

**Nós e os Outros: (i)migração e apreensão clínica transcultural -  
resumo de um desencontro**

---

J. Flávio Ferreira  
2011

Doutoramento em Pós-colonialismos e Cidadania Global  
Centro de Estudos Sociais/Faculdade de Economia  
Universidade de Coimbra

## Introdução

O ambiente psiquiátrico-clínico transcultural está cheio de ambiguidades e contradições. A diversidade cultural dos pacientes que recorrem (ou que são levados por terceiros) aos seus serviços é quase sempre apreendida pela psiquiatria de forma problemática, principalmente quando o contexto clínico é formado pelo choque de saberes entre a biomedicina (ou a forma de se perceber o corpo segundo processos históricos ocidentais/euro-americanos) e outras formas médicas próprias de outros contextos e que continuam a guiar os cuidados do corpo da grande maioria das populações que não vivem de acordo com o ideário eurocêntrico (ou o que se convencionou chamar de etnomedicinas)<sup>i</sup>.

Este encontro de saberes é especialmente tenso ao tratar-se, por exemplo, de imigrantes extracomunitários na Europa (Fassin, 2000; Vacchiano e Taliani, 2006), cujos problemas surgem por dois motivos principais em respeito ao cruzamento dos âmbitos terapêutico e social-político.

No campo terapêutico (I) é inegável a elevada frequência de desencontros entre as formas médicas distinguidas nestes dois blocos. No seu bojo há um antagonismo entre o esgotamento interpretativo da psique e das causas orgânicas da doença pela biomedicina e a manifesta diversidade de (etno)medicinas e formas de cuidado do corpo dos imigrantes.

Nota-se no ambiente clínico, portanto, que de um lado está uma equipe de (bio)médicos formada por técnicos de saúde (psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, etc.) que, preocupados com a melhora do paciente, pretendem isolar sintomas, cruzá-los com comportamentos, ler emoções, classificar disfunções, enfim, encontrar a doença; do outro lado, por sua vez, está o paciente que tende a utilizar linguagens próprias para expor o mal que lhe aflige, em busca de ver-se livre dele. Os primeiros vêm a cargo de um saber que trata os corpos e as estruturas orgânicas e da psique como universais. Os segundos, como por vezes parece óbvio, apoiam-se nos recursos

aprendidos nos seus locais de origem e nas suas concepções próprias do corpo, da identidade, da moralidade, da religiosidade, na língua, nos fatores (visíveis e/ou invisíveis) que somados desenham a sua noção da realidade. Este choque reflete a sobreposição de diferentes epistemes no âmbito das práticas terapêuticas e, por isso, deve ser problematizado.

No campo social-político (II), como é sabido, o percurso migratório, sobretudo dos chamados imigrantes econômicos, envolve uma série de subalternizações de difícil inversão (salários reduzidos, trabalhos precários, acesso restrito aos recursos disponibilizados pelo Estado, etc.). O cruzamento, pois, entre imigração e clínica transcultural pode tornar-se uma dupla violência: se o indivíduo perde socialmente a sua *agency* política e econômica arrisca-se, igualmente, a perdê-la em termos culturais/identitários ao ter as suas referências negadas sob uma terapêutica pouco cuidadosa em relação às influências de fatores culturais nos processos do adoecimento e nos caminhos da cura.

A história de Kan, uma história extrema aqui reduzida a um recorte do seu percurso terapêutico, evidencia as contradições resultantes de um processo de interpretação clínica que anula a subjetividade e objetifica o paciente. Inserida em um projeto psiquiátrico transcultural em Lisboa, abrigado em um hospital de médio porte, Kan reflete uma dupla necessidade: a de se repensar quais são os limites da (bio)medicina na interpretação da doença, bem como, a partir daí, o que deve ser feito para se interiorizar outros saberes na prática (bio)médica em prol da valorização do discurso e das referências do próprio paciente. O risco de não se seguir este caminho é claro: em um projeto transcultural clínico, tender-se-ia a aplicar o universal sobre a diversidade ou, em outras palavras, as práticas do cuidado do corpo euro-centradas sobre todos os outros centros (dos imigrantes) que protagonizem tal (des)encontro.

Este grupo clínico que cuidou de Kan, aqui referido por Transcultural, destinava-se ao tratamento dos pacientes imigrantes, sobretudo os extracomunitários. O projeto caracterizava-se pela flexibilização de determinadas categorias nosológicas/de análise dos pacientes, a denotar a existência de outras estruturas bio-psico-sociais na relação entre corpo, sociedade e doença. O projeto visava responder a dois processos que se faziam notar: a) as mudanças dos fluxos imigratórios em Portugal nos últimos 15/20 anos, período em que este deixa de se caracterizar predominantemente como um país de emigrantes para tornar-se um país de acolhimento; e b) a emergência de tensões e contradições dos serviços públicos, sobretudo na área da saúde, destinados a atender às novas necessidades derivadas de tais fluxos: nomeadamente, quanto a atenção dada às diferenças culturais que pudessem facilitar ou dificultar o tratamento clínico.

Entretanto, como resultado do trabalho de campo realizado entre 2006 e 2008, pude concluir que os técnicos de saúde acabavam, em grande parte, por reproduzir aquilo que desejavam idealmente criticar: face às categorias nosológicas da biomedicina - descritas nos manuais internacionais de psicopatologias, como o DSM<sup>ii</sup> - as explicações “culturais” (religiosas, sobretudo) de muitos dos pacientes imigrantes sobre os males que lhes afligiam acabavam por potencializar a patologização dos seus comportamentos (Ferreira, 2008).<sup>iii</sup>

A fratura entre estes saberes (da bio e das etno medicinas) acabava por apelar à monolítica divisão entre crença e racionalidade, paradigma fundante da biomedicina moderna que ao mesmo tempo em que a legitima arrasta para a incredibilidade qualquer outro conhecimento que não lhe seja comum. A produção do conhecimento nos campos do poder, pois, passa pela (re)construção da diferença e seus processos de legitimação pela contraposição entre o “moderno” e o “arcaico” (Said, 1990).

