



Saúde e Sociedade

ISSN: 0104-1290

saudesoc@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

Pussetti, Chiara

Identities in Crisis: immigrants, emotions and mental health in Portugal

Saúde e Sociedade, vol. 19, núm. 1, enero-marzo, 2010, pp. 94-113

Universidade de São Paulo

São Paulo, Brasil

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263681008>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc



Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Identidades em Crise: imigrantes, emoções e saúde mental em Portugal

Identities in Crisis: migrants, emotions and mental health in Portugal

Chiara Pussetti

PhD em Antropologia Cultural, Pesquisadora Associada Sênior do Centro em Rede de Investigação em Antropologia (CRIA).

Endereço: Av. Das Forças Armadas, 1600-083, Lisboa, Portugal.

E-mail: chiaragemma.pussetti@gmail.com

Resumo

Este artigo, baseado em 4 anos de pesquisa de terreno num serviço de saúde mental específico para imigrantes em Portugal, discute criticamente o carácter da experiência migratória enquanto factor de risco e patologia psíquica. As condições particularmente duras da migração contemporânea são consideradas como propícias a um aumento exponencial de psicopatologias. A ideia de que a emigração esteja indissolúvelmente ligada a formas específicas de sofrimento psicológico acabou para promover uma progressiva medicalização da experiência migratória. Esta leitura patologizante da experiência migratória funda as suas conclusões sobre o modelo de “selecção negativa”, isto é: seriam os sujeitos fracos, pouco integrados na sociedade de origem, com escassas ligações afectivas e estrutura familiar instável a optar pela emigração, levando a que os seus distúrbios latentes se manifestassem particularmente no país de acolhimento. A representação da vulnerabilidade psicológica como característica intrínseca dos migrantes não toma todavia em conta a relação mais ampla entre sofrimento individual e experiência de exclusão, marginalização social, discriminação e precariedade das condições habitacionais e laborais, entre outros factores. O estereótipo do imigrante como pessoa frágil do ponto de vista mental, com um elevado risco de desenvolvimento de patologias psiquiátricas, permite transformar os problemas sociais, económicos e políticos de grupos desfavorecidos em elementos potencialmente patológicos que podem ser controlados e monitorizados farmacologicamente.

Palavras-chave: Imigrantes; Saúde mental; Patologização; Políticas públicas; Governabilidade.

Abstract

Based upon four years of fieldwork in a Portuguese mental health service for migrants, this paper critically discusses the nature of migratory experience as a risk factor and mental pathology. Several authors recently suggested that the very harsh conditions of contemporary migration are connected with an exponential increase in psychopathology. The idea of migration as inextricably linked to specific forms of mental suffering engenders a progressive medicalization of the migratory experience. This interpretation is based on the model of “negative selection”. According to this model, it would be the weaker subjects, poorly integrated into their own societies, with few emotional bonds and unstable family structures, who would most likely choose to migrate. As a consequence, their latent mental disorders emerge distinctly in the host country. This representation of psychological vulnerability as a migrants’ intrinsic characteristic, however, does not take into account the wider relationship between individual suffering and experiences of social exclusion, discrimination and shakiness of housing and working conditions, among other factors. The stereotype of the migrant as a mentally unstable person, with high risk of developing psychiatric disorders, transforms the social, economic and political matters of disadvantaged groups into mental problems that can be pharmacologically controlled and monitored.

Keywords: Migrants; Mental Health; Pathologization; Public Health Policies; Clinical Governance.

Este artigo é o resultado de um estudo comissionado pelo ACIDI, Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural em parceria com o CEAS, Centro de Estudos de Antropologia Social, cujo objectivo era a avaliação da competência ou sensibilidade cultural dos serviços institucionalizados de saúde mental para imigrantes em Lisboa, Portugal (2009). Por meio de entrevistas aprofundadas com técnicos de saúde mental e pacientes imigrantes e da observação participante das consultas clínicas, tentou-se, neste trabalho, averiguar o funcionamento destes serviços, bem como a percepção e a interpretação do fenómeno por parte dos diferentes actores sociais envolvidos.

A situação de saúde mental dos imigrantes e dos grupos étnicos minoritários é considerada, ao nível da Europa, pior do que a do cidadão europeu médio. Segundo a declaração de Amesterdã - *The Amsterdam Declaration Towards Migrant Friendly Hospitals in an ethno-culturally diverse Europe* (Migrant-Friendly Hospitals, 2004) os imigrantes não recebem cuidados de saúde ao mesmo nível do que a média da população - em termos de diagnóstico, tratamento e serviços preventivos - e os serviços de saúde não são suficientemente receptivos às necessidades específicas das minorias. Os profissionais da saúde não possuem a preparação cultural adequada para se relacionar com pacientes provenientes de outros contextos, especialmente em campos como a psicologia e a psiquiatria onde o encontro terapêutico é prevalentemente dialogal. Além disso, quase não existe colaboração interdisciplinar entre ciências médicas e sociais. As sondagens europeias efectuadas pela equipe do projecto europeu COST Action “Health And Social Care For Migrants And Ethnic Minorities In Europe” (COST, s.d.), ao qual pertencem, trabalhando sobre serviços de atendimento psicológico para imigrantes em Portugal, sublinham a alta percentagem de mal-entendidos entre operadores da saúde e pacientes, mesmo quando estejam presentes mediadores linguísticos; e realçam como o uso da categoria “imigrante”, proposta nestes programas terapêuticos, homogeneíza experiências e vivências que podem ser completamente diferentes¹. Os problemas de saúde mental, ainda de acordo com os

¹ Diferenças, por exemplo, entre migrantes laborais, ilegais, refugiados, menores não acompanhados, vítimas de trauma, requerentes de asilo político, imigrantes de primeira geração ou seus descendentes, e ainda diferenças de género e de idade, etc.

dados dos relatórios europeus, são agravados por uma deficiente inserção comunitária, por níveis sociais e económicos mais baixos que o nível médio do país de acolhimento, por barreiras linguísticas e culturais, etc². Os imigrantes são considerados mais expostos a riscos de desenvolvimento de patologias mentais: apesar de explicações genéticas e bioquímicas terem sido por muitos anos a explicação privilegiada deste fenómeno (Littlewood e Lipsedge, 1997; Fernando 1988; 1991; 1995; 1998; 2002; 2003), estudos recentes sublinham o papel da exclusão social e da discriminação como factores condicionantes da psicopatologia (Chakraborty e McKenzie, 2002; McKenzie, 2003; Hjern e col., 2004; Cantor-Graae e Selten, 2005).

O processo migratório, segundo alguns autores, constitui em si um factor de risco, na medida em que reúne sete elementos de perda: da família e dos amigos, da língua, da cultura, da casa, da posição social, do contacto com o grupo étnico e religioso. Esta série de perdas é vivenciada como um luto e sempre acompanhada por uma maior vulnerabilidade aos transtornos mentais e/ou às perturbações emocionais (Desjarlais e col., 1995; Bibeau, 1997; Kirmayer e Minas, 2000; Persaud e Lusane, 2000; Murray e Lopez, 1996). Muitos autores realçaram a maior vulnerabilidade que os imigrantes apresentam em relação a problemas de saúde em geral (Carballo e col., 1998; Jansà, 2004) e de saúde mental em particular, devido não só à dureza do processo migratório (Keyes, 2000; Fox e col., 2001; Hermanson e col., 2002; Mollica e col., 2001; Steel e Silove, 2001; Maddern, 2004; Carta e col., 2005; Pumariega e col., 2005;), mas também à exposição quotidiana a formas de discriminação (Fernando, 1984; Salgado de Snyder, 1987; Essed e Fernando, 1991; Comaz-Diaz e Greene, 1995; Kessler e col., 1999; Noh e col., 1999; Ren e col., 1999).

Sem dúvida, a fragilidade destes grupos não é somente devida à experiência da migração, mas especialmente ligada à sua situação socioeconómica mais precária, à marginalização, à ilegalidade e à falta de um apoio social adequado: condições que causam pressão psicológica, além de constituírem factores de risco sanitário no seu sentido mais am-

plo (altas taxas de traumatismos e incidentes no trabalho, por exemplo). Ironicamente, Abdelmalek Sayad, reflectindo sobre a relação entre doença, sofrimento psíquico e migração, questiona se os “problemas” dos imigrantes serão verdadeiramente problemas “dos” imigrantes, ou antes problemas da sociedade e das instituições “em relação aos” imigrantes, problemas por outras palavras de origem sociopolítica (Sayad, 1999). É a vulnerabilidade ligada a todos estes factores que conduz os imigrantes a um pedido de ajuda, e é no contexto das consultas de apoio médico e psicológico que muitas vezes este sofrimento procura ser transmitido, em busca de respostas sensíveis e culturalmente competentes. Infelizmente, constatamos, na maior parte dos casos, que os serviços vocacionados para as populações migrantes não representam um espaço de escuta e de reconhecimento do outro.

