

# Entre Cérebros, *Psychés* e Culturas: notas para o debate sobre a epistemologia que embasa serviços de saúde mental para imigrantes-refugiadas em São Paulo

Alexandre Branco-Pereira<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brasil

<sup>2</sup>Observatório Saúde e Migração, São Carlos, SP, Brasil

## Resumo

Este ensaio pretende debater os pressupostos teórico-epistemológicos dos serviços de saúde mental denominados culturalmente sensíveis no Brasil. Abordando autores da etnopsiquiatria francesa, da psiquiatria transcultural estadunidense e da psiquiatria social e cultural canadense, todas vertentes suscitadas pela interlocução empreendida com médicas psiquiatras, psicanalistas e psicólogas durante pesquisa etnográfica, procuro fazer o diálogo dessas correntes com determinadas elaborações feitas a partir da antropologia de Lévi-Strauss e Roy Wagner. Aponto, por fim, para como é possível resistir às reificações simplistas comuns ao debate proposto desde o campo *psi*, complexificando as abordagens que costumam condicionar a atribuição da condição de sujeito mediante o compartilhamento de estruturas universalmente distribuídas, como cérebros, culturas e *psychés*.

**Palavras-chave:** Etnopsiquiatria. Psiquiatria Transcultural. Psiquiatria Social e Cultural. Saúde Mental.

## Among Brains, *Psychés* and Cultures: notes for the debate on the epistemology that underlies mental health services for immigrants-refugees in São Paulo

## Abstract

This essay intends to debate the theoretical-epistemological assumptions of mental health services called culturally sensitive in Brazil. Discussing authors of french ethnopsychiatry, american cross-cultural psychiatry and canadian social and cultural psychiatry, all raised by the dialogue undertaken with psychiatrists, psychoanalysts and psychologists during ethnographic research, I try to dialogue these strands with certain elaborations made from Levi-Strauss and Roy Wagner anthropologies. Finally, I point out how it is possible to resist the simplistic reifications common to the debate proposed from the psi field, complexing the approaches that usually condition the attribution of the subject condition through the sharing of universally distributed structures, such as brains, cultures and *psychés*.

**Keywords:** Ethnopsychiatry. Cross-cultural Psychiatry. Social and cultural Psychiatry. Mental Health.

Recebido em: 30/03/2021

Aceito em: 23/07/2021



Este trabalho está licenciado sob CC BY-NC-SA 4.0. Para visualizar uma cópia desta licença, visite <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

## 1 Introdução

Este ensaio pretende debater os pressupostos teórico-epistemológicos dos serviços de saúde mental denominados culturalmente sensíveis no Brasil, informado por pesquisa etnográfica empreendida entre 2017 e 2019 em serviços de saúde mental para imigrantes-refugiadas<sup>1</sup> na região metropolitana de São Paulo. O debate aqui proposto dialoga a partir das bases teóricas e metodológicas suscitadas na interlocução com médicas psiquiatras, psicólogas e psicanalistas imbuídas na arquitetura de instrumentos de intervenção terapêutica ciosas do conceito de cultura<sup>2</sup>. A etnografia foi desenvolvida em diversos contextos, acessando direta e indiretamente praticamente todos os serviços desse tipo na cidade de São Paulo e em sua região metropolitana. No entanto, acompanhei de maneira mais próxima dois deles: um, em um centro terciário de saúde vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS); o outro, em uma organização da sociedade civil.

Em um contexto de crescimento da percepção de necessidade desses serviços, referendada por diretrizes estabelecidas pelos fóruns internacionais multilaterais, como a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Organização Panamericana da Saúde (OPAS), o Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR) e a União Europeia (UE), alguns estudos já perscrutaram as lógicas de estabelecimento e de relação entre esses serviços e imigrantes-refugiadas internacionalmente no contexto recente, como Pussetti (2009; 2010; 2017), Ferreira (2011; 2012), Cabot (2013), Fassin (2001), Fassin e Rechtman (2009), Fassin e D'Halluin (2005), e outros tantos, não necessariamente produzidos a partir da perspectiva da antropologia. Esse, inclusive, é um importante indicador de como essa questão adquiriu uma nova proporção em anos recentes, a partir do que se identifica como uma “crise mundial” envolvendo imigrantes-refugiadas: cada vez mais estudos destinados ao estabelecimento de instrumentos de identificação de

