

Negociar a cura: enquadramentos da doença em uma clínica psiquiátrica transcultural – um estudo de caso

J. Flávio Ferreira

Introdução

Este artigo surge de uma inquietação: após algum tempo de trabalho etnográfico em hospitais psiquiátricos em Portugal, com um projeto de pesquisa sobre um serviço de apoio transcultural a imigrantes, pude notar que face às estruturas nosológicas da biomedicina as explicações “culturais” de muitos pacientes imigrantes acabavam por potencializar a patologização dos seus comportamentos (Ferreira, 2008).¹

Este fenômeno está intrinsecamente ligado a dois pontos fundamentais: I. as mudanças dos fluxos migratórios em Portugal nos últimos 15/20 anos, que deixa de se caracterizar predominantemente como um país de emigrantes para tornar-se um país de acolhimento; e II. a emergência das tensões e contradições dos serviços públicos, sobretudo na área da saúde, que visam atender às novas necessidades derivadas de tais fluxos, nomeadamente quanto a atenção dada às diferenças culturais que possam facilitar ou dificultar o tratamento clínico.

No que tange o serviço psiquiátrico transcultural aqui tomado como referência e que esteve em vigor até o ano de 2009, em Lisboa – encontrando-se suspenso desde então para futura reativação –, o atendimento a pacientes imigrantes constituiu um dos palcos do encontro clínico de diferentes práticas e saberes que atuam sobre o corpo.

Algumas estruturas psicológicas e da concepção do mundo podem entrar em choque com as referências das categorias psiquiátricas que racionalizam o corpo e as

¹ Trata-se, na verdade, de dois estudos aos quais me refiro: minha dissertação de mestrado no ISCTE-IUL (Lisbon University Institute), e um estudo encomendado pelo ACIME (Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas; atual ACIDI – Alto-comissariado para a Imigração e o Diálogo Intercultural – Portugal), no qual fiz parte como primeiro investigador, e no qual aportei parte dos resultados que colhi em campo para a minha dissertação junto a outros dados mais recentes.

manifestações das emoções/comportamentos, minuciosamente descritas nos manuais internacionais de psicopatologia, como o DSM².

O problemático encontro entre “sistemas de crenças” (como são considerados os relatos subjetivos/culturais dos pacientes) e a biomedicina é quase sempre reduzido às componentes psicológicas de determinadas expressões religiosas; os religiosos que apelam ao sistema público de saúde na área da psicopatologia, mas que mantêm suas explicações culturais para o “mal” que lhes aflige são, invariavelmente, conduzidos ao tratamento psiquiátrico sob a apreensão dicotômica crença/racionalidade. Este confronto é muitas vezes pouco saudável.

Justamente por isso, sob os propósitos deste artigo, tanto o saber religioso da cura, quanto o saber biomédico-psiquiátrico serão re-enquadrados. Após uma revisão das principais teorias inerentes a este tema – que trazem em si mais necessidade de reflexão do que propriamente conclusões – será exposto um estudo de caso clínico que pude acompanhar em trabalho de campo em um hospital psiquiátrico de médio porte em Lisboa, Portugal.

Embora os ritos/religiões aqui expostos não tenham necessariamente uma “familiaridade” sistêmica procuro, à luz da antropologia médica crítica e do estudo de caso da imigrante guineense Bela-lundù, ilustrar sem conclusões finais a necessidade de novos diálogos entre diferentes saberes, para que se privilegie o indivíduo e a diversidade na relação clínica transcultural.

De fato, não se pode definir ao certo se a intervenção psiquiátrica transcultural, que tende a ser densamente normativa na relação entre os comportamentos e sinais sintomáticos, foi positiva ou negativa para muitos dos pacientes do serviço no qual me baseio aqui. Este tipo de conclusão deveria levar em consideração outros fatores próprios de uma análise transdisciplinar e em conjunto a uma equipe treinada para estes fins. Contudo, deve-se ressaltar que este encontro, potencializado pelo fenômeno da imigração na Europa (Fassin, 2000; Vacchiano e Taliani, 2006), reflete a sobreposição de diferentes epistemes no âmbito das práticas terapêuticas e, por isso, deve ser problematizado.

De um lado, temos práticas e referências culturalmente determinadas que possuem lógicas próprias e eficácias simbólicas que podem ser observadas na utilização

² *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), publicado pela APA - *American Psychiatric Association*.

de rituais de cura em grupos religiosos específicos³; de outro lado, apresenta-se uma concepção organizacional (clínica) dos comportamentos e das suas estruturas psicológicas extremamente ligada ao desenvolvimento de uma racionalidade ocidental, que almeja ampliar os valores envolvidos na produção do seu conhecimento para outros territórios: distinção dos comportamentos por gênero sob ideais historicamente construídos, concepções de funcionalidade social voltadas às relações interpessoais, ao trabalho e à produção, organizações político-sociais (Conrad e Schneider, 1981), padronização das emoções e das suas formas sociais de expressão, dentre outros valores que, sob a legitimação científica, pretendem-se universais e inquestionáveis.⁴

Os materiais ideológicos e/ou a formação recíproca entre sociedade, corpo e cultura que permeiam a construção do saber psiquiátrico biomédico são há muito alvo de profundas reflexões na academia (Wig, 1994; Young, 1995; Shim, 2002). Porém, no que diz respeito especificamente à relação clínica transcultural, ainda assim, é presente uma estrutura de poder que impede com que o Outro, então objetificado, em posição de subalternidade, possa realmente assumir seu papel na relação terapêutica: ser escutado e entendido. Por mais que muitas propostas sejam apresentadas, sobretudo as que tentam fundir diversas áreas do saber, o âmbito clínico é também a (re)criação do Outro de acordo com os valores éticos constituintes da nosologia psicopatológica. Nos mecanismos de análise clínica⁵, o Outro é sempre convertido às estruturas-base do seu conhecimento: uma superestrutura sempre o impedirá de transpassar elementos semânticos para que ele (o paciente) seja integralmente compreendido (Spivak, 1988).

Deve-se ainda considerar que a evolução da psiquiatria foi sempre inspirada pelos acontecimentos políticos e econômicos de períodos específicos, que circunscreveram os seus limites de atuação (Conrad e Schneider, 1981; Kirk e Kutchins, 1997).⁶ Assim o foi

³ No contexto brasileiro, por exemplo, esse papel está presente nos casos da umbanda, do espiritismo kardecista, dos candomblés, das religiões ameríndias e em muitos outros casos. Para mais detalhes ver: (Montero, 1985; Rabelo, 1993).

⁴ Baseio-me aqui no que Laurence Kirmayer definiu em sua crítica à forma que o conhecimento psiquiátrico é empregue atualmente como «monocultura global da felicidade». Para mais ver: Kirmayer, (2002, p. 315).

⁵ Daqui em diante, leia-se sempre “clínica transcultural”, “psiquiatria transcultural”, salvo indicação contrária.