Apesar do reconhecimento de uma maior vulnerabilidade dos imigrantes face às problemáticas da saúde em geral e dos problemas mentais em particular, e de terem sido feitos esforços para a sensibilização desta população face aos riscos das doenças infecto-contagiosas (como a tuberculose, as hepatites e a SIDA), até agora, no contexto português, faltam reflexões aprofundadas sobre a especificidade e necessidades destes grupos, em particular na área da saúde mental, onde continuam a ser reproduzidas atitudes universalistas, organicistas e biomédicas da doença.

Os imigrantes nte no seu “não estar” que reside a culpa originária do imigrante: é culpado de um reato latente, da violação de uma fronteira, da permanência num país sem permissão, da ocupação abusiva de lugares de trabalho, de concorrência desleal (porque aceita salários mínimos), assim como do consumo de recursos e serviços dos quais somente os autóctones deveriam ter direito. É alguém deslocado (*déplacée*), “suspenso entre dois mundos” (Nathan, 1986), “órfão da própria cultura” (Ben Jelloun, 1977), numa condição de “des-identidade” ou “*manque à être*” (Bastide, 1976). A maior parte dos imigrantes entrevistados para este trabalho, assim como noutras ocasiões (Bordonaro e Pussetti, 2006), conta histórias que relatam o despedaçamento da identidade, a parali-

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

sia face à multiplicidade e à fragmentariedade das referências espaciais e simbólicas; exprime queixas de viver como “zombies” ou “vampiros”, nem vivos nem mortos, suspensos entre dois mundos sem pertencer a nenhum, reclusos numa prisão invisível. Ao contrário do que acontece com outros grupos noutros contextos, tentando manter uma ubiquidade árdua, os imigrantes entrevistados no curso desta investigação queixam-se de não se situar nem ‘aqui’ nem ‘lá’: falam por outras palavras de um transnacionalismo incompleto ou impossível, da incapacidade de se moverem livremente, da prisão da irregularidade, da angústia da perseguição pela polícia, de um aprisionamento feito de controlos, requisições e discriminações contínuas.

A “psicopatologia” identificada no migrante seria nesta visão o resultado da passagem árdua entre uma cultura e a outra, da falta de integração na sociedade de acolhimento, da crise identitária, da discriminação: será a tentativa de uma mestiçagem impossível a geradora de patologias psíquicas (Nathan, 1994), assim como a ambivalência da posição do imigrante (Risso e Frigessi, 1982), a laceração insanável entre utopia e saudade (Bordonaro e Pussetti, 2006), entre ilusões e sofrimento (Sayad, 1999).

Duplamente alieno, o imigrante é desde sempre considerado um indivíduo frágil, predisposto aos distúrbios mentais, vulnerável, irrequieto e deslocado, como a noção clínica de “*Heimweh*”³ ou “nostalgia”⁴ (Höfer, 1934; Frigessi Castelnovo e Risso, 1982; Prete, 1992; Bolzinger, 1989; Beneduce, 1998; 2007) e a categoria de “*aliéné migrateur*” (Foville, 1875; Ballet, 1903)⁵ sintetizam emblematicamente. Designada “*Maladie du souvenir*”, “*home-sickness*” ou “*psicose dos imigrantes*”, a interpretação da nos-

talgia como patologia continuou por muitos anos a ser utilizada nos paradigmas nosológicos da psicologia e da etnopsiquiatria da migração. No final de 1800, o estatuto do imigrante não era de facto muito diferente de um quadro psicopatológico ou de um diagnóstico médico.

O imigrante é alguém sem colocação: a instabilidade da sua vida é interpretada como uma anomalia e correlacionada com uma potencial psicopatologia. Concorre à criação desta imagem do imigrante como “clandestino”, “irregular”, “ilegal”, “criminoso”, “delinquente” e “insano” o endurecimento actual das políticas migratórias, que não favorecem em nada a integração, mas antes pelo contrário contribuem para alimentar estereótipos promotores de um clima hostil e de recusa em relação aos estrangeiros. A sua “não colocação social” torna o imigrante num ser simultaneamente invisível e opaco, porque incomodamente presente, intimidativo enquanto símbolo das margens, do que a sociedade tenta excluir e pretende não ver; é o criminoso, o ilícito, o irregular e, portanto, o bode expiatório de qualquer problema social (Wacquant, 2002). Não é por acaso que a actual crise económica, por exemplo, coincidiu com uma proliferação de campanhas anti-imigração⁶. Directamente ligada a este incremento da intolerância, muitos países, como Itália, Reino Unido, Espanha e USA, tornaram mais severas as restrições relativas a imigração⁷.

As raízes desta sobreposição semântica e os factores históricos e económicos que a geram são todavia raramente examinados com rigor científico: assiste-se, ao mesmo tempo, a uma des-civilização da vida nas periferias das grandes cidades e a uma demonização das minorias. Muitas vezes as

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

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

5 Para uma análise desta categoria veja-se http://www.hopital-marmottan.fr/publications/F_CARO_memoire_DEA_Voyage_Pathologie_que_2005.pdf

6 Pensamos por exemplo à greve das refinarias no Reino Unido a demonstrar contra a assunção de trabalhadores imigrantes (nestes casos italianos), até a manifestações mais graves como o assassinato por agressão física e incêndio de Singh um imigrante indiano em Nettuno (Roma) por obra de cinco rapazes que queriam “limpar a cidade” ou o assassinato com motivações racistas de Chehari Behari Diouf, cidadão de origem senegalês, residente em Itália há vinte anos.

7 Talvez o exemplo mais relevante seja o italiano, onde o Primeiro-ministro Silvio Berlusconi, empenhando-se publicamente a “cancelar os medos dos cidadãos nacionais e a garantir a segurança deles” anunciou recentemente as novas medidas contra a imigração ilegal, para “facilitar a expulsão dos indocumentados e confiscar as propriedades que furtaram aos italianos”! O crime de imigrar ilegalmente pode levar a uma detenção de quatro anos.

estratégias repressivas ou de controlo “sanitário” tornam-se as únicas formas viáveis para enfrentar a falência da integração. As prisões da Europa, assim como os hospitais psiquiátricos, enchem-se progressivamente de cidadãos estrangeiros. No campo específico da saúde mental, assiste-se a uma sobreposição de noções como “desviante”, “estranho”, “exótico”, e “patológico” (Pussetti, 2006). Diversos autores realçaram como os diagnósticos psiquiátricos funcionam regularmente enquanto instrumentos de controlo e de opressão das experiências de segmentos marginais e subalternos da população. A leitura patologizante ou medicalizante da diferença cultural ou de exclusão social, própria de muitos programas terapêuticos, permite incorporar as características de grupos minoritários como elementos potencialmente patológicos que é necessário controlar e monitorizar (Conrad e Schneider, 1981; Fernando, 1988; 1991; 1995; 1998; 2002; 2003; Farrington, 1993; Littlewood e Lipsedge, 1997; McKenzie, 1999; Peirce e col., 1999; Santiago-Irizarry, 2001). O imigrante deve demonstrar continuamente a sua inocência, quer face à sociedade de origem que muitas vezes o considera um fugitivo, um traidor, quer face à sociedade de acolhimento que o vê como um intruso: sabe que para ser tolerado não pode incomodar, contestar, ou objectar. O seu espaço é o da invisibilidade social e moral.

Diferentes autores afirmaram que é exactamente a “invisibilidade social” ou a liminaridade da experiência migratória, amplificada pelas contradições das políticas migratórias e pelas barreiras burocráticas, que acabam por gerar perturbações emocionais e patologias mentais (Lock e Scheper-Hughes, 1987; Farmer, 1992; Scheper-Hughes, 1994). “Invisibilidade” essa que se torna evidente consultando os processos clínicos dos utentes dos serviços de saúde mental para migrantes. As fichas clínicas analisadas no curso do nosso trabalho de campo são expressão eloquente do silenciamento das vozes dos pacientes. Faltam sistematicamente elementos como: a transcrição da cidade de nascimento ou de proveniência (cingindo-se geralmente à nacionalidade), a reconstrução da árvore genealógica (demasiado complexa, onde o parentesco não reproduza fielmente o modelo Ocidental), a indicação dos diversos nomes pessoais que muitas vezes relatam etapas importantes

da vida e processos de construção da identidade e das relações familiares (com indicação apenas do nome “oficial”), ou a interpretação individual do sofrimento e da doença. Trata-se de uma verdadeira “amnésia profissional selectiva” (Beneduce, 2007), expressão daquele distanciamento etnocêntrico pelo qual esquecemos que o imigrante é também um emigrante, isto é, alguém proveniente de um local no qual possuía ligações, afectos, uma posição social específica, e de um contexto social e histórico denso de significados. Tal cesura contribui a exasperar aquela “divisão identitária”, “dupla consciência”, ou “dupla ausência” que são próprias de quem passa pela experiência da migração, e que podem manifestar-se através de sintomas (Sayad, 1999).