De forma geral, os estudos científicos que baseiam a psiquiatria moderna seguem utilizando os conceitos de *raça*, *gênero* e proveniência geográfica (dentre outros

critérios) na formação de parâmetros de análise sintomática dos pacientes. Como consequência - acentuada numa relação terapêutica transcultural - gera-se uma projeção de maior propensão (de *risco*) dos grupos humanos especificados nas bases científicas. Assim, fenômenos como os de patologização de grupos étnicos ligados às suas manifestações culturais são observáveis a um olhar mais atento, como o descrito sobre porto-riquenhos por Lewis-Fernandez (1994) ou sobre a propensão a desordens mentais em *hispânicos* em clínicas estadunidenses devido a fatores culturais, como aponta por Santiago-Irizarry (2001).

O primeiro passo, pois, deve ser direcionado a alguma harmonia entre estes saberes, percebendo-os como equivalentes e complementares. É desta tentativa de harmonização que se pode perceber o quanto há de ideológico na construção do saber biomédico (resultado de processos históricos, políticos e econômicos na produção do conhecimento)<sup>iv</sup>, bem como o quanto há de orgânico nos fatores que levam à doença e que podem ser secundarizados nas chamadas etnomedicinas.

Faz-se pertinente, portanto, questionar a construção da alteridade na relação terapêutica transcultural. Uma vez que o paciente é potencialmente objetificado, ele encontrar-se-á imerso em uma relação de poder (interpretativo / classificatório) que não o proíbe de falar, mas que ao contrastar com outros sistemas e diferentes racionalidades não o possibilitará ser plenamente entendido (Spivak, 1988).

### **Alteridade e interpretação: dos modelos explanatórios da saúde e da doença<sup>v</sup>**

Os sistemas alternativos de cura podem representar a adesão de grupos específicos a um “sistema de crenças” e/ou a falta de acesso por parte da população ao sistema público de saúde, mas também uma desconformidade ético-moral entre as concepções sociais da saúde e da doença e a forma como o corpo é apreendido pela biomedicina.

Há, inexoravelmente, uma diferença entre a expressão orgânica da doença e a forma como ela é manifestada pelo indivíduo e as suas explicações sociais; e, portanto, o formato ideal de tratamento. A doença em si e a sua experiência são acontecimentos e estados emocionais individuais, localizados e específicos, mas também culturais e coletivos: ligados a contextos históricos, sociais, políticos e econômicos (Kleinman, 1980; Helman, 2000; Kirmayer, 2006; Tileagä, 2006).

As chamadas práticas alternativas/tradicionais indicam não só um contexto específico de interpretação do corpo e dos males que o atingem, mas antes a diversidade das concepções culturais e a forma como elas são expressas fisicamente/socialmente (Kleinman, 1988). Na relação entre as concepções da saúde e da doença em diferentes sociedades, os modelos de cura atuam segundo complexas respostas às representações corporais dos seus sistemas de conhecimento.

Contraopondo-se à relação existencialista da doença na biomedicina (Csordas, 1983), as práticas religiosas transmitem um modelo explanatório do estado de aflição e da sua expressão no corpo (somatização), o qual circunscreve a desarmonia física ou espiritual em uma rede de relacionamentos e, por sua vez, numa nova visão do mundo.

O enquadramento da saúde e da doença, portanto, deve contemplar uma análise mais ampla, que considere as variedades das concepções metafóricas culturalmente construídas sobre o corpo e as suas narrativas sociais, individuais e os seus usos em espaços políticos e do poder. Na análise fenomenológica, o corpo individual deve ser reinterpretado de acordo com os fatores sociais onde está inserido, levando-se em consideração as formas simbólicas de cada contexto e as expressões do sofrimento e as plurais estratégias de se processar a cura (Lock e Scheper-Hughes, 1987).

Dentro das práticas de cura, as manifestações da aflição são inseridas numa economia de mediação entre o ritual e a incorporação individual das condições estruturais normativas do conhecimento tradicional/religioso. Estas leituras ampliam

as explicações da doença e inserem o indivíduo em novos processos de significação. Logo, o corpo passa a ser o palco da interiorização dos processos que o cercam; e dele manifesta-se a exteriorização culturalmente determinada dos valores e contradições da própria sociedade sob a nosologia espiritual que o influi.

A saúde e/ou doença, portanto, passam a ser fenômenos culturalmente construídos e culturalmente interpretados. As doenças e os sintomas são desvinculados do determinismo orgânico da perspectiva biomédica, deixando de se constituírem a partir de uma realidade puramente biológica, convertendo-se todo este processo em um modelo que correlaciona o funcionamento orgânico do corpo e elementos simbólicos e culturais.

Durante a década de 1970, o conceito de *Semantic Illness Network* (Good, 1977) vem a refletir a doença como algo imerso em universos simbólicos associados aos sintomas, emoções e sistemas sociais organizados sob estruturas semânticas, onde o uso de determinadas palavras por grupos ou sociedades acaba por demonstrar diferentes modos de interpretação e vivência da experiência da doença. As componentes semânticas apontam para a variabilidade das emoções e do modo de se entender o mundo ligado 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, mas antes meios direcionais e evocativos da construção da realidade, a condicionar as relações e apreensões físicas e psicológicas de forma problemática (D’Andrade, 1990: 65).