⁶ A relação entre estruturas políticas e a psiquiatria biomédica oferece vastos exemplos históricos de contradições entre a apreensão da sintomatologia de “novas” doenças e a propensão para que estas se manifestassem em determinados grupos sociais. Muitas vezes, esta relação implica no enquadramento da doença numa perspectiva mais ampla, segundo contextos históricos, econômicos e sociopolíticos; Para exemplos específicos, como o *negroidismo* e a recentemente descoberta *Síndrome de Ulisses*, ver: Ferreira, 2008: 67-78. Para reflexões teóricas mais amplas sobre os possíveis elementos políticos e morais na base da construção do saber psiquiátrico biomédico e sua relação com a saúde de grupos específicos, ver: (Conrad e Schneider, 1981; Pupavac, 2004; Santiago-Irizarry, 2001).

com as categorias normal e anormal que marcaram o reducionismo terapêutico do asilo pelo internamento, até com que as ideias então revolucionárias de Basaglia, nos anos 1970, sobretudo, pudessem ser progressivamente incorporadas ao sistema político e social; e assim o é na psiquiatria moderna, cujos estudos prosseguem utilizando conceitos como raça, gênero e proveniência geográfica na construção dos parâmetros de leitura das sintomatologias e suas categorias de análise, da mesma forma que se constituem concepções de maior propensão (risco) de grupos específicos a determinadas psicopatologias (Lewis-Fernandez, 1994; Santiago-Irizarry, 2001).

A produção do conhecimento nos campos do poder passa pela construção da diferença e seus processos de legitimação pela contraposição entre o «moderno e o arcaico» (Said, 1990).

Este processo se assemelha ao que Lila Abu-Lughod chamou de *overemphasize coherence*, ou seja, o reforço de características cujos valores simbólicos denotam o Outro, a forma como ele é criado e apreendido: *women, blacks, and people (...) of non-West have been historically constituted as others in the major political system of difference on which the unequal world of modern capitalism has depended* (1991, p.142). Para citar outra passagem ilustrativa da autora:

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

De toda a forma, pretende-se, neste artigo, percorrer brevemente algumas propostas alternativas conferidas pela antropologia médica. Depois, será exposto um estudo de caso que pude acompanhar durante ano e meio, o qual aponta algumas das contradições do encontro entre diferentes formas terapêuticas, tanto do ponto de vista clínico, como do ponto de vista da prática religiosa/tradicional.

Através da reconstrução da história de vida de Bela-lundù, limitada aqui à sua descrição entrecortada por referenciais teóricos, emergem algumas questões interessantes nas entrelinhas: dentre elas, a veemente negação de práticas rituais ao princípio da relação terapêutica com a psiquiatra que a tratava. Fato que se deve ao receio da paciente em asseverar o seu próprio quadro clínico, uma vez esta reconhece um rebaixamento das suas “histórias” pelo corpo psiquiátrico que a examina. Ao se dar conta da forma como é interpretada, a paciente tenta administrar a profundidade dos seus relatos consoante o

técnico de saúde que a atende (psiquiatras, enfermeiras, psicólogas, antropólogos). Discuto este enlace ao final da sua história, na terceira parte deste trabalho.

A história de Bela-lundù é, portanto, um fragmento das histórias de confronto entre diferentes saberes do corpo e o conhecimento biomédico: um retrato da verticalidade da clínica que toma, potencialmente, as estruturas psico-biológicas como fatos universais.

Cultura, Saúde e Doença: algumas considerações preliminares.

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

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

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

Contra-pondo-se à relação existencialista da doença na biomedicina (Csordas, 1983), as práticas religiosas transmitem um modelo explanatório do estado de aflição e da sua expressão no corpo (somatização), o qual circunscreve a desarmonia física ou espiritual em uma rede de relacionamentos e, por sua vez, numa nova visão do mundo.⁷

⁷ Nos rituais do candomblé de tradição nagô, por exemplo, o mundo pode ser dividido em *aiê* (ou o mundo físico) e o *orun* (o mundo das entidades sobrenaturais). É durante a prática ritual que o adepto interioriza a sua cosmologia e é inserido numa relação dinâmica e coesa entre o divino e o profano. O ritual pretende reconstruir a relação perdida ou enfraquecida entre o adepto e seus orixás. A doença pode manifesta-se justamente pela não manutenção desta ligação ou pela sua má gerência. Por mais que a ligação entre a saúde e a doença dos adeptos não passe, necessariamente, pelo equilíbrio entre *aiê* e *orun*, esta relação

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

Dentro das práticas de cura, as manifestações da aflição são inseridas numa economia de mediação entre o ritual e a incorporação individual das condições estruturais normativas do conhecimento tradicional/religioso. Estas leituras ampliam as explicações da doença e inserem o indivíduo em novos processos de significação. Logo, o corpo passa a ser o palco da interiorização dos processos que o cercam; e dele manifesta-se a exteriorização culturalmente determinada dos valores e contradições da própria sociedade sob a nosologia espiritual que o influi.

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

Durante a década de 1970, o conceito de *Semantic Illness Network* (Good, 1977) vem a refletir a doença como algo imerso em universos simbólicos associados aos sintomas, emoções e sistemas sociais organizados sob estruturas semânticas, onde o uso de determinadas palavras por grupos ou sociedades acaba por demonstrar diferentes modos de interpretação e vivência da experiência da doença. As componentes semânticas apontam para a variabilidade das emoções e do modo de se entender o mundo ligadas à “cultura”.

Sobre as estruturas psicológicas, a antropologia da cognição argumenta a “cultura” como algo aprendido por sistemas de signos e significados, intercomunicados primariamente pela língua materna. Estes sistemas de trocas simbólicas não são somente representações da realidade, mas antes meios direcionais e evocativos da construção da

ilustra uma dramatização da procura de bem-estar por parte do iniciado e da oferta de conforto por parte do “povo-de-santo”.

realidade, a condicionar as relações e apreensões físicas e psicológicas de forma problemática (D'andrade, 1990, p.65).

As variadas formas de se expressar o sofrimento da doença geram uma necessidade de adaptação dos modelos de interpretação do indivíduo. Cecil Helman (2000, p.37)⁸, por exemplo, relata um caso sobre *ārdhaangāni*, uma experiência do corpo usualmente confundida como doença pelo sistema biomédico e típica da região norte da Índia. A sua sintomatologia apresenta-se através de metáforas simbólicas das relações de parentesco local, cujo lado esquerdo da mulher pertence ao marido e à sua família. As relações de stress sentimental no matrimônio manifestam-se por meio de sintomas como a diminuição da força e paralisia parcial ou total somente neste lado do corpo feminino, dificilmente atingindo o lado direito.

Para que se identifique estratégias coletivas na vivência individual da doença é fundamental a utilização de conceitos teóricos, como o das *Explanatory Models* (EM)⁹, a partir do qual o estudo da antropologia médica passa a ver no coletivo as forma de identificar valores e levantamentos cognitivos, semânticos, históricos, etc., para melhor perceber o indivíduo. Assim, *Sickness*, ou seja, o aspecto social da doença passa a ser considerada uma categoria genérica, sendo subdividida em *illness* e *disease*, responsáveis respectivamente pela experiência subjetiva e pela disfunção de órgãos ou sistemas orgânicos como causa da doença/sintomatologia.

Sob a apreensão biomédica da análise clínica, os médicos questionam a disfunção orgânica, enquanto o doente tende a relatar a *illness*. As EM apresentam-se como alternativas de leitura da(s) vivência(s) de estados alterados da saúde e das formas possíveis de tratamento.