As condições particularmente duras da migração, juntamente com o peso de um passado colonial silenciado, mas todavia ainda próximo e presente em muitos preconceitos e estereótipos, são propícias a um aumento exponencial do mal-estar nos imigrantes, não somente por causa de óbvias fracturas identitárias – ligadas, por exemplo, à distância da cultura de acolhimento, à ruptura das ligações com o contexto de origem, a uma condição de “ubiquidade impossível” e de “provisoriidade permanente” (Sayad, 1999) – mas especialmente devido a factores económicos e políticos. Um aspecto adicional acresce o sofrimento dos imigrantes: o facto de os imigrantes serem provenientes de países outrora colonizados, e muitas vezes residentes (e hospitalizados) nos países que foram colonizadores. Uma ligação histórica dolorosa e difícil, uma “verdade colonial” que é geralmente omitida, mas que emerge através do sintoma, através da linguagem do corpo e do sofrimento.

A representação da vulnerabilidade psicológica como característica intrínseca dos migrantes, assim presente nos discursos dos serviços sociais, não toma em conta a relação mais ampla entre sofrimento individual e experiência de exclusão, marginalização social, passado colonial, discriminação e precariedade das condições habitacionais e laborais, entre outros factores. Para evitar os mal-entendidos e os problemas metodológicos ligados a um emprego acrítico de categorias diagnósticas (“*category fallacies*” é a expressão proposta por Arthur Kleinman a este respeito), diferentes autores tentaram apresen-

tar um método capaz de pôr em relação, sem determinismos, as biografias individuais e as narrativas colectivas com as vicissitudes históricas, políticas e económicas que desde sempre acompanharam o movimento das pessoas (Kleinman, 1988; Littlewood, 1990; Bibeau, 1997; Kirmayer, 2006).

O estereótipo do imigrante como pessoa frágil do ponto de vista mental, com um elevado risco de desenvolvimento de patologias psiquiátricas, de acordo com a experiência de campo desenvolvida em centros de saúde mental portugueses, está todavia ainda muito presente. Que a experiência migratória esteja indissoluvelmente ligada à emergência da patologia mental é por exemplo a opinião do psiquiatra catalão Joseba Achotegui, que chegou a identificar uma nova categoria diagnóstica para definir exactamente este mal-estar: a Síndrome de Ulisses (síndrome de stress múltiplo e crónico ligado à migração; Achotegui, 2004). Para já, podemos considerar esta categoria como o exemplo mais recente da medicalização – sob a forma de uma perturbação psíquica ou distúrbios do comportamento – da experiência migratória: a Síndrome de Ulisses traduz os conflitos sociais em idiomas psicopatológicos, desviando a atenção do contexto político e económico mais amplo para se concentrar no indivíduo como corpo despolitizado e naturalizado.

Todavia, esta leitura medicalizante do processo migratório está a impor-se como hegemónica, como o revela o facto de o Parlamento Europeu estar a apoiar a investigação sobre esta doença, e de a categoria vir a ser incluída na próxima edição do DSM. No sítio de Internet do Alto Comissariado para a Imigração e o Diálogo Intercultural (ACIDI, Portugal), a Síndrome de Ulisses é indicada como doença psicológica provocada pela solidão, o sentimento de fracasso, a dureza da luta diária pela sobrevivência, e o medo e falta de confiança nas instituições, que está a afectar cada vez mais os imigrantes, ao ponto de já terem sido diagnosticados milhares de casos. Esta patologia nasceu em directa relação ao endurecimento progressivo das políticas migratórias e tornou-se imediatamente uma emergência de saúde pública (Dias, 2005). Dada a particular vulnerabilidade dos imigrantes a perturbações mentais com-

parativamente à população autóctone, doze países europeus⁸ juntaram-se num projecto financiado pela Comissão Europeia – Health and Consumer Protection DG (SANCO) – para reflectir sobre os problemas da saúde mental dos imigrantes, e discutir em particular a importância da intervenção farmacológica da criação de “serviços de saúde mental culturalmente sensíveis” e de “Hospitais Amigos dos Migrantes”. Escassa foi a reflexão, todavia, sobre a possibilidade de que as próprias políticas migratórias e sanitárias constituam factores de risco e patologia: as restrições políticas, sociais e económicas que bloqueiam os imigrantes nas margens da sociedade de acolhimento são completamente esquecidas nos encontros clínicos com os pacientes imigrantes.

A medicalização da condição de imigrante é um dos problemas mais sérios dos programas terapêuticos de saúde mental destinados a estes pacientes. Assim como acontece com a categoria da Síndrome de Ulisses, muitos destes programas acabam por estereotipar e reificar a experiência migratória, ao atribuir-lhe um estatuto ontológico, e por tornar homogéneas vivências emocionais que são individuais, heterogéneas e irredutíveis a modelos pré-estabelecidos. Estes modelos e categorias silenciam a diferença individual, visando simplificar o uso de programas de diagnóstico e tratamento. Mas o que sucede nesta constituição de um paciente imigrante estereotipado como sujeito psiquiátrico é a reprodução de uma ideologia médica que sistematiza características e comportamentos socioculturais num conjunto de sintomas psicopatológicos. A leitura medicalizante da condição do imigrante permite por outras palavras transformar os problemas sociais, económicos e políticos de grupos desfavorecidos em elementos potencialmente patológicos que podem ser controlados e monitorizados farmacologicamente.

Emoções Migrantes: introdução à etnopsiquiatria e à psiquiatria transcultural

O meu interesse académico sobre a saúde mental dos imigrantes e a minha experiência no campo da

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

etnopsiquiatria clínica começou em Itália, seguindo o percurso teórico e prático do professor Roberto Beneduce, psiquiatria e antropólogo, fundador do Centro Frantz Fanon, o primeiro serviço destinado à investigação e à prática clínica na área da saúde mental dos imigrantes. O objectivo principal deste centro, composto de um grupo interdisciplinar de psicólogos, psiquiatras, mediadores culturais, antropólogos e sociólogos, era oferecer um serviço clínico que se reconhecesse em primeiro lugar como crítico. A herança da psiquiatria democrática, e em particular do psiquiatra italiano Franco Basaglia, porquanto não paralela à experiência etnopsiquiátrica, condicionou provavelmente o incremento de uma modalidade crítica auto-reflexiva sobre a história da psiquiatria e das suas instituições, sobre o espaço físico e simbólico da loucura, e sobre o seu significado nas redes simbólicas de outros universos sociais. Ao mesmo tempo, a minha pesquisa de doutoramento no âmbito da antropologia das emoções e da etnopsicologia indígena entre os Bijagós da Guiné Bissau (2005), assim como os meus cinco anos de pós-doutoramento dedicados à análise das práticas terapêuticas e das políticas públicas para a saúde mental dos imigrantes em Portugal, levaram-me a aprofundar a questão das emoções e das suas perturbações como factos políticos e sociais.

Se nos últimos vinte anos amplificou-se o interesse académico pelas emoções em diferentes campos disciplinares, nas disciplinas que se confrontam com as vivências emocionais dos migrantes – caso da antropologia e psicologia transcultural –, os debates recentes continuam infelizmente a reproduzir dicotomias como “natureza/cultura” ou “genes/ambiente”, herdadas do pensamento do século XIX. Podemos dividir a maior parte dos estudos sobre as emoções produzidos nas últimas décadas em dois ramos teóricos opostos: o dos *biologistas* e o dos *construtivistas sociais*.

Os biologists sustentam que as emoções são essências universais, inatas e geneticamente determinadas: fenómenos biológicos interiores passivos e involuntários, de carácter não cognitivo, ligados à memória filogenética e não à aprendizagem individual, desinteressantes, e inacessíveis portanto aos métodos da análise cultural. O conceito da unidade psíquica dos seres humanos justifica ao nível teórico

uma possibilidade de compreensão imediata entre pessoas de culturas diferentes: antropólogos e psicólogos poderiam assim entender empaticamente as emoções dos outros enquanto idênticas às suas, e utilizar sem problemas as próprias categorias para descrever as vivências afectivas desses outros. É exactamente esta a perspectiva adoptada por uma certa psiquiatria transcultural de derivação kraepeliniana, ao basear as suas pretensões de uma eficácia transcultural no pressuposto da unidade biopsíquica da humanidade.