As variadas formas de se expressar o sofrimento da doença geram uma necessidade de adaptação dos modelos de interpretação do indivíduo. Cecil Helman (2000: 37)<sup>vi</sup>, por exemplo, relata um caso sobre *ārdhaangāni*, uma experiência do corpo usualmente confundida como doença pelo sistema biomédico e típica da região norte

da Índia. A sua sintomatologia apresenta-se através de metáforas simbólicas das relações de parentesco local, cujo lado esquerdo da mulher pertence ao marido e à sua família. As relações de stress sentimental no matrimônio manifestam-se por meio de sintomas como a diminuição da força e paralisia parcial ou total somente neste lado do corpo feminino, dificilmente atingindo o lado direito.

Para que se identifiquem estratégias coletivas na vivência individual da doença é fundamental a utilização de conceitos teóricos, como o das *Explanatory Models* (EM)<sup>vii</sup>, a partir dos quais o estudo da antropologia médica passa a ver no coletivo a forma de identificar valores e levantamentos cognitivos, semânticos, históricos, etc., para melhor perceber o indivíduo. Assim, *Sickness*, ou seja, o aspecto social da doença passa a ser considerada uma categoria genérica, sendo subdividida em *illness* e *disease*, responsáveis respetivamente pela experiência subjetiva e pela disfunção de órgãos ou sistemas orgânicos como causa da doença/sintomatologia. Sob a apreensão biomédica da análise clínica, os médicos questionam a disfunção orgânica, enquanto o doente tende a relatar a *illness*. As EM apresentam-se como alternativas de leitura da(s) vivência(s) de estados alterados da saúde e das formas possíveis de tratamento.

A resposta terapêutica à aflição do indivíduo deixa de ser conceitualizada sob a separação entre cultura e natureza, rompendo com o princípio epistemológico da ciência cartesiana da distinção entre corpo e mente: por sua vez, *healing* (ou *caring*) passa a representar as emoções, as percepções e as experiências individuais no âmbito terapêutico, enquanto *curing* é referente ao processo de cura de disfunções orgânicas<sup>viii</sup>.

Esta formulação, por fim, não abriga uma vontade de inversão da legitimidade entre o saber médico e a prática alternativa de cura, mas ilustra antes uma ampliação da correlação entre *illness* e *disease* em uma intervenção do sistema biomédico ou na própria terapêutica alternativa. No que diz respeito a um contexto clínico, por

exemplo, a prescrição medicamentosa em resposta a uma determinada sintomatologia agiria tanto em *healing* como em *curing*: ou seja, respeito tanto à experiência subjetiva da doença, como quanto às suas possíveis causas orgânicas.

Esta relação contrapõe-se à perspectiva existencialista da doença na biomedicina (Taussig, 1980), e é aqui que emergem questões acerca das sobreposições de modelos e realidades epistêmicas. Sob a legitimidade empírico-científica, a biomedicina acabou por reproduzir o seu fundamento cartesiano na separação entre o corpo e a mente quanto à interpretação dos estados da saúde e da doença, que se estende na prática terapêutica como um binarismo entre crença e racionalidade.

Nos males da saúde, sobretudo no campo psicopatológico, a sobreposição de modelos pode causar não só uma supressão da diversidade cultural inerente à existência humana, mas antes a reificação da contraposição entre o moderno e o arcaico, a ciência legítima e o tradicional.

A tentativa de se construir um saber dentro da psiquiatria que contemplasse outras formas epistêmicas acabou por gerar, por exemplo, a chamada etnopsiquiatria, cujo protagonista que mais a desenvolveu foi Tobie Nathan, inspirado nas obras de Geza Róheim e Georges Devereux (considerado o pai da etnopsiquiatria). O *modus operandi* desta nova área do conhecimento pretendeu - a partir de alianças com outras áreas do saber, como a antropologia e a psicanálise - integrar equitativamente as dimensões culturais, psicológicas e os métodos de abordagem para melhor interpretar os pacientes no ambiente clínico. No entanto, há problemas nesta proposta, uma vez que nela apenas reescrevem-se as relações de poder na ação terapêutica.

De forma ideal, a etnopsiquiatria pretenderia ressignificar as concepções e a valorização do corpo e dos comportamentos humanos presentes na psiquiatria pela valorização da percepção do paciente, contrapondo suas especificidades culturais a um modelo psicopatológico previamente estruturado. Deste modo, almejava-se

alcançar propostas terapêuticas alternativas, apoiadas na linguagem cultural do próprio analisado.

Verifica-se, porém, que o que acaba por ocorrer é uma (re)apropriação pela etnopsiquiatria da posição de poder durante a terapia: o etnopsiquiatra passa a gerir, junto a peritos de outras áreas, a construção do conhecimento sobre o Outro e sobre a sua “cultura”, com a ambição de despir-se das suas referências culturais, para que possa conhecer plenamente o horizonte de significados dos seus pacientes e formular respostas terapêuticas culturalmente determinadas.

Por um lado, a própria iniciativa da etnopsiquiatria já implica o reconhecimento de que o saber biomédico possui uma constituição epistêmica que não pode englobar todas as (muitas) outras formulações bio-psico-sociais existentes; mas, paradoxalmente, acaba por ocupar o posto de poder que quer problematizar, principalmente ao eleger-se como a “plataforma” que sabe e pode administrar o conhecimento biomédico e o ambicioso desvendar de toda e qualquer cultura em sua plenitude.

Para Devereux (1969), 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 observável pela expressão das suas crenças religiosas.

De qualquer forma, sob este formato, as relações hierárquicas entre diferentes saberes continuam sustentadas, sem autocrítica e contrabalanços do poder normativo da psiquiatria diante de outras formas cognitivas, culturais e morais. É justamente neste ponto que nasce uma série de questões: (a) o indivíduo perde a sua *agency* pela própria estrutura de poder que está inserido, posto que permanece na posição de objeto durante a relação terapêutica; além disso, (b) é extremamente questionável que um corpo terapêutico, por mais amplo e bem formado que seja em várias áreas do saber, possa se esquecer das suas referências culturais para que se formule uma

proposta terapêutica neutra segundo as referências culturais (diria ainda, com mais peso, semânticas) do próprio paciente.