---

<sup>1</sup> Utilizarei o termo imigrantes-refugiadas como forma de ressaltar as múltiplas experiências dos sujeitos descritos neste artigo, na intenção de borrar as margens delimitadas pela categoria jurídico-estatal do refúgio e tentar pontuar as nuances da experiência do refúgio e da imigração no Brasil. A escolha da escrita de concordância nominal feminina tem fins teóricos – servem para fazer justiça estatística à massiva presença feminina no cenário pesquisado, e para borrar identidades de ambientes frequentados por uma multidão de mulheres – e políticos: a intenção é deslocar o entendimento que concede gênero a tudo que não é masculino, reservando ao feminino o lugar de variação particular de um tipo de humanidade universal representada pelo homem. O desconforto na leitura intenciona estimular uma equalização cognitiva contínua por parte da leitora, sempre retornando ao estranhamento de não ver reificado o lugar do masculino como estrutura basal da humanidade a partir da qual o feminino apenas varia – e essa argumentação pode ser transposta para outras searas onde essa falsa dicotomia entre universais e particulares são mobilizados.

<sup>2</sup> Como este é um ensaio eminentemente teórico-metodológico, ainda que feito a partir do debate suscitado em um contexto de pesquisa etnográfica entre médicas psiquiatras, psicanalistas e psicólogas, os dados empíricos não foram trazidos em toda sua extensão, já que, para isso, seria necessária uma extensa digressão que um artigo não é capaz de sustentar sem incorrer em prolixidade – e, é bom notar, esse já é um artigo relativamente extenso sem que isso seja inserido no texto. Para todas as nuances etnográficas pertinentes ao debate, conferir Branco-Pereira (2019; 2020a; 2020b; 2020c).

vulnerabilidades diversas (em especial, as mentais), de intervenção terapêutica e de aferição da realidade do sofrimento em/de imigrantes-refugiadas têm sido publicados, e isso não exclui o Brasil deste cenário (KNOBLOCH, 2015; DANTAS, 2012; 2017; MARTINS-BORGES, 2013; CARVALHO, 2015; GALINA *et al.*, 2017; CARVALHO *et al.*, 2018).

Duas hipóteses fundamentais constituem justificativa para a preocupação com a oferta de serviços de saúde mental especializados em imigrantes-refugiadas. A primeira pressupõe que os movimentos migratórios, e em especial aqueles que são considerados forçados (ou seja, escapam à alçada da decisão autônoma, consciente e individual e marcados por violências diversas), mas não apenas, são inerentemente entremeados de condições estressoras e traumatizantes – que talham o sofrimento experimentado no corpo e/ou na mente (FASSIN; RECHTMAN, 2009; FASSIN; D’HALLUIN, 2005) –, e que essas condições de estresse múltiplo e crônico contribuiriam para o desencadeamento de distúrbios emocionais, psicológicos e psiquiátricos nas imigrantes-refugiadas (ACHÓTEGUI, 2004).

A hipótese, portanto, não é de que qualquer movimento migratório torne o sujeito suscetível ao desenvolvimento de transtornos emocionais, psicológicos e/ou psiquiátricos – ou, pelo menos, não igualmente suscetíveis –, senão aqueles movimentos tidos como “desestruturados” e que submetam as imigrantes-refugiadas a situações arriscadas e degradantes antes, durante ou depois da migração. Se isso, por um lado, significa dizer que condições vulneráveis de deslocamento – com poucos recursos, recorrendo a trajetos perigosos e a redes clandestinas de facilitação da migração – ou de recepção no país de destino causam sofrimentos que eventualmente serão inscritos nas mentes das imigrantes-refugiadas como um *trauma*, também significa dizer que a migração tida como “estruturada” – documentada e com recursos – não costuma produzir sujeitos disfuncionais, e que as pacientes a quem se destinam os serviços *culturalmente sensíveis* são as imigrantes-refugiadas *inassimiláveis* – i.e., aquelas racializadas que, a partir de uma perspectiva de recalçamento da constituição afroindígena brasileira (GONZALEZ, 1984), são agregadas ao suposto todo nacional por meio da segregação de maneira a não contaminar o horizonte de branquitude projetado para o país.

