relações socioeconómicas, são articuladas como bases universais de uma perspectiva forçosamente “violenta” do acto migratório, reduzindo todos os factores de motivação a questões económicas, e traduzindo o imigrante como um indivíduo que sonha com o enriquecimento e distanciamento das (estereotipadas) condições de vida dos países do sul. Este imaginário é introduzido na clínica, dificultando a interpretação das reais necessidades dos utentes: não por acaso, no âmbito social, as estatísticas apontam para o seu papel como força motriz da economia europeia, facultando mão-de-obra nas fábricas, construção civil e nas funções que europeus não desejam desempenhar, com salários precários, pagando impostos e consumindo bens. O acto de migrar não é sempre uma escolha do sujeito (ou um projecto individual), mas, antes, um processo complexo entre uso da liberdade de deslocação e obrigatoriedade da mesma. Cerca de 35.5 milhões de pessoas⁸⁵, por exemplo, foram prontamente contabilizadas pela deslocação forçada de seus lares (e países) por motivos de violência organizada.

A relação entre estigma social e sua afirmação institucional pode potencializar processos de criminalização dos imigrantes, cujo resultado é a diminuição de margens de afirmação política e equidade social e económica, em jogos que misturam imaginários de senso comum e retóricas clínico-científicas sob categorias médicas que sobrepõem experiências subjectivas a quadros sintomáticos (Luhmann, 2006). A

⁸⁵ Segundo o *World Refugee Survey*, do United States Committee for Refugees (USCR, 2004), in Ingleby, 2005.

clínica assume, então, um teor de controlo e interiorização de estruturas e valores sociais no indivíduo apreendido e objectificado, e demonstra a sua legitimação na produção de racismo e exclusão institucionalizados.

Não há relatos sobre o uso da Síndrome de Ulisses para classificação de imigrantes em Portugal, apesar de alguns técnicos da Transcultural me terem relatado seu estudo para posterior aplicação clínica, como “*uma boa solução para sistematizar e facilitar o trabalho terapêutico sobre a condição dos imigrantes...*”. A este respeito, falava-se das consequências da imigração na identidade e auto-reconhecimento dos utentes, dos quais uma grande maioria apresentava “*deslocações do self*” pelas dificuldades de adaptação e nostalgia relativamente ao seu local de origem, com problemas em permanecerem no local de acolhimento e retornarem aos seus respectivos países: tal estado apresentava-se clinicamente pela “*...incapacidade de se posicionarem diante de problemas da própria vida e tomarem decisões que os resolvessem*”, uma disfunção directamente ligada à esquizofrenia. Este contexto de dupla identidade remete para a reflexão sobre as palavras dos técnicos de saúde acerca do conceito de “homem desenraizado” de Todorov (1999)⁸⁶ ou, ainda, ao de “dupla ausência” de Sayad (1999) no encontro clínico entre nostalgia e doença, fazendo revelar o pressuposto traumático na imigração (defendido pelos médicos) e sua análise superficial em prol do utente.

Independentemente das causas que levam o imigrante à clínica, com a identificação técnica a ser baseada no acto migratório ou elementos culturais (como sistemas de significados ou crenças), o utente deve ser contextualizado, tanto no que diz respeito às suas próprias referências, quanto à amplitude histórica e política que subjaz à sua apreensão. Se é arbitrário sobrepor o indivíduo à sua identidade cultural, uma vez que esta não o reflecte fidedignamente (Ingold, 1993), tão pouco lhe pode ser negada a mera possibilidade de utilizar esta pertença como algo válido para explicar suas aflições. Estruturas universais e orientação psicológica baseadas em estereótipos culturais e identitários, padronizados pelos manuais internacionais de psicopatologia, arriscam a negação do direito à subjectividade do utente e do movimento dinâmico de seu auto-

⁸⁶ Tzvetan Todorov, Húngaro criado durante a ditadura militar (entre as décadas de 1940 e 1960), desde cedo fora tratado e educado como “um francês” na Hungria, pelos parentes que planeavam enviá-lo para França quando completasse maioridade, uma vez que não desejavam que este vivesse no meio da violenta ditadura húngara. Anos depois Todorov tornou-se académico em Paris e, no fim da sua carreira, escreveu “O Homem Desenraizado”, uma descrição autobiográfica das questões da identidade ao longo do acto migratório. Ao conseguir partir para França (perdendo o contacto com a família e seu país durante 20 anos), e retornando após a queda do regime húngaro, deparou-se com o sentimento de ser um eterno húngaro em França e um eterno francês na Hungria. Todorov autodefiniu-se como “os dois e nenhum ao mesmo tempo”, como solução para a crise identitária.

reconhecimento, transformando a terapia em acto político de formatação de “minorias”, pela imposição de modelos ideais de comportamento e pensamento e, portanto, em acção assimilacionista.

Vacchiano e Taliani (2006) recorrem ao paradigma de Pascal como alusão à interpretação da experiência dos imigrantes entre o “visível e o invisível” (racionalidade/crença) na mediação clínica: «Se Deus existe ou não, eu não sei, portanto ele existe!», reforçando o poder da dúvida frente à certeza. Nos casos de esquizofrenia em africanos, claramente atribuídos na Transcultural (e em geral) à influência de sistemas religiosos e “magias” (Noll, 1983), o papel da dúvida proporcionaria um modo terapêutico mais flexível do que a certeza das categorias nosológicas, obrigando a psiquiatria a aceitar a realidade das explicações subjectivas dos utentes sobre si mesmos (Frank, 2006), com subsequente efeito positivo nos tratamentos. Se muitos imigrantes se encontram em situação desprivilegiada entre suas referências culturais e o sistema médico-científico, uma estratégia que demonstre o reconhecimento deste factor entenderia a técnica cartesiana como um modelo equivalente ao “sistema de crenças” de cada utente. Amplificar a visão do indivíduo é considerar o carácter paradoxal do discurso dos técnicos de saúde ao falarem em nome da natureza, sobrepondo-a à cultura, com considerações centrais na função/disfunção orgânica: é necessário assumir a complexidade e ambiguidade dos utentes⁸⁷, libertar-se de visões estáticas da cultura, do corpo, e da racionalidade das emoções e das experiências subjectivas, a fim de se reconhecer que as interpretações de problemas políticos e de grupos são erroneamente projectadas de forma exclusiva no indivíduo através da psicoterapia que o culpabiliza e responsabiliza por sua situação. Se, por um lado, a introdução dos conceitos de etnicidade e cultura na clínica pode promover um reducionismo dos utentes imigrantes, uma conversão que privilegiasse seus pontos de vista, sob uma mediação culturalmente sensível promoveria o fortalecimento da posição ocupada pelo utente na sua relação com o médico (Rechtman, 2006). Mais do que afirmar modelos, a psiquiatria destinada a imigrantes deveria tornar-se consciente dos resultados contraditórios que pode produzir, sobretudo, pela mediação clínica das esferas pessoais separadas das esferas colectivas e políticas, em que as expressões de sofrimento firmam origens e repercutem formas de racismo e exclusão.

⁸⁷ Ver: Lipovetsky, 2005: 19-27; Bauman, 2004: 34-38.

4. Vidas Passadas

Este capítulo destina-se à apresentação de casos clínicos recolhidos durante o trabalho de campo, protagonizados pela mediação clínica da Transcultural e reconstituídos em histórias de vida dos utentes aqui presentes: Apar, Velha-sane e Kan. Os dados foram analisados através de entrevistas aprofundadas com diferentes técnicos de saúde da Transcultural e os próprios utentes. Muitas informações advêm de pesquisa documental e, com o objectivo de promover a livre reflexão entre a teoria aqui exposta e os casos clínicos concretos, este capítulo foi organizado com base numa perspectiva descritiva, em que exponho análises acerca dos percursos terapêuticos e/ou migratórios, sem conotações directas com os serviços da Transcultural. Apesar dos utentes e técnicos de saúde terem conhecimento do destino dado a tais informações, os nomes dos mesmos são fictícios, as datas inespecíficas, e as fontes e informantes são mantidas em anonimato.

4.1. Com os Pés Pelas Mãos – O Caso de Apar

Apar⁸⁸ é um jovem nascido e criado na África do Sul, então país de imigração de sua família, possui nacionalidade portuguesa por descendência directa, fala inglês, e português, como segunda língua. Aos 14 anos de idade mudou-se em definitivo para Portugal com o retorno de sua família. Passados 3 anos (aos 17 anos de idade), foi enviado aos cuidados da Transcultural pelo intermédio de um dos componentes do grupo, amigo de família. O levantamento clínico (anamnese) apontava Apar como tendo problemas relacionais, dependência de substâncias psicotrópicas (haxixe) e de realidades virtuais (Playstation, Internet e computador, em geral)⁸⁹, além de comportamentos e medos “estranhos” como o medo de sair de casa ou utilizar o

⁸⁸ Todos os verdadeiros nomes dos utentes, profissionais e informantes são alterados, a fim de preservar identidades e respeitar a obrigatoriedade deontológica de sigilo médico.

⁸⁹ A implantação da “*Internet Addiction Disorder*” «IAD», entre outras desordens, é muito discutida para a futura edição do DSM V. Há muitos artigos que discutem igualmente a entrada de dependências da Televisão e *Playstation*. Mesmo não sendo uma desordem claramente definida, muitos psiquiatras são aconselhados pelas empresas farmacêuticas à prescrição de antidepressivos e ansiolíticos. Para mais, ver: Stefania Pinnelli (2002), disponível em: <http://proceedings.informingscience.org/IS2002Proceedings/papers/Pinne088Inter.pdf>; *Encyclopedia of Mental Disorders FLU-INV*, em: <http://www.minddisorders.com/Flu-Inv/Internet-addiction-disorder.html>.

comboio, entre outros. De acordo com o tereaputa que me ajudou a reconstruir o caso clínico do utente, os seus relatos sobre relações sociais e medos davam a ideia de ocorrências de delírios e desordem no pensamento.

Após a triagem, Apar foi diagnosticado com Esquizofrenia Paranóide⁹⁰, tendo sido apontada como causa provável uma disfunção bioquímica que tornava seus actos e interacção social anómalos. Não foram prescritos medicamentos, de acordo com o sugerido pela lei nacional de uso de psico-fármacos sobre o seu desaconselhamento em menores de idade, e também pela política de não medicação de um dos três avaliadores inicialmente responsáveis.

Numa das reuniões de discussão de casos clínicos da Transcultural, um dos técnicos questionou seu diagnóstico, alegando que Apar não possuiria problemas tão relevantes, para além de determinadas características “estranhas” – nem por isso muito anormais – comuns a um adolescente que cresce rápido no corpo, adoptando, por exemplo, determinadas posturas rígidas com relação à sexualidade e insegurança.

A distância entre os dois posicionamentos clínicos (entre diagnóstico e sua contestação) foi analisada em entrevistas, observando-se que um critério de peso na triagem de Apar teria sido o seu modo de vestir, modo de falar e determinados símbolos de identificação pela música *Metal* e *Gótica*⁹¹. Estes símbolos foram fortemente valorizados, em controversa sobreposição entre comportamentos influenciados por um “estilo gótico” e seus “problemas” relacionais.

Após um curto período de tratamento, Apar faz revelar ao terapeuta que o medo de comboio estaria relacionado com 3 assaltos sofridos numa estação, a mesma em que deveria embarcar para chegar a Lisboa. O uso de haxixe foi suspenso a pedido do

⁹⁰ Este tipo de patologia, em geral, é diagnosticada pelo reconhecimento de uma “distorção do pensamento”, como comportamento “típico” de um indivíduo que acredita ter a sua vida regida ou controlada por forças exteriores, com ideias delirantes da ordem da extravagância, com alterações da percepção, afecto “anormal”, sem relação emocional com situações, e tendência ao isolamento. Fisiologicamente, de acordo com as estatísticas do DSM-IV (2007), pode notar-se um aumento do tamanho dos ventrículos cerebrais, com excessos de actividades nos neurotransmissores dopamínicos. Ainda de acordo com o Manual, a prevalência desta enfermidade situa-se entre 0,3% a 3,7% da população, dependendo da zona geográfica.

⁹¹ O movimento gótico teve início nos fins dos anos 1970, no Reino Unido, associado aos movimentos musicais *death rock*, *darkwave*, *gothic rock*, com o conhecimento particular da filosofia, adereços como roupas negras e *maquillage*. O conteúdo das músicas possui temáticas que, em geral, se relacionam ao niilismo, hedonismo e retratam a decadência humana. Erroneamente, seus adeptos são ligados impreterivelmente ao satanismo, em geral, pelas roupas negras e adereços religiosos como o crucifixo - embora estes símbolos ganhem outro significado sem cunho religioso. Em Portugal, embora nunca tendo adquirido grande expressão, alguns jovens aderem a este movimento (ou apenas, às suas formas mais manifestas como a decoração do corpo e a música), a partir de finais da década de 1980.

terapeuta que prosseguiu seu tratamento, o mesmo profissional que questionara seu “pré-diagnóstico”⁹²; O intuito era observar a co-relação entre o haxixe e a forma como exprimia seus medos. Após suspender o uso, suas descrições ficaram mais claras, fazendo perceber que o que fora diagnosticado como delírio era, em verdade, um efeito secundário da droga, provavelmente pela quantidade do uso. Tais efeitos secundários do consumo de haxixe reapareciam somente a cada reutilização, reforçando (no seu caso) a relação de causa/efeito directa. Este foi um factor importante, já que transportou o seu quadro clínico para além de uma suposta disfunção bioquímica em seu organismo como causa dos sintomas identificados.

O caso de Apar, em si, permite questionar acerca da excessiva valorização na interpretação médica de seus símbolos de auto-identificação, dado que sua aparência, dificuldades que ali o levaram, reconhecimento no estilo *gótico* e *metal*, foram somados a produzir um perfil de pessoa rude e agressiva, com modos de «estar no espaço» inapropriados, segundo os médicos. Em sua triagem, de facto, as variantes como os assaltos na estação de comboios, falar em português durante a psicoterapia (língua que não dominava como o inglês), assim como a situação recente de imigração do jovem foram silenciados. A contextualização de seu percurso direccionou-se pela observação de comportamentos anómalos a reconhecer no indivíduo, descartando sua subjectividade.

Os indicadores técnicos⁹³ para a análise de Apar foram: inserção social, relação com a família, com os pais, com os amigos e estudos. Existe, no entanto, uma linha condutora ao longo de todo este caso que afasta forçosamente psicoterapia e transculturalidade, pela adopção médica de conceitos de “ideal-funcional” do corpo e das emoções frente a

⁹² A Transcultural adoptava um sistema semelhante ao da avaliação clínica genérica para todos os utentes do Hospital, assim como (por comparação) aos Hospitais em que efectuei pesquisa anteriormente, sendo composta por um “pré-diagnóstico”, que orientava o tratamento em respeito ao método de continuidade com o utente, terapêutica farmacológica ou não, tipo e quantidade dos fármacos; E mais tarde, a confirmação ou alteração de diagnóstico no decorrer do tratamento, assim como suas eventuais modificações (como preferência por outra medicação, em geral, conferida quando a evolução da doença não confirmava o diagnóstico prévio) e um outro final, que acompanha o utente como referência clínica para eventuais retornos ou procedência a outro médico após a alta.

⁹³ “Indicadores” são “guias-conceitos” a serem trabalhados durante a triagem e ao longo da terapia, a fim de obter um mapeamento psicopatológico do indivíduo. São divididos por áreas de actividades e relações humanas “essenciais” - segundo entrevistas ao grupo - para o desenvolvimento e a saúde mental das pessoas. Nomeadamente, referem-se à família, relações sociais, de trabalho, sexualidade, interesse por novas actividades, entre outros. Os Indicadores possuem diferentes importâncias de acordo com a idade e complexidade dos assuntos co-relacionados ao indivíduo em questão; baseiam-se na comparação com modelos ideais quanto à performance individual e emoções inerentes a cada área, em sobreposição ao ao seu percurso de vida; Os resultados obtidos são relacionados com os quadros de sintomatologia para se estabelecer o diagnóstico, colocando-se flexibilizações nestes conceitos para encontrar um ponto de equilíbrio para cada caso.

cada ponto de análise/indicador. Em cena de fundo, parece presente um elemento de juízo moral em relação ao “*Apar enquanto Gótico*”, como uma contraposição deste a uma “imagem/modelo” do que, de facto, deveria ser a forma de se comportar em sociedade de um jovem de 17 anos, com preocupações centrais em “fazer amigos”, socializar-se, estudar e se comportar, que é, em si, o alvo a ser negado pela contestação no movimento gótico.

Se num segundo momento, uma interpretação psicológica feita através do diálogo com o potencial utente reorganizou o seu quadro clínico, simplificando-o, anteriormente, a interpretação instintiva de seus sintomas aparentes e de seus símbolos identitários em determinados indicadores nos manuais psiquiátricos, provocaram uma leitura errónea dos pontos de sofrimento expressos por Apar.

Após um espaço de um ano de terapia, Apar havia reduzido drasticamente o consumo de haxixe, com auto-controle necessário para escolher usá-lo ou não. A relação com a família também assumiu outro formato, com prognóstico positivo. Apar encontra-se em situação de alta clínica.

Diante desta breve descrição, Apar foi submetido a dois tipos de apreensão clínica: a primeira foi o percurso seguido pelo terapeuta que o acompanhou, com uma prática clínica que contextualizou seus símbolos e a finalidade a que serviam (principalmente, pelo seu cunho de contestação social). Este olhar distinguiu vestuário e modo de se expressar (baseado num estilo de objecção), de uma pressuposição estereotipada do “estranho” como extracto de uma sintomatologia... Do mesmo modo, relacionou “experiência traumática” e efeitos secundários de psicotrópicos a comportamentos “delirantes”, desmistificando o factor patológico da palavra “medo” e, assim, substituindo a palavra “agressivo” (em sua forma de se relacionar com as pessoas) pela palavra “resistência”. A palavra “resistência” ganha teor ao estabelecer o histórico de vida do utente, ao verificar o que, efectivamente, representou para ele a mudança de país, com perda de laços de amizade, com a necessidade de domínio de uma “segunda” língua, e com concretizar novas relações. Interpretar seu comportamento “estranho” ou a sua identificação contestatária “gótica” como uma resistência, significa por um lado, restituir *agency* ao indivíduo, por outro, encarar seu quadro sintomático não como indicador de uma patologia em curso, mas como um apelo ou uma mensagem que precisava ser ouvida (Scheper-Hughes, N. e Lock, M., 1991).

Ao constatar uma importante auto-identificação como “gótico” em Apar - da mesma forma como a suspeita de contribuição simbólica do “*ser gótico*” para seu diagnóstico inicial, tornava-se essencial informar-se sobre o movimento gótico e suas representações para aquele indivíduo, antes de procurar qualquer tipo de problema bioquímico e problematizar seu histórico. A segunda, a apreensão feita pelo corpo clínico de psiquiatria, baseou-se no percurso observado como comum na prática clínica na Transcultural, com leituras dos casos onde comportamentos aparentemente desviantes são sujeitos ao isolamento e categorização. Desta forma, a variante da “disfunção bioquímica” está sempre presente a elucidar as causas dos sofrimentos dos utentes, em maior ou menor escala.

O caso de Apar, neste sentido, denota uma sobrevalorização na interpretação do suposto quadro sintomático durante a triagem: 1-) o uso de descrições de doentes dos manuais psiquiátricos funciona como indicador de perfis de comportamento incidentes em dada patologia⁹⁴, com a finalidade de orientar o psiquiatra para um “diagnóstico satisfatório”, sem erros entre patologias com sintomatologias semelhantes⁹⁵. No caso de Apar, o uso restrito destes perfis apontava para o enquadramento da sintomatologia do diagnóstico da triagem, porém, sem considerar leituras realistas de seus horizontes de significados e de suas próprias representações sobre os seus sofrimentos; 2-) Apar foi absorvido por um processo que o objectivou maciçamente. Através de uma posição acrítica e mecanicista das categorias e das descrições de sintomas fornecidas pelo DSM, cada palavra ou elemento que pudesse caracterizar o utente como “estranho”, “inapropriado” ou “desviante” transformou-se em validação de seu diagnóstico⁹⁶. Factos isolados de seu comportamento foram somados ao peso de seu estigma.