A resposta terapêutica à aflição do indivíduo deixa de ser conceitualizada sob a separação entre cultura e natureza, rompendo com o princípio epistemológico da ciência cartesiana da distinção entre corpo e mente: por sua vez, *healing* (ou *caring*) passa a

⁸ Com referencia a Jadhav, G. (1986). *Explanatory Models, Choice of Healers and Help-seeking Behaviour*. (Tese inédita). *National Institute of Mental health and Neuroscience*, Bangalore.

⁹ As EM são guias de orientação em dada referência cultural, possibilitando reconhecer os fundamentos e variações da interpretação individual dentro do grupo. As EM sugerem a ideia de que é necessário se conhecer as referências de um sistema de pensamento para que se possa perceber plenamente os significados da saúde e da doença em um grupo determinado, ou seja, para que possa contextualizar os comportamentos e as expressões culturais e emocionais em dada sociedade e em seus integrantes. Ver (Young, 1982; Kleinman, 1978).

representar as emoções, as percepções e as experiências individuais no âmbito terapêutico, enquanto *curing* é referente ao processo de cura de disfunções orgânicas¹⁰.

Esta formulação, por fim, não abriga uma vontade de inversão da legitimidade entre o saber médico e a prática alternativa de cura, mas ilustra antes uma ampliação da correlação entre *illness* e *disease* em uma intervenção do sistema biomédico ou na própria terapêutica alternativa. No que diz respeito a um contexto clínico, por exemplo, a prescrição medicamentosa em resposta a uma determinada sintomatologia agiria tanto em *healing* como em *curing*: ou seja, respeito tanto à experiência subjetiva da doença, como quanto às suas possíveis causas orgânicas.

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

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

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

De forma ideal, a etnopsiquiatria pretendia ressignificar as concepções e a valorização do corpo e do comportamento humanos presentes na psiquiatria pela

¹⁰ Diferentes autores fundamentam-se em nomenclaturas distintas, com pequenas mudanças metodológicas nas formas de interpretar a relação entre saúde e doença. Cecil Helman (2000) produziu um vasto apanhado das discussões teóricas na área da antropologia médica. Através de seu trabalho pode-se observar muitas das propostas desde a fundamentação da antropologia médica até os dias de hoje. Ver também: Young (1982) para uma ampla reflexão acerca das EM.

valorização da percepção do paciente, contrapondo suas especificidades culturais a um modelo psicopatológico previamente estruturado. Deste modo, almejava-se alcançar propostas terapêuticas alternativas, apoiadas na linguagem cultural do próprio analisado.

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

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

Para Devereux, um xamã possuía um significado em sua sociedade, localizado e específico no seu sistema de crenças e realidades, o que, no entanto, não o eximia de ser portador de uma enfermidade mental observável pela expressão das suas crenças religiosas¹¹.

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

O caso clínico exposto a seguir vem a indicar que tanto os aspectos científicos como os tradicionais, no âmbito terapêutico, estão cheios de contradições internas. A psiquiatria biomédica deixa então de ser vista como um conhecimento científico puro,

¹¹ Ver: *Mohave Ethnopsychiatry*, Devereux (1969).

para passar a uma expressão estrutural de conhecimento como qualquer outra. Imagens hierárquicas de uma medicina desenvolvida e universal, que consegue explicar as enfermidades do corpo e da mente, são (ou deveriam ser) equalizadas ao mesmo nível da apreensão do mundo das chamadas etnomedicinas.

Imigração e Clínica: encontros da diferença nas entrelinhas de um estudo de caso

Este estudo de caso é baseado na experiência migratória de “Bela-lundù”¹², paciente de um serviço psiquiátrico em que realizei trabalho etnográfico entre o final de 2006 e início de 2008, em Lisboa. Bela-lundù foi por mim entrevistada várias vezes e muitos detalhes do seu caso clínico me foram revelados (e reveladores). Muitas destas informações não foram expostas aos terapeutas que a trataram. Isto ocorreu como forma de autoproteção da paciente, que se sentiu intimidada ao perceber que quanto mais elementos culturais eram lançados no espaço terapêutico, mais seu prognóstico agravava-se.

Neste caso clínico acaba por ficar demonstrado como sua mudança para Portugal foi negociada em um “sistema circular” entre a prática tradicional da cura, os objetivos que tinha ao realizá-la, seu confronto com as categorias psiquiátricas e, também, a utilização da doença para administrar seus “objetivos migratórios” através do seu estatuto: uma bio-política do corpo no sentido em que Fassin (2004) revela ao termo, aplicada entre o seu sistema de crenças, a prática migratória e o seu enquadramento institucional. Trata-se de um papel subalterno assumido por Bela-lundù que, dentre outras coisas, possibilitava-a permanecer na Europa.

Creio que aqui são colocados problemas sutis (ora evidentes) entre o encontro da psiquiatria/biomedicina, práticas tradicionais e a posição do paciente no espaço clínico transcultural. Todavia, tento não fazer aqui largas reflexões teóricas, salvo breves apontamentos sobre as práticas tradicionais ligadas à Bela-lundù, para que fragmentos relevantes do seu histórico de vida sejam livremente associados à teoria anteriormente exposta. As palavras em itálico no corpo do texto são transcrições literais dos termos utilizados por Bela-lundù.

¹² O nome da informante foi substituído como forma de preservá-la. A instituição em que realizei trabalho de campo não é nomeada, uma vez que o objetivo não é criticar o seu trabalho ou os profissionais envolvidos neste projeto clínico transcultural, mas antes contribuir para as reflexões na área da antropologia médica crítica.

A proposta de não se fazer uma conclusão final sobre este estudo de caso reside na premissa de que a psiquiatria transcultural nos revela muitos casos expostos em uma ampla bibliografia acerca da necessidade de reformas na sua estrutura de análise clínica. Justamente por ser um campo complexo e que pode incidir de forma profunda na vida dos pacientes, qualquer proposta de requalificação clínica deve ser oferecida através de grupos de estudos interdisciplinares.

Meu propósito é ressaltar, pela especificidade e detalhes deste caso clínico, a necessidade de se oferecer mais elementos para a análise de grandes processos de apreensão do corpo pela atuação de um saber pretensamente universal, a evidenciar uma dança descompassada entre o sujeito e suas representações institucionalizadas.

Não se trata meramente de perceber este processo pela perspectiva do sujeito oprimido – que somado ao discurso distanciado do investigador acaba por se reconhecer a dimensão da opressão – mas antes buscar refletir acerca do próprio processo de opressão.

O Amanhecer

Bela-lundù veio do sul da Guiné-Bissau para Lisboa há menos de uma década, onde se estabeleceu com uma prima (em verdade, a filha de sua vizinha na aldeia onde crescera) que vivia e trabalhava em Portugal. A documentação para seu direito de estadia se firmou pelo acordo do Ministério da Saúde guineense, em que os cidadãos portadores de enfermidades que não podem ser tratados na capital, Bissau, têm direito a um visto de permanência pelo governo português para acesso à saúde em território nacional¹³.