A segunda baseia-se na ideia de que não só há mais imigrantes-refugiadas adentrando o Brasil nos últimos, mas também os critérios de definição dos transtornos mentais e dos métodos terapêuticos a serem acionados extrapolariam a unidade do indivíduo neutro, biológico e portador de uma estrutura mental universalmente distribuída entre os seres humanos (a *psyché*). O fato de essas imigrantes-refugiadas virem de “outra cultura” – e, via de regra, essas “outras culturas” são necessariamente vinculadas a uma acepção pré ou extramoderna do mundo, marcadas por serem eminentemente constituídas por crenças, e não por saberes (BRANCO-PEREIRA, 2019; 2020a; 2020b; 2020c) – tornaria necessária a reformulação dos métodos de intervenção em saúde mental, consciência advinda da percepção de que tais métodos não têm a universalidade antes pressuposta por suas praticantes, ou de que o fato de que essas imigrantes-refugiadas não criam nas teorias vinculadas à epistemologia moderna influam de maneira determinante em sua eficácia, ainda que não lhe alterem a capacidade descritiva da realidade e do mundo-em-si (BRANCO-PEREIRA, 2021).

Nesse sentido, tal arquitetura teórica não apenas embasa, mas também emerge deste novo contexto, apoiando-se especialmente em disciplinas do campo *psi* imbuídas

na produção de uma espécie de teoria do cuidado ciosa do conceito de cultura. Também a teoria antropológica é chamada à baila nesses contextos, e procuro apontar para como os conceitos levi Straussianos de função e eficácia simbólicas aproximam-se dos pressupostos apresentados, ressaltando como a ideia de cura simbólica considera essa dimensão do símbolo como acessório à realidade unívoca do mundo. Por fim, argumento em favor da teoria de Roy Wagner que alude ao símbolo que representa a si mesmo, advogando pela ideia de materialismo semiótico (HARAWAY, 2019) em que a dimensão simbólica, tão presente nesses contextos, não é apenas uma camada acessória à realidade, mas a constitui ao mesmo tempo em que por ela é constituída.

## **2 As Bases Epistemológicas dos Serviços de Saúde Mental para Imigrantes-Refugiadas: etnopsiquiatria, psiquiatria transcultural e psiquiatria social e cultural**

A ideia de que três esferas de atravessamento e de constituição do indivíduo – a biológica, a psicológica e uma amálgama híbrida do que se chamava de social e cultural – eram importantes na conformação e na análise de casos de transtornos mentais e emocionais embasava a prática que as profissionais dos serviços chamavam de “psiquiatria social e cultural” – uma abordagem eminentemente holista que busca compreender e endereçar as “determinantes sociais e culturais” dos transtornos psiquiátricos. Nesse sentido, a ideia é conceder a essa abordagem um caráter de análise das determinantes coletivistas das doenças mentais, extrapolando a unidade do indivíduo e atentando-se ao caráter simbólico e grupal dos diagnósticos psiquiátricos. Critérios linguísticos, étnicos, nacionais, de relacionamentos (*relatedness* [CARSTEN, 2000]), ou, em resumo, contextualizações sociais e culturais concernentes a cada caso deveriam ser apreciadas na construção do diagnóstico e da abordagem terapêutica das pacientes. Realizarei uma breve remissão teórica sobre o tema, pontuando também as diversas aproximações possíveis com determinada teoria antropológica levi Straussiana e wagneriana.

Várias são as autoras de referência para este campo de atuação, em uma divisão teórica feita a partir de contextos nacionais de produção: as referências da etnopsiquiatria francesa, onde figuram autoras-praticantes como George Devereux, Marie-Rose Moro e Tobie Nathan – com fortes conotações psicanalíticas; as da psiquiatria cultural – ou transcultural – canadense, representada majoritariamente por Laurence Kirmayer – com proximidade da medicina e da psiquiatria; e, por fim, as da psiquiatria transcultural e/ou da antropologia médica estadunidense, representadas na obra de Arthur Kleinman – também mais próxima à medicina e à psiquiatria.