⁹⁴ O DSM-IV, como o ICD-IX (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) são os dois principais manuais diagnósticos utilizados no Ocidente, sendo as duas maiores referências de trabalho na Transcultural.

⁹⁵ De acordo com o DSM-IV (da *American Psychiatric Association*, 2007), quanto aos delírios de Apar, ao invés de sugerir um diagnóstico clínico directo à Esquizofrenia Paranóide, consideraria o factor de “Indução por Substancia”, ou seja, aconselharia a contextualização do uso de haxixe como possível propulsor dos delírios (pág. 303-317); Nesta perspectiva, tanto o diagnóstico, como a forma de tratamento seriam diferenciados, assim como as preocupações do terapeuta em sua abordagem ao longo da psicoterapia. Creio que houve, neste caso, prejuízo evidente do utente por estigma de pertença de grupo «gótico», reforçado por juízos de valor dos clínicos frente às performances incutidas na forma de falar, de vestir-se e conteúdo nas letras das músicas.

⁹⁶ O DSM-IV aponta incidências de comportamentos com características a cada patologia. No caso da Esquizofrenia Paranóide há a indicação de delírios e/ou alucinações auditivas tipicamente persecutórias. Para este diagnóstico o(s) sintoma(s) deve(m) estar obrigatoriamente presentes pelo menos por seis meses.

Ocorreu, aqui, uma ligação entre factores de risco em determinados grupos e comportamentos sociais, com visões parciais de seus símbolos. O cruzamento entre o medo de usar comboios e a avaliação precipitada de efeitos secundários do uso de haxixe, simplificados em delírios, são exemplos de um ciclo de criação do perfil do “perigoso”. A medicalização de comportamentos “desviantes” ou marginais aos modelos comumente “aceites” de indivíduos, ou ainda, considerados como potencialmente “perigosos”, foram evidenciados por muitos autores, sem se considerar que atitudes de contestação ou mesmo eventualmente criminais e violentas não são, em si, algo de “patológico” (Conrad, 1979, 1992; Conrad e Schneider, 1981).

As perguntas multiplicam-se após uma prévia análise do seu caso. O que poderia ter acontecido a Apar se sua sorte o prendesse ao diagnóstico da triagem? Neste caso, seus supostos sintomas teriam melhorado? Porque é que a necessidade de se colocar um português como utente aos cuidados de uma equipe Transcultural (por ter nascido e sido criado em outro país) não produziu grandes levantamentos sobre o seu histórico enquanto migrante, nem de seus impactos quanto às relações sociais e, conseqüentemente, quanto às suas problematizações no novo país de acolhimento?

Apar foi despido de si próprio, seus passos e atitudes foram isolados numa dinâmica que pudesse confirmar um quadro clínico, sem estabelecer as necessidades e trajetórias pessoais que acabaram por colocá-lo naquela situação. Partiu-se do diagnóstico em busca da sintomatologia que o confirmasse em Apar. Outro factor importante foi o papel dúbio assumido pelo reconhecimento diagnóstico, onde não só as premissas e usos categóricos apreenderam imagens e identidades no indivíduo - estabelecendo uma valorização atribuída como “estranha” - como fabricou novos desdobramentos da valorização, ou seja, este processo foi ao mesmo tempo, produto e produtor de estigma. A visão do utente pelo terapeuta, diante de uma “manualização” na abordagem clínica, foi o *pivot* agente; enquanto o psiquiatra chefe manteve o quadro como Esquizofrenia Paranóide diante da revisão clínica da Transcultural, o psicólogo que contestara seu diagnóstico encontrou outro caminho através dos mesmos sintomas.

Michael Conner aponta perigos na tendencial utilização do DSM como fonte de reconhecimento psicopatológico em utentes:

There is considerable overlap among diagnostic categories in the DSM and it is possible to reach a more desirable or less desirable diagnosis

depending on the evaluator. Even when there is agreement, many professionals are becoming concerned that the diagnoses and conclusions that follow from the DSM are not very useful. In other words, the diagnosis reached is not much more than a label that is based on an arbitrary set of symptoms. Most of the time a DSM diagnosis does not indicate the best course of action or even what treatment is necessary (Conner, 1999)⁹⁷.

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

Casos como os de Apar são cada vez mais apontados como demonstrativos da institucionalização e racionalização da diferença nos tratamentos de “sensibilidade cultural”. O confronto entre estas duas possibilidades, ou tendências, marcou uma das diferenças de perfil observadas no grupo. Pode dizer-se que - em comparações nas entrevistas com os componentes da Transcultural, esta linha se encontra mais ou menos expressa entre psiquiatras, de um lado, e psicólogos e antropólogos, do outro.

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

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

O relato desta “diferença de tratamento” foi seguido de uma contra-exemplificação pelo psicólogo. Algum tempo depois de Apar ser atendido, o grupo Transcultural foi procurado por uma espanhola em busca de opinião profissional; Alegava sofrer de determinados sintomas e procurava a confirmação de seu quadro clínico. O psiquiatra-chefe conversou informalmente nos corredores do hospital com esta senhora, dispensando-a por não possuir problemas relevantes, aconselhando-a apenas a tomar calmantes leves. O psicólogo de Apar fez a mesma abordagem informal, chegando à conclusão de que se trataria de um caso mais complexo, reconhecendo-a como

⁹⁷ “*Criticism of America’s Diagnostic Bible – The DSM*”; (1999). Disponível em: <http://www.oregoncounseling.org/Diagnosis/CriticismOfDSM.htm>.

borderline, afirmando que o procedimento mais adequado àquele caso seria uma análise mais densa para confirmação do diagnóstico, com indicação expressa de psicofármacos. Para o psicólogo de Apar, este seria um caso oposto, onde o factor de peso para o reconhecimento do grau de enfermidade na utente foi sua nacionalidade, sugerindo uma espécie de prestígio da senhora pelo facto de ser Europeia, bem vestida, loira e branca, com indicadores de pertença de classe social alta. Tratou-se da contraposição prática entre a análise de um Africano e um Europeu, apesar da nacionalidade portuguesa de Apar. *A priori*, este relato não faria nenhum sentido, porém, o informante colocava grande relevância neste episódio. Vieram-me lembranças das reuniões de grupo, onde os transtornos mentais não só eram abordados pelas descrições do DSM e estudos epidemiológicos em comparações nacionais, mas como o próprio discurso dentro do grupo exaltava esta relação entre prevalência e gravidade de desordens e a nacionalidade dos utentes, com muitas distinções entre a psicopatologia das “raças”. Não me furto a dizer que muitas desordens eram explicitadas pela relevância em determinadas regiões geográficas, supondo que Africanos, por exemplo, possuiriam maior grau de incidência de esquizofrenia do que Europeus.

Se por um lado este discurso é pautado em estudos epidemiológicos, fornecendo-lhe suporte “científico”, por outro, a sua interpretação estática e linear proporciona uma política médica de “dois pesos e duas medidas”, com a necessidade de análise mais cuidadosa entre latino-americanos, africanos e pessoas do leste europeu, do que europeus e norte-americanos. Provavelmente o que se passa é uma sobreposição entre estereótipo e factores de risco, mas ao mesmo tempo, mais do que estigma, chamaria isto de racismo institucionalizado, denotado por uma espécie de valor simbólico-social na graduação do estado psicopatológico por nacionalidade do indivíduo.

A questão da incidência de diagnósticos de esquizofrenia em utentes afro-descendentes ou afro-caribenhos foi abordada numa reunião teórica da Transcultural. Os dados epidemiológicos, reportados em muitos trabalhos dedicados ao racismo institucional em contexto clínico/psiquiátrico, foram interpretados como “factos consumados”, sem necessidade de os interrogar ou colocar em questão suas premissas e pontos epistemológicos. Os trabalhos que realçam estas incidências nos diagnósticos de utentes de origem Africana foram interpretados como provas da elevada proporção de

desordens quando comparada a outras zonas geográficas, sem considerar os impactos políticos na análise e uso passivo destes estudos no âmbito hospitalar⁹⁸.

Because of the authority accorded to epidemiology as a scientific discipline, epidemiological conceptualizations of race and its health effects have the capacity to shape what we believe to be true about individuals bearing such differences. Through its increasing relevance in health policies and disease prevention, and their subsequent effects on institutions, behaviors, and awareness, epidemiological interpretations of race carry the potential to influence individuals' experience of racial difference (Shim, Janet K., 2005: 406).

Em entrevista, dos nove componentes principais do grupo Transcultural, somente dois souberam responder a um esboço sobre a importância da “sensibilidade cultural” e seus factores na triagem e acompanhamento dos utentes. Em geral, as respostas eram vagas e, por vezes, anulavam qualquer relevância “cultural” no percurso terapêutico. Um dos psicólogos, ao ser solicitado a reconstituir o caso de Apar, colocou as exponentes genéticas como causa das elevadas ocorrências de desordens entre Africanos, quando comparada à relevância em Europeus.

A apreensão de Apar pela Transcultural substituiu as reais necessidades terapêuticas pelo pressuposto lógico do utente objectificado e passivo, desprovido de voz no auxílio de sua própria contextualização, com os médicos a substituir o processo de *Curing* sobre *Healing*⁹⁹. Os factores que apontam formas de discriminação (mesmo que involuntárias e inconscientes) dos utentes eram apoiadas igualmente na “desorganização” e falta de infra-estrutura do grupo. De acordo com um informante, as hierarquias internas e prevalência dos diagnósticos (e políticas gerais) implicavam ambiguidades nas funções de cada elemento, inviabilizando a prática terapêutica pelas sobreposições de funções e conflitos de interesses particulares, sobretudo nos resultados clínicos e no tratamento dos utentes, a demonstrar as lideranças internas e os circuitos de controlos na hierarquia médica. De facto, funções terapêuticas eram aparentemente assumidas por pessoas sem a preparação e experiência suficientes, com estudantes de psicologia e estagiários a intervirem como “segundos-terapeutas” em suporte a todo o

⁹⁸ Para exemplos e reflexões acerca deste tema, ver: Fernando, 1988, 1991, 1995, 1998, 2002, 2003; Beneduce, 2002; Bracken P. e Thomas P., 1999; Griffiths, 1977; Howitt e Owusu-Bempah, 1994; Karlsen e Nazroo, 2002; King, 1996; Littlewood, 1992; Littlewood e Lipsedge, 1997; McEnzie, 1999, 2003; Peirce, Earls e Kleinman, 1999, entre outros.

⁹⁹ Como colocado anteriormente no capítulo I sobre a perspectiva de Young (1982) acerca da EM «Explanatory Models» de Kleinman (1978).

processo. O Psiquiatra-chefe, por exemplo (talvez por falta de opção), ocupava muitas vezes três postos terapêuticos ao mesmo tempo, como Chefe de grupo, psiquiatra do utente e coordenador/supervisor de trabalho, cujas funções, supostamente, implicariam diferentes pessoas, a fim de proporcionar neutralidade no processo diagnóstico, assim como, condições de anonimato de cada caso, com liberdade dos demais envolvidos na psicoterapia, como as diferenças de metodologias e percursos entre os profissionais do grupo.

O supervisor (supostamente) deveria ser um indivíduo neutro no tratamento ao utente, sem contacto com o mesmo, disposto a conhecer somente o que lhe é reportado, a fim de apontar, por sua vez, as possíveis falhas no tratamento e diagnóstico. Este “sigilo”, pelas palavras da maioria dos membros da Transcultural, é *conditio sine qua non* da preservação da ética do próprio processo terapêutico, mesmo que não fosse na prática, respeitado pelos mesmos no trabalho clínico, e que esta falha não fosse colocada explicitamente como um problema nas reuniões do grupo. As evidentes sobreposições hierárquicas, muitas vezes realçadas pelos membros do grupo como uma constante de todos os encontros de discussão dos casos, tornaram impossível questionar directamente a gestão dos encontros clínicos e a falta deste sigilo essencial; Em suma, a objectividade terapêutica estava submetida ao controlo hierárquico dos postos mais altos, com resultados reflectidos na qualidade e eficácia do trabalho aos utentes.

4.2. Kan¹⁰⁰

4.2.1. De Trás para Frente

“Psicose reactiva” foi o diagnóstico de Kan pelos psiquiatras da Transcultural. Após chegar a Portugal, em 2004, com 37 anos, encontrava-se numa cama do hospital, sendo entrevistada por um mediador cultural requisitado pelo grupo, dado que acreditavam na

¹⁰⁰ Não pude ter contacto com Kan. Sua história é aqui reconstruída por meio de entrevistas com um dos antropólogos que acompanhou o seu caso na Transcultural, um psicólogo que estava presente em sua triagem psicopatológica, e um psiquiatra, que sustentou seu diagnóstico após o posicionamento contestatário dos dois primeiros. As informações que possam apontar minimamente para a sua identidade são reelaboradas, uma vez que o objectivo deste relato é simplesmente analisar mais um encontro clínico e a importância dos factores culturais e experiência subjectiva do utente para a sua avaliação.

sua “não-reação” a qualquer estímulo diante dos terapeutas do grupo. Kan não falava e, quando o fazia, os médicos não a podiam perceber, uma vez que sua linguagem era consensualmente considerada desorganizada e incoerente. Os médicos relatavam uma explícita incapacidade de organização lógica da racionalidade/pensamento, e das explicações que a colocavam no papel de utente. Esta foi a primeira barreira que Kan encontrou no ambiente clínico, onde as questões semânticas produziam longas pontes nas relações entre utente e terapeutas (como sugere Kleinman, 1978, 1988).

Sua sintomatologia ia ao encontro da descrição do DSM-IV (2005) sobre a patologia que lhe fora atribuída, a qual indica a presença de um dos comportamentos seguintes, mesmo que por um só dia:

Critérios para o diagnóstico de Transtorno psicótico breve [298.8]
Presença de um (ou mais) dos sintomas seguintes:

(1) Ideias delirantes; (2) alucinações; (3) linguagem desorganizada [p. ex., disperso ou incoerente]; (4) comportamento catatónico ou gravemente desorganizado.

Durante a triagem, seus familiares confirmaram aos técnicos de saúde que andava delirante e paranóica, com sensações de perseguição por carros e pessoas, assim como algum tipo de medo em ser envenenada pelos próprios familiares, com especial atenção à comida. Tinha medo de ser presa pela polícia e, muitas vezes, confirmava que se escondia destes ao vê-los na rua. Pensava que havia câmaras de vigilância que a controlavam pela linha do metropolitano e nos transportes públicos em geral; em ambos ambientes, social e familiar, Kan relatava a constante sensação de controlo, de ser observada e conduzida. Ao falar das suas relações familiares e conjugais aos técnicos de saúde, Kan recorre, muitas vezes, a explicações que “desafiam” a suposta racionalidade ocidental, com narrativas sobre entidades sobrenaturais, “*lutas espirituais*”, em “*cabeças amarradas*”, em venenos e poções feitas de fluidos corpóreos, no furto do seu cheiro, histórias sombrias de “*calcinhas*” (roupas íntimas femininas) enterradas no “*mato*”, de “*mau-olhado*”, de “*inveja*”. Os psiquiatras consideravam estes relatos como perseguições de origens místicas (feitiçaria, rituais para condicionar sua vida sexual ou inibir sua fertilidade), como comportamentos típicos de uma “*psicose de natureza persecutória*”. Os psiquiatras da Divisão de Saúde Mental da WHO (*World Health Organization*) numa pesquisa transcultural em colaboração com o IPSS (*International Pilot Study on Schizophrenia*) e DOSMED (*Determinants of Outcome of Severe Mental*

Disorders) afirmaram que, de facto, em África, reacções psicóticas agudas transitórias, baseadas em crenças culturais na magia e na feitiçaria, são particularmente frequentes (in Pussetti, 2006).

De facto, Kan apresentava uma condição de angústia e ansiedade persistente, ligada à sensação de ser vítima de feitiçaria: esta angústia era sustentada – em seu contexto de origem - pela percepção da íntima e diária proximidade de pessoas “ambíguas e invejosas”, em particular pessoas do próprio grupo familiar. Segundo a interpretação dos técnicos de saúde dos comportamentos de Kan, concluía-se a presença de medos sobre os carros e o simples facto de atravessar a rua, como “*sinais claros de paranóias e ansiedades que estavam presentes em suas relações interpessoais, aqui e no contexto de origem*”, apresentados como delírios alucinatórios. Os técnicos de saúde, em momento algum, levaram em conta o possível peso do factor “invisível” em outros contextos e referências, podendo ser uma realidade para o indivíduo, sem no entanto, tratar-se, necessariamente, de um indício de patologia.

Como consequência à apreensão clínica, Kan foi internada duas vezes, a somar um espaço de seis meses no hospital psiquiátrico. O motivo pelo qual se havia deslocado a Portugal tinha sido a relação conflitual com seu marido (em sua terra de origem), e o tratamento médico que um parente necessitava fazer - ao qual Kan servia de acompanhante, na ausência de outra pessoa que o pudesse fazer; a condição de “psicótica” lhe reservou a perda da guarda de sua filha (que a acompanhava em Portugal), que passou a ser tutelada em uma Casa de Acolhimento para Menores.

4.2.2. De Frente para Trás

O diagnóstico de *psicose reactiva* – com o qual foram classificados o comportamento e as queixas de Kan – indica «os sintomas (...) que se apresentam pouco depois (e em aparente resposta) a um ou mais acontecimentos que, isolado ou em conjunto, seriam claramente stressantes a qualquer pessoa em circunstâncias parecidas e (imersa) em mesmo contexto cultural» (DSM-IV, 1995: 311). Esta definição pertence à antiga edição do DSM-III-R, já não sendo utilizada, e foi substituída na recente versão do manual pela categoria de transtorno *psicótico breve*. A recente edição do DSM adverte os psiquiatras dos riscos de mal-entendidos culturais, sendo fácil confundir, como sintomas de transtorno *psicótico breve*, comportamentos admitidos em outros contextos

culturais (como escutar vozes, por exemplo) (DSM-IV, 1995: 309). Apesar das indicações contidas no Manual, estas não foram aplicadas, nem quanto à sua versão na edição III-R, nem na mais recente IV, considerando-se o comportamento de Kan como consequência normal de eventos stressantes à qualquer indivíduo, assim como factores admissíveis no contexto de origem, o seu destino clínico poderia ter sido diferente.

Na relação terapêutica hospitalar, ao que tudo indica, a história de vida de Kan, basicamente, não foi escutada, assim como não foram consideradas relevantes – mesmo que aparentemente irracionais – as suas interpretações do que se passava em sua vida. Não foram analisadas de forma aprofundada, nem as motivações e os traumas do seu percurso migratório, nem a sua relação com a família, situação socioeconómica ou contexto de origem; seu processo clínico é uma sequência de páginas brancas: a secção dedicada à «História pessoal e desenvolvimento social» não reporta absolutamente nada; no que diz respeito à «História Familiar», há somente três linhas, a relatar o falecimento de seu pai, o local de residência actual de sua mãe, e a existência de quatro irmãos. Nos relatórios dos médicos não aparecem informações sobre as suas próprias representações, a não ser dados vagos, inexactos e poucos aprofundados, que reduzem as referências de Kan a entidades (que no contexto de origem têm uma definição e identidade específicas) e definições superficiais e completamente eurocêtricas (*o deus da etnia*), sem explorar minimamente o significado que estas entidades podem ter para a utente, assim como para a sua comunidade, no contexto de origem e no lugar de acolhimento.

Na «História Clínica» somente estão reportados seu país de origem e língua materna, além de duas informações muito básicas: que ganha menos de 50 euros por mês e que dorme num colchão, no chão, com sua filha, num espaço cedido por um amigo. Ao longo de seu processo clínico, além dos seis meses de internamento, são registadas mais de dez visitas médicas; por mais que não faltasse tempo para a escuta da utente, a descrição dos psiquiatras limitou-se a realçar o “estado de espírito” de Kan ao longo das consultas, a avaliarem-no entre «bom» e «delirante». Se de facto não houve uma grande tentativa de diálogo, todavia, foram feitos esforços para interpretar as queixas da utente e para melhor alcançar seu quadro clínico: foram repetidamente feitas análises clínicas do sangue e de urina, assim como testes da funcionalidade hepática e visitas ginecológicas. Um exemplo muito marcante deste “não-diálogo” foi a demora (de meses) em descobrir que Kan não possuía nenhuma dificuldade em expressar-se, mas que apenas falava “crioulo” e não português. Este “desencontro” rendeu à utente efeitos

colaterais fortes, como o aumento de peso considerável e dificuldades de pensar, provocadas pelos efeitos secundários dos psicofármacos, como relatado por um dos psicólogos que contribuiu para a reconstrução deste caso.