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

¹³ De acordo com o tratado entre a República Portuguesa e a República da Guiné-Bissau, decreto n° 44/92 assinado em Lisboa a 31 de Março de 1989. Para mais, ver: www.gddc.pt/siii/docs/dec44-1992.pdf (ACESSO EM 15/09/2007).

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

O “ataque” surgiu aos oito anos de idade, enquanto trabalhava a buscar água para a família na aldeia vizinha. Bela-lundù perdeu os sentidos e, ao acordar, estava ao chão, sem movimentos, com *sucuma a sair da boca* (espuma), e temporariamente sem visão. Os “ataques” viraram constantes desde então, fazendo-lhe, em outras ocasiões, perder temporariamente a fala, a coordenação motora era afetada, os seus olhos ficavam abertos, assemelhando-se a um estado de transe, não escutava nada e, portanto, não possuía nenhum tipo de comunicação com as pessoas em redor, a não ser uma voz de mulher que a assustava – e que continua a assustá-la ainda agora.

A cada episódio Bela-lundù ficava de cama, situação pela qual a sua família passou a procurar o tio de sua mãe, que a levava ervas de banho e líquidos para ingestão. Buscavam, com estes meios, afastar o “mal”. Eles lhe diziam que esse “mal” era da ordem do espiritual. Aos poucos, Bela-lundù recuperava-se e a família evitava falar sobre o assunto, agindo como se nada tivesse ocorrido. Bela-lundù não sabe dizer o que acontecia, apenas repete que *caía de ataque quando era pequena, foi assim*.

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

O psiquiatra não explicou a Bela-lundù o que se passava. Dizia-lhe que o tratamento iria demorar, talvez fosse para sempre e, assim sendo, da necessidade de continuar em Lisboa. A triagem à qual foi submetida apontou posteriormente o

diagnóstico de Esquizofrenia e, de início, o suporte dos técnicos de saúde baseou-se em sessões de psicoterapia com auxílio de psicofármacos.

Meio-dia

No início de sua adolescência, Bela-lundù foi levada da zona rural onde vivia para a capital, para ser tratada no Hospital Nacional Simão Mendes. A princípio suspeitaram de Cisticercose «*Taenia solium*»¹⁴, mas sua família, muçulmana e de etnia *mandinga*, alegava que Bela-lundù nunca comera carne de porco.

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

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

No entanto, ao completar os dezenove anos de idade, a sua família acordou seu casamento, o qual era indesejado por Bela-lundù, que me reporta não gostar da ideia de estar submetida às ordens de um marido. Após alguns meses de casada, os seus “ataques” voltaram, a demonstrar, sob seu próprio ponto de vista, a insatisfação com sua situação familiar e o desejo de algo melhor para a sua vida. Este contexto fez com que seu marido buscasse uma segunda mulher, que passou a viver na casa vizinha e que teria

¹⁴ No caso de Bela-lundù, os médicos em Bissau acreditavam na hipótese de Neurocisticercose, com a instalação dos cisticercos no sistema nervoso central, músculos e vísceras, podendo causar crises convulsivas, cefaleia, alterações na visão, hidrocefalia, etc., que explicariam, *a priori*, todo seu quadro sintomático, dado que os resultados dos exames neurológicos não indicavam relações precisas com o estado da paciente. A partir dos sintomas da Neurocisticercose, os médicos interpretavam tais divergências como uma questão de nomenclaturas utilizadas pela paciente, uma vez que convulsões poderiam ser vistas como “estado de transe”, alterações na visão, como alucinações ou confusão mental e assim por diante.

ficado grávida pouco tempo depois, situação que provocou conflitos entre as duas e seu marido. Bela-lundù diz:

Ela era mais jovem, dava os filhos fortes que ele queria, estava sempre a cozinhar e presente para ele, se sujeitava às ordens e às obrigações... Eu não! ...então ficava nervosa e ela passou a dizer a todos que era estranha pelos meus ataques, que eu entrava em transe, não podia ter mais filhos e trabalhar. Gozava comigo em frente a todos pelos filhos fracos que eu perdi e pelas doenças dos que nasceram... isso tudo acabou por provocar muitos ataques e brigas... já não tinha respeito na aldeia.

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

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

Bela-lundù voltou à aldeia, desta vez sem prestígio algum entre seus amigos e familiares, com os “ataques” frequentes e quadro sintomático agravado, com insônias que duravam dias seguidos, agressividade nas relações sociais e a presença da “força” que a perseguia, a ameaçar os seus filhos e a perturbar o seu sono. A situação a fez decidir por voltar à capital e solicitar uma junta médica para ir a Lisboa, na tentativa de encontrar um *tratamento moderno*. Diz que a sua vinda não possuía somente o intuito terapêutico, mas também o afastamento do seu marido (funcionário público, que

trabalhava a organizar cursos de saneamento básico em aldeias afastadas da capital) e reunir condições para melhorar a vida de seus filhos.

Entardecer

Ao psiquiatra transcultural (assim como nos relatos que me fizera) do hospital, em Lisboa, Bela-lundù fala sempre dos sonhos, definindo datas e personagens que lhe aparecem, dando a entender que são constantes e muito importantes nas decisões que toma para a sua vida. Porém, ao ser questionada pelo médico, fica quase sempre em silêncio por alguns segundos e depois responde timidamente *que não se lembra*. Ao longo de todas as entrevistas, acabávamos por fazer percursos de ganho de confiança, com a repetição das mesmas perguntas para verificar se as respostas se alteravam.

Depois de alguns encontros, Bela-lundù me revela detalhes de seus sonhos. Em geral, se passavam com a família, com repetidas figuras que a ameaçavam, a pedirem coisas materiais, o que lhe causava as insônias e, em certos períodos, a faziam aumentar a frequência das visitas psiquiátricas, pedindo aumento das doses de fármacos a fim de que lhe induzissem *sonos sem sonhos*. Nestas ocasiões, Bela-lundù, apesar de não o fazer premeditadamente, já ganhava consciência de que os seus relatos poderiam, em médio prazo, alterar a medicação (e como veremos mais adiante, também o diagnóstico) segundo os seus interesses. O recurso aos médicos para a melhoria do seu sono permitia o afastamento das *personagens*, dado que acreditava existir uma relação entre as insônias e o nervosismo nas relações interpessoais.

Quando perguntada sobre as sensações das dores de cabeça, que antecedem os “ataques”, fala de *água que se mexe na cabeça*, sendo esta a forma como pode definir as sensações das reações físicas desde sua infância. De fato seus sonhos estão sempre ligados ao mar e/ou água. A figura que a atormenta, enfim, é colocada como uma senhora branca, aparentemente europeia, *gorda*¹⁵, com cabelos loiros e olhos claros, que nunca lhe fala diretamente, mas lhe sussurra ameaças e lhe *apaga a mente*, deixando-a com medo de dormir. Estes sonhos intercalam-se com imagens onde estão os filhos ou o seu pai a sofrer acidentes de carro ou algum tipo de mal, situações em que Bela-lundù

¹⁵ Na Guiné-Bissau, o termo “gorda” significa, em verdade, uma constituição física forte, que denota elogio à forma e à feminilidade: uma mulher com a força de produzir filhos fortes e com recursos financeiros para se alimentar bem. “*Bu ta ngorda tchiu*” (crioulo) é um elogio muito comum para cumprimentar alguém, como me afirmou Bela-lundù.

nada pode fazer. Os relatos sobre os seus familiares são colocados sempre em paralelo com o medo que esta senhora europeia lhe impõe, com risco de perder pessoas queridas ou bens materiais.