Além disso, as próprias transformações internas à psiquiatria estadunidense ganham papel de destaque na conformação deste campo de atuação no Brasil, em especial o esforço, na década de 1980, para transformar o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)* em um manual clínico “[...] a-teórico, baseado em princípios de testabilidade e verificação a partir dos quais cada transtorno é identificado por critérios acessíveis à observação e mensuração empíricos” (RUSSO; VENÂNCIO, 2006, p. 465).

É importante também que se destaque que em todos esses contextos nacionais (inclusive o brasileiro), a produção acadêmica e a instauração de práticas de saúde interessadas na “cultura” ou no “social” são diretamente ligadas à tentativa de dar conta do ingresso de imigrantes-refugiadas em seus sistemas de cuidado em saúde<sup>3</sup> e de proteção social. Todas as autoras apresentadas na sequência têm esse fato como norteador: se são necessários serviços de saúde (mental) ciosos do conceito de cultura, isso se dá majoritariamente por ocasião da presença de imigrantes-refugiadas nesses contextos – são as imigrantes-refugiadas, portanto, que colocam em relevo a heterogeneidade e fazem aparecer a diferença.

## 2.1 George Devereux, Marie-Rose Moro e Tobie Nathan: a etnopsiquiatria francesa

A etnopsiquiatria francesa pode ser analisada sob duas perspectivas: uma de remontagem histórica, tributária ao etnólogo e psicanalista George Devereux, considerado seu fundador, e outra de uma configuração contemporânea, ligado à prática profissional de Tobie Nathan e Marie-Rose Moro – o primeiro, com importantes ligações a uma certa antropologia e/ou filosofia da ciência representada por expoentes como Bruno Latour e Isabelle Stengers.

Devereux, discípulo de Marcel Mauss e próximo de Claude Lévi-Strauss e Roger Bastide<sup>4</sup> – responsáveis por repatriá-lo dos Estados Unidos à França em 1962 –, afirmava que “[...] a única ponte que ainda une o homem moderno ao homem ‘arcaico’ é o psiquismo humano; só as exterioridades mudam; o substrato fantasmagórico – o Inconsciente – é intemporal” (DEVEREUX, 2011, p. 12, tradução livre). Dessa forma, a etnopsiquiatria seria a disciplina que, no encontro entre pressupostos epistemológicos da psicologia, da psicanálise, da psiquiatria e da etnologia – uma ciência pluridisciplinar, portanto –, se dedicaria ao estudo da “[...] relação de complementaridade entre a compreensão do indivíduo e a compreensão da sociedade e de sua cultura [...]” (DEVEREUX, 1978, tradução livre), endereçando seus esforços para a compreensão daquilo que está além de toda e qualquer cultura como fenômeno particularizante da realidade unívoca do mundo. Aqui, é necessário pontuar a dicotomia entre o universal e o particular: a Cultura, como fenômeno estrutural, é uma propriedade humana universalmente distribuída por meio da estrutura mental psíquica tida como pré-requisito ao exercício da humanidade.

A etnopsiquiatria de Devereux deveria, portanto, dedicar-se àquilo que está além de qualquer cultura particular, almejando alcançar a “Cultura em si”, uma Cultura estrutural que transcende às suas variações específicas, e que é da alçada do que é eminentemente coletivo, ou do mundo compartilhado. Além disso, a incidência das psicopatologias também teria uma topografia de distribuição universal: estando atreladas a esse tripé da experiência humana, a saber o corpo biológico, a *psyché* e a Cultura – as duas últimas como estruturas de produção simbólica, e as três complementando-se mutuamente

<sup>3</sup> É verdade que o Brasil tem um extenso e antigo debate transdisciplinar a respeito de sistemas interculturais de saúde voltados a povos indígenas, mas que não são necessariamente voltados à saúde mental. O racismo epistêmico, entretanto, é equivalente.