Revendo o caso de Kan através dos seus relatos - fornecidos ao mediador cultural que tentou reconstruir sua história de vida na língua materna da utente, e apontamentos pessoais do psicólogo responsável pela triagem (cedidos para análise), é possível oferecer uma interpretação do seu mal-estar mais complexa, que não reduz as suas experiências aos quadros patológicos da psicose. O passado de Kan é síntese de medos e perseguições: sua história conjugal foi uma sequência de ameaças físicas e “místicas”, com um ex-marido ciumento e rancoroso que a molestava continuamente e a intimidava, utilizando todos os recursos disponíveis, violência e ataques “sobrenaturais”; Kan relatou, com extrema lucidez e coerência narrativa, os episódios que mais a marcaram e apavoraram, e que podemos reconduzir ao espaço simbólico da feitiçaria, algo muito presente, que pertence à vida quotidiana no seu contexto de proveniência (como relatado por um psicólogo e o mediador cultural de Kan). O discurso de Kan, a este respeito - como sugeria Evans-Pritchard ao falar da feitiçaria entre os Azande do Zaire¹⁰¹ - dispõe de uma lógica interna perfeita, onde nada escapa a esta leitura dos acontecimentos e tudo se torna extremamente coerente. A ansiedade de ser vítima de “mau-olhado” e de “ataques de feitiçaria” é uma constante em seus relatos, a sublinhar relações familiares tensas e complexas, principalmente, com o ex-marido e com a cunhada, que - desde sua vinda a Portugal - se demonstrou hostil e pouco disposta a hospedá-la e mantê-la economicamente, por mais que não possuísse outros recursos. Nesta mesma lógica, pode interpretar-se o medo de Kan (sobre o envenenamento da comida, prática muito presente, ao menos nos discursos das pessoas e nos cuidados da comensalidade, em seu contexto de origem)¹⁰², como meio de resolução transversal e indirecta dos conflitos, e de controlo moral. Interpretar eventos tão complexos num registo exclusivamente psicopatológico significa não colher as diferentes dimensões de significados, os conflitos e as dinâmicas relacionais, dos quais o mal-estar do individuo é a expressão consequente. Provavelmente teria sido mais

¹⁰¹ No clássico de 1937 *Witchcraft, Oracles and Magic among the Azande*.

¹⁰² De facto, é quase impossível ter provas efectivas de envenenamento no seu país de origem. O que é para este caso significativo (todavia) é o discurso sobre comida envenenada, que é uma constante em qualquer refeição feita pela utente. Este dado era presente nos relatos de muitos utentes do seu mesmo contexto, e confirmado em entrevistas com antropólogos especialistas da área e mediadores culturais da Transcultural.

produtivo considerar os relatos de Kan não como delírios psicóticos, mas como a sua forma de narrar e representar mudanças de vida drásticas, fracturas familiares, desilusões, conflitos económicos, tensões interpessoais, e de levar consigo as feridas históricas de um país com uma história colonial e de guerra civil violenta recente (Kleinman, 1978; 1988). Além de um reducionismo do percurso individual da utente, nem mesmo os marcos locais que lhe pudessem conferir qualquer tipo de influência nas relações familiares e interpessoais foram considerados.

De mesma forma, teria sido mais eficaz, do ponto de vista terapêutico, considerar o que a polícia, transportes, o metropolitano, carros e mesmo a malha urbana, poderiam significar “do seu ponto de vista”. Um desencontro da realidade que ela expressa aos técnicos de saúde numa frase curta, mas particularmente significativa: “*quando cheguei, não conhecia a realidade daqui!*”. Não é difícil para antropólogos – especialmente para os que frequentaram contextos “exóticos” – compreender o salto que ela cumpriu no tempo limitado de uma viagem de avião, e o choque de encontrar-se num contexto espacial desconhecido, onde mesmo as práticas corpóreas mais quotidianas (atravessar uma rua, utilizar um comboio ou o metro) eram, para ela, completamente estranhas, uma vez que vinha de uma zona estritamente rural. Muitos dos informantes do mesmo contexto de origem de Kan relataram sensações similares ao chegarem a Lisboa (de acordo com entrevistas com os técnicos de saúde), assim como falaram do “*medo da polícia*”, não somente enquanto ameaça (evidente) aos imigrantes em condição de ilegalidade, mas também pelos relatos de suas práticas de controlo e punição, popularmente relatados pelos imigrantes: relatos de violência social gratuita, de abusos, de molestamento sexual das mulheres, de ofensas e racismo. Mesmo que se queira ver estes factos como algo que não corresponda à realidade, a imaginar uma “polícia” gentil e compreensiva, esta é a componente que se produz no discurso destes indivíduos – especialmente dos ilegais, moradores de bairros sociais e negros – e que Kan encontra, ao chegar a Portugal, o que condiciona a sua apreciação da realidade, com ressonâncias entre sua conflituosa adaptação e referências do passado. O mesmo discurso que persiste sobre a ideia do controlo, que considera as câmaras de vigilância assim como os registos dos “passes” dos transportes e do metropolitano, como meios para identificar e encontrar os indivíduos em qualquer lado da cidade ganham sentido e projecção. Não é aqui importante discutir a existência destas formas de *vigilância e punição* para os “ilegais”; o que importa é a existência deste discurso entre esta larga população, e que por eles continua a ser reproduzido. A esta observação, os psiquiatras da Transcultural

responderam que, de facto – pela mesma condição marginal e precária em que vivem – os imigrantes (todos? Os ilegais? Os negros?) têm tendências a serem paranóicos e a terem surtos psicóticos. Mais uma vez, uma leitura patologizante de fenómenos e ansiedades que podem ter uma explicação puramente social, económica e política, são introduzidas na intervenção e controlo de grupos.

4.3. O Caso de “Velha-sane”

4.3.1. O Amanhecer

“Velha-sane” veio do sul da Guiné-Bissau para Lisboa há menos de uma década, onde se estabeleceu com uma prima (em verdade, a filha de sua vizinha na aldeia onde cresceu) que vivia e trabalhava em Portugal. A documentação para seu direito de estadia se firmou pelo acordo do Ministério da Saúde guineense, em que os cidadãos portadores de enfermidades que não podem ser tratados na capital, Bissau, têm direito a visto de permanência pelo governo português para acesso à saúde em Portugal¹⁰³.

Veio em busca de condições estruturais para intervenção cirúrgica, porque um dos seus rins fora extraído em 2004, enquanto o outro, a funcionar parcialmente, fora mantido devido a problemas de incompatibilidade de doadores, o que lhe obrigou a permanecer em Portugal para fazer hemodiálise e acompanhamento médico. Velha-sane não sabe definir ao certo seus problemas de saúde, respondendo sempre com palavras “didáticas” transmitidas pelos médicos, como “*rim doente*”, “*problema de rins*”, sem mais detalhes fisiológicos/orgânicos.

A impossibilidade de trabalhar, devido ao seu estado de saúde, a deixava tensa, fazendo surgir outros problemas como gastrite, prisão de ventre, dores de cabeça, problemas secundários no rim, nas articulações dos joelhos, insónia, nervosismo e “*formigueiro*” nas mãos e braços. No início de 2006, com o agravamento dos sintomas, seu nefrologista foi informado sobre o seu estado geral, tendo descoberto que os sintomas agora apresentados por Velha-sane eram, em verdade, os mesmos que ela relata ao falar de sua infância e adolescência, e que a própria atribui à época em que “*caía de ataque*”.

¹⁰³ De acordo com o tratado entre a República Portuguesa e a República da Guiné-Bissau, decreto n° 44/92 assinado em Lisboa a 31 de Março de 1989. Para mais, ver: www.gddc.pt/siii/docs/dec44-1992.pdf.

O “ataque” surgiu aos oito anos de idade, enquanto trabalhava a buscar água para a família na aldeia vizinha. Velha-sane perdeu os sentidos e, ao acordar, estava ao chão, sem movimentos, com “*sucuma a sair da boca*” (espuma), e temporariamente sem visão. Os “ataques” viraram constantes desde então, fazendo-lhe, em outras ocasiões, perder temporariamente a fala, a coordenação motora era afectada, os seus olhos ficavam abertos, assemelhando-se a um estado de transe, não escutava nada e, portanto, não possuía nenhum tipo de comunicação com as pessoas em redor, a não ser uma voz de mulher que a assustava (e que a continua a assustá-la ainda agora). A cada episódio Velha-sane ficava de cama, situação pela qual a sua família passou a procurar o tio de sua mãe, que levava ervas de banho e líquidos para ingestão e assim afastar o mal, que diziam ser da ordem do espiritual. Aos poucos, Velha-sane recuperava e a família evitava falar sobre o assunto, agindo como se nada tivesse ocorrido. Velha-sane não sabe dizer o que acontecia, apenas repete que “*caía de ataque quando era pequena, foi assim*”.

No mesmo período em que apresentou trechos da sua história e a sua insatisfação com as condições de vida em Lisboa a seu nefrologista, Velha-sane sofreu outro “ataque”, que a levou a ser internada por quatro dias num Centro Hospitalar. Os exames neurológicos não indicaram nenhuma anormalidade, e o corpo psiquiátrico reuniu-se sem chegar a uma conclusão sobre as causas de seu estado; decidiram contactar seu nefrologista, que levantou o histórico de Velha-sane e a provável importância do factor cultural em sua sintomatologia, levando-os a transferi-la para os cuidados da Transcultural.

O psiquiatra da Transcultural não explicou a Velha-sane o que se passava. Dizia que o tratamento iria demorar, talvez fosse para sempre e, assim sendo, a necessidade de continuar em Lisboa. A triagem à qual foi submetida apontou o diagnóstico de Esquizofrenia e, de início, o suporte dos técnicos de saúde baseou-se em sessões de psicoterapia com auxílio de psicofármacos.

4.3.2. Meio-dia

No início de sua adolescência, Velha-sane foi levada da zona rural (onde vivia) para a capital, para ser tratada no Hospital Nacional Simão Mendes. A princípio suspeitaram

de Cisticercose «*Taenia solium*»¹⁰⁴, mas sua família, muçulmana e de etnia *Mandinga*, alegava que Velha-sane nunca comera carne de porco.

Dos oito aos dezoito anos de idade, os “ataques” foram controlados com os “*mezinhos do chão*” (modo como Velha-sane chama as ervas medicinais de sua região), “remédios da terra” do tio de sua mãe, e os sintomas originais desapareceram progressivamente, ao mesmo tempo que um novo quadro sintomático emergia, relatando-o como “nervosismo” e dores ao longo do corpo, em principal na cabeça e na região onde se encontram os rins.

Ao longo dos anos os “ataques” diminuíram, apesar da continuidade dos sintomas secundários e progressão de sonhos que não a deixavam dormir, provocando-lhe alta irritabilidade com os parentes e vizinhos. Os tratamentos do tio de sua mãe foram suspensos a seu pedido, como não acreditava mais em sua eficácia; tão pouco, os médicos da capital conseguiram definir seu estado físico/emocional, aconselhando-a a requerer um parecer médico que a possibilitasse vir a Portugal em busca de segundas opiniões clínicas.

No entanto, aos dezanove anos de idade, a sua família acordou seu casamento, o qual era indesejado por Velha-sane, que me reporta não gostar da ideia de estar submetida às ordens de um marido. Após alguns meses de casada, seus “ataques” voltaram, a demonstrar (sob seu ponto de vista) insatisfação com sua situação familiar e o desejo de algo melhor para sua vida. Este contexto fez com que seu marido buscasse uma segunda mulher, que passou a viver na casa vizinha, e que terá ficado grávida pouco tempo depois, situação que provocou conflitos entre as duas e seu marido. Velha-sane diz:

“ela era mais jovem, dava os filhos fortes que ele queria, estava sempre a cozinhar e presente para ele, se sujeitava às ordens e às obrigações... Eu não! ...então ficava nervosa e ela passou a dizer a todos que era estranha pelos meus ataques, que eu entrava em transe, não poderia ter mais filhos e trabalhar. Gozava comigo em frente a todos pelos filhos

¹⁰⁴ No caso de Velha-sane, os médicos em Bissau acreditavam na hipótese de Neurocisticercose, com a instalação dos cisticercos no sistema nervoso central, músculos e víceras, podendo causar crises convulsivas, cefaleia, alterações na visão, hidrocefalia, etc., que explicariam, *a priori*, todo seu quadro sintomático, dado que os exames neurológicos não indicavam relações precisas. A partir dos sintomas da Neurocisticercose, os médicos interpretavam as divergências como uma questão de nomenclaturas utilizadas pela utente, uma vez que convulsões poderiam ser vistas como “estado de transe”, alterações na visão, como alucinações ou confusão mental, e assim por diante.

fracos que eu perdi, e pelas doenças dos que nasceram... isso tudo acabou por provocar muitos ataques e brigas... já não tinha respeito na aldeia.”.

Velha-sane teve um filho no primeiro ano de casamento, que nasceu doente e se recusou a amamentar após 3 meses, já que era muito fraco. Por todo o período de gravidez reclamava de fortes dores de cabeça, sentia-se perseguida por uma força constantemente presente, que a observava no quarto e lhe tirava o sono, a mesma força que acreditava ter retirado as energias de seu filho. Após alguns meses ficou grávida de gémeos, perdendo-os ao sexto mês de gestação, o que, de certa forma, lhe fez criar sentimentos fortes de protecção e, paradoxalmente, raiva do primeiro filho. Durante a gestação interrompida, começou a ter sonhos sobre um futuro filho e, meses depois voltou a estar grávida, a dar a luz outro filho igualmente doente.

Os ataques voltaram e as sensações de perseguição, que se acentuaram, causaram mais problemas no casamento e na aldeia em que vivia; o seu marido e família lhe ofereceram “*tratamentos da terra*”, os quais recusava, sentindo-se pressionada a agir de forma agressiva. Mais uma vez é levada a médicos em Bissau onde, após exames que não identificaram causas, foi expedida uma ordem de internamento para um Centro de Doentes Mentais, onde permaneceu sob tratamento por um ano e três meses, ao mesmo tempo que a sua família a obrigava a continuar com o “*remédio da terra*”.

Velha-sane voltou à aldeia, desta vez sem prestígio algum entre seus amigos e familiares, com os “ataques” frequentes e quadro sintomático agravado, com insónias que duravam dias seguidos, agressividade nas relações sociais e a presença da força que a perseguia, a ameaçar seus filhos e a perturbar o sono. A situação fê-la decidir-se por voltar à capital e solicitar uma junta médica para vir a Lisboa, na tentativa de encontrar um “*tratamento moderno*”. Diz que a sua vinda não possuía somente o intuito terapêutico, mas também o afastamento do seu marido (funcionário público, que trabalhava a organizar cursos de saneamento básico em aldeias afastadas da capital), e reunir condições para melhorar a vida de seus filhos.

4.3.3. Entardecer

Ao psiquiatra da Transcultural (assim como nas entrevistas para este trabalho), fala sempre de sonhos, definindo datas e personagens que lhe aparecem, dando a entender que são constantes e muito importantes nas decisões que toma para a sua vida; porém, ao ser questionada, fica (geralmente) em silêncio por alguns segundos e depois responde timidamente que não se lembra. Ao longo de todas as entrevistas, acabávamos por fazer percursos de ganho de confiança, com a repetição das mesmas perguntas para verificar se as respostas se alteravam.

Depois de alguns encontros, Velha-sane revela detalhes de seus sonhos. Em geral, se passavam com a família, com repetidas figuras que a ameaçavam, a pedirem coisas, o que lhe causava as insónias e, em certos períodos, fazia-a aumentar a frequência das visitas médicas/psiquiátricas, pedindo aumento das doses de fármacos a fim de lhe induzir “*sonos sem sonhos*”. Para Velha-sane, o recurso aos médicos para a melhoria do seu sono permitia o afastamento das personagens, dado que acreditava existir uma relação entre as insónias e o nervosismo nas relações interpessoais.

Quando perguntada sobre as sensações das dores de cabeça, que antecedem os “ataques”, fala de “*água que se mexe na cabeça*”, sendo esta a forma como pode definir as sensações das reacções físicas desde sua infância. De facto seus sonhos estão sempre ligados ao mar e/ou água, e a figura que a atormenta, enfim, é colocada como uma senhora branca, aparentemente europeia, gorda (forte)¹⁰⁵, com cabelos loiros e olhos claros, que nunca lhe fala, mas “*apaga a mente*”, e a deixa com medo de dormir. Estes sonhos intercalam-se com imagens onde estão os filhos ou o seu pai a sofrer acidentes de carro ou algum tipo de mal, situações em que a Velha-sane nada pode fazer. Os relatos sobre os seus familiares são colocados sempre em paralelo com o medo que esta senhora europeia lhe impõe, com risco de perder pessoas queridas ou bens materiais.

Durante as entrevistas, suas expressões acerca dos sonhos se contradizem, principalmente, pelo silêncio que ora é atribuído à entidade feminina, ora às vozes e ameaças que esta lhe confere. A comunicação corpórea de Velha-sane sugere sempre timidez, afastamento e tentativas de mudança de assunto a cada tentativa de entrar em

¹⁰⁵ Na Guiné-Bissau, o termo “gorda” significa, em verdade, uma constituição física forte, que denota elogio à forma e à feminilidade, com a força de produzir filhos fortes e recursos financeiros para se alimentar. “*Bu ta ngorda tchiu*” é um elogio muito comum para cumprimentar alguém, como me afirmou Vellha-sane.

profundidade nos acontecimentos do seu passado e da sua relação com as forças que a perturbam.

Velha-sane mora, actualmente, com seu irmão, revelando que não estava só com sua prima em Portugal, mas junto a (aproximadamente) quinze parentes, que vivem e trabalham em Lisboa e arredores. Seu discurso é paradoxal, no sentido em que demonstra insatisfação com sua vida financeira actual, alegando que passa necessidades e não tem dinheiro para mandar à sua família, que não tem o que comer na Guiné-Bissau. Ao mesmo tempo, a sua casa é adornada com muitos equipamentos electrónicos, com receptor televisivo por cabo, com todos os homens da família a possuir *Ipods* modernos e carros de luxo - bens que se esforça por descrever aos parentes da Guiné-Bissau quando os contacta por telemóvel. Em muitos dos nossos encontros, Velha-sane e a sua família insistiam muito em ir buscar-me de carro às estações de metro, e no interior da casa, expunham orgulhosamente os seus bens materiais, mostrando que lá estavam, demonstrando uma linguagem de prestígio. Apesar de me dizer não acreditar nos “*remédios da terra*”, ao mesmo tempo, manda trazer mensalmente ervas para produzir líquidos de banhos e “*mezinhos*”, os quais utiliza e vende através de seu irmão, que trabalha como astrólogo na região da grande Lisboa, com larga clientela, demonstrada pela sua constante procura no telefone móvel. Se por um lado, o motivo terapêutico a trouxe à Europa, por outro, a manutenção do seu estado de saúde a leva a atingir objectivos secundários. Prolongar o estatuto de “*enferma*” possibilita-lhe estar na Europa sem grandes problemas burocráticos e sem a obrigação de seu retorno à “*terra*”.

Os sonhos colocam esta relação entre a melhoria da sua qualidade de vida, expressa pela relação de posse material, em contraste com os sintomas de seus males e os sonhos ameaçadores da “*Senhora Europeia*”, o que lembra o culto da *Mamy-wata*, praticado por toda a região oeste, central e subsariana do continente africano, partes do Caribe e América do Sul¹⁰⁶. Por quanto não haja ainda muitos estudos sobre a presença do culto da *Mamy-Wata* no contexto da Guiné-bissau, podemos estabelecer um paralelismo com o culto local da *Serpente*, a *bajuda iran cego* (Crioulo) (a menina pitão)¹⁰⁷. *Serpente* é

¹⁰⁶ Para mais, ver: Szombati-Fabian e Fabian, 1976; Salmons, 1983; Drewal, 1988; Bastian 1997; Gore and Nevadomsky, 1997; Jell-Bahlsen, 1997; Beneduce and Taliani, 2001; Pussetti, 2005: 107-114; Pussetti, no prelo, entre outros.

