

# ANTROPOLOGIA DA SAÚDE, PSIQUIATRIA TRANSCULTURAL E ETNOPSQUIATRIA – CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS

por

Teresa Rego de Sousa<sup>1</sup>, Maria Cristina Santinho<sup>2</sup>

**Resumo:** O presente artigo surge na sequência da análise teórica e do trabalho etnográfico realizado em 2017 e 2018, condensada na dissertação de mestrado em Antropologia sobre saúde mental, psiquiatria transcultural e requerentes de asilo/refugiados. Procurou-se, aqui, trilhar pela análise referente aos modelos da psiquiatria moderna e a importância do papel da antropologia (da saúde) na produção de novas formulações teóricas, que dizem respeito à “transculturalidade” na clínica. Importa salientar que, cada vez mais, é necessária a interdisciplinaridade de ambas as áreas, pois o contrário vem sendo revelado como conducente a práticas clínicas transculturais estéreis, que fragmentam a realidade trazida pelos imigrantes, refugiados e requerentes de asilo. Serve o presente para realçar a importância deste discurso polimorfo.

**Palavras-chave:** Psiquiatria transcultural; etnopsiquiatria; antropologia da saúde.

**Abstract:** This article follows the theoretical analysis and the ethnographic work carried out in 2017 and 2018, condensed in the master's thesis in anthropology on mental health, transcultural psychiatry and asylum seekers/refugees. The analysis of the models of modern psychiatry and the importance of the role of anthropology (health) in the production of new theoretical formulations concerning "transculturality" in the clinic were sought here. It is important to emphasize that the interdisciplinarity of both areas is increasingly necessary, since the opposite has been revealed as leading to sterile transcultural practices that fragment the reality brought by immigrants, refugees and asylum seekers. It serves the present to emphasize the importance of this polymorphous discourse.

**Keywords:** Transcultural psychiatry; ethnopsychiatry; health anthropology.

## INTRODUÇÃO

A *psiquiatria transcultural* e a sua respetiva prática é, como postula Ferreira (2008: 15) o “palco do encontro da diferença. Os saberes médicos e seus constituintes

---

<sup>1</sup> REGO DE SOUSA, Teresa (teresasousa91@gmail.com) – Psicóloga Clínica e Antropóloga na APIPC – Associação Portuguesa de Intervenção em Psicologia Clínica.

<sup>2</sup> SANTINHO, Maria Cristina (orientação) – Centro em Rede de Investigação em Antropologia, CRIA, Lisboa, Portugal.

cartesianos de causa/efeito e a separação entre corpo e mente, em face da diversidade cultural dos utentes oriundos de lugares e “culturas” variadas, obrigam a contextualizar o indivíduo e a própria medicina enquanto prática terapêutica.”

Em primeiro lugar, convém esclarecer sobre o que nos referimos com diversidade cultural e cultura, de forma a circunscrever uma linguagem partilhada. Em segundo lugar, enquadrar de que forma o conceito “cultura” se relaciona com as representações binárias da saúde — normal e patológico — e, por fim, explorar como esta estrutura não é a única existente nas várias modalidades (psico)terapêuticas.

Deste modo, o termo “cultura” não deve ser lido como um conceito absoluto, impenetrável e estanque no tempo e no espaço; tampouco deve ser lido como um juízo que dita uma fusão entre configurações de perspetivar e integrar formas *estruturadas de vivência* dentro de um sistema estrutural, repleto de conteúdos visíveis e invisíveis, que prescrevem um funcionamento social. Como refere Santinho (2011: 81), “o conceito “cultura” tem sido ultimamente utilizado como característica estática que frequentemente legitima as diferenças (...) e abre a porta a interpretações erradas, usadas posteriormente pelo poder, como forma de discriminação das diferenças”. Mais ainda, este “conceito de *cultura* substitui frequentemente na atualidade, o conceito de *raça*, *nacionalidade* ou *religião*.” (idem.). Ao mesmo tempo, a cultura constitui-se, por vezes, no seio das relações interpessoais, profissionais, institucionais como elemento discriminatório, donde determinadas “culturas” classificam-se como superiores em detrimento de outras, gerando discriminações geopolíticas fortes e dificilmente contornáveis.