Psiquiatria transcultural

Do ponto de vista da psiquiatria transcultural, o ser humano seria composto por dois níveis sobrepostos: a um sólido e uniforme substrato fisiológico e psicológico universal, “núcleo duro” profundo comum a todos os seres humanos, sobrepor-se-ia a mudança, a variabilidade, e a multiplicidade cultural dos costumes. Nesta óptica, biologia e psicologia seriam indissociáveis, enquanto consideradas subjacentes aos, e determinantes dos, aspectos socioculturais. E todos os processos cognitivos, emoções, e experiências de carácter “psíquico” afirmar-se-iam como invariantes *naturais*, cujo carácter universal exclui possibilidades de contextualização sociocultural. As emoções, ainda segundo esta perspectiva, situar-se-iam no foro íntimo dos indivíduos, numa dimensão pré-cultural, ligada à memória filogenética mais do que à aprendizagem individual. Tratar-se-ia, em suma, de fenómenos naturais e biológicos de carácter não cognitivo, universais e inatos. Podemos assim encarar a psiquiatria transcultural como uma psiquiatria que reivindica, sem nunca pôr em causa as próprias premissas epistemológicas relativas, uma aplicação global por meio das culturas. Com essa missão, emprega os contributos da antropologia para possibilitar uma adaptação da psiquiatria geral a contextos onde predominam representações diferentes de pessoa e das suas perturbações, que não cabem nos quadros oficiais psiquiátricos.

A psiquiatria transcultural impõe globalmente a sua hegemonia “científica” através da suposta autoridade dos seus manuais, categorias diagnósticas e modelos terapêuticos. A cultura constitui meramente, segundo este ponto de vista, um factor influenciador que atenua ou regulamenta uma ex-

pressão emotiva que é na essência universal, filtrada por regras de exibição locais; ou condiciona a sua interpretação por intermédio dos “óculos opacos” das crenças particulares. E pela sua imposição de significados, categorias e explicações, a psiquiatria transcultural dissimula as relações de força e poder que o seu saber exerce, revelando assim alguma ligação com a psiquiatria colonial. O acto de compreensão, nesta perspectiva, é reduzido a uma classificação das experiências e narrativas dos outros nos termos do próprio horizonte lexical e categorial, ou noutras palavras, a um exercício de tradução imediata das palavras de uma língua para as de uma outra língua. A falta evidente de uma correspondência linguística directa não é interpretada como contradição da tese de universalidade das emoções, mas antes como sinal de uma limitação das capacidades introspectivas e de expressão emocional de alguns grupos humanos (nomeadamente os africanos e os americanos africanos).

O trabalho de terreno conduzido num serviço de psiquiatria transcultural em Lisboa confirma a falta de resposta, na maior parte dos casos, dos cuidados médicos em relação aos desafios da diversidade, pela sua subordinação a modelos e paradigmas rígidos que continuam a reproduzir. Uma abordagem caracterizada pelo reducionismo biológico, diagnósticos baseados em testes uniformizados, e orientados em paralelo por uma psicoterapia alicerçada na farmacologia para resolução dos sintomas, circunscreveu neste serviço as dinâmicas culturais da alteridade. Considerando os instrumentos teóricos e técnicos empregues pelo corpo médico, é notável a tendência para a homogeneização das práticas clínicas, que acaba por impedir o desenvolvimento de cuidados “culturalmente específicos” ou “à medida” de cada indivíduo. Aquela tendência “estandardizadora” está directamente associada ao emprego de protocolos uniformes de diagnóstico e tratamento (por exemplo, os testes da psicologia clínica ou os modelos propostos pelo DSM, cuja eficácia com pacientes de outras culturas já havia sido amplamente criticada por Frantz Fanon). Contudo, os instrumentos e medidas padronizadas são – como o termo indica – dirigidos aos pacientes “padrão”, sendo consequentemente

inadequados para atendimento a pacientes que se distinguem da norma. Esta desadaptação conduz a que as respostas aos testes psicológicos acabem por ser pobres, fragmentadas e estéreis. Mas, face à ausência de questionamento sobre a pertinência do emprego destes instrumentos diagnósticos com imigrantes, a falta de respostas adequadas é interpretada como confirmação de problemas psicológicos ou até cognitivos.

Da mesma forma, nunca é problematizada, nos modelos diagnósticos oficiais, a abordagem biologistica, que correlaciona os sintomas sempre com características cognitivas, problemas físicos ou neuroquímicos e défices genéticos, e jamais, em contrapartida, com o contexto interpretativo, o grau de hegemonia cultural de determinados códigos comunicativos e categorias, ou com as experiências e representações específicas do sofrimento que lhes estão associadas. Por outras palavras, o sintoma nunca é pensado numa perspectiva semântica, desprezando interpretações alternativas, “outras”, que apesar de constituintes centrais na construção da experiência de mal-estar, são marginalizadas enquanto divergentes do modelo hegemónico. Mesmo com escassa informação sobre a história do paciente, a sua biografia, nomes, cidade, ou família, um diagnóstico psiquiátrico é proposto após um encontro breve e fragmentário, muitas vezes conduzido por enfermeiros. Diagnóstico que apesar disso reivindica legitimidade com base numa presumível “objectividade metodológica” (emprego dos testes psicodiagnósticos, por exemplo), validando uma crescente subministração de psicofármacos. Fórmulas como psicose reactiva, esquizofrenia atípica, ou delírio tornam-se muitas vezes termos “tampão”⁹ para um conjunto de sintomas incompreensíveis.

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

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

serviço que se pretenda transcultural.

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

Etnopsiquiatria

Se, ao considerar as diferentes formas de acompanhamento psicológico dos migrantes, colocamos a psiquiatria transcultural clássica no filão teórico dos biólogos, na posição construtivista e relativista cultural, podemos inserir a etnopsiquiatria francesa à *la* Tobie Nathan¹⁰. Nesta visão, examinar a dimensão cultural torna-se um passo fundamental para compreender as dimensões de significado que os modelos biológicos não conseguem captar e explicar. A posição relativista da etnopsiquiatria nathaniana acolhe o ponto de vista da antropologia das emoções segundo o qual estas derivam da interpretação e avaliação de estímulos, ou seja, de um processo de atribuição de sentido e valor histórica e culturalmente específico. As emoções são consideradas construções sociais, variáveis como qualquer outro fenómeno cultural: é portanto paradoxal falar

de emoções inatas e universais, idênticas através das culturas e do tempo.

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

Na perspectiva “nathaniana”, portanto, também a psicologia e a psiquiatria Ocidentais são consideradas *etno-psico-saberes* ou psicologias locais/índigenas, na medida em que se organizaram e instituíram no interior de um determinado contexto histórico-cultural. Nas palavras de Tobie Nathan, “a etnopsiquiatria não pode, como a psiquiatria, basear-se em descrições clínicas externas nas quais somente o ‘observador’ possui o quadro das referências em que o observado é integrado, porque este último é também o nosso principal informante sobre o seu próprio quadro referencial” (Nathan, 2006: 43).

Os profissionais de saúde que se confrontam com utentes imigrantes colocam em prática quotidianamente, e sem terem consciência disso, a dimensão “etno” do saber que representam, devido à dificuldade de compreender mal-estares e comportamentos não presentes nos quadros diagnósticos psiquiátricos. A etnopsiquiatria, enquanto disciplina intersticial, mestiça e em si mesma migrante,

¹⁰ Psicólogo, psicanalista, e discípulo de Georges Devereux, criou em 1979 o primeiro ambulatório de etnopsiquiatria em França, no Hospital Avicenne. Em 1993, fundou o “Centre Georges Devereux”, centro clínico-académico de investigação e apoio psicológico a famílias imigrantes.

tenta responder a este desafio redefinindo saberes e práticas terapêuticas numa óptica interdisciplinar e intercultural. A questão que se coloca não é somente a de fazer coexistir culturas e conhecimentos diversos, mas a de fazê-los encontrar-se, cruzar-se e fundir-se, activando em simultâneo métodos e teorias de disciplinas diferentes (psicologia, psiquiatria, etnologia, antropologia, filosofia, medicina e biologia) assim como saberes terapêuticos de outros contextos culturais. A etnopsiquiatria é um saber “pluriforme” (Beneduce, 1995), “pluriteórico” (Nathan, 1996), “nómada” (Nathan, 1986), situado nas fronteiras (Bastide, 1965) entre contextos sociais, entre representações do “Eu” e das próprias vivências, entre saberes e disciplinas, entre universos simbólicos e culturais. Constitui portanto uma disciplina completamente distinta da psiquiatria transcultural, que apenas descodifica - através de um exercício de tradução - a diferença do outro no interior de um sistema pensado como universalmente válido. Pelo contrário, a etnopsiquiatria dedica-se, como condição de possibilidade, a um exercício de “des-narcização” do saber biomédico Ocidental. Esta proposta consiste em oferecer uma leitura polissémica do mal-estar, através de um esforço essencialmente hermenêutico: o desafio é procurar, para além dos sintomas manifestos, o sentido que se constrói na articulação da história individual e do contexto sociocultural (Bibeau, 1988; 1992; 1993; Corin, 1989; 1993; Corin e col., 1990; 1993; Bibeau e Corin, 1994). Tal demanda implica uma abordagem não somente multidisciplinar mas também pluriterapêutica, capaz de juntar múltiplos actores diferentes, entre médicos, terapeutas “tradicionais”, objectos de culto e entidades invisíveis, com as suas técnicas e poderes curativos específicos. Apenas neste contexto o paciente acederá a um espaço de diálogo entre referências simbólicas diferentes, e no percurso original de múltiplas interpretações assim gerado, o significado da sua doença.