O caso clínico exposto a seguir vem a indicar que tanto os aspectos científicos como os tradicionais, no âmbito terapêutico, estão cheios de contradições internas. A psiquiatria biomédica deixa então de ser vista como um conhecimento científico puro, para passar a uma expressão estrutural de conhecimento como qualquer outra. Imagens hierárquicas de uma medicina desenvolvida e universal, que consegue explicar as enfermidades do corpo e da mente, são (ou deveriam ser) equalizadas ao mesmo nível da apreensão do mundo das chamadas etnomedicinas.

### **Resumo de um desencontro: o caso de Kan<sup>ix</sup>**

#### **De trás para frente**

“Psicose reativa” foi o diagnóstico que os psiquiatras da Transcultural deram a Kan, uma imigrante guineense chegada a Portugal em 2004, aos 37 anos de idade.<sup>x</sup> Ela foi entrevistada no leito hospitalar por um mediador cultural requisitado pelo grupo. Tratava-se de mais uma tentativa de estabelecer contato com a paciente. Até então, podia-se dizer que Kan obteve destaque nas discussões internas dos casos clínicos pela sua *não-reatividade a qualquer estímulo diante dos terapeutas*, como me relatou um técnico de saúde ligado ao grupo e que a acompanhou por algum tempo. Kan não falava ou, quando o fazia, os médicos não conseguiam entendê-la, diziam sistematicamente que a sua linguagem era desorganizada e incoerente. Os técnicos relatavam uma explícita incapacidade de organização lógica do pensamento; discutiram o caso em muitas reuniões, pois não se chegava a um acordo sobre a sua condição clínica.

A descrição do DSM-IV-TR (2000: 332-333) sobre a patologia que lhe foi diagnosticada condizia com a sua sintomatologia. Identificava-se, portanto, a apresentação de um dos traços seguintes, por vezes conjugados:

Critérios para o diagnóstico de Transtorno psicótico breve (298.8)

Presença de um (ou mais) dos sintomas seguintes:

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

Durante a triagem, os seus familiares confirmaram aos técnicos de saúde o estado *delirante e paranoico* de Kan, marcado por sensações de perseguição em relação aos carros e às pessoas na rua. Somava-se ainda o medo de ser envenenada pelos próprios familiares, fazendo-a prestar especial atenção à comida que lhe era feita ou oferecida. Kan revelava ainda o receio de ser levada pela polícia. Posteriormente, já ao ser estabelecida uma comunicação ao longo do processo terapêutico, ela própria confirmou ter se escondido por diversas vezes dos policiais ao vê-los na via pública. Além disso, Kan acreditava haver câmaras de vigilância que a controlavam ao longo das linhas do metropolitano de Lisboa e nos transportes públicos, em geral.

Sobre ambos os ambientes, social e familiar, Kan relatava a constante sensação de controle, de ser *observada e conduzida*. Ao falar das suas relações familiares e conjugais aos técnicos de saúde, Kan recorria muitas vezes a explicações vistas como fantasiosas e/ou de cunho religioso, com narrativas sobre *entidades sobrenaturais, lutas espirituais, cabeças amarradas, venenos e mezinhas* (remédios caseiros/tradicionais) feitos com fluidos corpóreos, o *furto do seu odor*, histórias sombrias de roupas íntimas enterradas no mato, *mau-olhado* e *inveja*.

Para os psiquiatras e psicólogos da Transcultural, tais relatos de perseguições - baseados em ideias místicas, feitiçarias, rituais para condicionar a sua vida sexual ou inibir a sua fertilidade - evidenciavam nada mais do que os comportamentos *típicos de uma psicose de natureza persecutória*.

De fato, Kan apresentava uma condição persistente de angústia e ansiedade, ligada à sensação de ser vítima de feitiçaria. Esta angústia era sustentada - no seu contexto de origem - pela percepção da proximidade íntima e diária de pessoas “ambíguas e invejosas”, em particular do próprio grupo familiar.

Segundo a interpretação dos comportamentos de Kan pelos técnicos de saúde, os medos observados em relação aos carros e ao simples fato de atravessar a rua eram encarados como *sinais claros de paranoias e ansiedades que estavam presentes nas suas relações interpessoais, aqui e no contexto de origem* e apresentados como delírios alucinatórios.

Sob tal análise clínica, em momento algum foi levado em consideração o peso que o fator “invisível” assume em contextos e segundo referências culturais que podemos para o momento definir genericamente como não-ocidentais. É justamente a partir deste tipo de consideração - aparentemente central numa clínica transcultural - que se pode (re)constituir a realidade para o indivíduo de acordo com os seus próprios parâmetros e, acima de tudo, sem que estes sejam vistos necessariamente como indícios de alguma patologia.

Como consequência da abordagem e do diagnóstico clínico, Kan foi internada por duas vezes no hospital psiquiátrico que abrigava o grupo Transcultural - somando ao final um período de seis meses de reclusão.

Os motivos para a sua deslocação a Portugal haviam sido a relação conflitual com o marido em sua terra de origem e o acompanhamento - na ausência de outra pessoa que o pudesse fazer - de um parente que se tratava com especialistas em Lisboa. A condição de “psicótica” valeu-lhe a perda da guarda da sua filha, que a acompanhava em Portugal. Esta passou então a ser tutelada por uma Casa de Acolhimento para Menores.

## De frente para trás

O diagnóstico de psicose reativa ou transtorno psicótico breve - com que foram classificados o comportamento e as queixas de Kan - refere-se a

sintomas [...] que se apresentam pouco depois [e em aparente resposta] a um ou mais acontecimentos que, isolados ou em conjunto, seriam claramente estressantes a qualquer pessoa em circunstâncias parecidas e [imersa] num mesmo contexto cultural (DSM-IV, 1995: 311).