Durante as entrevistas, suas expressões acerca dos sonhos se contradizem, em maior grau, pelo silêncio que ora é atribuído à entidade feminina, ora às vozes e ameaças que esta lhe confere. A comunicação corpórea de Bela-lundù sugere sempre timidez, afastamento e tentativas de mudança de assunto a cada tentativa de entrar em profundidade nos acontecimentos do seu passado e da sua relação com as forças que a perturbam. Ela não demonstra qualquer problema em falar da família e das dificuldades que passou, mas se retrai ao ser questionada sobre o conteúdo das vozes ou sobre a mulher branca que lhe aparece nos sonhos.

Bela-lundù mora, atualmente, com seu irmão, revelando que não estava só com sua prima em Portugal como dito de início, mas junto a aproximadamente quinze parentes, que vivem e trabalham em Lisboa e arredores. Seu discurso é paradoxal, no sentido em que demonstra insatisfação com sua vida financeira atual, alegando que passa necessidades e não tem dinheiro para mandar à sua família, que *não tem o que comer*, na Guiné-Bissau. Ao mesmo tempo, a sua casa é adornada com muitos equipamentos eletrônicos caros, com receptor televisivo por cabo, com todos os homens da família a possuir aparelhos eletrônicos modernos e carros de luxo – bens que se esforça por descrever aos parentes da Guiné-Bissau quando os contata por telefone móvel.

Em muitos dos nossos encontros, Bela-lundù e a sua família insistiam muito em me buscar de carro à estação do metropolitano, que estava a 3 quadras da sua residência; no interior da casa, expunham orgulhosamente os seus bens materiais, mostrando que lá estavam, atestando uma linguagem de prestígio.

Apesar de me dizer não acreditar nos *remédios da terra*, manda trazer mensalmente da Guiné-Bissau ervas para produzir líquidos de banhos e *mezinhas*, os quais utiliza e vende através de seu irmão, que trabalha como astrólogo na região da grande Lisboa, com larga clientela – evidenciada pela sua constante procura no telefone móvel.

Se, por um lado, um motivo terapêutico a trouxe à Europa, por outro, a manutenção do seu estado de saúde a permite atingir objetivos secundários. Prolongar o estatuto de “enferma” possibilita que Bela-lundù continue na Europa sem grandes problemas burocráticos e sem a obrigação de seu retorno à *terra*.

Os sonhos colocam esta relação entre a melhoria da sua qualidade de vida, expressa pela relação de posse material, em contraste com os sintomas de seus males e os sonhos ameaçadores da *Senhora Europeia*. Esse contexto possui alguma semelhança ao culto da *Mamy-wata*, praticado por toda a região oeste, central e subsaariana do continente africano, partes do Caribe e algumas partes da América do Sul¹⁶. Porquanto não haja ainda muitos estudos sobre a presença do culto da *Mamy-Wata* no contexto da Guiné-Bissau, podemos estabelecer um paralelismo com o culto local da *Serpente*, a *bajuda iran cego* (crioulo; a menina pitão)¹⁷. *Serpente* é, de fato, assim como *Mamy-Wata*, um *iran*¹⁸ (ser sobrenatural) que assume frequentemente a aparência de uma mulher branca, europeia e sexualmente apelativa, que pode entrar em relação “contratual” com os seres humanos.

No culto a *Mamy-Wata*, tal como no da *Serpente*, o elemento do bem-estar econômico e acesso a bens materiais é a base da relação com a entidade espiritual. Diferentes autores¹⁹ salientaram – como elemento constante em cultos com esta natureza contratual – a relação entre a aquisição de bens e a morte e/ou a doença dos filhos e parentes próximos, como sugerem os sonhos de perigo da Bela-lundù, a perda dos gêmeos e de seu pai, pessoa a qual possuía fortes ligações emocionais e lembranças de cuidado durante a infância. *Serpente* chupa o sangue de seus adeptos, come os seus filhos, tira a fertilidade das mulheres e a alma dos homens.

Nos relatos de Bela-lundù, como foi evidenciado anteriormente, a competição com a outra esposa do seu marido toma, muitas vezes, a forma de provocações em relação à possibilidade de perda da fertilidade ou à impossibilidade de dar a luz a filhos fortes e saudáveis. Estes fatores têm relação direta com uma possível ligação de Bela-lundù a algum dos cultos mencionados. Muitos indícios emergem nas entrelinhas das nossas conversas.

Neste caso, devem ser consideradas as óbvias repercussões negativas – familiares e sociais – desta *conexão*, como a associação pelos familiares e moradores da sua aldeia dos seus “ataques” a um transe induzido por problemas espirituais (pela entidade, ao que

¹⁶ Para mais, ver (Szombati-Fabian e Johannes, 1976; Salmons, 1983; Jell-Bahlsen, 1997).

¹⁷ (Mesquitela, 1996).

¹⁸ A palavra *iran* (ou *irã*) designa, em crioulo, diferentes objetos rituais, que podem incluir amuletos fabricados para um *marabout*, os espíritos que moram em dado território, ou ainda entidades sobrenaturais que podem possuir as pessoas (Henry, 1994:88). O termo *iran* deriva do termo *bijagó eraminde, erande*, ou *irande*, que designa uma entidade originariamente ligada a um *pitão* que mora no mar e que pode se relacionar extraordinariamente com os seres humanos (Henry, 1994, p.89).

¹⁹ Entre outros, (Einarsdóttir, 2000; Vacchiano e Taliani, 2006).

sugerem os seus sonhos). Estes conflitos a atingem por mais que esta ligação espiritual não tenha se estabelecido voluntariamente, mas antes (e eventualmente) pela sua própria família desde sua infância²⁰.

A utilização desta ambiguidade por parte da co-esposa, a apontar publicamente as doenças e as perdas dos filhos de Bela-lundù, assim como os seus “ataques” e sofrimentos, são mecanismos constantes nas relações poligâmicas no contexto guineense, com a finalidade de desacreditar a figura das outras mulheres do próprio marido. Esta estratégia de marginalização das esposas, analisada por alguns autores²¹, torna-se evidente com o termo “*kumbosas*” (crioulo) que designa “as outras esposas do próprio marido”, palavra que deriva do substantivo “*kumbossadia*”, que pode ser traduzido por “ciúme” ou “mau-olhado”, a sublinhar uma relação complexa e tensa entre co-esposas.

Partindo da possibilidade de que Bela-lundù tenha instaurado uma relação contratual com *Serpente* ou qualquer entidade equivalente, como os sonhos e os bens materiais continuamente exibidos parecem indicar, podemos imaginar que se trate de uma ligação perturbada, em que algo não está em harmonia: a entidade lhe oferece carros luxuosos, perfumes caros, materiais eletrônicos sofisticados; ao mesmo tempo em que lhe retira a liberdade, como o internamento em um Centro para Doentes Mentais na Guiné; ou o sono, com os sonhos e pesadelos; os filhos, os parentes; a saúde (o rim); e a fertilidade, além de que a ameaça e assusta.