<sup>4</sup> Roger Bastide também possui grande influência sobre o campo, tendo sido professor da Universidade de São Paulo entre 1938 e 1984. Sua obra também fornece grandes contribuições à constituição da etnopsiquiatria (BASTIDE, 1967).

para constituir a experiência humana do mundo (o que Devereux nomeia de teoria do complementarismo) –, as variações particulares dos símbolos e das estruturas de significado não implicariam em uma variação das estruturas universais de significação e de simbolização. Se os símbolos e os significados ligados à identificação de quadros tidos como psicopatológicos espriam-se em variações particulares – como, por exemplo, possessões e/ou experiências de transe religioso –, isso não quer dizer que a psicopatologia em si espriar-se-á: ela será, assim, uma psicopatologia derivada da Psicopatologia, uma versão particular de um fenômeno universal – o que torna possível, por exemplo, a tradução de qualquer condição psicopatológica particular em uma categoria Psicopatológica universal.

É o psiquismo, portanto, que une o homem “moderno” ao “arcaico”: a dualidade é também marcada pela ideia de estrutura e conjuntura (ou a “superestrutura” das conformações simbólicas, em um contínuo marxista/lévi-straussiano). Se as exterioridades mudam e variam, a base estrutural permanece imutável: há, portanto, uma base causal irreduzível a todos os fenômenos humanos (e, porque não, não-humanos, se pensarmos em uma natureza externa única e unívoca), constituída não pelo dualismo anunciado entre biologia, *psyché* e sociedade/cultura, mas sim por um dualismo entre natureza e cultura. A função simbólica de Lévi-Strauss, ou o inconsciente freudiano, ou o psiquismo de Devereux são estruturas de significação de um mundo-em-si invariável. Seus produtos particulares (ora a eficácia dos símbolos e significados, ora a experiência psíquica individual) reduzem-se primeiro às estruturas de produção simbólica universalmente distribuídas – a função simbólica, o inconsciente e/ou a *psyché* –, para que estas reduzam-se subsequentemente àquela que é o primeiro e irreduzível motor causal de qualquer existência simbólica: a natureza, representada pelo cérebro, tradutor-intérprete das informações disponíveis exteriormente a ele. Isso também significa dizer que os símbolos, significados e representações variam, mas a natureza é uma – é o particular que impede o acesso ao universal, ao mesmo tempo em que o universal produz o particular, pois não há variação sem uma referência basal que a origine.

Na mesma linha de Devereux, Marie-Rose Moro, que atualmente coordena um serviço de etnopsiquiatria no Hospital de Avicene, em Bobigny, França, para atendimento de imigrantes-refugiadas supostamente com transtornos mentais, conceitua cultura (ou sistema cultural) como aquilo que

[...] permite decodificar “o total” das experiências vividas pelos sujeitos. [...] O campo da cultura coloca à disposição do sujeito *uma grade de leitura do mundo*. Esta decodificação é um processo constituído de ingredientes complexos, de inferências ontológicas (a natureza dos seres e das coisas), mas também de inferências de causalidade permitindo atribuir sentido a um acontecimento específico. (MORO, 2015, p. 186, grifos meus)

Cada sistema cultural, para a autora, seria constituído por uma língua, um sistema de parentesco, um corpo de técnicas e modos de fazer, entre outras “unidades de cultura” que estruturariam um todo coerente de “[...] representações<sup>5</sup> e enunciados linguísticos