A definição da categoria nosológica psicose reativa, pertencente à antiga edição do DSM-III-R, já não é utilizada, tendo sido substituída na recente versão do manual pela categoria de transtorno psicótico breve. A última edição do DSM, contudo, adverte os psiquiatras sobre os riscos de mal-entendidos no âmbito cultural, bem como a fácil confusão de comportamentos admitidos em outros contextos culturais (como escutar vozes, por exemplo) enquanto sintomas do transtorno psicótico breve (DSM-IV, 1995: 309).

Estas indicações contidas no DSM (tanto na edição III-R, como na mais recente IV e IV-TR, ou IV revisada) não foram, contudo, seguidas pelos clínicos responsáveis pelo projeto Transcultural ou por aqueles que conduziram a triagem de Kan. Ao ser interpretada sob paradigmas que excluem a forma da própria paciente expor as suas emoções e seus raciocínios, os seus comportamentos jamais poderiam ser lidos como consequências normais a eventos estressantes comuns a qualquer indivíduo - bem como um conjunto de manifestações admissíveis no seu contexto de origem.

Na relação terapêutica hospitalar - ao que tudo indica - a história de vida de Kan não foi escutada, assim como não foram consideradas relevantes - mesmo que aparentemente irracionais - as suas próprias interpretações sobre os eventos da sua vida. Não foram analisadas de forma aprofundada as motivações e os traumas do seu

percurso migratório, a sua relação com a família, a situação socioeconómica no local de acolhimento ou no contexto de origem.

O seu processo clínico é uma sequência de páginas brancas: em particular, a seção dedicada à “História pessoal e desenvolvimento social” não reporta absolutamente nada; enquanto a “História Familiar” apresenta apenas três linhas, as que registram o falecimento do seu pai, o local de residência atual da sua mãe e a existência de quatro irmãos.

Os relatórios dos médicos não incluem informações sobre as suas representações, à exceção de dados vagos, inexatos e pouco aprofundados que reduzem as referências de Kan a entidades e definições superficiais e completamente eurocêtricas. Um exemplo é *o deus da etnia*, mencionado nas breves linhas do relatório médico, em referência aos momentos em que Kan estabeleceria relação com os terapeutas tendo como centro da sua condição elementos de cunho religioso. Tais elementos teriam, possivelmente, uma definição e uma identidade específicas, cuja não valorização implica diretamente em não explorar aspectos importantes a serem incluídos numa terapia centrada no indivíduo: como o significado que estas entidades podem ter para a paciente ou para a sua comunidade, no contexto de origem e no lugar de acolhimento.

Esta foi a primeira barreira que Kan encontrou no ambiente clínico: as questões emocionais, semânticas e de autodefinição da paciente não eram aproveitadas para a construção de pontes entre esta e os terapeutas (Kleinman, 1978; 1988). Na seção “História Clínica” foram apenas reportados o seu país de origem e língua materna (adicionada inicialmente como português), além de duas informações estruturais: que ganhava menos de 50 euros por mês e que dormia junto à filha em um espaço cedido por um amigo, em um colchão acomodado diretamente no chão.

Ao longo do processo clínico, para além dos seis meses de internamento, foram registadas mais de 10 visitas médicas. Ainda que não faltasse tempo para a escuta da

paciente, a descrição dos psiquiatras limitou-se a realçar o *estado de espírito* de Kan ao longo das consultas e a avaliá-lo entre “bom” e “delirante”. Se de fato não houve uma tentativa mais cuidadosa de diálogo, todavia foram feitos esforços para interpretar as queixas da paciente e melhor concluir sobre o seu quadro clínico: foram realizadas repetidas análises ao sangue e à urina, bem como testes de funcionalidade hepática e visitas ginecológicas.

Um exemplo muito marcante deste “não-diálogo” foi a delonga (de meses) em descobrir que Kan não possuía afinal nenhuma dificuldade em expressar-se, mas que apenas falava “crioulo” em vez de português - língua que não dominava e cuja utilização estava já bastante prejudicada como consequência do tratamento. Segundo o relato de um dos psicólogos que contribuiu para a reconstrução deste caso, tal “desencontro” (termo utilizado pelo informante) rendeu à paciente efeitos colaterais fortes, como um aumento de peso considerável e dificuldades cognitivas provocados pelos efeitos secundários dos psicofármacos que lhe foram ministrados.

Reverendo o caso de Kan através dos seus próprios relatos - fornecidos ao mediador cultural que tentou reconstruir a história de vida da paciente na sua língua materna - e a partir de apontamentos pessoais do psicólogo responsável pela triagem (cedidos para esta análise), é possível oferecer uma interpretação do seu mal-estar mais complexa, que não reduz as suas experiências aos quadros patológicos da psicose.

O passado de Kan é uma síntese de medos e perseguições: a sua história conjugal foi uma sequência de ameaças físicas e “místicas”, com um ex-marido ciumento e rancoroso que a molestava continuamente e a intimidava utilizando todos os recursos disponíveis, incluindo a violência física e *ataques sobrenaturais*. Kan relatou, com extrema lucidez e coerência narrativa - desta vez em crioulo - os episódios que mais a marcaram e apavoraram, e que podemos reconduzir ao espaço simbólico da feitiçaria, algo muito presente (de acordo com um psicólogo e o próprio mediador cultural de Kan) na vida quotidiana do seu contexto de proveniência.

De toda a forma, o discurso de Kan a este respeito - como sugeria Evans-Pritchard ao falar da feitiçaria dentre os Azande do Zaire<sup>xi</sup> - dispõe de uma lógica interna perfeita, onde nenhum acontecimento é excluído por esta leitura e tudo se torna extremamente coerente.