¹⁰⁷ Mesquitela, 1996.

de facto, como *Mamy-Wata*, um *iran*¹⁰⁸ (ser sobrenatural) que assume frequentemente a aparência de uma mulher branca, europeia e sexualmente apelativa, que pode entrar em relação “contratual” com os seres humanos. No culto da *Mamy-Wata*, tal como no da *Serpente*, o elemento do bem-estar económico e acesso a bens materiais é a base da relação com a entidade espiritual. Diferentes autores¹⁰⁹ salientaram (como uma constante nestes cultos) a relação entre a aquisição de bens e a morte e/ou a doença dos filhos e parentes próximos, como sugerem os sonhos de perigo da Velha-sane, a perda dos gémeos e de seu pai, pessoa a qual possuía fortes ligações emocionais e lembranças de cuidado durante a infância. *Serpente* chupa o sangue de seus adeptos, come os seus filhos, tira a fertilidade das mulheres e a alma dos homens. Nos relatos de Velha-sane, como foi evidenciado anteriormente, a competição com a outra esposa do seu marido toma, muitas vezes, a forma de provocações em relação à possibilidade de perda da fertilidade ou à impossibilidade de dar à luz filhos fortes e saudáveis. Ambas as coisas têm relação directa com uma possível ligação de Velha-sane à *Serpente*, com as óbvias repercussões, a nível familiar e social, pela conotação negativa desta conexão, e a associação dos seus “ataques” a um transe induzido pela entidade, mesmo que não escolhida voluntariamente, mas antes (e eventualmente), pela sua própria família desde sua infância¹¹⁰.

A utilização desta ambiguidade por parte da co-esposa, a apontar publicamente as doenças e as perdas dos filhos de Velha-sane, assim como, seus “ataques” e sofrimentos, são mecanismos constantes nas relações poligâmicas no contexto guineense, com a finalidade de desacreditar a figura das outras mulheres do próprio marido. Esta estratégia de marginalização das esposas, analisada por alguns autores (Oliveira de Sousa, 1995; Pussetti 2005a, 2005b), torna-se evidente com o termo “*kumbosas*” (Crioulo) que designa as outras esposas do próprio marido, palavra que

¹⁰⁸ A palavra *iran*, ou *irã* designa, em crioulo, diferentes objectos rituais, que podem incluir amuletos fabricados para um *marabut*, os espíritos que moram no território, ou entidades sobrenaturais que podem possuir as pessoas (Henry, 1994:88; Pussetti, 2001, 2005b). O termo *iran* deriva do termo *bijagó eraminde*, *erande*, ou *irande*, que designa uma entidade originariamente ligada a um pitão que mora no mar e que pode se relacionar extraordinariamente com os seres humanos (Henry, 1994:89; António Carreira, 1961; Pussetti, 1999).

¹⁰⁹ Entre outros, Beneduce e Taliani, 2001; Vacchiano e Taliani, 2006; Einarsdóttir, 2000.

¹¹⁰ Dadas as fragmentações da reconstrução da história de Velha-sane, com relatos contraditórios e revelações pontuais do seu percurso, faz-se crer a presença de *Serpente*, pelos sonhos, ameaças, sensações, perda de fertilidade e dos filhos e percurso migratório com a afirmação de bens materiais em Lisboa. Há três formas essenciais desta ligação ritual: directa, entre o indivíduo e a entidade, pela família, sem o próprio conhecimento do indivíduo e, da própria escolha da entidade que busca o indivíduo, sem intervenção da família ou escolha pessoal.

deriva do substantivo “*kumbossadia*”, que pode ser traduzido por “ciúme, mau-olhado”, a sublinhar uma relação complexa e tensa entre co-esposas.

Partindo do pressuposto que Velha-sane tenha instaurado uma relação contratual com *Serpente*, como os sonhos e os bens materiais (continuamente exibidos) parecem indicar, podemos imaginar que se trate de uma ligação perturbada, em que algo não está em harmonia: *Serpente* oferece (carros luxuosos, perfumes caros, materiais electrónicos sofisticados, etc.) ao mesmo tempo que lhe retira a liberdade, com o internamento num Centro para Doentes Mentais; o sono, com os sonhos; os filhos, os parentes, a saúde (o rim); a fertilidade; além de que a ameaça e assusta.

Outro caso semelhante ao de Velha-sane em Portugal, ocorrido na mesma década, e com referência a um projecto de intervenção hospitalar para imigrantes foi descrito por Pussetti (2007). Uma guineense (Milocas) foi tratada por psiquiatras, com expressões religiosas também ligadas à *Mamy-Wata*, sendo esta relação reconhecida como um caso sintomático e tratada com psicoterapia. Apesar desta ligação à divindade, tanto nesta referência como no caso da Velha-sane - o que reforça o uso contratual da *Mamy-Wata* no contexto guineense voltado à emigração - as trajectórias e interpretações psicopatológicas das utentes seguiram caminhos bem diferentes. Embora ambas tenham sido diagnosticadas com desordens mentais, identificam-se diferenças, tanto no percurso migratório como na suposta relação contratual com *Mamy-Wata*. De acordo com as descrições da autora, Milocas, sem qualquer acompanhamento ou suporte por parte da família, é tratada agressivamente com psicofármacos que, se por um lado, procuravam devolver-lhe a “consciência” do que se passava ao seu redor, por outro, aprofundavam estados alterados da mente; a resposta médica baseou-se na contínua afirmação da utente de que seu estado geral era devido às cobranças de *Mamy-Wata*.

Velha-sane, pelo contrário, não só possuía uma larga rede de familiares em Lisboa que auxiliavam o acesso a bens de consumo e necessidades específicas do tratamento, como terá persistido na constante negação de qualquer prática de ordem “mágica”, o que pode ter contribuído para uma suavização na análise da sua sintomatologia, principalmente no que se refere às suas descrições dos “ataques” no seu percurso migratório e comportamental. Pode dizer-se que Velha-sane, por acaso ou por ter evitado o uso de uma linguagem que poderia levar à sua estigmatização pelos psiquiatras, encontrou um meio-termo entre prosseguir o seu tratamento e não reforçar tanto a gravidade da sua situação - que, em verdade, possuía dispositivos em comum à história de Milocas.

Enquanto Velha-sane permaneceu sob tratamento em consulta externa, Milocas foi reconhecida como um caso grave e submetida a internamento, justamente por sustentar veementemente a sua ligação com *Mamy-Wata*, atribuindo-lhe a culpa de seu estado mental e legitimando o argumento médico de processos alucinatórios e persecutórios.

4.3.4. Assim que a Noite Cai

Apesar do tratamento (que já dura há quase 2 anos), os psiquiatras não sabem diagnosticar precisamente o seu caso. Segundo um informante, ex-funcionário do hospital que abriga a Transcultural, Velha-sane é oficialmente diagnosticada com Esquizofrenia. A descrição do informante (que teve acesso ao parecer do psiquiatra responsável por Velha-sane) é a de que se tratava de um caso de difícil diagnóstico. As constantes alterações no posicionamento médico não estabeleciam o tipo de Esquizofrenia da utente, dado que cada fase de sua vida indicava um subtipo da mesma patologia, que se articulava de forma indefinida actualmente, sendo estes: “Paranóide”, com predomínio de delírios e alucinações, “Desorganizada”, com alterações da afectividade e desorganização do pensamento, e “Catatónica” com alterações da motricidade.

Para Velha-sane, o psiquiatra da Transcultural somente lhe reporta ter “*doença dos nervos*”, uma expressão que não se refere a nenhuma categoria reconhecida pelos manuais internacionais de psiquiatria. O termo “*doença dos nervos*” (Lewis-Fernandez, 1994) pode, no máximo, ser considerado uma «CBS» *culture bound-syndrome* (Ciminelli, 1998; Hughes e Simons, 1985; Pussetti, 2006); mesmo tendo sido uma classificação criticável, e partindo-se do princípio de que todo a síndrome é culturalmente construída, em que a CBS deixa de possuir uma característica de especificidade, mas está na própria constituição do que o DSM designa como “desordem”.

Velha-sane foi (por mim) estimulada a perguntar ao psiquiatra da Transcultural sobre qual, de facto, é o seu problema, ao que este não respondeu com um diagnóstico “oficial”, continuando a repetir que se tratava de um problema de nervos, explicação que agora ela utiliza para justificar, a si mesma e aos outros, os seus problemas. Tão pouco, o psiquiatra lhe facultou o direito de acesso ao seu processo clínico, quando

Velha-sane o solicitou para mostrar a outros médicos, na tentativa de obter uma segunda opinião que pudesse ser mais clara relativamente ao seu quadro clínico, dado a sua descoberta que “*doença de nervos*” não representa uma categoria biomédica. Esta recusa é um reflexo de uma postura que se pode chamar “paternalista”, que infantiliza o utente, sobretudo nos casos de imigrantes, em que a estrutura de acesso a ajuda pode ser reduzida – pela própria rede limitada de infra-estruturas – impondo a submissão do utente ao processo no qual é introduzido. Se o psiquiatra não forneceu à utente um diagnóstico reconhecível na nosologia biomédica oficial, todavia, administrou um tratamento farmacológico específico para a Esquizofrenia Hebefrénica, além de outros fármacos para condicionar o sono e se acalmar. A Esquizofrenia Hebefrénica é uma subtipologia da esquizofrenia, que sintetiza a correlação dos sintomas das diferentes subtipologias da esquizofrenia reconhecidas em Velha-sane, tratando-se de uma categoria residual.

Muitas vezes, os fármacos são utilizados com o propósito de diminuir a dúvida dos médicos pelo resultado obtido na diminuição de alguns sintomas, como coloca Luhmann (2001). Além disso, os fármacos são muitas vezes empregues para objectivar o processo de cura e para definir o tipo de doença que se procura identificar, nomeadamente, quando a situação clínica se apresenta de forma confusa. O movimento metafórico dos fármacos em relação às condições psiquiátricas, neste sentido, é muito interessante, uma vez que permite realçar a definição da patologia:

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

Para Velha-sane, muitos fármacos e combinações foram testados, com o objectivo de orientar a intervenção médica e encontrar uma categoria nosológica para a utente, ou seja, com as diferentes combinações dos fármacos a indicarem a precisão da tipologia de sua “doença” que, neste caso, resultou numa 4ª tipologia, diferente das três inicialmente reconhecidas.

O tratamento farmacológico, ao invés de conter as crises e lhe permitir afastar as ameaças que a assustam, criaram um círculo vicioso em que já não pode dormir sem tomar os comprimidos e, para dormir um sono sem sonhos apavorantes, precisa de

doses sempre mais elevadas: alternando, assim, o nervosismo da insónia e o medo de dormir, a procura da paz de um sono sereno através de dosagens sempre maiores de fármacos. Se por um lado os sonhos são afastados pelos fármacos, por outro, a abstinência farmacológica provoca-lhe insónia e dependência, sem proporcionar melhoria do seu quadro clínico e, com a sua interrupção, coloca-a no mesmo ponto de partida.

Apesar da evidente importância dos sonhos nos relatos de Velha-sane, marcados por medos e ameaças, o psiquiatra ignora este percurso, aconselhando a utente “*a não ligar à senhora loira, pois esta deve ser somente a senhoria da casa, que vem a cobrar a renda!*”. De facto, há uma relação de cobrança no caso de Velha-sane, onde *Serpente* cobra algo em troca: e se mostra bastante exigente. Os caminhos de respeito a uma abordagem “transcultural” foram postos de lado e, independente da veracidade de *Serpente*, como do modelo biomédico, o encontro clínico demonstra a capacidade de distorcer problemas em buscas afoitas de respostas.

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

Apesar da fragmentação no diálogo terapêutico e da substancial falta de escuta, realça-se como evidente a relação entre a experiência individual da aflição e a sua utilização como estratégia política, para obter vantagens e melhorar a própria inclusão social no país de acolhimento (e da própria família).

A utilização que muitos migrantes fazem do próprio mal-estar é de facto muito interessante do ponto de vista político-económico: em paralelo com uma progressiva severidade e restrição nas políticas migratórias, estão a aumentar significativamente as permissões de estadia temporária por motivos médicos. O corpo doente impõe a própria legitimidade onde as outras bases de reconhecimento são questionadas cada vez mais, transformando-se num recurso inédito de legitimação para os migrantes irregulares. Diferentes autores reflectiram sobre as utilizações tácticas da medicalização pelos migrantes com a finalidade de obter permissões de residência e de reagrupamento familiar (Fassin, 2000; Fassin et al, 2004).

Quando questionada sobre o seu futuro, Velha-sane fala da impossibilidade de voltar à Guiné-Bissau, tanto pelo seu tratamento psiquiátrico como pelo acompanhamento do seu nefrologista. De certa forma, o uso do seu estado de saúde possibilita-lhe estar num lugar de conquistas, no qual (e ao que tudo indica), fora um lugar relacionado com os seus desejos e relação com *Serpente*. Actualmente, Velha-sane planeia trazer a Lisboa seus filhos, utilizando-se do discurso de serem portadores de “*cabeça pancada*”¹¹¹, ou seja, defendendo que sofrem de fortes dores de cabeça e incapacidade de estudar, apesar de “*serem inteligentes*”. Velha-sane planeia solicitar uma junta médica no Hospital Simão Mendes, em Bissau, que colabore com o psiquiatra da Transcultural que, mesmo não tendo conhecimento de mais detalhes, acredita na provável patologia mental referida, apoiando-se nos problemas psiquiátricos da Velha-sane e da frequência na sua transmissão genética (como reportado pelo psiquiatra que a acompanha). Estima-se que dentro de um ano os seus filhos estarão em Lisboa, a fazer tratamentos com o mesmo corpo médico que cuida da mãe.

¹¹¹ “Cabeça Pancada” pode ser comparada à *bouffée délirante*, definida também como “*chronic interpretative delusional psychosis*”, que é uma CBS considerada típica de imigrantes (em França) da Guiné-Bissau e do Senegal, que atinge prevalentemente jovens na adolescência. (ver: Wig, 1994).

5. A Prisão Sem Paredes: Conclusão¹¹²

Pelas suas similaridades, faço uso das referências obtidas pelo trabalho que realizei anteriormente no Hospital Psiquiátrico do Juqueri, no Brasil. Embora, se tratem de contextos socio-espaciais e utentes diferentes, o tipo de estruturas encontradas são comuns em ambas as instituições. O trabalho no Juqueri reflectiu sobre o Movimento Antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica no Brasil, com o encerramento progressivo dos hospitais psiquiátricos e a reinserção social de internos que se encontravam numa estrutura asilar/manicomial, em pleno ano de 2002, similar às descritas por Basaglia na década de 1970 na Itália. No grupo Transcultural, em Portugal, encontrei um serviço pioneiro de psiquiatria destinado a imigrantes, criado basicamente por uma perspectiva de resposta a impactos secundários de fluxos imigratórios em Portugal, com propostas de flexibilização de estruturas da psiquiatria ocidental pela incorporação de aspectos culturais nas estratégias de diagnóstico e tratamento de utentes, e com uma aparente política de não internamento¹¹³.

O programa de ambos os estudos é cunhado pela complementaridade, no sentido que a maior preocupação foi a de observar o funcionamento da instituição e propor uma análise crítica de seus serviços. Neste sentido, já me sentia familiarizado com o ambiente hospitalar/institucional, não só por tratarem-se de hospitais psiquiátricos, mas pela representação de actos terapêuticos que reflectem problemas políticos na sociedade, facultando documentação abundante quanto à articulação da ciência, ideologias, e suas conversões em discurso.

As instituições de formato asilar, em geral, são apontadas como formas legitimadas de propagação de aspectos sociopolíticos predominantes, contribuintes de um processo de alienação e despersonalização dos indivíduos, dialogando entre sociedade e meio intra-institucional pela via da exclusão, com vectores explícitos em modelos de racionalidade

¹¹² O título «A PRISÃO SEM PAREDES» pode ser encontrado em outros lugares, como no artigo sobre «A Crítica da Sociedade do Espetáculo» de Guy Debord, do conhecido colunista de jornal Luiz Zanin Orecchio, reeditado no jornal *O Estado de São Paulo* em 2008. Quando li Porter (2002), sobre o crescimento do número de desordens mentais do DSM-III ao DSM-V, e Kirk e Kutchins (1997), sobre os possíveis factores económicos na descoberta de tais desordens, acreditei ser esta a expressão que mais relevo daria à conclusão deste trabalho; ou seja, a modificação dos sistemas institucionais asilares para a reinserção social dos utentes, fortemente apoiada no uso de neurolépticos. «A PRISÃO SEM PAREDES» poderia transportar esta perspectiva para o leitor, onde as paredes das instituições psiquiátricas se “virtualizam”, estando presentes em todas as esferas da vida quotidiana dos utentes.

¹¹³ O que sugere outra dinâmica, *a priori*, do sistema manicomial ainda tão presente na América do Sul.

(Basaglia, 1985; Goffman, 2001; Castel, 1991). Neste formato, as formas hegemónicas sociais permeiam a malha institucional direccionando o saber médico/intervenção para a categorização do indivíduo, o isolamento dos seus problemas e a sua correcção.

Por comparação, o sistema de saúde mental Transcultural em Portugal enquadra uma relação significativamente diferente com os seus utentes. Em primeiro lugar, pelo funcionamento em formato de Consulta Externa; segundo, pela conversão do tratamento como apoio terapêutico numa versão especificamente adaptada a imigrantes no seu local de acolhimento; e terceiro, pela diversidade da formação em outras áreas de saber de muitos dos técnicos, nomeadamente em antropologia e psicologia. Este ambiente (sem ter em conta questões de eficácia terapêutica), constitui o principal diferencial entre ambos os modelos, e reflecte uma tentativa de reversão positiva da imagem institucional pela ideia de “humanização do Hospital”, passando de um local de aprisionamento e exclusão para um local da liberdade e apoio à inserção social.

Independentemente do formato institucional – instituição asilar ou instituição hospitalar moderna / psiquiatria geral ou transcultural – o hospital psiquiátrico não deixa de ser genericamente uma *Instituição Total* (Goffman, 2001) lugar onde se recriam micro estruturas sociais, forçando-as aos indivíduos através de uma relação de poder instituição/internado¹¹⁴. Esta mesma lógica é reproduzida pelo discurso de “sensibilidade cultural” utilizado pela intervenção psiquiátrica da Transcultural, com as suas ideologias e reificações reflectidas anteriormente neste trabalho. Neste sentido, a hipótese aqui levantada remete para uma “imagem humanizada” da reformulação institucional moderna como uma clara adaptação tecnológica da exclusão.



¹¹⁴ Ver Anexo I.

O panóptico de Bentham¹¹⁵ (como ilustrado na foto) significa muito mais do que um projecto arquitectónico, é a concretização material da ideia de observação, diferenciação e “mapeamento do comportamento criminal/desviante” dos indivíduos. Estabelecer esta constante relação de poder proporcionaria “ver sem ser visto”, forma primária da observação do “outro”, do desprovido do contacto social pelo modelo intra-institucional. O protótipo moderno para a sociedade disciplinar (Foucault, 2004) retrata um processo definido pelo investimento do Estado em formatar o indivíduo com o corpo São – o corpo útil à produção e dócil politicamente – gerido por uma biopolítica da população. O inimigo (em termos genéricos) é criado pela contraposição ao estabelecimento da normalidade. A “limpeza” social, desde o princípio dos Hospitais Gerais, já mantinha o propósito de afastar socialmente o inerte, o vagabundo, o alcoólico, prostitutas, doentes e qualquer indivíduo que não fosse a representação dos valores necessários ao trabalho, higiene/cuidado do corpo e do homem como Ser que detêm o domínio da natureza. Pela biopolítica de obtenção do “poder da mente sobre a mente”, as anormalidades ganharam a definição de comportamentos que apreendiam os indivíduos em dicotomias entre saudáveis/doentes, normais/anormais.