Quando a etnopsiquiatria assume posicionamen-

tos excessivamente relativistas ou construtivistas acaba, todavia, por revelar-se perigosa e politicamente discriminatória. Existe, efectivamente, o risco de cair no extremo oposto: em vez de procurar ou inventar espaços originais de diálogo, mediação e confronto de saberes, a perspectiva relativista acaba por se tornar porta-voz de pressupostos de incomensurabilidade da experiência humana. A este respeito, o médico e sociólogo Didier Fassin (2000) salientou os riscos gerados pela reificação do conceito de cultura e por uma “culturalização” excessiva dos instrumentos e estratégias metodológicas dos antropólogos e dos psiquiatras que estudam as emoções humanas. Em contextos controversos como o das políticas dirigidas aos migrantes, podem assim ser reproduzidas formas de racismo cultural, ao considerar as culturas como irredutivelmente distintas, intraduzíveis e incompatíveis entre si. Um tal abuso da noção de cultura - que postula a incomensurabilidade de mundos humanos diferentes - confina o Outro numa “diversidade” autónoma e fechada em si mesma, agravando o risco de segregar os imigrados e as suas necessidades.

Com base em trabalho etnográfico realizado em Lisboa, é possível salientar o uso regular, nestes serviços específicos para migrantes, de noções estereotipadas, essencializadas e biologizantes de “cultura” e “etnia”, confundindo de facto estes conceitos com o de “raça”. Muitos autores realçaram a forma como a frequente sobreposição das noções de biologia e cultura nos programas terapêuticos que lidam com migrantes acaba por “naturalizar” as diferenças entre grupos (Lee e col., 2001; Fernando, 2003). Ainda nas palavras de Fassin, esta atitude simultaneamente carrega e oculta o fantasma da Raça disfarçado de Cultura. A restrição de tal foco carrega o perigo de omissão de outras variáveis relevantes, de incongruências e contradições, ou simplesmente da influência dos agentes individuais sobre a própria história, num processo de naturalização ou des-historicização das diferenças¹¹.

11 Em particular, Fassin ataca abertamente Tobie Nathan - fundador de uma das práticas e teorias etnopsiquiátricas mais originais - dirigindo-lhe duas críticas: a de considerar a “cultura” como uma entidade definida, fechada, delimitada por fronteiras que impossibilitam a mútua compreensão; e a de procurar nesta “cultura” a origem e cura do mal-estar dos outros, sem considerar as dinâmicas sociais, históricas e políticas mais amplas. Na posição rigidamente relativista do autor, são a mestiçagem e o confronto cultural os geradores de patologias psíquicas, constituindo-se assim como solução a reprodução de cada cultura específica em guetos autónomos e fechados em si mesmos.

A asserção da coerência dos sistemas de representações, baseada numa abordagem essencialista da cultura que frequentemente assume o relativismo absoluto, torna conceptual e metodologicamente difícil a compreensão da heterogeneidade e indeterminação interna daqueles sistemas, que os indivíduos utilizam para construir, criativa e estrategicamente, a própria identidade e emoções. Para descrever a complexidade e mutações da vida social e experiência individual, é necessário compor uma nova abordagem, que ofereça espaços de autonomia e liberdade ao indivíduo, rejeitando em igual medida o determinismo psicobiológico e o sociocultural.

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

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

Serviços de Saúde Mental “Culturalmente Sensíveis”: um retrato português

“De boas intenções está o inferno cheio.”

Adágio popular português

Um relatório recente da Organização Mundial para as Migrações (IOM, 2005) incentiva a adopção na Europa de políticas de saúde “culturalmente sen-

síveis ou competentes”, no sentido de melhorar a qualidade dos serviços de saúde para uma população que é cada vez mais multicultural. Um esforço para a criação de reflexão crítica na área da saúde mental transcultural está a ser levado a cabo por diversos países na Europa. Nas políticas da saúde dirigidas aos imigrantes, o enfoque é colocado sobre o carácter imprescindível da interdisciplinaridade, da investigação (em particular nas áreas da antropologia médica e da etnopsiquiatria) e de uma formação “antropológica” contínua dos técnicos de saúde – visando a competência cultural destes face aos pacientes imigrantes e as suas especificidades (como as de menores não acompanhados, vítimas de tortura, refugiados e requerentes de asilo político). Os inquéritos europeus sublinham a alta percentagem de mal-entendidos produzidos entre operadores da saúde e pacientes imigrantes, mesmo na presença de mediadores linguísticos. É focada a importância de uma colaboração de mediadores culturais e de terapeutas imigrantes com os técnicos de saúde e cientistas sociais. Estas são algumas das prioridades da UE (Programme of Community Action in the Field of Public Health, 2003-2008), da OMS e da OIM, sobretudo face a dificuldades sanitárias onde a dimensão cultural se torna especialmente significativa, como no caso do sofrimento psíquico agudo, dos menores em risco, e das vítimas de trauma.

Em Portugal, a tentativa de criar sinergia na relação entre profissionais da área da saúde mental e imigrantes é recente, e a reflexão teórica sobre o assunto praticamente inexistente. O mesmo é válido para as figuras profissionais do Mediador Linguístico e do Mediador Transcultural, porquanto só presentemente a sua necessidade começa a ser considerada no contexto clínico geral, e menos ainda na área da saúde mental. As experiências europeias mostram como a colaboração de profissionais da saúde, cientistas sociais e mediadores pode de facto mudar a relação entre comunidades antes praticamente invisíveis e os serviços sanitários nacionais. Nos projectos-piloto criados na Holanda, assim como em França, Alemanha e Itália, foram criadas equipas multidisciplinares de colaboração entre cientistas sociais e técnicos de saúde de diversas formações (e no caso francês, também diferentes origens e nosologias), com o fim de fornecer explicações originais

e traçar percursos terapêuticos inéditos. As práticas e saberes terapêuticos dos quais os imigrantes são portadores não têm sido até ao momento valorizados no âmbito da saúde pública em Portugal, pelo que esta colaboração auspiciada pelos documentos europeus não se encontra ainda em curso.

Estão porém a ser desenvolvidas campanhas de sensibilização cultural dos serviços de saúde pública, e a ser criada uma reflexão nova sobre a questão da gestão social do pluralismo terapêutico e da criação de serviços de saúde mental multiculturais. Neste sentido, importa lembrar que Portugal está incluído no European Survey on Migration and Health (IMISCOE/IOM), assim como na Action Cost ISo6o3 – Health and Social Care for Migrants and Ethnic Minorities in Europe. Estes estudos situam todavia Portugal como um dos países com maiores limitações no que diz respeito em particular aos cuidados de saúde mental dirigidos a imigrantes, sublinhando a escassez de investigação académica assim como a impermeabilidade do ambiente médico à presença de cientistas de outras áreas e formação. O último inquérito europeu sublinhou a falta de preparação dos técnicos de saúde para assuntos “culturais” e o desenvolvimento de um diálogo “transcultural” eficaz, a falta de pesquisa e de colaboração interdisciplinar, e a escassez de intérpretes linguísticos e mediadores culturais (De Freitas, 2003; 2006). Por outras palavras, os clínicos tomam as práticas culturais “exóticas” como algo por sua natureza “hostil à normalidade racional”, cujo restabelecimento constituiria o objectivo das aplicações terapêuticas. Associa-se a este cenário o facto de Portugal e a Grécia serem os únicos dois países da União Europeia que não produzem dados acerca da saúde mental dos imigrantes (IMISCOE, 2006), o que circunscreve este trabalho a uma área pouco desenvolvida e de grande importância prática a nível da intervenção.

Se em linha geral os hospitais e os centros de saúde Portugueses não ofereciam serviços específicas para imigrantes, em anos recentes houve uma tentativa interessante de criação de um serviço de saúde mental para imigrantes mais culturalmente competente e sensível. Em 2004, o Núcleo Portugues de Psiquiatria e Psicologia Transcultural, fundado em 2002, inaugurou um centro de saúde mental

culturalmente sensível para imigrantes no hospital Miguel Bombarda. Como até agora, em Portugal, fornecer serviços melhores para imigrantes nunca foi uma prioridade da saúde pública, podemos considerar esta experiência inovadora e significativa. O núcleo foi criado por uma psiquiatra, que, tendo desenvolvido um interesse pessoal pela psiquiatria transcultural, conseguiu criar uma equipe de profissionais e voluntários para fornecer este género aos imigrantes que vivem na área servida pelo hospital Miguel Bombarda. Apesar deste empenho, esta experiência se revelou conflituosa e problemática a diferentes níveis e, depois de três anos de actividade, o serviço fechou. Por meio de entrevistas com técnicos de saúde, antropólogos e utentes, tentei analisar os limites e problemas mais significativos do serviço.