A ansiedade de se sentir vítima de “mau-olhado” e de “ataques de feitiçaria” é uma constante nos seus relatos, que sublinham relações familiares tensas e complexas. Tais relações estavam centradas principalmente no ex-marido e em sua cunhada, que desde a sua chegada a Portugal demonstrou-se hostil e indisposta a hospedá-la e ajudá-la economicamente, ainda que Kan não possuísse outros recursos. Segundo esta mesma lógica, pode interpretar-se o medo de Kan sobre o envenenamento da comida (prática muito visível nos discursos das pessoas e nos cuidados com a comensalidade no seu contexto de origem)<sup>xii</sup> como um meio de resolução transversal e indireto dos conflitos, bem como de controle moral.

Após a intervenção do mediador cultural, o caso clínico de Kan foi reavaliado pelos psiquiatras da Transcultural e o tratamento foi suspenso. A paciente passou por um longo processo de diminuição dos fármacos e o corpo clínico admitiu como inconclusivo o seu diagnóstico. Pouco tempo depois desta mudança, Kan não voltou às consultas externas e não pôde, portanto, ser localizada pelos serviços do hospital.

## **Conclusão**

Este recorte do percurso clínico de Kan nos ajuda a perceber os riscos de se interpretar eventos tão complexos num registo exclusivamente psicopatológico. Desta forma, não é possível reconhecer as diferentes dimensões de significados, os conflitos e as dinâmicas relacionais dos quais o mal-estar do indivíduo é expressão e consequência. Provavelmente, teria sido mais produtivo considerar os relatos de Kan não enquanto delírios psicóticos, mas como a sua forma de narrar e representar mudanças de vida drásticas (Kleinman, 1978, 1988), fraturas familiares, desilusões,

conflitos económicos, tensões interpessoais, bem como alguma interiorização das feridas históricas do seu país referentes à recente história colonial e à violenta guerra civil.

Além de um reducionismo do percurso individual da paciente, foram igualmente ignorados os marcos locais e históricos que influenciaram as suas relações familiares e interpessoais. Neste sentido, os dados apontam para a reificação de pré-suposições subalternizantes de Kan, provavelmente ligadas a imaginários culturais e socioeconômicos que acabaram por defini-la. É possível supor - ainda que não o seja possível afirmar - que uma consideração terapêutica mais atenta ao ponto-de-vista da paciente teria surtido melhores resultados ou, ao menos, minimizado os riscos que acabaram por se concretizar: como os períodos de internamento, ou os efeitos colaterais dos psicofármacos que lhe foram ministrados face a um diagnóstico que se mostrou, ao final de tudo, inconclusivo. As representações de Kan acerca da polícia, dos transportes e do metropolitano, dos carros e mesmo da malha urbana apontavam, juntamente à sua condição econômica e limitação linguística, um desencontro de realidades. Os efeitos deste choque foram expressos pela própria Kan aos técnicos de saúde numa frase curta, mas particularmente significativa: *quando cheguei, não conhecia a realidade daqui!*.

Não é difícil, sob um olhar mais atento - como o de cientistas sociais que entram em contato com meios que contrastam com os ideários de sociedade e urbanização ocidentais - compreender o hiato que Kan atravessou no tempo limitado de uma viagem de avião, cujo choque é demarcado por encontrar-se num contexto espacial desconhecido, onde mesmo as práticas corpóreas mais quotidianas (atravessar uma rua, utilizar o metro) eram para ela completamente estranhas. Os técnicos de saúde desconheciam que Kan provinha de uma zona estritamente rural, afastada de qualquer centro urbano guineense. Este contexto chama atenção para a necessidade

de equipes multidisciplinares para se alcançar bons resultados e minimizar riscos na prática clínica transcultural.

De acordo com as entrevistas com os técnicos de saúde, muitos dos pacientes da mesma proveniência de Kan relataram sensações similares ao chegarem a Lisboa, tendo em comum nos seus discursos também o “medo da polícia”: o primeiro local de residência de Kan foi um bairro periférico de Lisboa (os chamados bairros de lata, i.e. favelas), densamente habitado por imigrantes de segunda e terceira gerações e muitos “ilegais”. É neste lugar que Kan sente-se à vontade por poder falar a sua língua materna (crioulo), ao mesmo tempo em que se assusta com os relatos de violência policial e do racismo perpetrado pelas autoridades - como é sabido ocorrer frequentemente.

Por mais que as interpretações a este fenômeno não sejam consensuais, é incontornável a presença de tal componente no discurso dos indivíduos onde Kan cria novos laços e sociabilidades, apontando para a influência que estes exerceram sobre a sua apreciação da realidade e sobre a sua conflituosa adaptação ao meio face às suas referências do passado. O discurso persistente sobre a ideia de controle ganha assim sentido: ela considera as câmaras de vigilância e os registos dos “passes” dos transportes públicos como meios para identificar e localizar os indivíduos em toda a cidade.

De fato, por tratar-se de uma história repleta de conturbações, o caso de Kan não nos permite concluir - diria que inclusive aos médicos que a trataram - se os motivos que a levaram ao hospital refletiam indubitavelmente um quadro diagnóstico. No entanto, mais do que um demonstrativo da diversidade cultural de se exprimir e experienciar a doença, emerge aqui algo bem mais primário: a construção da alteridade na relação terapêutica sob parâmetros que reduzem o Outro a imaginários e pressupostos que, potencialmente, circulam não só no meio social como também nas ciências.