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

Não obstante esta dificuldade conceptual, encontramos definições clássicas que nos ajudam a situar: “segundo a perspetiva de Claude Lévi-Strauss, que define cultura como “um sistema simbólico que é uma criação acumulativa da mente humana” (Laraia, 2001, 54). De outro modo, vemos referenciado por C. Geertz o conceito de cultura como “sendo essas teias e a sua análise; portanto, não como uma ciência experimental em busca de leis, mas como uma ciência interpretativa, à procura do significado” (Geertz, 2008: 4).

Relativamente aos indivíduos que nesta “cultura” se inserem, Christina Toren (1992: 2) salienta de uma forma bastante clara a seguinte ideia: “incorporamos,

literalmente, a nossa história, que é a história das nossas relações com todos aqueles que encontramos na nossa vida. E através delas que também perfuramos as suas respectivas histórias, e não apenas as deles, mas as histórias de todos aqueles a quem eles se encontraram, e assim por diante, através do tempo. Por outras palavras, a história das relações entre os nossos ancestrais no mundo informou quem nós somos como pessoais individuais e as condições para a nossa existência coletiva: a nossa pertença neste ou naquele grupo, a aparência dos nossos corpos, a língua que falamos, as suscetibilidades para padecimentos e doenças específicas, o acesso a determinadas tecnologias, a relativa riqueza ou pobreza, as ideias sobre nós e sobre o mundo em que vivemos.”. Esta ideia, entalhada no prisma da subjetividade e intersubjetividade, conosco próprios e com o mundo exterior ciclicamente, pode ser associada à ideia de “incorporação histórica”, elaborada por Didier Fassin (2002). O autor sugere com o conceito, “descrever o duplo processo através do qual, por um lado, o social se inscreve no corpo, e por outro, o corpo e os seus estados contam histórias que relatam não só a vida individual, mas também a memória histórica sedimentada nesse mesmo corpo” (Pussetti e Silva Pereira, 2009: 21). É este corpo repleto de história, de uma *diversidade sociocultural*, esta ideia da mutabilidade cultural, que se procura dar conhecer neste trabalho.

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

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

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

fundo, não as tornar irredutíveis e ininteligíveis ao seu próprio fenômeno através da sua cultura.

François Laplantine (1986), no seu livro intitulado *Anthropologie de la Maladie*, procura encontrar um intermédio entre o que é *possível conhecer* e o *impossível a desconhecer*, entre o *finito estrutural* e o *infinito representacional*. Por outras palavras, o mesmo autor menciona que “embora as interpretações da patogenia e da terapia sejam essencialmente variáveis de uma sociedade a outra, de um indivíduo a outro, e mesmo eminentemente evolutivas de uma sociedade para si mesma (*à elle même*) — fazendo-as parecer praticamente infinitas ao nível empírico — o que tentaremos mostrar [no seu livro] é que existe, apesar de tudo, permanências, constantes ou, se preferirmos, invariantes da experiência mórbida e da esperança de cura perfeitamente identificáveis e que não são ilimitadas.” (Laplantine, 1986: 14).

O autor propõe a existência de determinadas invariantes, *dentro* daquilo que pode ser a doença mental, e donde estes podem ser percecionados e compreendidos — é, portanto, não cair num universalismo absoluto, nem num relativismo absoluto. É também postular a existência de um espectro de “saúde” e “doença”, onde estes se cruzam e se descruzam, pontualmente ou continuamente, e que nesta variável (binária, que pode tomar formas muito diferentes, claro) se fazem e perfazem as representações socioculturais sobre a enfermidade mental<sup>3</sup>. É neste último enunciado que pretendo associar as conceções da psiquiatria transcultural: embora ela adicione o conceito de “cultura” nas suas investigações e nas suas recorrentes práticas clínicas, a sua aplicação tem sido por vezes arbitrária, precisamente por desabar num falso relativismo acerca das diversas representações de saúde e doença. Por outras palavras, foram sendo transportados os vários conceitos produzidos ao longo da sua história para uma configuração da diferença cultural, sem que exista, efetivamente, um cuidado especial na forma de olhar para uma *essencial diversidade*.