De um ponto de vista geral, podemos afirmar que os imigrantes não fizeram grande emprego deste serviço: dificilmente procuraram apoio de forma espontânea e, em geral, raramente os pacientes decidiram continuar as consultas. A análise estatístico quantitativa dos casos acompanhados pelo serviço evidencia o limitado número de casos clínicos conjugado a uma elevada incidência de “abandono” do tratamento após as primeiras sessões. Analisando as entrevistas feitas com imigrantes hospitalizados, tornou-se ao mesmo tempo aparente a desconfiança no sistema público de saúde mental e sua percepção negativa e estigma sobre a imagem dos hospitais psiquiátricos. Não é aqui a intenção de assumir um posicionamento crítico-exponencial ou antipsiquiátrico, afirmando que os técnicos de saúde são agentes sociais de controlo, onde o objectivo primário seria o controlo do “ser desviante”: neste sentido, não pretendo alegar consideração à homogeneidade deste tipo de comportamento dentre dos profissionais desta área. O objectivo aqui é, em primeiro lugar, repensar o que nos indicam estes dados, confrontá-los com o meio clínico a saber onde está o desencontro no tratamento terapêutico e a perceber o que significam estas ausências. Em segundo lugar, o nosso intuito é apresentar a perspectiva dos pacientes entrevistados sobre a instituição psiquiátrica: para a maioria deles, o hospital era considerado de forma muito similar à polícia, à prisão, e a outras formas de detenção e controlo. A intervenção psiquiátrica, na

opinião de muitos imigrantes entrevistados, constitui implicitamente um juízo de valor, defendendo os privilégios de uma classe social avantajada, e fomentando o reforço dos estereótipos acerca do imigrante negro urbano, como necessariamente ilegal/clandestino, criminoso, estranho, contagioso, e assim, “insano”.

Os meus informantes, geralmente, desacreditam as práticas psiquiátricas e os tratamentos, ainda mais pela imagem da detenção coerciva do tratamento forçado, do emprego de medicamentos e seus efeitos no corpo e na mente. Neste contexto, as considerações e medos são particularmente significativos à medida em que consideramos o diagnóstico psiquiátrico como algo directamente ligado ao estigma, ao isolamento e à exclusão social. O pedido de cura do “outro”, assim como a sua resistência ou “colaboração escassa”, revela as contradições e os pontos fracos do sistema biomédico: confrontados com a oposição do paciente, os técnicos indicam subtilmente desconhecimento das carências específicas das práticas que conduzem, dos modelos interpretativos referidos, tornando-se incapazes de dar respostas adequadas a perguntas diferentes. Muitos dos médicos entrevistados afirmam que a psicoterapia com pacientes imigrantes é muitas vezes destinada ao insucesso, por um lado pela incapacidade dos pacientes de se exprimirem, utilizando um léxico abstracto, por conta de uma suposta “menor capacidade de verbalizar”, por outro lado, porque “não compreendem as perguntas”, “se recusam a colaborar com os terapeutas”, chegam atrasados, faltam aos apontamentos e fechando-se num silêncio obstinado. Estes comportamentos hostis e obstinados acabam por influenciar e confirmar os quadros diagnósticos propostos pelos técnicos de saúde - juntamente com supostas dificuldades de auto-reflexão e de verbalização emocional - dificultando ou inviabilizando o diálogo terapêutico com o paciente estrangeiro. O silêncio persistente e o encerramento do corpo e da mente nas suas próprias subjectividades, impossibilitando a exposição dos sintomas, não carregam - na interpretação dos téc-

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

Durante todo o nosso trabalho de campo, remarkamos que - no âmbito da saúde mental pública - a atenção clínica destinada aos imigrantes foi bastante marcada por estereótipos. Os profissionais da saúde que aceitaram colaborar neste estudo consideram, por exemplo, que quando os pacientes imigrantes se decidem a colaborar, é geralmente para propor interpretações irracionais do seu sofrimento, baseadas em crenças e superstições. O termo “crença”, em oposição a “conhecimento”, é muito frequentemente utilizado pela equipa médica durante as entrevistas para se referir a interpretações e práticas diferentes. Tal dependência de rituais religiosos, crenças e superstições seria a causa, identificada por quase todos os técnicos de saúde entrevistados, pela qual a relação terapêutica com os “africanos” seria a mais problemática. Dentro dessa categoria, são referidos em particular os imigrantes de “primeira geração” - por estarem pretensamente mais ligados “aos cultos animistas e aos rituais lá da terra” - e especificamente os Guineenses¹².

Paradoxalmente, apesar das melhores intenções, os técnicos de saúde mental acabam por patologizar as opiniões, comportamentos e práticas culturalmente diversos ao lê-los como formas impróprias e erróneas de interpretar a experiência humana ou como sintomas de perturbações mentais. A título de exemplo, de acordo com um dos entrevistados, as explicações que os imigrantes (e nomeadamente os guineenses) fornecem no diálogo terapêutico são geralmente desorganizadas, apresentam uma

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

estrutura narrativa fragmentária e ilógica, e juntam casos concretos a elementos “de fantasia”. As suas interpretações – mesmo que despertem um interesse “exótico”, ou que possam fornecer indícios da cultura de origem do paciente – são assim consideradas pelos profissionais sanitários como fabulações contrárias à “racionalidade” que estes pretendem restabelecer e que constitui o objectivo das aplicações terapêuticas.

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

Partindo de uma crescente linha de investigação preocupada com as formas de governo no liberalismo avançado, mas fazendo uma contribuição significativa com pesquisa etnográfica num centro de apoio psiquiátrico para imigrantes, tentamos portanto analisar os múltiplos níveis em que as ideias, projectos e técnicas tentaram influenciar e transformar o comportamento “desviante” dos imigrantes de forma a alinhá-lo com as ideias de ordem social e bem-estar da sociedade de acolhimento, tentando gerar cidadãos competentes, capazes de se governar: o objectivo foi tentar perceber como estas intervenções pretendem construir formas normativas de subjectividade, fundadas habitualmente em assumpções morais culturalmente específicas de cariz etnocêntrico.

O intuito é o de “ajudar o migrante, curá-lo, oferecer-lhe apoio e assistência”, nomeando o

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

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

Continua a existir, em contexto médico, pouco interesse nas motivações destas escolhas, da resistência, e do universo de significados do qual o imigrante é portador. As posições dos técnicos entrevistados parecem oscilar entre pólos opostos: o Outro é encarado ora como idêntico a nós do ponto de vista psíquico (embora sempre com a necessidade

de o ajudar a evoluir), ora como totalmente diferente (“é assim porque é africano”; “isto é um comportamento típico dos indianos”, etc.). Em ambos os casos, as interpretações, explicações e histórias dos pacientes são desprovidas de utilidade, salvo na medida em que contribuem para o argumento do distúrbio ou da alteridade radical, que naturaliza e reifica a diferença cultural. O antropólogo é frequentemente consultado para confirmar exactamente estas representações ingênuas do Outro, que se resumem a estereótipos estéreis, totalmente inadequados para dar conta da complexidade das vivências individuais.

Nos contextos clínicos em que pôde ser observada a interacção entre cientistas sociais e médicos, o antropólogo foi interpelado apenas para obter detalhes sobre as especificidades “típicas” dos diferentes grupos (“Como é que curam isso em África? Qual é a relação dos indianos com a alimentação? Como se comportam as mulheres ciganas?”); para “traduzir” uma linguagem plena de imagens, metáforas e crenças no idioma científico da medicina (“a que se refere o paciente ao falar de feitiçaria e possessão, o que significa *realmente*?”); ou para receber aconselhamento sobre como ajudar os imigrantes a modificar as suas práticas – do ponto de vista dos médicos consideradas inadequadas, insalubres, incómodas, dificultadoras do trabalho dos enfermeiros ou transtornantes para outros pacientes. Num texto bastante provocador, intitulado *Culture as Excuse*, Rob van Dijk critica abertamente o facto de o emprego do saber antropológico no meio clínico se resumir muitas vezes a uma passagem de informações estereotipadas que em nada melhoram a qualidade do serviço:

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

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

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

Os cuidados médicos não responderam aos desafios da diversidade, estando subordinados a modelos e paradigmas rígidos, que não deixam espaço de manobra a factores sociais e culturais. Reduccionismo biológico e abordagens psicológicas que prevêm diagnósticos por meio de testes, orientados em paralelo a uma psicoterapia que se utiliza da farmacologia como resolução dos sinto-

mas, circunscreveram as dinâmicas culturais da diversidade. Reparamos a existência de uma forte tendência à “estandardização” e ao emprego de protocolos de diagnósticos e tratamentos uniformes (os testes da psicologia clínica, ou os modelos propostos pelo DSM, por exemplo). Infelizmente, instrumentos diagnósticos e tratamentos estandardizados – por definição – funcionam bem somente aos pacientes “standard”. São, portanto, completamente inadequados para se confrontar à diversidade. Da mesma forma, seguindo os modelos diagnósticos oficiais, a presença ou ausência de um sintoma psicopatológico – em todos os casos acompanhados – foi sempre posta em relação com características cognitivas, problemas físicos ou neuroquímicos, deficit genéticos e, paradoxalmente, nunca em relação com o contexto interpretativo, o grau de hegemonia cultural de códigos comunicativos e categorias particulares, com as suas específicas capacidades de substituírem outras experiências ou representações do sofrimento. O sintoma nunca foi pensado de forma semântica, relevando a relação de pontos de interpretação às “outras” palavras que o possam constituir, participando então de um processo de construção e de produção da doença, das suas expressões socialmente reconhecidas ou, pelo contrário, marginalizadas.