A esta observação, um dos técnicos de saúde da Transcultural me respondeu, em certa ocasião, que *precisamente pela condição marginal e precária em que vivem, os imigrantes têm tendência para a paranoia e os surtos psicóticos.*

Estas palavras não são claras quanto ao seu posicionamento crítico, mas são ilustrativas do caso aqui exposto. Se por um lado nem todos os imigrantes podem ser caracterizados como “econômicos”, podemos afirmar, por outro, que a vida à margem da sociedade não lhes é uma exclusividade. Fica a pergunta se Kan, sendo o que é e representando o que parece representar, poderia fazer emergir uma terceira leitura: uma que ao menos a permitisse se auto-designar.

---

<sup>i</sup> As etnomedicinas podem ser ou não reconhecidas pelo Estado, tendo em ambos os casos uma abrangente adesão popular. A título de exemplo, cuja parceria com o Estado vem sendo consolidada, temos a AMETRAMO (Associação dos Médicos Tradicionais de Mocambique), na qual os médicos tradicionais costumam processar a cura através de métodos mediúnicos (trabalham com os espíritos *manguni*). Para maiores detalhes ver Meneses, 2004. No contexto brasileiro - e ainda que não plenamente reconhecidas pelo Estado e pela população geral sob este registro - esse papel terapêutico está amplamente presente no campo religioso, como nos casos da umbanda, do espiritismo kardecista, dos candomblés, das religiões ameríndias e em muitos outros casos. Para mais detalhes ver Montero, 1985; Rabelo, 1993.

<sup>ii</sup> *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*, publicado pela APA - *American Psychiatric Association*.

<sup>iii</sup> Trata-se, na verdade, de dois estudos aos quais me refiro: minha dissertação de mestrado no ISCTE-IUL e um estudo encomendado pelo ACIME (Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas; atual ACIDI - Alto-comissariado para a Imigração e o Diálogo Intercultural - Portugal), no qual fiz parte como primeiro investigador, e no qual aportei parte dos resultados que colhi em campo para a minha dissertação junto a outros dados mais recentes.

<sup>iv</sup> Os materiais ideológicos e/ou a formação recíproca entre sociedade, percepção do corpo e cultura que permeiam a construção do saber psiquiátrico são há muito alvos de profundas reflexões na academia, como as noções comportamentais e de diferenças entre gêneros sob ideais historicamente construídos, a sexualidade, as concepções de funcionalidade social do indivíduo voltadas às relações interpessoais, ao trabalho e à produção, padronização das emoções e das suas formas sociais de expressão, dentre outros valores que, sob a legitimação científica, pretendem-se universais e inquestionáveis. Para mais ver: Conrad e Schneider, 1981; Wig, 1994; Young, 1995; Shim, 2002.

<sup>v</sup> Esta parte teórica é um retomar de alguns aspectos que discuto em trabalho anterior (Ferreira, 2008), refletindo aqui algumas mudanças de posicionamento teórico desde que realizei o trabalho de campo que deu origem à reconstrução da história de vida de Kan.

<sup>vi</sup> Com referência a Jadhav, G. (1986). *Explanatory Models, Choice of Healers and Help-seeking Behaviour*. National Institute of Mental Health and Neuroscience, Bangalore (Tese inédita).

<sup>vii</sup> As EM são guias de orientação em dada referência cultural, possibilitando reconhecer os fundamentos e variações da interpretação individual dentro do grupo. As EM sugerem a ideia de que é necessário se conhecer as referências de um sistema de pensamento para que se possa perceber plenamente os significados da saúde e da doença em um grupo determinado, ou seja, para que possa contextualizar os comportamentos e as expressões culturais e emocionais em dada sociedade e em seus integrantes. Ver Young, 1982; Kleinman, 1978.

<sup>viii</sup> Diferentes autores fundamentam-se em nomenclaturas distintas, com pequenas mudanças metodológicas nas formas de interpretar a relação entre saúde e doença. Cecil Helman (2000) produziu um vasto apanhado das discussões teóricas na área da antropologia médica. Por meio do seu trabalho pode-se observar muitas das propostas desde a fundamentação da antropologia médica até os dias de hoje. Ver também: Young (1982) para uma ampla reflexão acerca das EM.

<sup>ix</sup> O nome da informante foi substituído como forma de preservá-la. A instituição em que realizei trabalho de campo é aqui simplesmente referida como Transcultural, uma vez que o objetivo não é colocar-lhes em evidência ou criticar o seu trabalho ou o dos profissionais envolvidos neste projeto clínico, mas antes contribuir para as reflexões na área da antropologia médica crítica.

<sup>x</sup> Não pude ter contato direto com Kan. A sua história é aqui reconstruída por meio de entrevistas realizadas com um dos técnicos que acompanhou o seu caso: um psicólogo que estava presente na sua triagem clínica. Tomo também como referência o posicionamento de um psiquiatra que sustentou o diagnóstico de Kan após o posicionamento contestatário de outros dois elementos do grupo Transcultural, os quais não concordavam com os procedimentos da triagem e com a forma como Kan foi diagnosticada. Estes técnicos de saúde foram por mim entrevistados.

As informações que poderiam sugerir as suas identidades foram reelaboradas, uma vez que o objetivo deste relato é simplesmente analisar um encontro clínico e a importância dos fatores culturais e da experiência subjetiva do paciente para a sua avaliação psicopatológica. A história de Kan ora está organizada de forma cronológica, ora é cronologicamente subvertida. Desta forma acredito dar ênfase aos perigos derivados da desvalorização dos referenciais do paciente em um projeto clínico transcultural.

<sup>xi</sup> No clássico de 1937, *Witchcraft, Oracles and Magic Among the Azande*.

<sup>xii</sup> De fato, é quase impossível ter provas efetivas destas práticas, ainda que estas exerçam um papel simbólico-regulador das relações interpessoais conflitivas. O que se torna relevante para os propósitos deste trabalho é o discurso sobre a comida envenenada, ou seja: a ameaça constante de terceiros em qualquer refeição feita por Kan como fato contributivo da sua ansiedade e/ou ideias persecutórias. Este fenômeno estava presente nos relatos de outros pacientes guineenses, sendo reforçado em entrevistas com os mediadores culturais e antropólogos que eventualmente colaboravam com a Transcultural.