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

Helman (1994: 216) escreve que “a psiquiatria transcultural consiste no estudo e na comparação da doença mental nas diferentes culturas. É um dos ramos da Antropologia médica e importante fonte para o estudo da natureza da saúde e seus

---

<sup>3</sup> Vários são os autores (A. Kleinman, 1995; F. Laplantine, 1986) que prestaram monografias interessantes sobre estes vários sistemas de saúde e, sendo estes uma fonte inesgotável de conhecimento sobre as questões aqui da diversidade nos sistemas de saúde.

problemas nas diversas regiões do mundo”. Adicionalmente, como refere Engelmann (2000: 430), “psiquiatria transcultural (ou cultural, ou comparativa) é um campo vasto que inclui descrições folclóricas e etnográficas. Novas tarefas para a psiquiatria transcultural podem variar desde o estudo das diferenças étnicas em neurobiologia e genética, de forma a melhorar a prestação de cuidados de saúde mental em muitos países (...)”. No que toca ao pioneirismo da temática, foi “Dr. Wittkower (...) inventor tanto do termo “psiquiatria transcultural” como da disciplina designada” (Raymond, 2006: 7). O pioneiro “fornece conceitos fundamentais para estruturar e disciplinar a pesquisa no novo campo. Eis algumas de suas conceções: 1) cultura é o conjunto das formas de existir que distingue uma sociedade de outra; é o esquema de comportamento, de pensamento, de sentimento,

(...) é transmitida relativamente inalterada de uma geração à outra; 2) psiquiatria cultural é o ramo da psiquiatria social que se ocupa da doença mental em relação ao ambiente, dentro dos limites de uma dada unidade cultural; 3) psiquiatria transcultural consiste na aplicação e conceitos colhidos no estudo precedente, de uma cultura para outra.”(Martins, 1969: 142).

Sobre este quadro, a psiquiatria transcultural procura aplicar, dentro dos seus métodos de avaliação psicológica, o conceito “cultura”, sem que, no entanto, exista uma incorporação plena do mesmo conceito nas formulações teóricas. Por outras palavras, a mera extrapolação de significações e expressões na qual a doença mental emerge, é transposta por esta psiquiatria para um único tipo de discurso, ou seja, para uma única forma de compreensão — o que leva, incondicionalmente, a tornar acessório a abordagem mais compreensiva e dinâmica de cada caso em específico. Santinho (2011: 104) menciona que, na psiquiatria transcultural<sup>4</sup> “tende a constituir-se como único discurso científico capaz de entender e aplicar os modelos diagnósticos (como por exemplo a PTSD), considerando-se capaz de os adaptar a qualquer contexto sociocultural e geográfico, uma vez que parte do pressuposto da existência de uma base biopsíquica universal e da existência de doenças e nosologias igualmente universais.”.

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

---

<sup>4</sup> Contrariamente à etnopsiquiatria, no qual falaremos mais adiante.

Os *culture-bound syndromes* (ora em diante apelidados de CBS) surgem inicialmente na quarta edição do referenciado nosográfico psiquiátrico, o DSM. Nele encontramos a categorização e classificação de vinte e cinco<sup>5</sup> CBS, ou como Kirmayer refere — *museu exótico* — e que se conceptualizam da seguinte forma: “síndrome ligada à cultura [que] denota um padrão localmente específico e recorrente de comportamentos aberrantes e experiências perturbadoras que pode ou não estar associado a uma determinada categoria diagnóstica do DSM-IV” (DSM-IV, 1994: 898). Estes são pouco mais que referências a fenómenos descontextualizados (pareçam eles patológicos ou não), ocorrentes em “culturas distantes”, sendo, portanto, fenómenos que não observamos com um semelhante paralelismo na “nossa cultura”. A classificação é vaga, não sendo possível compreender se se aplica a uma tentativa de sensibilização aos “fenómenos culturais” ou, de outro modo, se se inscreve numa perspetiva etnocêntrica de encarar estes fenómenos distanciados (como se o louco, fosse sempre o outro). Em todo o caso, é uma tentativa de compreender *todo* o fenómeno mental à luz de um *sistema de saúde mental ocidental* e, portanto, etnocêntrico, sem espaço para uma verdadeira alteridade cultural.