Mais do que rever a sociedade disciplinar (fora do propósito deste espaço), é necessário reflectir sobre os valores morais que compuseram um saber legitimado, convertido em poder sobre as populações, assente num ideal de evolução e domínio do mundo através da ciência. Quero dizer que o panóptico é uma técnica plástica, com um movimento lógico de auto-estruturação sobre “o entender” do corpo, e aplicado por formas políticas hegemónicas. Seu percurso segue: a) Idealização teórico-ideológica sobre a ordem, economia, disciplina, sociedade, intervenção e modificação do indivíduo, e controlo populacional; b) A teoria é aplicável numa estrutura física, procurando estabelecer um ambiente ideal para o seu objectivo; c) Esta estrutura física auto-reorganiza-se na aplicação teórico-ideológica permitindo novas formas de actuação.

Utilizar o conceito de “panoptismo” como um movimento que expressa estas 3 componentes, amplia a possibilidade de trabalho sobre as formas modernas da psicopatologia em conjunto a uma espécie de “absolutismo de mercado” (como sugerem

¹¹⁵ Jeremy Bentham, filósofo e utilitarista Inglês, conceptualiza o *panopticon* (em 1785) como projecto arquitectónico prisional, consistindo numa construção arredondada ou oval com uma torre ao centro, onde se localizava um vigia. A disposição das celas era propositada para criar a sensação aos internos de serem constantemente vigiados, provocar automatismo em seus comportamentos ao longo do tempo, até que a presença do vigia não afectasse o dia-a-dia do observado dentro da instituição; Seria o mesmo que ver sem ser visto, e assim, criar as condições ideais para desenvolver técnicas de controlo do corpo e formas de correcção (Bentham Jeremy, *The Panopticon Writings*).

autores como Kleinman, Kirmayer, Conrad e Schaneider, Fernando, dentre outros citados anteriormente), em que a descoberta de novas desordens é indissociável dos lucros das empresas farmacêuticas.

Pela dominação de macro estruturas que adaptam a técnica de Bentham, novas formas de tecnologia de observação e correcção do corpo são aplicadas sem a necessidade de muros, transportando a qualquer lugar os propósitos da intervenção clínica, que acompanham o utente onde quer que ele esteja.

O hospital moderno, como o exemplo da Transcultural, não escapa a este princípio. Sua estrutura de atendimento aos utentes é influenciada por conjunturas económicas e políticas, e seu formato terapêutico apoiado no imaginário da globalização e das consequências históricas dos conceitos de direitos civis e anticolonialismo emergentes do pós-guerra¹¹⁶. Se, como procuro demonstrar, a observação dos utentes nos serviços da Transcultural é focalizada na cultura e etnia (e na sua modificação como forma de adaptação dos utentes ao local de acolhimento), porque não falar de *etnopanoptismo ou panoptismo cultural*? O tipo de estrutura física torna-se irrelevante dentro do hospital moderno, uma vez que as técnicas farmacológicas actuais permitem um modo de intervenção e vigilância continuado e permanente. Se a “diferença cultural” é assumida como um “mal” a ser curado, o imigrante é o novo inimigo e alvo a ser corrigido pelo objectivo da assimilação total no âmbito migratório.

O comportamento desviante pode ser visto como universal (Conrad e Schneider, 1981:5-7, Lévi-Strauss, 2004:362-69), mas as heranças do modelo positivista nas ciências sociais possibilitaram usos do termo “anormalidade” e a intervenção do saber médico pela patologização dos problemas sociais, reconhecendo a “diferença” individual (ou de grupos) pelo conteúdo moral e político que representam. Transportar comportamentos da esfera do “desvio” para a “doença” não só despolitiza o indivíduo, como diminui igualmente as contradições dos movimentos sociopolíticos. A construção social do saber biomédico pode manipular formas de conhecimento baseadas em

¹¹⁶ Muitos estudos científicos foram promovidos em bases raciais nos EUA e Europa após a Segunda Guerra Mundial. A diferença na predisposição às doenças, sobretudo às mentais, foi procurada para afirmação das qualidades e deficiências entre brancos e negros, e entre ocidentais e orientais. As pesquisas eram formuladas com base nos paradigmas do darwinismo cultural, sendo a psique dos brancos considerada como mais desenvolvida. O conflito entre a antropologia e a psiquiatria estabelece-se na contraposição pelo conceito de “cultura” de Boas, que coloca uma resignificação na diferença cultural e capacidades inaptas ao indivíduo pela sua relação com o local de origem. Ruth Benedict (em 1942) propõe em *Race and Racism* que as diferenças psicológicas entre raças são efeitos da diferença entre cultura e nação. Este foi o marco onde raça e racismo se converteram em problemas políticos, servindo como referência ao anticolonialismo nas décadas 1950 e 1960.

conceitos dominantes/hegemónicos, cujas premissas são constituídas por valores morais, perspectivas e imaginários éticos contemporâneos, próprios de um contexto sociopolítico mais amplo (e que se evidencia como euro-americano). A relação vertical entre o utente e a sua apreensão em relação ao diagnóstico, na ausência de critérios biológicos/orgânicos, limita-se à expressão de um juízo de valor (Cooper, 2004).

5.1. A Experiência, sua Apreensão, e a Clínica

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

Michel Serres. *La Traduction*.

“Sofrimento social” é um dos termos mais utilizados sobre as experiências de migração que entram para os índices sociais das políticas públicas da Europa e, conseqüentemente, nas práticas de assistência de saúde mental pública e nos centros de psicoterapia transcultural¹¹⁷. Existe um leque de abordagens deste termo prioritário nas relações psicoterapia/paciente em relação à transculturalidade e “sensibilidade cultural”; contradições no sistema médico/de medicalização em face da situação de migração requerem reflexões sobre os paradigmas que compõem o encontro entre o saber médico e a precarização (ao invés de suporte terapêutico) destes indivíduos. Mais do que um saber representado nos moldes institucionais, a medicina psiquiátrica é um significante para o modo como a experiência social é remodelada e reinventada, do modo como historicamente (e ao que tudo indica) é construída a dicotomia entre doença e saúde, normalidade e anormalidade.

A epidemiologia, “*como estudo da distribuição de doenças e desordens em populações humanas e sua variação em diferentes subgrupos*”¹¹⁸, é uma estratégia discursiva da vertente política não só da psiquiatria, mas do saber médico em geral. Nos estudos epidemiológicos em medicina e saúde aplicam-se construções de factores de risco - no

¹¹⁷ Ver: *The Changing Role of the State: Homeless and Exclusion – regulating public space*, Novembro de 2006; diversas fontes estatísticas (e referências) em www.acidi.org.pt; Vacchiano e Taliani (2006).

¹¹⁸ Ver: Weissman et al (2006) «Cross-national Epidemiology of Major Depression and Bipolar Disorder» e Weissman et al «Cross-National Epidemiology of Mood Disorders: an Update».

caso da imigração, e não só – em que, muitas vezes, se encontra a irregular distribuição de rendimento e pobreza como os maiores expoentes de proliferação de doenças; se a população estudada sofre incidência de determinada patologia, como esquizofrenia ou outro tipo de desordem, a lógica utilizada para análise é a de que tais doenças estão directamente ligadas à pobreza. Muitos estudos deste género utilizam indicadores de qualidade de vida instituídos nas sociedades industriais modernas, universalizando-os, a fim de mapear outras zonas geográficas e estabelecer a ligação entre o *deficit* de tais indicadores e a relevância de uma patologia X. Por exemplo, o termo “*Cross-National Study*” pode ser utilizado em epidemiologia comparada no estudo da “depressão”, demonstrando idealmente a co-relação entre esta “doença” em diferentes países e suas prevalências por “subgrupos”:

...Depression... showed great variability (1.5% in Taiwan to 19.0% in Beirut), with Asian countries showing the lowest rates... In all 10 countries, women had higher rates of depression than men, and mean age of onset was consistently in the 25- to 35-year-old range... In summary, cross-national studies conducted during the last two decades have begun to provide a detailed picture of major depression and bipolar disorder around the world.¹¹⁹

Um dos problemas das avaliações diagnósticas nos transtornos mentais é a vertente epidemiológica que assumiram nos estudos pautados exclusivamente em descrições de manuais como o DSM e o ICD. Intenta-se conhecer as consequências directas e indirectas das doenças, prevalentemente, pelos factores de prejuízo no funcionamento individual, familiar e social. Criam-se perfis entre “funcionalidade” e “disfunção” social para mapear o universo estudado. As amostras são privilegiadamente distinguidas por pastas, referindo grupos “étnicos” (não raramente referidos como *raças*), condição socioeconómica, habilitações literárias, profissão, histórico de tratamento pessoal e familiar, idade, género, entre outros.

Se por um lado, esta constante se afirma como questão metodológica de apreensão do “perfil” do estudado, por outro, é disseminadora das representações políticas contidas em seus fundamentos, é articuladora de critérios diagnósticos padronizados e reproduzíveis, e reificadoras de exclusão social pela criação e formalização de grupos de risco prevalentes por aspectos socioculturais, económicos e políticos. No caso da

¹¹⁹ Weissman et al «Cross-National Epidemiology of Mood Disorders: an Update», disponível em: www.pasteur.fr/applications/euroconf/depression/weissman.pdf.

«Cross-National Epidemiology of Mood Disorders» (citada anteriormente) o género feminino alcança uma prevalência maior em relação à depressão, mas os factores culturais, religiosos e de parentesco, bem como suas funções simbólicas e sociais, são omissos, traçando perturbações e supostos sintomas genéricos para um universo de análise que engloba, numa mesma dinâmica social, países como Estados Unidos, França e Líbano.

Relativamente a esta abordagem das ciências médicas, seus referenciais metodológicos e de saúde e doença, Kleinman reforça «Social suffering results from what political, economic, and institutional power does to people and, reciprocally, from how these forms of power themselves influence responses to social problems» (1997: ix); ou seja, as medidas que denotam o que é sofrimento, e conseqüentemente o que é ou não patológico, podem evoluir ou retroceder de acordo como a interpretação temporal sobre os factores político-económicos e formas hegemónicas de poderes dominantes.

Os movimentos sociais *gay* em São Francisco na década de 1970 demonstraram como a ciência e seus usos nosológicos podem ser negociados na demarcação de comportamentos patológicos. Até ao DSM-III, a homossexualidade era considerada um distúrbio do comportamento sexual, como ironicamente descrito desde o séc. XIX¹²⁰. Este quadro terá mudado quando grupos de manifestantes invadiram um encontro da APA¹²¹ em 1974, reivindicando a retirada desta classificação da homossexualidade dos Manuais Internacionais de Psiquiatria. Da mesma forma que um comportamento pode ser isolado socialmente pela clínica e balizado com um ponto de início e um ponto final na sua condição patológica, factores *macro* económicos e políticos, por exemplo, determinados pelos fluxos imigratórios, submetem as relações humanas à mesma lógica.

Desde o final do século passado, antes do advento do DSM-III, as pesquisas epidemiológicas sobre transtornos mentais usaram diferentes

¹²⁰ *Psychopathia Sexualis*, do alemão Richard Von Krafft-Ebing tornou-se um clássico do estudo da sexualidade na psicologia e psiquiatria. Apesar de utilizar uma linguagem técnica já não encontrada actualmente, os seus propósitos delimitaram, pela primeira vez na história, um cordão entre normalidade e anormalidade nos comportamentos sexuais, descritos entre saudáveis, “doentios” e “abomináveis”. Cada comportamento dos 238 casos analisados por Krafft-Ebing foram separados por tipologias e sugerida uma “cura” que, em geral, se caracterizava pela abstinência e/ou casamento heterossexual forçado. Sua obra foi referência e inspirou estudos clínicos sexuais modernos e do direito criminal, já que inovadoramente apresentava a caracterização dos doentes por sexo, idade, condição socioeconómica, profissional, entre outros. Paradoxalmente, e aqui a título mero de curiosidade, apesar de seu trabalho continuar a ser seguido como referência na área, o Doutor Krafft-Ebing foi desacreditado em sua carreira profissional, pela posterior alegação de que a homossexualidade deveria ser descriminalizada e praticada livremente, causando alarde na sociedade e na academia pela contraposição do “doentio” que ele mesmo contribuiu para criar.

¹²¹ American Psychiatric Association.

métodos e sistemas de classificação, apresentando uma ampla variação nas estimativas de prevalências, tanto quanto sobre a importância de factores de risco como a classe social (Lima; M. S. et al, 2005: 3).

Com a emergência da importância dos factores culturais na prática clínica, contestaram-se as versões anteriores ao DSM-IV, em particular, pela total ignorância a este respeito, sendo consideradas insuficientes diante de adequações indispensáveis à prática clínica. Em 1991, o NIMH¹²² organizou um comité maioritariamente constituído por antropólogos e psiquiatras transculturais para formularem propostas diagnósticas com bases em “sensibilidade cultural”. De antemão, a maior preocupação desta mobilização foi a de maximizar a contextualização e percepção do utente nos métodos diagnósticos internacionais.

O ponto de vista adoptado por revisores e editores acabou por privilegiar a aceitação clínica e de mercado do DSM-IV, conservando as estruturas de edições anteriores quanto à disponibilidade de informações (Kirk e Kutchins, 1997). Assim, apenas foi produzido um apêndice com o propósito de representar as componentes culturais, tendo sido negada a sua introdução directa no corpo de texto. A Indexação foi feita em resposta às novas necessidades, uma exigência para fazer face ao atendimento clínico a Afro-americanos e minorias étnicas (Latinos e Indígenas) em centros de tratamento nos Estados Unidos. A *Cultural Axis* do DSM visava fornecer dados de estudos e critérios aos técnicos de saúde para a análise psiquiátrica, ressaltando pontos de diferenças simbólicas entre comportamentos “culturais”, com exemplos de não universalidade de dinâmicas sociais, sugerindo “atenção” na aplicação das categorias avaliativas. No entanto, o modelo “DSM” não é mais do que um manual de indicadores e tendências entre sintomatologia e patologia, num formato resumido, puramente descritivo e simplista, alienado da diversidade que o encontro clínico pode proporcionar aos técnicos de saúde.

A inviabilidade deste formato é expressa por anomalias em muitos dos resultados clínicos, principalmente, na vertente da relação médico/utente quanto às formas de aplicações culturalmente sensíveis. O próprio reconhecimento do elemento “cultura” pelo DSM demonstra a sua importância para a clínica, assim como pressupõe que as categorias universais da psicopatologia, de facto, são “geograficamente circunscritas” e, portanto, fruto de uma construção eminentemente histórica e económica num espaço e

¹²² National Institute of Mental Health, EUA.

tempo concretos. Entre os exemplos dos impactos mais ilustrativos da má gerência destes múltiplos factores, Lewis-Fernández assinala:

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

A introdução de comentários por temas e áreas “culturais” são pontuais, assemelhando-se mais a uma descrição de exotismos comportamentais em sociedades distantes das sociedades industriais modernas. Acabou por se estabelecer, veladamente, uma hierarquia entre diferentes formas de saberes, com características de dinâmicas ritual/religiosas e sociais, paternalizadas por uma subjugação do olhar médico-científico ocidental. A perspectiva do utente, primordial para uma análise ponderada (segundo o comité da NIMH), foi reduzida a breves tipologias, ao desapego generalizado a factores socioeconómicos e religiosos, e sem referenciais de auto-crítica a saberes hegemónicos. Em si, o acto de estabelecer pontes privilegiando as sensações, experiências e necessidades dos utentes na avaliação psicopatológica, nasce como uma tentativa falhada, sobretudo, no que diz respeito ao intuito de aprimorar a orientação/formação dos técnicos de saúde, assim como diminuir os números de “sobreinterpretações” patológicas, frutos de uma contextualização arbitrária do utente.

O DSM popularizou-se não só como referência, mas como constituinte *standard* no meio terapêutico. E este facto é particularmente relevante quando tratamos das problemáticas do encontro clínico da “diferença”. Como é que uma penetração de dimensões tão abrangentes poderia sistematizar diversidades culturais *versus* universalidades, sem privilegiar sobreposições das experiências subjectivas da doença?

A “manualização” da saúde mental provoca problemas ramificados mesmo onde as determinantes culturais seriam menos decisivas. A própria relação de tratamento preferencial do DSM condiciona a procura de comportamentos típicos encaixáveis a uma patologia, pela aceitação acrítica de um manual que contém os limites “matemáticos” de normalidade e anormalidade. Implica-se a simplificação da clínica a

uma universalidade das estruturas psicobiológicas e, subsequente pretensão de domínio e controlo. Diferentes autores, referindo-se às pretensões de domínio da “bíblia” DSM (Kutchins e Kirk, 1997) da psiquiatria contemporânea, falam explicitamente de “imperialismo ocidental” (Lynch, 1990), “hegemonia”, “imperialismo” e “colonização cultural” (Beneduce, 1998), “controlo sanitário e moral sobre os outros” (Inglese, 2002). Relativamente à qualidade e eficácia do saber, os profissionais da área, mais especificamente os psiquiatras no topo hierárquico, justamente porque têm mais poder, prescindem da reflexão crítica e do questionamento do modelo pré-estabelecido que favorece a sua posição. De um lado, cria-se uma espécie de “sistema Ford da psicopatologia”, com testes fechados a indicar o que é/e como está o utente, com um discurso de potencialização dos recursos clínicos e profissionalismo/cientismo médico, enquanto, do outro lado, se encontra o utente objectificado, isolado, categorizado e fragmentado pela aplicação de um método que, dentro da perspectiva transcultural, pelo contrário, deveria privilegiá-lo e à sua complexidade sobre qualquer outro interveniente na relação.

5.2. A Outra Face

Como assinala Moura (2003)¹²³, além de uma apreensão do indivíduo através de uma nomenclatura da psicopatologia assente na ideologia política institucionalizada, há que observar os propósitos das estruturas da própria instituição para os técnicos de saúde. As críticas à psiquiatria raramente objectificam as formas hierárquicas e a distribuição do poder executivo dentro do Hospital, limitando a análise às intervenções dos técnicos de saúde como uma falha do saber que possuem, ou acto reaccionário a mudanças necessárias na relação médico/utente.

Acções dinâmicas na prática clínica, com modificações positivas às novas exigências do quotidiano dos sistemas de saúde (como as provocadas pelos fluxos migratórios e problemas epidemiológicos), e a auto-reflexão crítica das ideologias incutidas em seus saberes, não dependem exclusivamente dos técnicos de saúde. A forma organizacional da clínica terá assumido características administrativas (Moura, 2003) de optimização de recursos humanos, estruturais e financeiros, que submetem os profissionais não

¹²³ Ver também Allan Young, 1982.

apenas a um código de ética ou ideal profissional, mas igualmente a “políticas de trabalho” sob as responsabilidades hierárquicas, que estão para a prática clínica, como a burocracia está para a ordem e controlo de uma qualquer estrutura pública. O reflexo hierárquico da organização burocrática é o de retardamento na modernização da função institucional.

Relativamente ao serviço de “sensibilidade cultural”, formado por componentes de diversas áreas como a psicologia e antropologia, esta perspectiva estática apresenta-se na uniformização das práticas médicas apesar da real variabilidade dos utentes, com sobreposição das orientações emanadas verticalmente na hierarquia a outras formas de abordagem sugeridas por técnicos em posição decisória inferior. Clarifica-se esta situação no cunho político das reuniões abertas do grupo Transcultural. O grupo reunia-se para apresentar os casos clínicos sob diferentes perspectivas técnicas, almejando expor a psicopatologia de um indivíduo e discuti-la entre todos os membros da equipa, debatendo as suas apreensões e apontamentos divergentes entre sintomatologia e contextualização do utente e, conseqüentemente, debater sobre necessários reajustamentos de diagnóstico. Contudo, o que se verificava era a demonstração da inflexibilidade da estrutura hierárquica de saberes no hospital, manifestada na procura de um *consensus-pacebo*, em que dificilmente se poderia apontar para o utente um diagnóstico final divergente da opinião do Psiquiatra-chefe. Este ponto de vista sugere que não só a nosologia era plástica à política do grupo, mas que um indivíduo poderia ter uma enfermidade X, rotulada por uma nomenclatura psicopatológica Y.¹²⁴

Mais do que as tecnologias aplicadas nos hospitais, há que reflectir sobre a origem, controlo e motivação política de sua produção. O Hospital não gera integralmente o conhecimento que aplica, seja ele na modernização das referências dos técnicos de saúde e projectos específicos, seja na política de administração, reconhecimento e apreensão dos pacientes. A questão está entre poder e produção de poder, e de quem realmente o detêm; se a instituição gera e burocratiza o seu funcionamento, e se a *Instituição Total* (Goffman, 2001) é o local de reagrupamento de esferas sociais, os factores macroeconómicos não se dispersam deste conteúdo.