### Referências bibliográficas

Conrad, Peter; Schneider, Joseph W. (1981), *Deviance and Medicalization: from Badness to Sickness*. Philadelphia: Temple University Press.

Csordas, Thomas (1983), “The rhetoric of transformation in ritual healing”, *Culture, Medicine and Psychiatry*, 7(4), 333-375.

D’Andrade, Roy (1990), “Some propositions about the relations between culture and human cognition”, in James W. Stigler, *et al* (eds.), *Cultural Psychology - Essays on Comparative Human Development*. Cambridge: Cambridge University Press, 65-129.

Devereux, George (1969), *Mohave Ethnopsychiatry: The Psychic Disturbances of an Indian Tribe*. Washington, D. C.: Smithsonian Institution Press.

Fassin, Didier (2000), “Repenser les enjeux de santé autour de l’immigration”, *Homme et Migrations*, 1225, 5-12.

Ferreira, J. Flávio (2008), *Da Imigração à Patologia: Biomedicina, Transculturalidade e Controlo*. Lisboa: ISCTE (Dissertação de mestrado).

Good, Byron J. (1977), “The Heart of what’s the matter: the semantics of illness in Iran”, *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1(1), 25-58.

Helman, Cecil G. (2000), *Cultura, Saúde e Doença*. São Paulo: Editora Artmed (4ª edição, 2007).

Kirmayer, Laurence J. (2006), “Beyond the ‘new cross-cultural psychiatry’: cultural biology, discursive psychology and the ironies of globalization”, *Transcultural Psychiatry*, 43(1), 126-144.

Kleinman, Arthur (1978), "Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems", *Social Science and Medicine (Part B: Medical Anthropology)*, 12, 85-93.

Kleinman, Arthur (1980), *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley, CA: University of California Press.

Kleinman, Arthur (1988), *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition*. New York: Basic Books Inc.

Lewis-Fernandez, Roberto (1994), "Culture and dissociation: a comparison of *ataque de nervios* among Puerto Ricans and possession syndrome in India", in David Spiegel (ed.), *Dissociation: Culture, Mind, and Body*. Washington D.C.: American Psychiatric Press, 123-167.

Scheper-Hughes, Nancy; Lock, Margaret (1987), "The mindful body: a prolegomenon to future work in Medical Anthropology", *Medical Anthropology Quarterly*, 1(1), 6-41.

Meneses, Maria Paula (2004), "'Quando não há problemas, estamos de boa saúde, sem azar nem nada': para uma concepção emancipatória da saúde e das medicinas", in Boaventura de Sousa Santos; Teresa Cruz e Silva (org.), *Moçambique e a Reinvenção da Emancipação Social*. Maputo: Ed. Centro de Formação Jurídica e Judiciária, 77-110.

Montero, Paula (1985), *Da Doença à Desordem: a Magia na Umbanda*. Rio de Janeiro: Graal.

Rabelo, Miriam Cristina (1993), "Religião e cura: algumas reflexões sobre a experiência religiosa das classes populares urbanas", *Cadernos de Saúde Pública* (Rio de Janeiro), 9(3), 316-325.

Said, Edward W. (1990), *Orientalismo: O Oriente como Invenção do Ocidente*. São Paulo: Companhia das Letras.

Santiago-Irizarry, Vilma (2001), *Medicalizing Ethnicity: The Construction of Latino Identity in a Psychiatric Setting*. New York: Cornell University Press.

Shim, Janet K. (2002), *Race, Class, and Gender across the Science-Lay Divide: Expertise, Experience, and 'Difference' in Cardiovascular Disease*. San Francisco: University of California (Tese de doutoramento, Department of Social and Behavioral Sciences).

Spivak, Gayatri C. (1988), “Can the subaltern speak?”, in Cary Nelson; Lawrence Grossberg (eds.), *Marxism and the Interpretation of Culture*. Urbana/Chicago: University of Illinois Press, 271-315.

TAUSSIG, Michael (1980), “Reification and the consciousness of the patient”, *Social Science and Medicine (Part B: Medical Anthropology)*, 14(1), 3-13.

Tileagă, Cristian (2006), “Discourse, dominance and power relations: inequality as a social and international object”, *Ethnicities*, 6(4), 476-497.

Vacchiano, Francesco; Taliani, Simona (2006), *Altri Corpi: Antropologia ed Etnopsicologia della Migrazione*. Milano: Unicopli.

Wig, Narendra N. (1994), “An overview of cross-cultural and national issues in psychiatric classification”, in Juan E. Mezzich; Yutaka Honda; Marianne C. Kastrup (eds.), *Psychiatric Diagnosis: A World Perspective*. New York: Springer, 3-10.

Young, Allan (1982), “Anthropologies of illness and sickness”, *Annual Review of Anthropology*, 11, 257-285.

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

Santos, Boaventura de Sousa (2002), “Between Prospero and Caliban: colonialism, postcolonialism, and inter-identity”, *Luso-Brazilian Review*, 39(2), 9-43.

Santos, Boaventura de Sousa (2009), “Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes”, in Boaventura Sousa Santos; Maria Paula Meneses (orgs.), *Epistemologias do Sul*. Coimbra: Almedina, 23-71.

### **Outras fontes:**

American Psychiatric Association (1995), *DSM-IV, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Transtornos Mentales*. Masson S. A., Versión Electrónica.

American Psychiatric Association (2000), *DSM-IV-TR, Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. American Psychiatric Pub.

American Psychiatric Association (2007), *DSM-IV, Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM [4.º edição 2002], DSM-IV-TR “texto revisto”*. São Paulo: Editora Artmed.