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

---

<sup>5</sup> Os 25 CBS são: *Amok*, Ataque de nervos, bafurada delirantes, Bília e cólera, *Dhat*, Doença dos espíritos, Esgotamento cerebral, Falha ou desconexão temporal, *Hwa-Byung*, *Koro*, *Latah*, Loucura, Mau olhar (*mal de ojo*), Nervos (*Niervos*), *Pibloktoq*, Reação psicótica de qi-gong, Rituais mágicos (*rootwork*), Sangue dormido, *Shenjing Shuairuo*, *Shen-k'uei* (Tailândia) ou *Shenkui* (China), *Shin-Byung*, *Susto*, *Taijin Kyofusho*, *Zar*.

<sup>6</sup> O primeiro conceito refere-se a um “grupo de sintomas concorrentes, relativamente invariáveis, encontrados em um grupo cultural, em uma comunidade ou em um contexto específico (p. ex., *ataque de niervos*). A síndrome pode ou não ser reconhecida como uma doença dentro da própria, mas tais padrões culturais de sofrimento e características de doenças podem, ainda assim, ser reconhecidos por um observador de fora.” (op. Cit.). O segundo termo, *idioma cultural de sofrimento*, refere-se às modalidades linguísticas que denotam simbolicamente as formas de expressar o sofrimento, sendo usado para “transmitir uma ampla gama de desconforto, incluindo experiências do cotidiano, condições subclínicas ou sofrimento decorrente de circunstâncias sociais em vez de transtornos mentais” (op. Cit.). Por fim, a *explicação cultural ou causa percebida* “é um rótulo, atribuição ou aspeto de um modelo explanatório que fornece uma etiologia ou causa concebida culturalmente para sintomas, doenças ou sofrimento” (op. Cit.).

sofrimento<sup>7</sup>, dos quais 6 permanecem os mesmos CBS.

O apanágio inerente às questões das síndromes ligadas à cultura pode ser encarado como uma perpetuação de categorias nosológicas “da cultura” desprovidas de sentido e com um efeito prejudicial aquando usados como referência na prática clínica (por exemplo, na elaboração diagnóstica). Chiara Pusseti (2009: 25) citando “as palavras de Roberto Beneduce, é necessário romper o invólucro das categorias diagnósticas e das prénoções psicológicas que no curso dos anos tentaram circunscrever ao perímetro opressivo de uma aflição, um problema “ligado à cultura”, ou de um quadro sintomático bem definido, expressões e fenómenos complexos e heterogêneos. (Beneduce, 2002b: 28).”.

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

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

Deste modo, e ingressando num contexto significativamente diferente, surge a etnopsiquiatria, esta que busca, também, compreender as configurações da saúde mental em associação com os elementos culturais. Deste modo, enquanto que a

---

<sup>7</sup> Os 9 conceitos culturais de sofrimento são: ataque de niervos, síndrome de Dhat, Khyâlcap, Kufungisisa, Maladi Noun, Niervos, Shenjing shuairuo, Susto, Taijin kyofusho.

tarefa principal da psiquiatria transcultural procura descortinar “as várias línguas” sobre a saúde, traduzindo-as para as várias classificações que a própria vai (socialmente) construindo, a etnopsiquiatria procura outras formas de desconstruir as suas questões. “Nas palavras de Piero Coppo (2003), enquanto a psiquiatria transcultural propõe e divulga a psiquiatria em todas as línguas do mundo, a etnopsiquiatria tenta edificar um sistema de saberes e práticas complexo, múltiplo, plural, onde a psiquiatria ocidental é apenas um dos elementos presentes.” (Pussetti, 2009: 59).

Relativamente ao nascimento desta disciplina, este foi inicialmente utilizado por McCulloch, embora esteja associado à psiquiatria colonial, no sentido em que a “*etnopsiquiatria* era utilizado para descrever o estudo da psicologia e comportamento dos povos africanos que se desenvolveu nas colónias europeias por técnicos de saúde (McCulloch, 1995)” (Coutinho, 2009: 31). Foi, no entanto, George Devereux que construiu a etnopsiquiatria que é praticada e pensada por muitos sucessores da disciplina.

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

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

Em suma, “a etnopsiquiatria, pelo contrário, redefine os encontros clínicos, como um compromisso entre o terapeuta e o paciente, vendo este não enquanto

unidade (corpo) biológico, mas sim na sua expressão sociocultural, histórica, económica e política.” (Santinho, 2011: 105). Segue-se uma metáfora clara de Pussetti das posições diferentes ocupadas pelas duas subdisciplinas: “o psiquiatra transcultural é um profissional que viaja pelo mundo, e no retorno a casa abre a mala para dela extrair dicionários para a sua biblioteca e objetos curiosos para adornar os seus quartos, o etnopsiquiatria é também viajante, mas que no regresso já não tem mala, veste-se de outras formas, e perdeu a casa, sendo portanto obrigado a pensar e construir um outro espaço, que desta vez não pode deixar de ser coletivo.” (Pussetti, 2009: 59).