Sulman Fernando (1984) fala sobre a imprecisão da psiquiatria transcultural na definição de parâmetros capazes de incluir cultura e bio-determinismo nas origens da doença. A depressão, por exemplo, pode ser localizada em muitos lugares e “culturas”

¹²⁴ Ver caso de Apar, capítulo 4.1 nesta tese; Luhrmann (2001: 25-31).

diferentes, contudo, além da discussão técnica da antropologia e da psiquiatria sobre as causas psicológicas ou somáticas desta condição, é necessário ainda reflectir sobre as estruturas semânticas e políticas em cada contexto, sobretudo na apreensão feita pela medicina ocidental. Acima de uma síndrome categorizada pela medicina, o modelo ocidental universalista lucra com a exportação de medicamentos e formas terapêuticas para outras zonas de influência, onde a depressão é uma nomenclatura genérica para um estado que pode ter outro significado local.

5.3. A Lei do Mercado: Quem Controla a Clínica?

Na actualidade, ao que tudo indica, a evolução técnica do domínio do corpo amplia o seu poder através da propaganda humanitária e da liberdade. A apreensão da diversidade na condição de patologização incrementa a medicalização de problemas sociais. Ou seja, o modelo médico (que também integra artifícios morais) é utilizado na construção da realidade dos problemas sociais. Historicamente, a manipulação da “loucura” e do desvio, e da legitimação da intervenção, está ligada às nomenclaturas da medicina e psiquiatria, identificadas e catalogadas, sempre com a sobreposição discursiva do controlo do indivíduo pelo controlo do saber.

O discurso de *well-being* no domínio da saúde promove a penalização (e legitima processos de criminalização jurídica) de comportamentos e de grupos através da retórica de domínio científico do corpo e da mente. Esta penalização não é directa, passando, *a priori*, pela culpabilização do indivíduo pelo mal que carrega. O indivíduo passa, não só, a ser socialmente obrigado a tratar-se, mas desejoso de que isso aconteça. Torna-se impositiva uma transformação da pessoa a modelos de funcionalidade, conforme ao modelo da “*happier-self*” (Kirmayer, 2002:296); na prática, como sugerem muitos autores, as empresas farmacêuticas e os técnicos de saúde (psiquiatras) trabalham em paralelo para tornar o modelo (norte-americano) de pessoa como o modelo hegemónico, a popularizar e a ser atingido por todos. Se, historicamente, o inimigo da política de *well-being* do corpo passa de comportamentos explicitamente sociais, como alcoolismo e homossexualidade, a evolução médica moderna e o determinismo orgânico que define as suas premissas científicas, passa a eleger o controlo do corpo subentendido pela potencialidade da felicidade e outros argumentos genéricos. Kleinman e Petryana

(2006) apontam para a conversão da depressão em patologia de base química, contrapondo determinados comportamentos que indicam o sofrimento deste mal, com a imagem “*mágica*” da auto-transformação do indivíduo pelo tratamento. Este é o ponto em que as origens de expansão do mercado farmacológico à escala internacional e com investimentos maciços, impulsionados pelo *Marketing* após a segunda guerra mundial, passam a alimentar um mercado anual (actualmente) multi-bilionário.

Encontramos, então, um possível ciclo da biopolítica das populações que visa o lucro e o controlo. As questões que se colocam são: a) A doença mental existe ou é uma criação da projecção da ciência sobre a realidade? b) O sofrimento dos indivíduos é causado pela percepção do avanço científico relativamente aos males do corpo e da mente, ou a doença mental é, em si, uma desordem de um modelo de controlo do corpo em prol da normalidade de um sistema capitalista? c) A doença mental está no indivíduo ou na sociedade a que se encontra submetido?

A indústria farmacêutica aplica cerca de £3.3 mil milhões (€4,4 mil milhões) por ano em *R&D* «*Research and Development*» no Reino Unido¹²⁵. Nos EUA, de 1980 a 2004, os investimentos anuais em *R&D* multiplicaram de U\$5.5 mil milhões para cerca de U\$39 mil milhões, totalizando um aumento real de cerca de 8% ao ano¹²⁶. Estes números devem-se aos crescentes desenvolvimentos e reformulações de drogas medicinais frente a descobertas sobre doenças e estratégias de tratamento. No âmbito psiquiátrico, esta evolução financeira acompanha um discurso de descobertas científicas de novas desordens psicopatológicas; por exemplo, a cada edição e revisão do DSM, são actualizadas novas modalidades das categorias psicopatológicas, apontando para a necessidade de desenvolvimento de novos medicamentos, muitas vezes específicos para cada desordem (Porter, 2002).

No Canadá, a depressão é a desordem com maior crescimento diagnóstico¹²⁷, atingindo cerca de 11.600.000 pessoas do total de cerca de 31.600.000 habitantes¹²⁸, ou seja, uma

¹²⁵ Dados médios de 2005. R&D refere-se exclusivamente a montantes injectados em aprimoramento tecnológico e pesquisa, trata-se de uma cifra que não inclui outros gastos da indústria farmacêutica, tão pouco se refere aos lucros obtidos. Ver: House of Commons – Health Committee. «The Influence of Pharmaceutical Industry», 2005. UK.

¹²⁶ National Science Foundation (NSF) in The Congress of the United States/Congressional Budget Office (2006). «A CBO Study – Research and Development in the Pharmaceutical Industry». Baseados nos números fornecidos pela PhRMA (Pharmaceutical Research and Manufactures of America).

¹²⁷ Dados de 2003. «In Canada, Depression Ranks as Fast-Growing Diagnosis». Disponível em: http://imshealth.com/ims/portal/front/articleC/0,2777,6266_41382706_57069115,00.html.

¹²⁸ Estimativa das Nações Unidas para 2003 após o censo nacional de 2001.

percentagem abissal de 36% da população foi diagnosticada com depressão por psiquiatras canadianos. Entre 1995 e 2003, as visitas a consultórios psiquiátricos, por depressão, aumentaram 60%, com pessoas entre 40 e 64 anos de idade representando 57% de todas as visitas. Jovens canadianos até os 19 anos de idade representavam o menor índice, com 5% do total de diagnosticados, tratando-se de cerca de 580.000 pessoas; no entanto, proporcionalmente, estes foram os mais submetidos a terapêutica farmacológica, com recomendação de anti-depressivos em 75% das consultas (ou seja, cerca de 435.000 jovens), embora não existam dados sobre quantos destes jovens efectivamente aceitaram a recomendação médica¹²⁹.

Os índices de vendas e prescrições de medicamentos psiquiátricos têm subido drasticamente (Kleinman e Petryana, 2006). Com relação aos jovens, a Espanha está em terceiro lugar na prescrição de psicofármacos antidepressivos e ansiolíticos para tratamento de hiperactividade e depressão¹³⁰, tendo sido observado um aumento de 50% nas prescrições, entre 2000 e 2002, em jovens diagnosticados. A Inglaterra regista cerca de 70% de aumento de prescrições para o mesmo público no mesmo período, com uma prescrição de ISRS (inibidores selectivos de recaptação de serotonina) a aumentar exponencialmente (dez vezes) entre 1992 e 2001¹³¹.

Todos os factores aqui mencionados parecem interligar-se com o funcionamento da Transcultural, onde as práticas médicas aplicadas aos imigrantes como “novos clientes”, os submetiam aparentemente a tratamento para psicoterapia, porém, mantendo a forte ligação da decisão terapêutica à lógica de mercado que coordena as relações entre sofrimento e intervenção clínica. A este respeito, um dos antropólogos que acompanhou o percurso do projecto Transcultural desde o seu início relatou-me: “*O trabalho dos clínicos limitou-se a uma economia medicamentosa do quotidiano*”. O uso estereotipado das categorizações identitárias dos imigrantes, associado à rigidez das categorias nosológicas da biomedicina, produzia a afirmação das vertentes morais e hegemónicas constituintes de suas premissas, com resultados de fortalecimento de hierarquias

¹²⁹ Para este estudo sobre a depressão no Canadá, as referências técnicas foram baseadas no ICD-IX (International Classification of Diseases), definindo a depressão como termo genérico, englobando então: *Depressive Disorder* NEC (3110); *Brief Depressive Reaction* (3090); *Neurotic Depression* (3004); *Manic Depressive Psychosis, circular type* (2963); *Manic Depressive Psychosis, depressed type* (2961) – os números são referências directas a cada desordem no ICD-IX. Ver: «In Canada, Depression Ranks as Fast-Growing Diagnosis», em: http://imshealth.com/ims/portal/front/articleC/0,2777,6266_41382706_57069115,00.html.

¹³⁰ Atrás dos EUA e Canadá. Os dados são provenientes do IMS e MIDAs para os anos de 2000 e 2002; Ver: <http://adc.bmj.com/>

¹³¹ Ver: <http://adc.bmj.com/>

pautadas em relações de poderes, preservando o saber médico de um lado e os imigrantes apreendidos de outro.

A Síndrome de Ulisses¹³² é um exemplo da estrutura que serve para o controlo dos fluxos migratórios, em que os indivíduos dispostos à enfermidade devem, necessariamente, ser imigrantes, sobretudo ilegais. Acima das construções médicas acerca dos caracteres étnico-culturais, os usos nosológicos promovem a administração política de grupos sociais, com bases assimilacionistas e pedagógicas das emoções e experiências do corpo, do indivíduo patologizado, obrigado (pela via institucional) à adaptação forçada ao local de acolhimento.

O casamento entre indústrias farmacêuticas, estudos epidemiológicos e a “manualização” e patologização dos problemas políticos e sociais, desvirtuam a crítica à nossa própria sociedade e seus interesses, convertendo o “outro” em “Ser arcaico” e “negligente”, Ser passivo ao tratamento e despolitizado pelo estigma e inaptidão social, através da construção de estereótipos identitários de que a biomedicina faz recurso. Chama outra vez a atenção esta síndrome (de Ulisses), enquanto modelo que reifica e banaliza uma categoria - os imigrantes - sem considerar as individualidades e os múltiplos factores em jogo nas motivações, expectativas e desilusões do percurso migratório, assim como impõe a medicalização desta condição. A variabilidade da definição deste mal-estar, descrito muitas vezes como: *distúrbio psiquiátrico singular; Síndrome Bastardo do Imigrante; histeria da imigração; doença rara; patologia atípica*, coloca em suspenso a questão ontológica desta suposta doença, a demonstrar que se trata de uma categoria convencional (e conveniente), e não de tipo natural «*a natural kind*».

Considerado um “*grave problema de saúde mental*” que muito preocupa a União Europeia (calcula-se que, somente em Espanha, existem um milhão e meio de imigrantes afectados), a síndrome de Ulisses atribui um significado patológico a fenómenos de natureza puramente sociológica, com efeitos de controlo psiquiátrico de segmentos marginais da população. Os psiquiatras da Transcultural posicionaram-se a este respeito, assumindo (mais uma vez) acriticamente a realidade desta nova categoria, aconselhando o uso massivo de antidepressivos e tranquilizantes para curar um mal-estar que é manifestado como incapacidade social e política. Num documento

¹³² Como trabalhado no capítulo 3.2.

disponível no site do ACIDI¹³³, admite-se, todavia, que os sintomas regrediriam rapidamente se os imigrantes pudessem “*comer bem, dormir melhor, conviver mais com os amigos*” ou, de outra forma, sob controlo farmacológico: um comprimido para acalmar a ansiedade dos “ilegais”, para não pensarem em problemas habitacionais e de subsistência diária, para controlar o medo de serem presos pela polícia ou pelas diversas máfias locais, para não sentir a saudade do próprio país, para lidar com o fracasso migratório, etc., os mesmos factores de stress indicados por Achotegui (2005).

Apesar de concluir este trabalho com mais perguntas do que inicialmente – o que abre um horizonte à possibilidade de aprofundamento posterior em tese de doutoramento, algumas bases foram estabelecidas: enquanto carácter terapêutico, a clínica destinada a imigrantes, por mais complexa que seja, gera trabalho, exige recursos humanos, formação, infra-estrutura e investimento económico; que, no entanto, em nada se compara ao volume monetário que impulsiona o tratamento psico-farmacológico, com as pesquisas que este requer, laboratórios e testes, equipamentos de precisão, mão-de-obra altamente qualificada, entre outros; reflectir sobre as vertentes políticas do encontro clínico da diferença e criticar as ideologias e hegemonias contidas no discurso biomédico, é possibilitar um espaço tendente à neutralidade e, assim, localizar as reais necessidades dos imigrantes, o percurso para o qual a clínica os transporta, e a quebra de ciclos aparentemente inquestionados do discurso científico, económico e pedagógico-institucional do controlo do “outro”. Torna-se necessária a ruptura da manualização das emoções e da experiência pela disfunção da “cultura”, da patologização de indivíduos e grupos marginalizados pela imposição de modelos de vida e racionalidades. É emergente romper e (re)utilizar o cartesianismo médico, somá-lo a outros saberes e promover o caminho oposto: a análise de nossa sociedade e suas contradições partindo da localização dos outros, enquanto imigrantes «So when psychiatrists focus on medications, they sometimes behave as if the symptoms are the things in the world and the diagnostic categories haven't been invented by committees and reified by insurance companies» (Luhmann, 2001: 48).

Ao completar a escrita desta dissertação, no primeiro trimestre de 2008, chegou-me a notícia do encerramento dos serviços prestados pela Transcultural.

¹³³ ACIDI (Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural). Ver: <http://www.acime.gov.pt/>, com entrevistas diversas de psiquiatras sobre a Síndrome de Ulisses em Portugal.

Referências Bibliográficas:

- ABU-LUGHOD, Lila (1993). *Writing Women's Worlds: Bedouin Stories*. Berkeley: University of California Press.
- ABU-LUGHOD, Lila [1991] (2001). *Writing Against Culture*. In Richard G. Fox (org.) *Recapturing Anthropology: Working in the Present*, ed. Richard Fox. Santa Fe, NM: School of American Research Press, pp. 137-62.
- ACHOTEGUI, Joseba (2005). *Estrés Límite y Salud Mental: El Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple (Síndrome de Ulises)*. Revista Norte de salud mental de la Sociedad Española de Neuropsiquiatria; Volumen V, Nº 21. pag 39-53.
- ADEBIMPE, Victor R. (1984). *American Blacks and Psychiatry*. *Transcultural Psychiatry*; 21- 83.
- AKHTAR, S. (1995). *A Third Individuation: Immigration, Identity, and the Psychoanalytic Process*. *The Journal of the American Psychoanalytic Association*, 43 (4). 1051-1084.
- BAINS, Jatinder. (2005) *Race, culture and psychiatry: a history of transcultural psychiatry*. *History of Psychiatry*, 16(2): 139–154.
- BANKS, Kira Hudson e KOHN-WOOD, Laura P. (2007). *The Influence of Racial Identity Profiles on the Relationship Between Racial Discrimination and Depressive Symptoms*, in *Journal of Black Psychology*; 33; 331
- BASAGLIA, F. (1985). *As instituições da violência*. In: *A instituição negada*. Ed. Graal, Rio de Janeiro, pp. 99-133.
- BASTIAN, M. L. (1997). *Married in the Water: Spirit Kin and Other Afflictions of Modernity in Southeastern Nigeria*, *Journal of Religion in Africa* 22, 2:116-134.
- BAUMAN, Zigmunt (2004). *Identidade*. Jorge Zahar Editor: Rio de Janeiro.
- BENEDUCE, R. (1998). *Frontiere dell'Identità e della Memoria*. *Etnopsiquiatria e Migrazioni in un Mondo Creolo*. Milão: Franco Angeli.
- BENEDUCE, R. (2002). *Trance e possessione in Africa*. *Corpi, mimesi, storia*, Torino, Bollati Boringhieri.
- BENEDUCE, R. e TALIANI, S. (2001). *Un paradosso ordinato: Possessione, corpi, migrazioni*, *Antropologia* 1, 1: 15-42.
- BENTHAM, Jeremy. *The Panopticon Writings*. Ed. Miran Bozovic (London: Verso, 1995). pp. 29-95 (disponível em : <http://www.cartome.org/panopticon2.htm>).
- BHABHA, Homi. (1994). *The Location of Culture*. London, Routledge.
- BRACKEN, P. e THOMAS, P. (1999). *“Psychiatry and Institutional Racism”*, *Open mind*, *The Mental Health Magazine*; 98, National Association for Mental Health.
- BUENO, Austregesilo Carrano (2004) *Canto Dos Malditos*. Editora Rocco: São Paulo.
- CANGUILHEM, Georges [1966] (2002). *O Normal e o Patológico*. Editora Forense Universitária: São Paulo.
- CARDNO, Alastair G. et al (1999). *Heritability Estimates for Psychotic Disorders – the Maudsley twin psychosis series*. *Arch Gen Psychiatry*/vol. 56.
- CARREIRA, António (1961). *Organização social e económica dos povos da Guiné Portuguesa*. *Boletim Cultural da Guiné Portuguesa*. 16, 64:641-736.
- CARVALHO, Edgard de Assis. (2003) *Enigmas da Cultura*. São Paulo, Editora Cortez.
- CASTEL, ROBERT, *A Ordem Psiquiátrica: A Idade do Ouro do Alienismo*. Rio de Janeiro: Graal, 2ª Edição, 1991.
- CHEEVER, Abigail. (2000). *Prozac Americans: Depression, Identity, and Selfhood*. *Twentieth Century Literature*, Vol. 46, No. 3, pp. 346-68.

- CIMINELLI, M. L. (1998). “La decostruzione del concetto di culture-bound syndrome”, in Lanternari V., Ciminelli M.L., Medicina, magia, religione, valori. Vol.II: Dall’antropologia all’etnopsichiatria, Napoli, Liguori, pp. 85-108.
- CONNER, Michael (1999). “*Criticism of America’s Diagnostic Bible – The DSM*”. Disponível em: <http://www.oregoncounseling.org /Diagnosis/ CriticismOfDSM.htm>.
- CONRAD, Peter (1979). Types of Medical Social Control. *Sociology of Health and Illness*. Vol. I, No. I; 1-11.
- CONRAD, Peter (1992). Medicalization and Social Control. *Annual Reviews of Sociology*. 18: 209-32.
- CONRAD, Peter e SCHNEIDER, Joseph W. (1981). *Deviance and Medicalization: from badness to sickness*. Temple University Press: Philadelphia.
- COOPER, R. (2004). What is wrong with the DSM? *History of Psychiatry*, 15(1): 005–025.
- CORIN, E. (1997). Playing with Limits: Tobie Nathan’s Evolving Paradigm in Ethnopsychiatry. *Transcultural Psychiatry*, 34 (3). 345-58.
- CSORDAS, Thomas J. (1994). *Embodiment and experience: the existential ground of culture and self*. Cambridge; New York: Cambridge University Press.
- CUÉLLAR, I. e PANIAGUA, F. (org.) (2000). *Handbook of Multicultural Mental Health*. San Diego, Academic Press.
- D’ANDRADE in Stigler, James W. Et al. *Cultural Psychology – Essays on Comparative Human Development*. Cambridge University Press. 1990.
- DALGALARRONDO, P., SANTOS, S. M. A., ODA, A. M. R. (Org.), *A psiquiatria transcultural no Brasil: Rubim de Pinho e as “psicoses” da cultura nacional*. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2003; 25(1):59-62.
- DEVEREUX, George (1969). *Mohave Ethnopsychiatry: The Psychic Disturbances of an Indian Tribe*. Smithsonian Institution Press: Washington, D. C.
- DINICOLA, V. F. (1985). Family Therapy and Transcultural Psychiatry: An emerging synthesis. Part I: The conceptual basis. *Transcultural Psychiatric Research Review*, XXII (2). 81-113.
- DINICOLA, V. F. (1985). Family Therapy and Transcultural Psychiatry: An emerging synthesis. Part II: Portability and culture change*. *Transcultural Psychiatric Research Review*, XXII (3). 151-79.
- DREWAL, H. J. (1988). Performing the other: Mammi Watta worship in West Africa, *The Drama Review* 32, 2:160-185.
- DUMONT, L. (1985). *O individualismo: Uma perspectiva antropológica da ideologia moderna*. Rocco: Rio de Janeiro.
- EINARSDÓTTIR, J. (2000). “Tired of weeping”: Child death and mourning among Papel mothers in Guinea-Bissau. Stockholm: Stockholm Studies in Social Anthropology/Almqvist&Wiksell International.
- ESTROFF, S. E. (1971). The anthropology-psychiatry fantasy: can we make it a reality? *Transcultural Psychiatric Research Review*, 15, 209–13.
- ESTROFF, Sue E. (1981). *Making it Crazy: An Ethnography of Psychiatric Clients in an American Community*. University of California Press: Berkeley.
- ESTROFF, Sue E. (1987). Culture and Depression: Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder. *Medical Anthropology Quarterly*, New Series, Vol. I, Issue 4; 439-440.
- FASSIN, D. (2000). Repenser les enjeux de santé autour de l’immigration, *Homme et Migrations*, 1225: 5-12.
- FASSIN, D., AIACH, P., JOUGLA, E., RICAN, S. (2004). Les inégalités sociales de santé: un dossier à rouvrir, *La Revue du Praticien*, 54(20): 2219-2272.