<sup>5</sup> Nesse sentido, alinho-me à proposição de Haraway: “Discourse is not just ideas and languages. Discourse is bodily. It’s not embodied, as if it were stuck in a body. It’s bodily and bodying, it’s worlding. This is the opposite of post-truth. This is about getting a grip on how knowledge claims are not just possible but necessary – worth living and dying for” (HARAWAY, 2019). O discurso não se resume a ideias e à linguagem, mas é corporal (embora não corporificado). Em outras palavras, o discurso “mundifica”, e a dimensão simbólica é mundificante (worlding). Essa proposta, chamada



que atribuem sentido a todos esses aspectos, *codificando-os em uma linguagem*" (MORO, 2015, p. 186). Cultura é, assim, um conjunto "[...] de 'formas vazias' suficientemente gerais e implícitas para serem tomadas, de modo singular, por todos os indivíduos do mesmo grupo cultural, em um determinado momento [...]" (MORO, 2015, p. 187) – uma definição muito próxima da ideia de função simbólica/inconsciente de Lévi-Strauss. Também aqui, cultura é uma categoria semântica de leitura do mundo – o significado é a episteme da realidade ontológica unívoca, que, por sua vez, não é determinada por ele. Os nomes atribuídos aos fenômenos podem diferir a depender da cultura do indivíduo, mas versam sobre um mesmo fenômeno univocamente inscrito na própria realidade, em uma espécie de "*you say tomato (/tə'meɪtə/), I say tomato (/tə'mɑ:tə/)*" da psicologia e da psiquiatria: não importa o nome atribuído, a realidade permanece unívoca e invariável, neutra às significações e objetivada no que é "real".

Em palestra concedida na Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo (SBP-SP) no dia 9 de março 2017, Moro teve a oportunidade de falar um pouco a um auditório lotado de psicanalistas sobre sua clínica transcultural. A palestra, de título "Psicanálise e Antropologia", foi ministrada em espanhol, e era destinada a fornecer insumos para a prática de uma clínica psicanalítica transcultural com imigrantes-refugiadas. Moro discutiu alguns de seus casos superficialmente, a título de anedotas exemplares da teoria que explicitava, divertindo as presentes com histórias de "bruxarias que atravessavam o mar", sempre sequenciadas por risadas, em um clima jocoso de adultos que escutam os devaneios imaginativos de crianças (GONZALEZ, 1984). O *setting* coletivo da consulta, com várias pessoas presentes, era a conformação desejada, pois somente desta maneira era possível atingir "o coletivo", "a cultura" do indivíduo – que deveria ser visto à luz da teoria do complementarismo de Devereux. A teoria do complementarismo de Devereux aproxima-se da ideia que embasa o "paradigma biopsicossocial", tão caro ao SUS e àquelas que tentam contrapô-lo ao que se chama de "modelo biomédico", ou "modelo materialista ingênuo", como definiram algumas interlocutoras médicas que tive: uma espécie de *reductio ad* processos bioquímicos dos transtornos mentais.

Era preciso atentar-se ao método que destinava-se a abarcar as lógicas antropológicas das representações coletivas – em uma alusão direta a Durkheim (1994) –, e as lógicas clínicas de terapêuticas individualizadas, que pressupunham a universalidade psíquica da humanidade, ou a unidade fundamental da *psyché* humana (única forma, advoga a autora, "de dar o mesmo *status* ético e científico a todos os seres humanos, a suas produções culturais e psíquicas, a suas maneiras de viver e de pensar, por diferentes e, às vezes, desconcertantes que sejam" [MORO, 2018, p. 5, tradução livre]). A etnopsiquiatria de Moro reserva-se, portanto, a prerrogativa de outorgar o direito à humanidade às pessoas de "diferentes culturas" baseada no compartilhamento de uma estrutura psíquica universalmente distribuída – em último grau, compartilha-se o status de humanidade mediante o compartilhamento da *psyché*. A técnica e a teoria clínicas baseiam-se, então, em três parâmetros: a importância da língua materna (e da possibilidade de transitar entre uma língua e outra, como da língua materna à língua do país receptor); a necessidade

---

por Haraway de materialismo semiótico, advoga que o materialismo é sempre uma fabricação de significados situada, e nunca mera "representação", como argumenta Moro e grande parte das psicanalistas, psicólogas e psiquiatras ciosas do conceito de cultura.

de partilhar das representações culturais e coletivas do paciente e a necessidade de um grupo de terapeutas em algumas situações.