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

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

Importa agora mencionar de que forma as abordagens da antropologia da saúde são importantes para compreender as dinâmicas inscritas na clínica transcultural — que na maioria das vezes remetem para o domínio da migração voluntária ou forçada —, nomeadamente, de que forma é que a aplicabilidade das referências culturais se inscreve na escuta terapêutica, na elaboração diagnóstica e nas práticas (psico)terapêuticas do encontro psiquiátrico.

Com isto, não pretendo afirmar que qualquer caso de migração, independentemente do estatuto político atribuído (seja ele refugiado ou imigrante ou requerente de asilo), seja automaticamente enquadrado num caso de *transculturalidade*, pois seria reduzir os sujeitos aos seus sistemas sociais e culturais e, conseqüentemente, fomentar a aplicabilidade de uma teoria exclusiva aos casos migratórios, como é o exemplo dos CBS. Seria este movimento semelhante àquele que fora introduzido e desenvolvido pelo psiquiatra Achotegui. A título de exemplo, Achotegui elabora, no seu artigo amplamente conhecido e difundido “*Estrés límite y salud mental: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple*” (síndrome de Ulisses). Entenda-se como ideia basal deste artigo a relação direta entre imigração e fatores ansiogénicos, ou seja, que o fenómeno migratório é um acontecimento ansiogénico, traduzindo-se numa psicopatologia causada pelos níveis altos de stress. Nas palavras do autor “emigrar está a tornar-se hoje para milhões de pessoas um processo que contém níveis de stress tão intensos que chegam a superar a capacidade de adaptação dos seres humanos. Estas pessoas são candidatas a padecer da síndrome do imigrante com stress crónico e múltiplo ou síndrome de Ulisses (...) O conjunto de sintomas que compõem esta síndrome são agora problema de saúde mental emergente nos países de acolhimento de imigrantes. (...) Postula-se que há uma relação direta e inequívoca entre o grau de estresse que esses imigrantes experimentam e o aparecimento de seus sintomas.” (Achotegui, 2005: 39). A patologização direta de um grupo numa categoria é, parafraseando Pussetti (2010: 99) a tradução dos “conflitos sociais em idiomas psicopatológicos, desviando a atenção do contexto político e económico mais amplo para se concentrar no individuo como corpo despolitizado e naturalizado.”. No fundo, este exemplo concetual de Achotegui permeia a ideia que esta nosologia psiquiátrica corresponde diretamente uma exclusiva causalidade de um grupo populacional, desvirtuando as narrativas de vida e os particularismos de cada um. Arriscamo-nos a dizer que nosografias como a síndrome de Ulisses abafam, portanto, qualquer contexto sociocultural que pretendemos colocar em diálogo, quaisquer elementos históricos que possam estar devidamente inseridos nas histórias dos refugiados e requerentes de asilo. No fundo, patentear-se — previamente — um diagnóstico a este individuo — sem rosto e sem voz — espelha os riscos conducentes na clínica, e conseqüentemente, na produz conseqüências diretas na vida quotidiana deste sujeito.

Contrariamente a esta tendência — de nosografias universais — importa então salientar que, adicionando estas referências culturais ao encontro clínico, é possibilitar e transformar este espaço num potencialmente sensível a estas referências e, portanto, promovendo-o a um espaço *intersubjetivo clínico culturalmente competente*. Por outras palavras, é afirmar que esta psiquiatria culturalmente competente

“deve integrar na análise terapêutica dos eventuais pacientes com um possível fator de risco, o contexto de vida, com as diversas vertentes em relação: os referentes económicos, a exclusão social, a religião, as diferenças de género, os contextos socioculturais, institucionais e políticos passados e presentes, e ainda as políticas sanitárias de referência, em cada contexto territorial.” (Santinho, 2011: 90).