- DOZON, J. P., FASSIN, D. (eds) (2001). *Critique de la santé publique: une approche anthropologique*, Paris, Editions Balland.
- FENNELL, J. e HUSSAIN, M. (2005). "Serotonin syndrome: case report and current concepts." *Ir Med J* 98 (5): 143-4.
- FERLA, Luís António Coelho (2005). *Feios, Sujos e Malvados sob Medida: do crime ao trabalho, a utopia médica do biodeterminismo em São Paulo (1920-1945)*. Tese de Pós-graduação. USP «Universidade de São Paulo», Brasil.
- FERNANDO, Sulman (1984). *Racism as a Cause of Depression*. *International Journal of Social Psychiatry*; pp. 30-41.
- FERNANDO, Sulman (1988). *Race and Culture in Psychiatry*, London, Croom Helm.
- FERNANDO, Sulman (1991). "Racial stereotypes", *British Journal of Psychiatry* 158: 289-90.
- FERNANDO, Sulman (1995). *Mental Health in a Multi-ethnic Society*, London, Routledge.
- FERNANDO, Sulman (1998). "Modern schizophrenia and racism", in Fernando S., Ndegwa D. E Wilson M. (eds) *Forensic Psychiatry, Race and Culture*, London: Routledge.
- FERNANDO, Sulman (2002). *Mental Health, Race and Culture*, London, Palgrave.
- FERNANDO, Sulman (2003). *Cultural Diversity, Mental Health and Psychiatry: The Struggle Against Racism*. Brunner-Routledge: Hove and New York.
- FERNANDO, Sulman (2005). *Multicultural Mental Health Services: Projects for Minority Ethnic Communities in England*. *Transcultural Psychiatry*. 42: 420-36.
- FIGUEIREDO, Gabriel, *As origens da assistência psiquiátrica no Brasil: o papel das santas casas*. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2000; 22 (3):133.
- FISCHER, J. (1969). *Negroes and whites and rates of mental illness: Reconsideration of a myth*. *Psychiatry*, 32, 428-446.
- FOUCAULT, Michel (2002). *Os Anormais*. Curso no Collège de France (1974-1975). Martins Fontes: São Paulo.
- FOUCAULT, Michel [1980] (2004). *O Nascimento da Clínica*. Forense-Universitária: Rio de Janeiro.
- FRANK, Katherine (2006). *Agency*. *Anthropological Theory*, Vol. 6(3): 281–302.
- FRANKENBERG, Ronald (1988). "Gramsci, Culture, and Medical Anthropology: Kundry and Parsifal? Or Rat's Tail to Sea Serpent?". in *Medical Anthropology Quarterly*, New Series, Volume 2, Issue 4, Gramsci, Marxism and Phenomenology: Essays for the Development of Critical Medical Anthropology (Dec.); pp. 324-337.
- GAINES, Atwood D. (org.) (1992). *Ethnopsychiatry: the cultural construction of professionals and folk psychiatries*. State University of New York Press.
- GAMEIRO, José, *Voando Sobre a Psiquiatria – Análise Epistemológica da Psiquiatria Contemporânea*. Porto: Edições Afrontamento, 2ª edição, 1999.
- GARCIA, C. C. (1995). *Ovelhas na névoa: um estudo sobre as mulheres e a loucura*. Ed. Rosa dos Tempos: Rio de Janeiro.
- GILLHAM, Nicholas Wright (2001). *A Life of Sir Francis Galton: From African Exploration to the Birth of Eugenics*, Oxford University Press.
- GILLMAN, P. K. (1999). "The serotonin syndrome and its treatment". *J. Psychopharmacol. (Oxford)* 13 (1): 100-9.
- GOFFMAN, Erving. (2001). *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo; 7ª Edição, Debates – Psicologia; Editora Perspectiva.
- GOOD, B. J. (1977) *The Heart of what's the matter: the semantics of illness in Iran*. *Cul. Med. Psychiatry* 1:25-58.

- GOOD, B. J., & DELVECCHIO-GOOD, M. J. (1981). The meaning of symptoms - a cultural hermeneutic model for clinical practice. In L. Eisenberg & A. Kleinman (Eds.), *The relevance of social sciences for medicine* (pp. 165–196). Dordrecht: Reidel.
- GORDON, Paul (1983). *Medicine, racism and immigration control*, in *Critical Social Policy*.
- GORE, C. e NEVADOMSKY, J. (1997). Practice and Agency in Mammy Wata Worship in Southern Nigeria, *African Arts* 30, 2:60-69.
- GRIFFITHS, M. S. (1977). “The influence of race on the psychotherapeutic relationship”, *Psychiatry* 40: 27-40.
- HACKING, I. (1997). Taking bad arguments seriously: Ian Hacking on psychopathology and social construction. *London Review of Books* (21Aug.), 14–16.
- HACKING, Ian (1995). *Rewriting the Soul: Multiple Personality and the Sciences of Memory*. Princeton University Press: Princeton.
- HANNERZ, Ulf. (1997) *Fluxos, fronteiras, híbridos: palavras-chave da antropologia Transnacional*. Rio de Janeiro, Editora Mana.
- HASIN, Deborah S. et al (2005). Epidemiology of Major Depressive Disorder. Results From the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions. In *Arch Gen Psychiatry*/vol. 62.
- HELMAN, Cecil G. (2000). *Cultura, Saúde e Doença*. 4º Edição (2007). São Paulo, Editora Artmed.
- HENRY, Christine (1994). *Les îles où dansent les enfants défunts. Âge sexe et pouvoir chez les Bijogo de Guinée-Bissau*. Paris: CNRS and Éditions de la Maison des Sciences de l’Homme.
- HOWITT, D. e OWUSU-BEMPAH, J. (eds) (1994). *The racism of Psychology*. Time for Change, London, Harvester Wheatsheaf.
- HUGHES, C. C. e SIMONS, R. C. (eds) (1985). *The Culture-Bound Syndromes: Folk Illnesses of Psychiatric and Anthropological Interest*, Dordrecht, D. Reidel.
- INGLEBY, David (ed.) (2005). *Forced migration and mental health: rethinking the care of migrants and displaced persons*. New York: Springer.
- INGLESE, S. (2002). “Etnopsichiatria in terra ostile: appunti di metodologia della psicoterapia culturalmente orientata”, *Pol.it The Italian on line psychiatric magazine*, www.pol-it.org.
- INGOLD, Tim (1993). *The Art of Translation in a Continuous World*. In *Beyond Boundaries*. Gísli Pálsson; London: Berg.
- JELL-BAHLESEN, S. (1997). Eze Mmiri Di Egwu: The Water Monarch is Awesome: Reconsidering the Mammy Water Myths, in Kaplan F.E.S. 1997. *Queens, Queen Mothers, Priestesses, and Power. Case studies in African Gender*. The New York Academy of Sciences, vol. 810. pp. 103-134.
- JÚNIOR, Osvaldo Gradella. (2002). Hospital Psiquiátrico: (re)Afirmação da Exclusão. *Psicologia e Sociedade*; 14 (1): 87-102.
- KARLSEN, S. e NAZROO, J. Y. (2002). “Relation Between Racial Discrimination, Social Class, and Health Among Ethnic Minority Groups”. In *American Journal of Public Health*, 92, 4: 624-31.
- KEYES, E. (2000). Mental health Status in Refugees: an integrative review of current research. In *Issues in Mental Health Nursing*, 21 (4); pp. 397-410.
- KING G. (1996). “Institutional racism and the medical/health complex: a complex analysis?” *Ethnicity and Disease* 6(1-2):30-46.
- KING, Michael; NAZROO, James et al. (2005) Psychotic symptoms in the general population of England - A comparison of ethnic groups (The EMPIRIC study) in *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, Volume 40, Number 5 / May; 375-381.

- KIRK, Stuart A. e KUTCHINS, Herb (1997). *Making us Crazy: DSM: The psychiatric bible and the creation of mental disorders*. Free Press.
- KIRMAYER, L. J. (2002). Psychopharmacology in a Globalizing World: The Use of Antidepressants in Japan. In *Transcultural psychiatry*.
- KIRMAYER, L. J. (2006). Beyond the 'New Cross-cultural Psychiatry': Cultural Biology, Discursive Psychology and the Ironies of Globalization. *Transcultural Psychiatry*; 43; 126.
- KIRMAYER, L. J. e Young, A. (1999). Culture and context in the evolutionary concept of mental disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 446–452.
- KLEINMAN, A. (1978). Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Soc. Sci Med B* 12:85-93.
- KLEINMAN, A. (1988). *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition*, Basic Books Inc., New York.
- KLEINMAN, A. (1995). *Writing at the Margin: discourses between anthropology and medicine*. Berkeley: University of California Press.
- KLEINMAN, A. e PETRYANA, A. (2006). The Pharmaceutical Nexus. In Petryana, A. et al (org.) *Global Pharmaceuticals: Ethics, Markets, Practices*. Duke University Press: Durham and London. pp. 1-32.
- KLEINMAN, A. M. (1977). Depression, somatization and the 'new cross-cultural psychiatry'. *Social Science and Medicine*, 11, 3–10.
- KLEINMAN, A. M. (1980). *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley, CA: University of California Press.
- KLEINMAN, A., DAS, V., & LOCK, M. (Eds.) (1997). *Social Suffering*. Berkeley: University of California Press. ix-xxii, 1-23.
- KRAEPELIN, E. (1904). Vergleichende psychiatrie. *Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie* 15, pp. 433–437.
- KRAFFT-EBING, Richard von, (2001). *Psychopathia Sexualis*, São Paulo, Ed. Martins Fontes.
- LECHNER, E. (2005). "O sofrimento dos migrantes e o encontro de ordens simbólicas", *Psilogos, Revista do Hospital Amadora Sintra*. Lisboa pp. 2-7.
- LECHNER, E. (2005). "Uma aproximação à diferença: imigração e cuidados de saúde". *Revista Transcultural, NPTT*. Lisboa, pp. 23-28.
- LEIFER, Ron. (2001). *Critique of Medical-coercive psychiatry*. Disponível em: <http://www.szasz.com/leifercritic.pdf>.
- LÉVI-STRAUSS, Claude (2004). *Tristes Trópicos*. Companhia das letras: São Paulo. pp. 362-372.
- LEWIS, I. M. (1989). *Ecstatic religion: A study of spirit possession and shamanism* (2nd ed.). London: Routledge.
- LEWIS-FERNANDEZ, R. (1994). "Culture and dissociation: a comparison of ataque de nervios among Puerto Ricans and possession syndrome in India", em Spiegel D. e Washington D.C. (eds) *Dissociation: Culture, Mind, and Body*. American Psychiatric Press, pp 123–167.
- LEWIS-FERNÁNDEZ, R. (1996). Cultural Formulations of Psychiatric Diagnosis. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 20: 133-144.
- LIMA, M. S. de et al (2005). Epidemiology of Bipolar Disorders. In *Rev. Psiq. Clín.* 32, supl 1; 15-20.
- LIPOVETSKY, Gilles (2005). *A Era do Vazio*. Manole: São Paulo.
- LITTLEWOOD, R. (1990). From categories to contexts: a decade of the 'new cross-cultural psychiatry'. *British Journal of Psychiatry*, 156, 308–27.

- LITTLEWOOD, R. (1992). "Psychiatric diagnosis and racial bias: empirical and interpretative approaches", *Social Science & Medicine* 34, 2: 141-149.
- LITTLEWOOD, R. (1996). *Psychiatry's Culture*. *International Journal of Social Psychiatry*; 42; 245.
- LITTLEWOOD, R. e LIPSEGE, M. [1982] (1997). *Aliens and Alienists: Ethnic Minorities and Psychiatry*. Brunner-Routledge: Hove and New York.
- LOCK, M. e SCHEPER-HUGHES, N. (1996). A Critical-Interpretive Approach in Medical Anthropology: Ritual and Routines of Discipline and Dissent, in Sargent C. e Johnson T. (eds), *Medical Anthropology – Contemporary Theory and Method*, Westport, Connecticut, Lodon, éraeger, pp. 41-70.
- LOUGON, Mauricio. (2006). *Psiquiatria Institucional: do hospital à reforma psiquiátrica*. Loucura e Civilização. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz.
- LUHRMANN, T. M. (2001). *Of Two Minds: The Growing Disorder in American Psychiatry*. Ed. Picador: Oxford.
- LUHRMANN, T. M. (2006). Subjectivity. *Anthropological Theory*; 6; 345.
- LUTZ, C., SCHWARTZ T. e WHITE, G. (eds.) (1992). *New directions in psychological anthropology*. Cambridge University Press.
- LYNCH, M. O. (1990). "The Social Construction of Emotion in India", em Lynch M.O. (ed) *Divine Passions. The Social Construction of Emotion in India*. Oxford: University of California Press, pp. 3-34.
- MARSAL, Sanchesa, B. e JORGEA, M. R. (2004). Transtorno Afetivo Bipolar: um enfoque transcultural, *Ver. Brasileira de Psiquiatria*, 26 (Supl III):54-6.
- MATT, Irwin. (2004). *Reversal of Schizophrenia Without Neuroleptic*. *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, Volume 6, Number I.
- McENZIE, K. (1999). "Something borrowed from the blues?". in *British Medical Journal* 318: 616-617.
- McENZIE, K. (2003). "Racism and health". in *British Medical Journal* 326: 65-66.
- MESQUITELA, Isabel Borges Pereira (1996). *O pano artesanal na república da Guiné-Bissau: a sua recuperação nos anos 80*. Petromar: Lisboa.
- MOURA, Arthur Hyppólito de (2003). *A Psicoterapia Institucional e o Clube dos Saberes*. *Saúde em Debate* 153, *SaúdeLoucura*. Editora Hucitec: São Paulo.
- NATHAN, T. (1986). *La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique*, Paris, Dunod.
- NATHAN, T. (1993). *Fier de n'avoir ni pays ni amis, quelle sottise c'était... Principes d'ethnopsychanalyse*, Éditions la Pensée Sauvage.
- NATHAN, T. (2000). *L'héritage du rebelle. Le rôle de Georges Devereux dans la naissance de l'ethnopsychiatrie clinique en France*, *Ethonopsy. Les mondes contemporains de la guérison*, I.
- NICHTER, M., (1989). *Anthropology and International Health: South Asian Case Studies*. Dordrecht. Kluwer Publications.
- NIETZSCHE, Friedrich (2004). *Aurora*, Editora Companhia das Letras, São Paulo.
- NOLL, Richard (1983). *Shamanism and Schizophrenia: A State-Specific Approach to the "Schizophrenia Metaphor" of Shamanic States*; in *American Ethnologist*, Vol. 10, No. 3; pp. 443-459.
- OBEYESEKERE, G. (1985). "Depression, Buddhism, and the Work of Culture in Sri Lanka". in Kleinman, A., Good, B. (org.). *Culture and Depression*. University of California Press: Berkeley; pp. 134-152.
- OLIVEIRA DE SOUSA, A. (1995). *La Maternité chez les Bijago da guinée Bissau*, Centre Français sur la Population et le Développement, Paris.

- PARIS, Joel (1994). Evolutionary Social Science and Transcultural Psychiatry, in *Transcultural Psychiatry*; 31; 339.
- PASSETTI, Edson (2003). *Anarquismos e Sociedade de Controle*. Editora Cortez: São Paulo.
- PEIRCE, C. M., EARLS, F. J. e KLEINMAN, A. (1999). "Race and culture in psychiatry", in Nicholi, A. (ed.), *Harvard Guide to Psychiatry*, Harvard University Press: Harvard.
- PESSOTTI, Isaías (1999). *Os nomes da loucura*. Edit. 34: São Paulo.
- PINNELLI, Stefania (2002). Internet Addiction Disorder and Identity on line: the Educational Relationship. In *Informing Science InSITE - "Where Parallels Intersect"*. Disponível em: <http://proceedings.informingscience.org/IS2002Proceedings/papers/Pinne088Inter.pdf>.
- PORTER, Roy (2002). *Madness: A Brief History*. Oxford University Press, New Baskerville.
- PUPAVAC, V. (2001). Therapeutic Governance; Psycho-social Intervention and Trauma Risk Management. *Disasters*; 25: 358 -372.
- PUPAVAC, V. (2004). Psychosocial Interventions and the Demoralization of Humanitarianism. *Journal of Biosocial Science*; 36:491 -504.
- PUSSETTI, C. (1999). Le piroghe d'anime. L'iniziazione dei defunti presso i Bijagó della Guinea Bissau. in *Africa, Rivista Trimestrale dell'Istituto Italo Africano*, numero 2: 159-181.
- PUSSETTI, C. (2005a). *Poetica delle emozioni. I Bijagó di Bubaque (Guinea Bissau)*, Roma, Bari: Edizioni Laterza.
- PUSSETTI, C. (2005b). Vento, tempesta e incendio: i pericoli della perdita del controllo (Arcipelago dei Bijagó, Guinea Bissau), in *Emozioni, Annuario di Antropologia*, Roma: Edizioni Meltemi.
- PUSSETTI, C. (2006). "A patologização da diversidade: uma reflexão antropológica sobre a noção de Culture-Bound Syndrome". in *Etnográfica*, vol.10, no. 1, p. 05-40.
- PUSSETTI, C. (2007). *Ethnographies of new Clinical Encounters. Immigrant's Emotional Struggles and Transcultural Psychiatry in Portugal*. Disponível em: http://ceas.pt/ethnografeast/papers/chiara_pussetti.pdf.
- RABINOW, Paul e ROSE, Nikolas. (2003). Thoughts on The Concept of Biopower Today. Disp. em: http://www.molsci.org/research/publications_pdf/Rose_Rabinow_Biopower_Today.pdf.
- RECHTMAN, Richard (2006). Cultural Standards, Power and Subversion in Cross-cultural Psychotherapy. *Transcultural Psychiatry*; 43; 169.
- ROOT, Michael (2001). The Problem of Race in Medicine. *Philosophy of the Social Sciences*. (31); 20-39.
- SAID, Edward W. (1990). *Orientalismo: O Oriente como Invenção do Ocidente*. São Paulo, Companhia das letras.
- SALMONS, J. (1983). Mammy Wata, *African Arts* 10, 3: 8-15.
- SANTIAGO-IRIZARRY, Vilma. (2001). "Medicalizing Ethnicity: The construction of Latino identity in a psychiatric Setting". Cornell University Press, New York.
- SAYAD, A. (1999). *La double absence: des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré*. Paris: Seuil.
- SCHEPER-HUGHES, N. (1994). Embodied knowledge: thinking with the body in critical medical anthropology, in Borofsky (eds.), *Assessing cultural anthropology*. Mc Graw Hill, pp. 229-239.
- SCHEPER-HUGHES, N. e LOCK, M. (1991). The message in the bottle: illness and the micropolitics of resistance, *The Journal of Psychohistory*, vol. 18, nº 4, pp. 409-432.