Bela-lundù, enquanto diagnosticada com uma desordem mental e paciente de um serviço psiquiátrico transcultural, foi tratada com psico-fármacos leves para que pudesse, segundo os médicos, recobrar seu “estado normal de consciência”. Embora esta seja a informação médica oficial, há uma dissonância entre os relatos do psiquiatra e das enfermeiras, que lhe explicam a posologia. Além disso, o histórico clínico de Bela-lundù indica uma alta variabilidade na prescrição medicamentosa.

Em seu dia-a-dia, ela contava com uma ampla rede de familiares em Lisboa, que a auxiliavam no acesso a bens de consumo e necessidades específicas do tratamento. Durante a relação terapêutica, ela apresentou uma constante negação de qualquer prática

²⁰ Dadas as fragmentações da reconstrução da história de Bela-lundù, com relatos contraditórios e revelações pontuais do seu percurso, ou ainda com descrições mais detalhadas da sua vida (que achei por bem não referir aqui), faz-se crer a presença de *Serpente*: sonhos, ameaças, sensações que não se pode explicar, perda da fertilidade e dos filhos, percurso migratório como “sinônimo” da aquisição de bens materiais... Há três formas essenciais desta ligação ritual: direta, entre o indivíduo e a entidade; pela família, sem o próprio conhecimento do indivíduo; ou ainda da própria escolha da entidade que busca o indivíduo, sem intervenção da família ou vontade pessoal. Foi a própria Bela-lundù quem me explicou, ainda que com outras palavras, estas formas contratuais.

²¹ Ver: (Oliveira de Sousa, 1995).

de ordem “mágica”, o que pode ter contribuído para uma suavização na análise da sua sintomatologia, principalmente no que se refere às suas descrições dos “ataques” no seu percurso migratório e comportamental. Pode dizer-se que Bela-lundù, por acaso ou por ter evitado o uso de uma linguagem que poderia levar à sua estigmatização pelos próprios psiquiatras, encontrou um meio-termo entre prosseguir o seu tratamento e não reforçar tanto a gravidade da sua situação, permanecendo sob tratamento em consulta externa.

Há aqui dois fatores que devem, entretanto, ser evidenciados: I. na altura em que Bela-lundù é tratada, o hospital que abrigava o projeto transcultural, em Lisboa, estava em fase de encerramento. Como reflexo, havia uma forte pressão administrativa para se evitar internamentos. Um dos psiquiatras que tratou Bela-lundù chegou a me dizer que o caso dela foi bastante discutido em reuniões internas de revisão das avaliações diagnósticas (que mantinham quinzenalmente), uma vez que os dois psiquiatras que a trataram tinham divergências acerca de mantê-la na Consulta Externa ou não; II. a própria Bela-lundù, como dito anteriormente, já se havia dado conta de qual linguagem deveria utilizar para alterar a medicação, uma vez que percebeu já ao início que a sua linguagem influenciava as dosagens nos períodos de revisão clínico-farmacológica. Este fato explicaria as variações contidas em seu histórico clínico. Ao mesmo tempo em que ela nega as práticas mágicas, fala dos sonhos como referências para as suas decisões diárias, assim como continua a fazer *mezinhas* e *banhos* em casa.

Tive acesso a outros casos relacionados com elementos muito semelhantes aos de Bela-lundù, onde a manutenção de uma argumentação de causalidade de qualquer sofrimento de ordem psicológica em sistemas de crenças, como o caso de uma praticante de candomblé e alguns outros registados neste mesmo serviço psiquiátrico, foram submetidos a tratamento farmacológico pesado. Provavelmente, estas explicações “culturais” por parte dos pacientes foram suficientes para legitimar o argumento médico de processos “alucinatórios” e “persecutórios”.

Assim que a Noite Cai

Apesar do tratamento (que à altura, em 2007/8, completava 2 anos), os psiquiatras não sabiam diagnosticar precisamente o seu caso. Segundo um informante, ex-funcionário do hospital onde realizei trabalho de campo, Bela-lundù foi oficialmente

diagnosticada com Esquizofrenia. A descrição do informante, que teve acesso ao parecer do psiquiatra responsável, é a de que se tratava de um caso de *difícil diagnóstico*. As constantes alterações no posicionamento médico não estabeleciam o tipo de Esquizofrenia da paciente, dado que cada fase de sua vida indicava um subtipo da mesma patologia, que se articulava de forma indefinida atualmente, sendo estes: “Paranoide”, com predomínio de delírios e alucinações; “Desorganizada”, com alterações da afetividade e desorganização do pensamento; e ainda “Catatônica”, com alterações da motricidade.

Para Bela-lundù, o psiquiatra do hospital somente lhe reporta ter *doença dos nervos*, uma expressão que não se refere a nenhuma categoria reconhecida pelos manuais internacionais de psiquiatria, mas, como se sabe, trata-se de um termo utilizado na psiquiatria colonial. O termo *doença dos nervos* (Lewis-Fernandez, 1994) pode, no máximo, ser considerado uma *culture bound-syndrome* (CBS) (Ciminelli, 1998; Hughes e Simons, 1985); além de tratar-se de uma classificação criticável, este caso clínico abre portas para que se questione se, de fato, toda a síndrome não seria culturalmente construída.

Bela-lundù foi por mim estimulada a perguntar ao psiquiatra do hospital sobre qual realmente seria o seu problema, ao que este não respondeu com um diagnóstico “oficial”, continuando a repetir que se tratava de um *problema de nervos*, explicação que ela passou a utilizar para justificar, a si mesma e aos outros, a sua doença. Tão pouco, o psiquiatra lhe facultou o direito de acesso ao seu processo clínico quando Bela-lundù o solicitou para mostrar a outros médicos (já por iniciativa própria), na tentativa de obter uma segunda opinião que pudesse ser mais clara relativamente ao seu quadro clínico, dado a sua descoberta que *doença de nervos* não representa uma categoria biomédica. Ela se perguntava o que realmente tinha, já que *isso* (a categoria) *não era coisa de medicina*.

A recusa do acesso ao dossiê clínico é um reflexo de uma postura que se pode chamar “paternalista”, que infantiliza o paciente, sobretudo nos casos de imigrantes, em que a estrutura de acesso a ajuda pode ser reduzida – pela própria rede limitada de infraestruturas – impondo a submissão do paciente ao processo no qual é introduzido.

Se o psiquiatra não forneceu à paciente um diagnóstico reconhecível na nosologia biomédica oficial, todavia, administrou um tratamento farmacológico específico para a Esquizofrenia Hebefrênica, além de outros fármacos para condicionar o sono e a acalmar. A Esquizofrenia Hebefrênica é uma subtipologia da esquizofrenia, que sintetiza

a correlação dos sintomas das diferentes subtipologias da esquizofrenia reconhecidas em Bela-lundù, tratando-se de uma categoria residual.