Doutro modo, pretende-se escutar as narrativas trazidas neste *setting* clínico, ao invés de categorizar histórias enformadas em nosografias diagnósticas, procura-se encontrar vários sentidos num processo de relação conjunta, ao invés de cair em reducionismos teóricos e abstratos tendencialmente universalizantes.

Em termos conclusivos, é-nos possível compreender que o quadro de análise apresentado pela antropologia da saúde (em geral) — na qual procura “relativizar” pelo seu pressuposto base do sujeito inscrito numa continuidade sociocultural, os contornos estanques da compreensão do padecer mental, esta ancorada a uma forma de saúde e doença, independentemente das narrativas individuais trazidas para o encontro clínico — pode oferecer significativamente postulados importantes nas conceptualizações da psiquiatria moderna. Todas estas questões merecem relevância no campo dos saberes médicos e psicológicos, nomeadamente – aqui em termos práticos – na consolidação de *savoir-faires* com a população em trânsito migratório (voluntário ou forçado). A antropologia da saúde tem movimentado saberes fundamentais nas formas de compreender a saúde e doença, padecer mental e a arte de curar,

Assim, cada vez mais é necessário um discurso polimorfo e multidisciplinar sobre a saúde e doença mental, de forma a ser passível uma produção mais rica, completa relativa à leitura dos fenómenos que constituem o universo da psique.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*, Washington, D.C, APA.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*, Washington, D.C, APA.

ACHOTEGUI, Joseba (2005), “Estrés limite y salud mental: El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de ulisses)”, *Revista Norde de Salud Mental de la Sociedad Española de Neuropsiquiatria*, V, (21), pp. 39-53.

BARROS, Mariana & BAIRRÃO, José Francisco (2010), “Etnopsicanálise: Embasamento crítico sobre teoria e prática terapêutica”, *Rev. SPAGESP*, 11, (1), pp. 45-54.

- ENGELSMANN, Frank (2000), “Transcultural psychiatry: Goals and challenges”, *The Canadian Journal of psychiatry*, 45, (5), pp.429- 439
- FARRINGTON, Andy (1993), “Transcultural Psychiatry, Ethnic Minorities And Marginalization”, *British Journal Of Nursing*, 2, (16), pp. 805-809.
- FERREIRA, Júlio (2008), “*Da imigração à patologia: Biomedicina, transculturalidade e controlo*”, Dissertação de Mestrado em Antropologia, Lisboa, ISCTE-IUL.
- HELMAN, Cecil (1994), *Cultura, Saúde e Doença*, Porto Alegre, Artes Médicas.
- LAPLANTINE, François (1986), *Anthropologie de la Maladie: Étude ethnologique des systèmes de Représentations Étiologiques et Thérapeutiques dans la Société Occidentale Contemporaine*, Paris, Payot.
- LARAIA, Roque (2001), *Cultura um conceito antropológico*, Rio de Janeiro, Jorge Zahar.
- MARTINS, Humberto & MENDES, Paulo (2016), *Trabalho de campo: Envolvimento e Experiências em Antropologia*, Lisboa, ICS.
- PUSSETTI, Chiara (2006), “A patologização da diversidade. Uma reflexão antropológica sobre a noção de culture-bound syndrome”, *Etnográfica*, 10, (1), pp. 5-40.
- PUSSETTI, Chiara & PEREIRA, Luís Silva (2009), “Introdução”, em PUSSETTI, Chiara & PEREIRA, Luís Silva (orgs.), *Os Saberes da Cura: Antropologia da Doença e Práticas Terapêuticas*, Lisboa, ISPA.
- PUSSETTI, Chiara (2010), “Introdução. Psiquiatria transcultural: Uma prática aquém da promessa”, em PUSSETTI, Chiara (coord.), *Migrantes e Saúde Mental: A Construção da Competência Cultural*, Lisboa, ACIDI.
- RAYMOND, Prince (2006), “Origins and early mission of transcultural psychiatry: Some personal recollections”, *Oficial Jornal Of World Association Of Cultural Psychiatry*, 1, (1), pp. 6-11.
- SANTINHO, Cristina (2011), *Refugiados e Requerentes de Asilo em Portugal: Contornos Políticos no Campo da Saúde*, Tese de Doutoramento em Antropologia Urbana, Lisboa, ISCTE-IUL.
- TOREN, Christina (1999), *Mind, Materiality and History: Explorations in Fijian Ethnography*, UK, Routledge.