- SELIGMAN, Rebecca (2005). From Affliction to Affirmation: Narrative Transformation and the Therapeutics of Candomblé Mediumship, in *Transcultural Psychiatry*; 42; 272.
- SELTEN, Jean-Paul et al (2001). Incidence of psychotic disorders in immigrant groups to The Netherlands, in *The British Journal of Psychiatry*; 178: 367-372.
- SELTEN, Jean-Paul et al (2007). Migration and schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*. 20(2):111-115.
- SHIM, Janet K. (2000). Bio-Power and Racial, Class, and Gender Formation in Biomedical Knowledge Production. in Kronenfeld, J. J. (ed.), *Research in the Sociology of Health Care* (Stamford, CT: JAI Press): 173–95.
- SHIM, Janet K. (2002). Race, Class, and Gender Across the Science–Lay Divide: Expertise, Experience, and ‘Difference’ in Cardiovascular Disease, PhD Thesis, Department of Social and Behavioral Sciences, University of California, San Francisco.
- SHIM, Janet K. (2005). Constructing ‘Race’ Across the Science-Lay Divide: Racial Formation in the Epidemiology and Experience of Cardiovascular Disease. In *Social Studies of Science*; 35; 405.
- SHWEDER, R. A. (1991). *Thinking Through Cultures. Expeditions in Cultural Psychology*, Harvard University Press, London.
- SOUZA, A. N., Pitanguy, J. (org.) (2006). *Saúde, Corpo e Sociedade. Série Didáticos*. Rio de Janeiro, Ed. UFRJ.
- STENGERS, Isabelle (2002). *A invenção das ciências modernas*. São Paulo: Editora 34.
- SUSSMAN, Norman et al. (2007). *Manual de Farmacologia Psiquiátrica, 4º Edição*, São Paulo, Editora Artmed.
- SZASZ, Thomas S. (1960). The Myth of Mental Illness. *American Psychologist* 15, pp. 113-118.
- SZOMBATI-FABIAN, I. e JOHANNES, F. (1976). Art, History and Society: Popular Painting in Shaba, Zaire, *Studies in the Anthropology of Visual Communication* 3: 1-21.
- TILEAGĂ, Cristian (2006). Discourse, dominance and power relations: Inequality as a social and international object, in *Ethnicities*; 6:476-497.
- TODOROV, Tzvetan (1999). *O Homem Desenraizado*. Editora Record: Rio de Janeiro.
- UCHÔA, Elizabeth e VIDAL, Jean Michel (1994). Medical Anthropology: Conceptual and Methodological Elements for an Approach to Health and Disease. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 10 (4): 497-504.
- VACCHIANO, Francesco e TALIANI, S. (2006). *Altri Corpi: Antropologia ed Etnopsicologia della Migrazione. Prospettive/Ricerche* (12), Milano, Ed. Unicopli.
- VAN DER GEEST, S. e WHYTE, S. R. (1991). The charm of medicines: metaphors and metonyms, *Medical Anthropol. Q.* 5:345.
- VERANI, Cibele e MORGADO, Anastácio. (1991) Fatores Culturais Associados à Doença da Reclusão do Alto Xingu (Brasil Central) - Considerações antropológicas sobre a abordagem epidemiológica. *Cadernos de Saúde Pública*, RJ, 7(4): 515-437, Out./Dez, 1991.
- WEISSMAN M. M. et al. (1996) Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA*;276:293-299.
- WEISSMAN M. M. et al. (1996). Cross-National Epidemiology of Mood Disorders: An Update. Disp. em: www.pasteur.fr/applications/euroconf/depression/weissman.pdf.
- WEISSMAN, M. M. e ROBERT, M. A. Hirschfeld (2002). Risk Factors for Major Depression and Bipolar Disorder. *Neuropsychopharmacology: The Fifth Generation of Progress*. Edited by Kenneth L. Davis, Dennis Charney, Joseph T. Coyle, and Charles Nemeroff. American College of Neuropsychopharmacology.

WIG, N. N. (1994). An overview of cross-cultural and national issues in psychiatric classification. In *Psychiatric Diagnosis: A World Perspective* (eds J. E. Mezzich, Y. Honda & M. C. Kastrup), pp. 3-10. New York: Springer.

WILLIAMS, David R. et al (2007). Prevalence and Distribution of Major Depressive Disorder in African Americans, Caribbean Blacks, and Non-Hispanic Whites. Results From the National Survey of American Life. in *Arch Gen Psychiatry*/vol. 64.

WINNICOTT, D. W. (1966). The Location of Cultural Experience. *International Journal of Psychoanalysis*, 48, 368-372.

YOUNG, A. (1982). Anthropologies of illness and sickness, *Annual Review of Anthropology*, vol. 11, pp. 257-85.

YOUNG, A. (1995). *The Harmony of Illusions: Inventing Posttraumatic Stress Disorder*. Princeton University Press: Princeton.

Manuais:

DSM-IV - American Psychiatric Association (1995). «Manual Diagnóstico y Estadístico de los Transtornos Mentales»; Masson S. A; Versão Electrónica.

DSM-IV - American Psychiatric Association (2007). Manual Diagnóstico e Estadístico de Transtornos Mentais «DSM». 4ª edição [2002], DSM-IV-TR «texto revisado». Editora Artmed: São Paulo.

Referências on-line:

“In Canada, Depression Ranks as Fast-Growing Diagnosis”. Dados de 2003; Disp. em: http://imshealth.com/ims/portal/front/articleC/0,2777,6266_41382706_57069115,00.html. [último acesso em: 01-12-2007 – 21h45].

Conclusões do Conselho sobre a política de integração dos imigrantes [1.4.7.] na União Europeia. Boletim UE 11-2004 - Espaço de liberdade, segurança e justiça (7/15); disponível em: <http://europa.eu/bulletin/pt/200411/p104007.htm> [último acesso em 08-02-2008 às 15:00].

Health and Social Care for Migrants and Ethnic Minorities in Europe (2006), da rede IMISCOE/IOM – European Survey. Disponível em: http://www.cost.esf.org/index.php?id=233&action_number=IS0603. [último acesso em 19-03-2008 às 15:40].

House of Commons – Health Committee (2005). *The Influence of Pharmaceutical Industry – Fourth Report of Session 2004-05, Volume I*. UK; Disponível em: <http://www.lindalliance.org/pdfs/HofCHealthCommittee.pdf>. [último acesso em 08-01-2008 às 20:00].

<http://adc.bmj.com/> e/ou http://www.imshealth.com/web/product/0,3155,64576068_63872702_70297662_73411183,00.html - Para dados sobre os EUA e Canada no IMS e MIDAS entre 2000 e 2002. [último acesso a ambas em: 05-03-2008 – 14h45].

The Congress of the United States/Congressional Budget Office (2006). *A CBO Study – Research and Development in the Pharmaceutical Industry*. Disponível em: www.cbo.gov/ftpdocs/76xx/doc7615/10-02-DrugR-D.pdf. [último acesso em: 15-11-2007 – 16h40].

www.acime.gov.pt/ - ACIDI «Alto comissariado para Imigração e diálogo Intercultural». [último acesso em: 15-03-2008 – 15h45].

www.acime.gov.pt/docs/GEE/Caracterizacao_Imigracao.pdf «Dados sobre a percentagem de imigrantes em Portugal»; [ultimo acesso em 20-03-2008, às 20h30].

www.gddc.pt/siii/docs/dec44-1992.pdf: Decreto nº 44/92 - De acordo com o tratado entre a República Portuguesa e a República da Guiné-Bissau, assinado em Lisboa a 31 de Março de 1989. [último acesso em: 19-03-2008 – 14h35].

www.ine.pt/portal/page/portal/PORTAL_INE - Instituto Nacional de Estatísticas «INE» [último acesso em: 03-10-2007 – 19h43].

www.ine.pt/portal/page/portal/PORTAL_INE/bddXplorer?indOcorrCod=0000611&selTab=tab0 «Dados sobre a população nacional de 2006 – Portugal»; [ultimo acesso em 20-03-2008, às 20h50].

www.lilly.com «produtora do Prozac» e www.zoloft.com/ «psicofármaco produzido pela Pfizer»: indicações sintomáticas das casas farmacêuticas. [último acesso a ambas em: 05-02-2008 – 15h10].

www.midiaindependente.org/en/blue/2003/10/265177.shtml: Para mais informações sobre os números de vitimas e depoimentos acerca do Juquery(i), [último acesso em: 03-12-2007 – 20h20].

www.sef.pt/portal/V10/PT/asp/estatisticas/: Serviço de Estrangeiros e Fronteiras «SEF». [último acesso em: 03-10-2007 – 19h20].

www.sef.pt/portal/v10/PT/asp/estatisticas/evolucao.aspx?id_linha=4255&menu_positon=4140#0 «Dados sobre a curva de crescimento dos serviços do SEF»; [ultimo acesso em 20-03-2008, às 19h30].

O quadro ilustra a relação entre os dois modelos institucionais – formato Asilar e formato com Consulta Externa:

<i>No Hospital com Formato Asilar</i> (Instituição Total)	Resultados:	<i>No Hospital Moderno com Consultas Externas - Grupo Transcultural</i>	Resultados:
Perda de contacto com a realidade externa;	Exclusão social.	Valorização do contacto com a realidade externa pela política de "adaptação" ao local de acolhimento;	Uso político da máquina institucional como meio de assimilação do imigrante ao local de acolhimento.
Ócio forçado;	Alienação do paciente, exclusão da participação na produção económica e total dependência do Estado; Apropriação do corpo desapropriado.	Incentivo ao trabalho e actividades sociais;	Permite converter o imigrante patológico em trabalhador que produz riqueza, paga impostos e participa no desenvolvimento do mercado.
Submissão a atitudes autoritárias de médicos e restante pessoal técnico;	Paternalização do indivíduo e submissão forçada ao saber médico. Perda absoluta da autonomia.	Diálogo com sensibilidade cultural e adaptado às necessidades particulares do indivíduo;	Reificação paternalista do imigrante através do discurso da sensibilidade cultural. Risco de patologização da identidade "cultural" do utente.
Perda de amigos e propriedades	Exclusão social e política. Isolamento da sociedade.	Incentivo à criação de amizades e obtenção de propriedades.	Discurso da inclusão social e económica dos imigrantes pela "integração".
Sedação com doses elevadas de psicofármacos; Isolamento forçado em pavilhões.	Alienação total do paciente.	Uso de psicofármacos modernos e "leves". Em geral, o utente é livre de voltar para casa.	Uso compulsório de psicofármacos apoiados no cientismo médico e universalismo da experiência da doença pelos manuais internacionais de psicopatologia.

CURRICULUM VITAE

JULIO FLÁVIO DA SILVA FERREIRA

NASCIDO EM SÃO PAULO, A 05/07/1982
NACIONALIDADE PORTUGUESA
BILHETE DE IDENTIDADE N° 14718716-8
N° CONTRIBUINTE: 250674572
RUA CALÇADA DE SANT'ANA, 132-A, 3° ANDAR – CAMPO DE SANT'ANA, 1150-
LISBOA.
TEL. (00351)933625795

REFERENCIAS FCT «FUNDAÇÃO PARA A CIÊNCIA E TECNOLOGIA» - (PUBLIC KEY) -
J0408327HDP9

REFERENCIAS CNPQ «CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E
TECNOLÓGICO» [HTTP://LATTES.CNPQ.BR/7932158154356067](http://LATTES.CNPQ.BR/7932158154356067)

Juca.ferrer@gmail.com
Juca.ferrer@hotmail.com

QUALIFICAÇÕES ACADEMICAS

ISCTE – Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa

2007- à espera da defesa pública
Lisboa

Mestrado em Antropologia pelo Dep. De Antropologia do ISCTE. Orientador Professor Robert Rowland (Antropologia ISCTE) e co-orientadora Professora Doutora Chiara Pussetti (Antropologia CEAS / ISCTE / ICS e Universidade de Turim). Título: «Da Imigração à Patologia: Biomedicina, Transculturalidade e Controlo».

ISCTE – Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa

2005-2006 Lisboa

Pós-graduação em Antropologia «Multiculturalismo e Identidades» Direcção do Departamento de Antropologia sob a coordenação do Professor Doutor Miguel Vale de Almeida.

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo São Paulo

2000-2005 São Paulo - Brasil

Licenciatura em Ciências Sociais com especialização em Antropologia; Tese apresentada ao Departamento de Antropologia. Título: «A Erotização dos Corpos e Liberação Sensorial (São Paulo - Brasil)» (Orientadora Prof^ª. Dr^ª. Lúcia Helena Vitalli Rangel). Classificação: 10/10 com louvor (classificação máxima).

ACTIVIDADES ANTERIORES E SITUAÇÃO ACTUAL EM TERMOS CIENTÍFICOS E PROFISSIONAIS

Desde 2008

Trabalho de Campo sobre as práticas religiosas Afro-brasileiras em Portugal, com especial atenção aos centros de Umbanda na região da Grande Lisboa e Algarve.

Desde 06-2008 até o momento

Consultoria externa para o Projecto “Música nos Hospitais” em Portugal.

08/2007 – 05/2008

Investigador Associado (Associate Researcher) do Centro de Estudos de Antropologia Social (Social Anthropology Research Center, CEAS/ISCTE, Lisboa)

Desde 2007

Membro e Investigador Integrado do CRIA (Centro em Rede de Investigação em Antropologia).

Desde 2007

Membro do NAS – Núcleo Antropologia e Saúde.

2007-2008

APPT

Lisboa

Investigação na Associação Portuguesa de Psicologia e Psiquiatria Transcultural (Hospital Miguel Bombarda) sobre saúde mental e migrantes de primeira geração.

2006-2007

EVS – European Voluntary Service of Youth Program from European Union (EU); para a Organização Não-governamental “KUB” - Kontakt- und Beratungsstelle Für Flüchtlinge und MigrantInnen., Projecto «Anti-racism/Xenophobia and Social Exclusion» Ref. (2006-DE-59). Berlin, Alemanha.

02/2006 – 09/2006

RedWare – Arquivista de sigilo bancário digital e físico.

Desde 2006

Membro do GIS (Grupo Imigração e Saúde) com protocolo de colaboração com o ACIME (Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas), actual ACIDI.

2005

Produção do evento «Outras Palavras – Questão Indígena e Modernidade; Museu da Cultura – Museu de Etnologia / PUC-SP. Catalogação da colecção de arte Guarani, canto, tradição e urbanismo.

2005

FUNDAP (Fundação do Desenvolvimento Administrativo), autarquia estadual para a formação dos funcionários do sector público e optimização de recursos; Project «Melhoria do Atendimento ao Cidadão».

2004

Pesquisa de campo e colecta de dados para pesquisa de mercado pela Flamming S/A.

2003

Pesquisa de Campo e actuação com moradores de rua da cidade de São Paulo à serviço da FIPE (Fundação Instituto de Pesquisas Económicas) em projecto da Secretaria de Assistência Social do Município de São Paulo.

2002-2004

Pesquisa de Campo e Documental para a Prefeitura Municipal de São Paulo, dirigida à Secretaria de Assistência Social, Projecto «BANORGAS» (Banco de Dados das Organizações de Assistência Social da Cidade de São Paulo).

2002-2003 Hospital Psiquiátrico do Juquery – Franco da Rocha – Grande São Paulo – Brasil; Trabalho de campo decorrente de Iniciação Científica.

2002

Monitoria no IX Congresso Nacional de Sociologia.

2000-2001

Formação como «Practitioner» em Programação Neurolingüística (PNL) pelo Instituto Núcleo; São Paulo – Brasil..

DOMÍNIO DE ESPECIALIZAÇÃO

Antropologia, Antropologia Cultural, Media e Política, Discurso e Poder, Antropologia Médica, Sociologia da Saúde e Administração Pública, Sistema Público de Saúde e Psiquiatria, Sociedade de Controlo, “Poder, Género e Organizações”.

ACTUAIS INTERESSES DE INVESTIGAÇÃO

Antropologia da Saúde; Instituições, Construção da Pessoa e do Género, Antropologia das Migrações; Etnopsiquiatria Clínica; Racismo Institucional, Transculturalidade, Fluxos Migratórios e Controlo, Bio-política, Corpo; Estudos Coloniais e Pós-coloniais; Religiões Afro-brasileiras em Portugal.

GRANTS AND FUNDING

2008 FACC (Fundo de Apoio à Comunidade Científica) da FCT (Fundação para a Ciência e Tecnologia). Apoio para comunicação no “IV Congresso de Estudios Africanos en El Mundo Ibérico” – Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

2007-2008 Research Fellowship, ACIDI – Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural / CEAS/ISCTE – Centro de Estudos de Antropologia

Social, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa. Projecto: «Migrantes e Saúde Mental: a construção da competência cultural» - 10 meses.

2006-2007 Voluntary Grant, EVS – European Voluntary Service of Youth Program from European Union (EU); para a Organização Não-governamental “KUB” - Kontakt- und Beratungsstelle Für Flüchtlinge und MigrantInnen., Projecto «Anti-racism/Xenophobia and Social Exclusion» Ref. (2006-DE-59). Berlin, Alemanha.

2004 Researcher Assistant, FUNDAP (Fundação do Desenvolvimento Administrativo), autarquia estadual para a formação dos funcionários do sector público e optimização de recursos.

2001-2003 Researcher Assistant, Prefeitura Municipal de São Paulo, Secretaria Municipal de Assistência Social, Projecto «Banorgas» (Banco Público de Dados de Organizações e de Serviços Sócio-assistenciais da Cidade de São Paulo).

2002 Researcher Assistant, FIPE (Fundação Instituto de Pesquisas Económicas). Estudo da Secretaria de Assistência Social. Trabalho de Campo com “população de rua” na cidade de São Paulo.

2001-2002 Research Grant, CEPE / PUC-SP (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) / Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Departamento de Sociologia, São Paulo – Brasil. Iniciação Científica. Tese: «A Luta Antimanicomial e o Processo de Desospitalização Do Juquery (São Paulo – Brasil)»

LÍNGUAS E PROGRAMAS

PORTUGUÊS

Conversação: Língua mãe

Leitura: Língua mãe

Escrita: Língua mãe

INGLÊS

Conversação: Suficiente

Leitura: Ótimo

Escrita: Bom

ESPAÑHOL

Conversação: Suficiente

Leitura: Ótimo

Escrita: Bom

ALEMÃO

Conversação: Básico

Leitura: Bom

Escrita: Básico

Windows, Word, Exel, SPSS (básico).

COMUNICAÇÕES:

CONGRESO DE ESTUDIOS AFRICANOS EN EL MUNDO IBÉRICO –
África, Puentes, Conexiones e Intercambios.

Universidad de Las Palmas de Gran Canaria - Maio de 2008.

Panel: Therapeutic Pluralism in African Migrant Context

Paper: Da Imigração à Patologização: conceitos de análise destinados a imigrantes.

LISTA DE PUBLICAÇÕES:

TESES (Disponíveis em formato Impresso e digital na Biblioteca do ISCTE à partir de Setembro de 2008).

2008 Tese de Mestrado

«Da Imigração à Patologia: Biomedicina, Transculturalidade e Controlo»

TESES (Disponíveis em formato Impresso na Biblioteca da PUC-sp).

2005 Trabalho de Conclusão de Curso de Licenciatura

«A Erotização dos Corpos e Liberação Sensorial» (São Paulo - Brasil).

2002 Tese de Iniciação Científica

«A Luta Antimanicomial e o Processo de Desospitalização Do Juquery» (São Paulo - Brasil).

PROJECTOS EM CURSO

Pussetti, Chiara e Ferreira, Julio (2008) Migrantes e Saúde Mental: a construção da competência cultural» Editora ACIDI, Lisboa (no prelo).

Aplicação de Candidatura a Doutoramento após conclusão do Mestrado.