Já Tobie Nathan, psicanalista que comandava a até pouco tempo o Centro George Devereux de consultas etnopsiquiátricas e mediação etnoclínica para imigrantes-refugiadas, criado em 1993 e ligado à Universidade Paris 8 – Saint Denis, procura abandonar uma assimetria pressuposta entre as matrizes epistemológicas (ou regimes ontológicos) das usuárias e das terapeutas – a bem da verdade, a própria divisão entre usuárias e terapeutas torna-se borrada nessa configuração. O sistema terapêutico, que pretende-se aberto e inscreve-se em uma aproximação à proposta de cosmopolítica e de ecologia das práticas de Stengers (2005; 2011a; 2011b), procura romper com a teoria do complementarismo de Devereux, e propõe uma atuação terapêutica prática aos moldes da charlatã(o), de Latour (2002), ou da idiota, de Deleuze e Guattari (2010) e Stengers (2011a; 2011b): aquela que desacelera os procedimentos do pensamento, que não tira conclusões precipitadas – ou que não precipite conscientemente a formação de respostas definitivas – e que pode, de certa forma, “aprender a desaprender”.

A etnopsiquiatria de Nathan sugere que a prática terapêutica se libere do monopólio da verdade inscrito na figura da praticante da terapia em questão, povoando, inclusive, o *setting* clínico com “não-especialistas”. As palavras e a língua – que aqui difere de Linguagem como construto estruturalista e vazio dos símbolos linguísticos – continuam a reservar para si um papel central: a presença de tradutoras e o processo de construção do significado das palavras observado em simultaneidade com a tradução feita é pré-requisito – ou obrigação (STENGERS, 2011a; 2011b) – da prática etnopsiquiátrica de Nathan. Palavras/significados, como “coisas”, fabricam pessoas e fabricam relações, e são por elas fabricadas – o método terapêutico almeja, então, (re)fabricar palavras/significados, pessoas e relações. O símbolo, nesta conformação, representa-se a si mesmo (WAGNER, 2017) e tem agência própria, sendo mundificante (HARAWAY, 2019).

A intenção é, portanto, a ruptura com o “sono moderno”, sendo necessária a reorganização das fronteiras disciplinares, epistemológicas e, porque não, ontológicas, em uma “[...] fuga da assimetria pelo qual o *front* modernista desqualificou [...] todas as práticas de conhecimento não só contra, mas também aquém das ambições dos modernos” (FILHO, 2016, p. 86). O traço diacrítico da etnopsiquiatria de Nathan é o lugar do interstício que ela reivindica, articulando uma prática eminentemente pluridisciplinar e pluri-epistemológica para além das fronteiras erigidas pela prática da Ciência (aqui, com letra maiúscula) como imaginada pelas modernas. Negociar (com) palavras, significados, objetos e naturezas, soerguindo um “multinaturalismo como política cósmica” em um constante exercício exigente de precaução (VIVEIROS DE CASTRO, 2018, p. 49-50), entretanto, não afasta a centralidade assumida pela perspectiva de uma prática terapêutica do simbólico.

É a conformação do símbolo e do significado que está em questão e que adquire relevo na prática etnopsiquiátrica de Nathan. Dessa forma, o multisimbolismo, ainda que representado por tropos autorreferenciais sem “nenhuma estrutura, sistema ou mecanismo” (WAGNER, 2017, p. 165) e que se obviam em conjunto em uma relação entre matrizes epistemológicas variadas, continua configurando o espaço de diálogo



como uma arena de disputa simbólica, holográfica em toda a sua extensão (WAGNER, 2017). A “estrutura”, portanto,

[...] não é definida como determinadora do sentido, mas antes como *subsumida*, assim como os elementos orientadores de uma paisagem, dentro de uma perspectiva binocular coordenadora que organiza os detalhes de forma significativa. (WAGNER, 2017, p. 173, grifos do autor)

Invertem-se os sinais da determinação significativa, mas é o significado “tropográfico” ou “simbólico” que continua em jogo, ainda que desta vez seja rejeitando a “formulação saussuriana do signo e do sentido” (WAGNER, 2017, p. 172). O símbolo, sob essa lógica, tem agência e materialidade: é produzido ao mesmo tempo em que produz o mundo.