Muitas vezes, os fármacos são utilizados com o propósito de diminuir a dúvida do diagnóstico dos médicos pelo resultado obtido na diminuição de alguns sintomas, como nos aponta Luhrmann (2001). Além disso, os fármacos são muitas vezes empregues para objetivar o processo de cura no que diz respeito à definição da doença que se procura identificar, nomeadamente, quando a situação clínica se apresenta de forma confusa:

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

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

O tratamento farmacológico, ao invés de conter as crises e lhe permitir afastar as *ameaças*, criou um círculo vicioso em que Bela-lundù já não pode dormir sem tomar os comprimidos e, para dormir um sono sem sonhos apavorantes, precisa de doses sempre mais elevadas: alternando, assim, o nervosismo da insônia e o medo de dormir, a procura da paz de um sono sereno através de dosagens sempre maiores de fármacos. Se, por um lado, os sonhos são afastados pelos fármacos, por outro, a abstinência farmacológica provoca-lhe insônia e dependência, sem proporcionar melhoria do seu quadro clínico e, com a sua interrupção, coloca-a no mesmo ponto de partida.

Apesar da evidente importância dos sonhos nos relatos de Bela-lundù, marcados por medos e ameaças, o psiquiatra ignora este percurso, aconselhando a paciente *a não ligar à senhora loira, pois esta deve ser somente a senhoria da casa, que vem a cobrar a renda!*. De fato, há uma relação de cobrança no caso de Bela-lundù, onde as entidades com as quais estabeleceu alguma relação contratual lhe cobram algo em troca e se mostram exigentes.

Os caminhos de respeito a uma abordagem “transcultural” foram postos de lado e, independente das metáforas do culto a *Serpente* (assim com as metáforas do modelo biomédico), o encontro clínico demonstra a capacidade de reduzir problemáticas em

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

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

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

Quando questionada sobre o seu futuro, Bela-lundù fala da impossibilidade de voltar à Guiné-Bissau, tanto pelo seu tratamento psiquiátrico como pelo acompanhamento do seu nefrologista. De certa forma, o uso do seu estado de saúde lhe possibilita estar em um lugar de conquistas. Lugar estes que ao que tudo indica está relacionado com os seus desejos e à própria relação com a tal *senhora loira ligada ao mar*.

Ao fim do meu trabalho, Bela-lundù planejava levar a Lisboa os seus filhos, utilizando-se do discurso de serem portadores de *cabeça pancada*²², ou seja, defendendo que sofrem de fortes dores de cabeça dentre outros sintomas e, por isso, estão incapacitados de estudar, apesar de *serem inteligentes*. Bela-lundù planeava solicitar uma junta médica no Hospital Simão Mendes, em Bissau, o mesmo hospital onde foi avaliada, para que colaborassem com o psiquiatra que lhe atendera em Lisboa; este, mesmo não tendo conhecimento de mais detalhes destes jovens ou exames clínicos, acreditava na provável desordem mental dos filhos de Bela-lundù por via da *transmissão*

²² *Cabeça pancada*, assim como *doença de nervos*, não é uma categoria nosológica. Contudo, pode ser comparada à *bouffée délirante*, definida também como *chronic interpretative delusional psychosis*. Trata-se de uma CBS considerada, em França, típica de imigrantes do Senegal, que atinge prevalentemente jovens na adolescência (Wig, 1994).



genética (como me foi reportado pelo próprio psiquiatra que a acompanhava, em uma entrevista).

Apesar da interrupção do projeto psiquiátrico transcultural, em 2009, muitos dos seus profissionais continuam em atuação. Estimo que, neste momento, os filhos de Bela-lundù estejam a fazer tratamentos com o mesmo corpo médico que cuida da mãe, em Lisboa.

J. Flávio Ferreira

Doutorado em andamento, Centro de Estudos Sociais
Universidade de Coimbra, Portugal

Juca.ferrer@gmail.com

** Dedico este artigo à Bela-lundù.*

Resumo: Pretende-se aqui levantar uma abordagem antropológica de um caso clínico transcultural em um centro de psiquiatria para imigrantes em Portugal. Para tanto, busco inicialmente refletir sobre o encontro de diferentes saberes no campo terapêutico, recorrendo a breves reflexões teóricas acerca das possíveis interpretações dos estados saúde e da doença e das suas relações com o sistema biomédico. Trata-se de considerar o corpo como um complexo biopsicossocial. O corpo é o local de expressão da doença; ele é também o lugar onde se dá a intervenção dos processos de cura: refletindo, ocasionalmente, os métodos culturalmente determinados de diferentes saberes e práticas. Para um indivíduo que, ao padecer de um problema de saúde, sustenta explicações sócio-religiosas como causa dos males que o afligem em um centro psiquiátrico-hospitalar, o rumo à cura pode estar cheio de ambiguidades e contradições. Focando-me na história de vida da imigrante Bela-lundù, paciente de um serviço psiquiátrico transcultural em Lisboa, faz-se latente a complexidade de diferentes percepções sobre o corpo e sobre a saúde, assim como as suas éticas e as suas vontades de legitimação. Palavras-chave: processos de cura; corpo; biopsicossocial; antropologia médica crítica; biomedicina; etnopsiquiatria clínica.

Abstract: The intention here is to raise an anthropological approach of a clinical case in a transcultural psychiatry setting for immigrants in Portugal. To do so, I seek first to reflect on the encounter of different knowledge in the therapeutic field by theoretical models of interpreting health / disease and their relationships with the biomedical system. It is a question of considering the body as a bio-psycho-social compound. The body is the place of expression of the sickness/disease. It is also the place that receives the intervention of healing/caring processes: occasionally reflecting differences of understanding of the body by its culturally determined methods of intervention. For an individual who apparently suffers from a mental health problem, the path to healing can be full of ambiguities and contradictions; in especial when he/she sustains a socio-religious belief to explain the cause of the evil that afflicts him/herself. Focusing on the life history of the immigrant Bela-lundù, a patient in a transcultural psychiatric service in Lisbon, emerges the complexity of different understandings of the body and health, as well their ethics and desire for legitimacy. Keywords: healing processes; body, bio-psycho-social, critical medical anthropology, biomedicine, clinic ethno-psychiatry.

Referencias bibliográficas:

- ABU-LUGHOD, Lila (1993). *Writing Women's Worlds: Bedouin Stories*. Berkeley: University of California Press.
- ABU-LUGHOD, Lila [1991] (2001). *Writing Against Culture*. In Richard G. Fox (org.) *Recapturing Anthropology: Working in the Present*, ed. Richard Fox. Santa Fe, NM: School of American Research Press; pp. 137-162.
- CIMINELLI, M. L. (1998). "La decostruzione del concetto di culture-bound syndrome", in Lanternari V., Ciminelli M.L., *Medicina, magia, religione, valori*. Vol.II: *Dall'antropologia all'etnopsichiatria*, Napoli, Liguori, pp. 85-108.
- CONRAD, Peter e SCHNEIDER, Joseph W. (1981) *Deviance and Medicalization: from badness to sickness*. Temple University Press: Philadelphia.
- CSORDAS, T. (1983). *The Rhetoric of Transformation in Ritual Healing*. *Culture, Medicine and Psychiatry* 7:333-375.
- D'ANDRADE in Stigler, James W. et al (1990) *Cultural Psychology – Essays on Comparative Human Development*. Cambridge University Press.