O paciente imigrante em busca de apoio psicológico só poderá ser acompanhado e tratado de forma eficaz na condição de encontrar serviços ao mesmo tempo psico e antropologicamente competentes. Estes serviços caracterizam-se por serem não apenas culturalmente sensíveis, mas ainda capazes de considerar o mais amplo contexto social, histórico, económico e político que molda o sofrimento do imigrante, as dinâmicas quotidianas nas sociedades de acolhimento, a produção social e cultural das nossas categorias e práticas, as economias morais em que se desenvolvem as vivências clínicas dos utentes, e os fenómenos de discriminação muitas vezes na origem dupla do mal-estar do paciente e do desencontro terapêutico. Estes serviços são marcados sobretudo por uma abertura à possibilidade de estratégias mestças, híbridas, e provisórias, passíveis de resistir à “sedução ou compulsão diagnóstica” (Beneduce, 2007) próprias da prática clínica contemporânea – que sente a necessidade de classificar e nomear para explicar e compreender.

Referências

- ACHOTEGUI, J. Emigrar en situación extrema: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Revista Norte de Salud Mental de la Sociedad Española de Neuropsiquiatria*, Madrid, v. 5, n. 21, p. 39-52, out. 2004.
- BALLET, G. Discussion sur les aliénés migrants. *Annales Médico-psychologiques*, Paris, p. 35-48, Juin 1903.
- BASTIDE, R. *Sociologia delle malattie mentali*. Firenze: La Nuova Italia, 1965.
- BASTIDE, R. et al. *Pesquisa comparativa e interdisciplinar*. Porto Alegre: Karont Livreiro, 1976.
- BEN JELLOUN, T. *La plus haute des solitudes*. Paris: Seuil, 1977.
- BENEDUCE, R. Figure della morte e depressione nelle culture africane. In Beneduce, R.; Collignon, R. (orgs.). *Il sorriso della volpe: ideologie della morte, lutto e depressione in Africa*. Napoli: Liguori, 1995. p. 7-40.
- BENEDUCE, R. *Frontiere dell'identità e della memori: etnopsiquiatria e migrazioni in un mondo creolo*. Milano: Franco Angeli, 1998.
- BENEDUCE, R. *Etnopsichiatria: sofferenza mentale e alterità fra storia, dominio e cultura*. Roma: Carocci, 2007.
- BIBEAU, G. A step toward thick thinking: from webs of significance to connections across dimensions. *Medical Anthropological Quarterly*, v. 2, n.4, p. 402-16, dez. 1988.
- BIBEAU, G. Hay una enfermedad en las Americas? Otro camino de la antropologia médica para nuestro tiempo. In: CONGRESSO DE ANTROPOLOGIA EN COLOMBIA, 6., 1992, Sta. Fé de Bogota, Universidade los Andes, 1992. [S.n.t.].
- BIBEAU, G. New and old trends in the interface between ethnography and psychiatry. In: NATIONAL MEETING ON MEDICAL ANTHROPOLOGY, 1., 1993, Salvador, 1993. [S.n.t.].

- BIBEAU, G. Cultural Psychiatry in a Creolizing World. *Transcultural Psychiatry Research Review*, Montreal, v. 34, n. 1, p. 9-42, 1997.
- BIBEAU, G.; CORIN, E. Culturaliser l'épidémiologie psychiatrique: les systèmes de signes, de sens et d'action en santé mentale. In : Charest, P.; Trudel, F.; Breton, Y., (dir.). *Marc-Adélaïde Tremblay ou la construction de l'anthropologie québécoise*. Quebec: Presses de L'Université Laval, 1994. p. 3-44.
- BOLZINGER, A. Jalons pour une histoire de la nostalgie. *Bulletin de Psychologie*, Paris, v. 42, n. 389, p. 310-21, 1989.
- BORDONARO, L.; PUSSETTI, C. Da utopia da emigração a nostalgia dos emigrados : percursos migratórios entre Bubaque (Guiné Bissau) e Lisboa. In: LIMA, M. A. P.; SARRÓ, R. (Org.). *Terrenos metropolitanos: ensaios sobre produção etnográfica*. Lisboa: ICS, 2006. p. 125-54.
- CANTOR-GRAAE, E.; SELTEN, J. P. Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. *American Journal of Psychiatry*, Hanover, v. 162, n. 1, p. 12-24, 2005.
- CARBALLO, M.; DIVINO, J. J.; ZERIC, D. Migration and health in the European Union. *Tropical Medicine and International Health*, Oxford, v. 3, n. 12, p. 936-44, Dec. 1998.
- CARTA, M. G. et al. Migration and mental health in Europe: the state of the mental health in Europe working group: appendix, 1. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, London, v. 1, p. 13, Ago. 2005.
- CHAKRABORTY, A.; MCKENZIE K. Does racial discrimination cause mental illness? *British Journal of Psychiatry*, London, v. 180, p. 475-7, Jun. 2002.
- COMAS-DIAZ, L.; GREENE, B. Women of color with professional status. In: COMAS-DIAZ, L.; GREENE, B. (Org.). *Women of color: integrating ethnic and gender identities in psychotherapy*. New York: New Guilford, 1995. p. 347-88.
- CONRAD, P.; SCHNEIDER, J. W. *Deviance and medicalization: from badness to sickness*. Philadelphia: Temple University Press, 1981.
- COPPO, P. *Tra psiche e culture: elementi di etnopsichiatria*. Torino: Bollati Boringhieri, 2003.
- CORIN, E. Vers une réouverture sémiotique et culturelle du diagnostic psychiatrique. In : BEUF, P. (Coord.). *La santé mentale comme observable*. Montréal: Colloque Inserm, 1989. p. 455-70.
- CORIN, E. Les détours de la raison: repères sémiologiques pour une anthropologie de la folie. *Anthropologie et sociétés*, Quebec, v. 17, n. 1-2, p.5-20, 1993.
- CORIN, E. et al. *Comprendre pour soigner autrement: repères pour régionaliser les services de santé mentale*. Montréal: Presses de L'Université de Montréal, 1990.
- COST. European Cooperation in Science and Technology. Health and social care for migrants and ethnic minorities In Europe. (*ISCH Action ISO603*). Disponível em: <http://www.cost.esf.org/domains_actions/isch/Actions/HOME>. Acesso em 18 jul. 2008.
- DE FREITAS, C. Report on Portugal. In : INGLEBY, D. et al. (Org.). *Good practices in mental health and social care for asylum seekers and refugees*. Canterbury: University of Kent Watters, 2003. p. 165-224. Disp. em: www.ercomer.org/staff/ingleby.
- DE FREITAS, C. Migrant health in Portugal: Past. Present! Future?. In: IMISCOE CLUSTER B5 WORKSHOP - SOCIAL INTEGRATION AND MOBILITY: EDUCATION, HOUSING AND HEALTH, 3.. 2006. Lisbon. Lisboa: *Centro de Estudos Geográficos*, 2006.
- DESJARLAIS, R. et al. *World mental health: problems and priorities in low income countries*. New York: Oxford University Press, 1995.
- DIAS, I. S. Entrar em terra ignota. *Médico de Família*, n. 87, p. 86-87, maio 2005.
- ESSED, P.; FERNANDO, S. *Understanding everyday racism: an interdisciplinary theory*. Newbury Park, CA: Sage, 1991.

- FARMER, P. *AIDS and accusation: Haiti and the geography of blame*. Berkeley: University of California Press, 1992.
- FARRINGTON, A. Transcultural psychiatry, ethnic minorities and marginalization. *British Journal of Nursing*, London, v. 2, n. 16, p. 805-9, Sep. 1993.
- FASSIN, D. Repenser les enjeux de santé autour de l'immigration. *Homme et Migrations*, Paris, n. 1225, p. 5-12, 2000.
- FERNANDO, S. Racism as a cause of depression. *International Journal of Social Psychiatry*, London, v. 30, n. 1/2, p. 41-9, 1984.
- FERNANDO, S. *Race and culture in psychiatry*. London: Croom Helm, 1988.
- FERNANDO, S. Racial stereotypes. *British Journal of Psychiatry*, London, v. 158, n. 2, p. 289-90, Feb. 1991.
- FERNANDO, S. *Mental health in a multi-ethnic society*. London: Routledge, 1995.
- FERNANDO, S. Modern schizophrenia and racism. In: FERNANDO, S.; NDEGWA, D. E.; WILSON, M. (Orgs.). *Forensic psychiatry, race and culture*. London: Routledge, 1998.
- FERNANDO, S. *Mental health, race and culture*. London: Palgrave, 2002.
- FERNANDO, S. *Cultural diversity, mental health and psychiatry: the struggle against racism*. New York: Brunner-Routledge, 2003.
- FOVILLE, A. Les aliénés voyageurs ou migrants : étude clinique sur certains cas de lypémanie. *Annales Medico-Psychologiques*, v. 2, p. 5-45, 1875.
- FOX, P. et al. Depression among immigrant Mexican women and Southeast Asian refugee women. *The International Journal of Psychiatric Nursing Research*, Southampton, v. 7, n. 1, p. 778-92, Jun 2001.
- FRIGESSI CASTELNUOVO D.; RISSO, M. *A mezza parete: emigrazione, nostalgia, malattia mentale*. Torino: Einaudi, 1982.
- HERMANSSON, A.; TIMPKA, T.; THYBERG, M. The mental health of war-wounded refugees: an 8-year follow-up. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, Hagerstown, v. 190, n. 6, p. 374-80, Jun 2002.
- HJERN, A.; WICKS, S.; DALMAN, C. Social adversity contributes to high morbidity in psychoses in immigrants - a national cohort study in two generations of Swedish residents. *Psychological Medicine*, v. 34, n. 6, p. 1025-33 Aug 2004.
- HÖFER, J. Dissertatio medica de Nostalgia oder Heimweh. *Bulletin of the History of Medicine*, v. 2, p. 376-91, 1934.
- IMISCOE - International Migration, Integration and Social Cohesion - *European Survey*. Health and social care for migrants and ethnic minorities in Europe. 2006. Disponível em: <<http://www.imiscoe.org/news/newsletters/documents/GrantsforresearchonMigrantHealth.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2008.
- IOM - INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION. *World report on migration 2005: costs and benefits of international migration*. Genebra, 2005.
- JANSÀ, J. M. Diàleg salut i desenvolupament reptes per al segle XXI. In: FÒRUM UNIVERSAL DE LES CULTURES, 2004, Barcelona. [S.n.t.]
- KESSLER, R. C.; MICKELSON, K. D.; WILLIAMS, D. R. The prevalence, distribution, and mental health correlates of perceived discrimination in the United States. *Journal of Health and Social Behavior*, Albany, v. 40, n. 3, p. 208-30, Sep. 1999.
- KEYES, E. Mental health status in refugees: an integrative review of current research. *Issues in Mental Health Nursing*, New York, v. 21, n. 4, p. 397-410, Jun 2000.
- KIRMAYER, L. J. Beyond the 'New Cross-cultural Psychiatry': cultural biology, discursive psychology and the ironies of globalization. *Transcultural Psychiatry*, London, v. 43, n. 1, p. 126-44, Mar. 2006.
- KIRMAYER, L. J.; MINAS H. The future of cultural psychiatry: an international perspective. *The Canadian Journal of Psychiatry*, Ottawa, 45, n. 5, p. 438-46, Jun 2000.
- KLEINMAN, A. *The illness narratives: suffering, healing, and the human condition*. New York: Basic, 1988.

- LEE, S. S.; J., MOUNTAIN, J.; KOENIG, A. B. The meaning of "race", in the new genomics: implications for health disparity research. *Yale Journal of Health Policy Law and Ethics*, New Haven, v. 1, p. 33-75, 2001.
- LITTLEWOOD, R.; LIPSEGE, M. *Aliens and alienists: ethnic minorities and psychiatry*. New York: Brunner-Routledge, 1997.
- LITTLEWOOD, R. From categories to contexts: a decade of the 'new cross-cultural psychiatry'. *British Journal of Psychiatry*, London, v. 156, p. 308-27, Mar. 1990.
- LOCK, M.; SCHEPER-HUGHES, N. The mindful body: a prolegomenon to future work in medical anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, Washington, DC, v. 1, n. 1, p. 6-41, Mar. 1987.
- MADDERN, S. Post-traumatic stress disorder in asylum seekers. *Nursing Standard*, Harrow, v. 18, n. 18, p. 36-9, Jun. 2004.
- MCKENZIE, K. Racism and health. *British Medical Journal*, London, v. 326, n. 7380, p. 65-6, 2003.
- MCKENZIE, K. Something borrowed from the blues? *British Medical Journal*, London, v. 318, n. 7184, p. 616-7, Mar 1999.
- MIGRANT-FRIENDLY HOSPITALS. The Amsterdam declaration towards Migrant-Friendly Hospitals. 2004. Disponível em: <http://www.mfh-eu.net/public/european_recommendations.htm>. Acesso em: 10 jul. 2008.
- MOLLIKA, R. et al. Longitudinal study of psychiatric symptoms, disability, mortality, and emigration among Bosnian refugees. *Journal of the American Medical Association*, Chicago, v. 286, n. 5, p. 546-54, Aug. 2001.
- MURRAY, C. J. L. e LOPEZ, A. D. *The Global Burden of Disease*. Geneva: World Health Organization, Harvard School of Public Health, World Bank, 1996.
- NATHAN, T. *La folie des autres: traité d'ethnopsychiatrie clinique*. Paris: Dunod, 1986.
- NATHAN, T. *L'influence qui guérit*. Paris: Odile Jacob, 1994.
- NATHAN, T. *Principi di etnopsicoanalisi*. Torino: Bollati Boringhieri, 1996.
- NATHAN, T. *La guerre des psys: Manifeste pour une psychothérapie démocratique*. Paris: Les Empêcheurs de Penser en Rond, 2006.
- NOH, S. et al. Perceived racial discrimination, depression, and coping: A study of Southeast Asian refugees in Canada. *Journal of Health and Social Behavior*, Washington, DC, v. 40, n. 3, p. 193-207, Sep. 1999.
- PEIRCE, C. M.; EARLS, F. J.; KLEINMAN, A. Race and culture in psychiatry. In: Nicholi, A. (Ed.). *Harvard guide to psychiatry*. Harvard: Harvard University Press, 1999.
- PERSAUD, R. B.; LUSANE, C. The new economy, globalization and the impact on African Americans. *Race and Class*, London, v. 42, n. 1, p. 21-34, Jan. 2000.
- PRETE, A. *Nostalgia storia di un sentimento*. Milano: Raffaello Cortina, 1992.
- PUMARIEGA, A. J.; ROTHE, E.; PUMARIEGA, J. B. Mental health of immigrants and refugees. *Community Mental Health Journal*, New York, v. 41, n. 5, p. 581-97, Oct 2005.
- PUSSETTI, C. *Poetica delle emozioni: I Bijagó di Bubaque (Guinea Bissau)*. Roma: Laterza, 2005.
- PUSSETTI, C. A patologização da diversidade: uma reflexão antropológica sobre a noção de Culture-Bound Syndrome. *Etnográfica*, Lisboa, v.10, n. 1, p. 5-40, Maio 2006.
- REN, X. S., AMICK, B., WILLIAMS, D. R. Racial/ethnic disparities in health: the interplay between discrimination and socioeconomic status. *Ethnicity & Health*, Atlanta, v. 9, n. 2, p. 151-65, 1999.
- RISSO, M.; FRIGESSI, D. *Emigrazione, nostalgia, malattia mentale*. Torino: Einaudi, 1982.
- SALGADO DE SNYDER, V. N. Factors associated with acculturative stress and depressive symptomatology among married Mexican immigrant women. *Psychology of Women Quarterly*, New York, v. 11, n. 4, p. 475-88, Dec. 1987.

SANTIAGO-IRIZARRY, V. *Medicalizing ethnicity: the construction of Latino identity in a psychiatric setting*. New York: Cornell University Press, 2001.

SAYAD, A. *La double absence: des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré*. Paris: Seuil, 1999.

SCHEPER-HUGHES, N. Death without weeping: daily life in Northeast Brazil. *New Internationalist*, Oxford, n. 254, Apr. 1994.

STENGERS, I. Introduzione: il laboratorio di etnopsichiatria. In: TOBIE, N. *Non siamo soli al mondo*. Torino: Bollati Boringhieri, 2003.

STEEL, Z.; SILOVE, D. The mental health implications of detaining asylum seekers. *The Medical Journal of Australia*, Pyrmont, v. 175, n. 11-12, p. 596-9, Dec. 2001.

VAN DIJK, R. Culture as excuse: the failures of health care to migrants in the Netherlands. In: VAN DER GEEST, S.; RIENKS, S. (Orgs.) *The art of medical anthropology*. Amsterdam: Spinhuis, 1998. p. 243-51.

WACQUANT, L. Scrutinizing the street: poverty, morality, and the pitfalls of urban ethnography. *American Journal of Sociology*, Chicago, v. 107, n. 6, p. 1468-532, May 2002.

Recebido em: 20/09/2008
Aprovado em: 13/01/2009