- DEVEREUX, George (1969). *Mohave Ethnopsychiatry: The Psychic Disturbances of an Indian Tribe*. Smithsonian Institution Press: Washington, D. C.
- EINARSDÓTTIR, J. (2000). "Tired of weeping": Child death and mourning among Papel mothers in Guinea-Bissau. Stockholm: Stockholm Studies in Social Anthropology/Almqvist&Wiksell International.
- FASSIN, D. (2000). Repenser les enjeux de santé autour de l'immigration, *Homme et Migrations*, 1225: 5-12.
- FASSIN, D., AIACH, P., JOUGLA, E., RICAN, S. (2004). Les inégalités sociales de santé: un dossier à rouvrir, *La Revue du Praticien*, 54(20): 2219-2272.
- FERREIRA, J. Flávio (2008) *Da imigração à patologia: biomedicina, transculturalidade e controlo*. Lisboa: ISCTE. Dissertação de mestrado.
- GOOD, B. J. (1977) The Heart of what's the matter: the semantics of illness in Iran. *Cul. Med. Psychiatry* 1:25-58.
- HELMAN, Cecil G. (2000). *Cultura, Saúde e Doença*. 4º Edição [2007]. São Paulo, Editora Artmed.
- HENRY, Christine (1994). *Les îles où dansent les enfants défunts. Âge sexe et pouvoir chez les Bijogo de Guinée-Bissau*. Paris: CNRS and Éditions de la Maison des Sciences de l'Homme.
- HUGHES, C. C. e SIMONS, R. C. (eds) (1985). *The Culture-Bound Syndromes: Folk Illnesses of Psychiatric and Anthropological Interest*, Dordrecht, D. Reidel.
- JELL-BAHLEN, S. (1997). Eze Mmiri Di Egwu: The Water Monarch is Awesome: Reconsidering the Mammy Water Myths, in Kaplan F.E.S. 1997. *Queens, Queen Mothers, Priestesses, and Power. Case studies in African Gender*. The New York Academy of Sciences, vol. 810. pp. 103-134.
- KIRK, Stuart A. e KUTCHINS, Herb (1997) *Making us Crazy: DSM: The psychiatric bible and the creation of mental disorders*. Free Press.
- KIRMAYER, L. J. (2002). Psychopharmacology in a Globalizing World: The Use of Antidepressants in Japan. In *Transcultural psychiatry*; v. 39, n° 3, pp. 295-322; (mar).
- KIRMAYER, L. J. (2006). Beyond the 'New Cross-cultural Psychiatry': Cultural Biology, Discursive Psychology and the Ironies of Globalization. *Transcultural Psychiatry*; 43; 126.
- KLEINMAN, A. (1978). Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Soc. Sci Med B* 12:85-93.
- KLEINMAN, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley, CA: University of California Press.
- KLEINMAN, A. (1988). *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition*, Basic Books Inc., New York.
- LEWIS-FERNANDEZ, R. (1994). "Culture and dissociation: a comparison of ataque de nervios among Puerto Ricans and possession syndrome in India", em Spiegel D. e Washington D.C. (eds) *Dissociation: Culture, Mind, and Body*. American Psychiatric Press, pp 123-167.
- LOCK, M. & SCHEPER-HUGHES, N. (1987). The mindful body: a prolegomenon to future work in Medical Anthropology. In *Medical Anthropology Quarterly* (n.s.) 1, 1: 6-41.
- LUHRMANN, T. M. (2001). *Of Two Minds: The Growing Disorder in American Psychiatry*. Ed. Picador: Oxford.
- MESQUITEIRA, Isabel Borges Pereira (1996). *O pano artesanal na república da Guiné-Bissau: a sua recuperação nos anos 80*. Petromar: Lisboa.
- MONTERO P. (1985). *Da doença à desordem: a magia na umbanda*. Rio de Janeiro: Graal.
- OLIVEIRA DE SOUSA, A. (1995). *La Maternité chez les Bijogo da guinée Bissau*, Centre Français sur la Population et le Développement, Paris.
- PRANDI, Reginaldo (2001). *Mitologia dos Orixás*. São Paulo: Companhia das Letras.

- PUPAVAC, V. (2004). Psychosocial Interventions and the Demoralization of Humanitarianism. *Journal of Biosocial Science*; 36:491 -504.
- RABELO, Miriam Cristina (1993). Religião e Cura: Algumas Reflexões Sobre a Experiência Religiosa das Classes Populares Urbanas. In *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 9 (3): 316-325, (jul/set).
- SAID, Edward W. (1990). *Orientalismo: O Oriente como Invenção do Ocidente*. São Paulo, Companhia das letras.
- SALMONS, J. (1983). Mammy Wata, *African Arts* 10, 3: 8-15.
- SANTIAGO-IRIZARRY, Vilma. (2001). "Medicalizing Ethnicity: The construction of Latino identity in a psychiatric Setting". Cornell University Press, New York.
- SHIM, Janet K. (2002). Race, Class, and Gender Across the Science-Lay Divide: Expertise, Experience, and 'Difference' in Cardiovascular Disease, PhD Thesis, Department of Social and Behavioral Sciences, University of California, San Francisco.
- SPIVAK, Gayatri C. (1988). "Can the Subaltern Speak?". in C. Nelson and L. Grossberg (Org.) *Marxism and the Interpretation of Culture*. Urbana/Chicago. University of Illinois Press; pp. 271-315.
- SZOMBATI-FABIAN, I. e JOHANNES, F. (1976). Art, History and Society: Popular Painting in Shaba, Zaire, *Studies in the Anthropology of Visual Communication* 3: 1-21.
- TAUSSIG, M. (1980). Reification and the Consciousness of the Patient. *Social Science and Medicine*, 14B: 3-13.
- TILEAGĂ, Cristian (2006). Discourse, dominance and power relations: Inequality as a social and international object, in *Ethnicities*; 6:476-497.
- VACCHIANO, Francesco e TALIANI, S. (2006). *Altri Corpi: Antropologia ed Etnopsicologia della Migrazione*. Prospettive/Ricerche (12), Milano, Ed. Unicopli.
- VAN DER GEEST, S. e WHYTE, S. R. (1991). The charm of medicines: metaphors and metonyms, *Medical Anthropol. Q.* 5:345.
- VERANI, Cibele e MORGADO, A. (1991). Fatores Culturais Associados à Doença da Reclusão do Alto Xingu (Brasil Central) - Considerações antropológicas sobre a abordagem epidemiológica. *Cadernos de Saúde Pública*, RJ, 7(4): 515-437, Out./Dez.
- WIG, N. N. (1994). An overview of cross-cultural and national issues in psychiatric classification. In *Psychiatric Diagnosis: A World Perspective* (eds J. E. Mezzich, Y. Honda & M. C. Kastrup), pp. 3-10. New York: Springer.
- YOUNG, A. (1982). Anthropologies of illness and sickness, *Annual Review of Anthropology*, vol. 11, pp. 257-85.
- YOUNG, A. (1995). *The Harmony of Illusions: Inventing Posttraumatic Stress Disorder*. Princeton University Press: Princeton.

Outras fontes:

www.gddc.pt/siii/docs/dec44-1992.pdf. - República Portuguesa e a República da Guiné-Bissau, decreto nº 44/92. Acessado pela última vez em 15/09/2007.

Recebido em: 16/07/2011

Aceito para publicação em: 08/08/2011