## 2.2 Arthur Kleinman e a Psiquiatria Transcultural: entre explicações e modelos explicativos

Arthur Kleinman tem vasta produção teórica, e figura como grande influência de uma certa antropologia médica cujo epicentro encontra-se nos Estados Unidos – e reverberada no Brasil. Em minha primeira entrevista com Joelma, médica psiquiatra do Ambulatório, ela citou, ao ser questionada sobre quais autoras eram debatidas nas formações de residentes em psiquiatria do ambulatório, a noção de “sofrimento social” (KLEINMAN *et al.*, 1997; KLEINMAN, 1997) como o pilar epistemológico sobre o qual a prática clínica do ambulatório repousaria. Para as autoras, o sofrimento social poderia ser descrito como “[...] as lesões devastadoras que a força social pode infligir à experiência humana” (KLEINMAN *et al.*, 1997, p. ix, tradução livre), colocando em relevo aquilo que se entende como as dimensões socioculturais do sofrimento. Esse sofrimento resulta do que os poderes políticos, econômicos e institucionais fazem às pessoas: como uma experiência sociocultural, o sofrimento não diz respeito ao indivíduo – embora seja ela que o torne visível –, nem é visto como um sofrimento corporal (biológico) – embora ele se manifeste em uma forma corporificada. O sofrimento é social, portanto, por se configurar como um processo social corporificado/biologizado – um sofrimento simbólico operado por meio do corpo.

Entretanto, e apesar de esta ser uma importante noção do trabalho de Kleinman que baseia o oferecimento de serviços de saúde mental para imigrantes-refugiadas por localizar o sofrimento dessas pessoas na chamada “força social” (“reconhecendo”, portanto, a importância de um extravasamento da abordagem da psiquiatria de conformações puramente biológicas), não será esse aspecto do trabalho de Kleinman que analisarei. Determe-ei ao conceito de modelo explicativo (*explanatory model*), às chamadas “oito perguntas de Kleinman”, utilizadas como instrumento de elucidação dos modelos explicativos das pacientes no contexto do Ambulatório, e à divisão entre *illness* (enfermidade) e *disease* (doença) feita pelo autor para operar as distinções entre processos tidos como puramente biológicos e as significações atribuídas à “doença como experiência” da enfermidade (KLEINMAN, 2006 [1978]).

A experiência humana do sofrimento e os significados atribuídos à experiência de adoecimento constituem a *illness*: eminentemente “cultural”, essa estrutura de significação

– ou essa narrativa sobre a doença – organizaria a experiência intersubjetiva da doença, e o sintoma de adoecimento configura-se como um significado equivalente a verdades padronizadas em um sistema cultural local (KLEINMAN, 1988, p. 10). Sistemas culturais locais, para o autor, seriam as formas padronizadas de pensar e agir sobre o mundo – uno – que aprendemos e que replicam a estrutura social de determinado grupo e/ou cultura. Há uma descontinuidade, portanto, entre narrativa (*illness*) e doença (*disease*), semântica e imanência, interpretação e aferição: enquanto a enfermidade – narrativa – é “construída culturalmente” por atribuir diferentes significados a um fenômeno de caráter unívoco (patologia), a doença é a categoria que “denota um mal funcionamento em - ou mal adaptação de – processos biológicos e/ou psicológicos” (KLEINMAN, 1978, p. 88, tradução livre). Enquanto a categoria doença seria o modelo explicativo das praticantes profissionais (e o autor ressalva que aqui não importa se são praticantes “modernas” ou “indígenas”), a segunda seria o modelo explicativo da arena da “cultura popular”, onde a patologia (*sickness*) é articulada em um idioma altamente pessoal, não técnico e concreto preocupado com as implicações cotidianas que a patologia terá em suas vidas.

Ainda que Kleinman avenge a possibilidade de que o sistema de representações biomédico seja também um dos modelos explicativos particulares sobre a realidade externa, ela continua unívoca e vinculada à categoria da patologia – que guarda em si a ontologia semântica da doença e da enfermidade. Sob a perspectiva do sistema cultural local, as relações de cuidado em saúde são não raramente “transações entre modelos de doença e enfermidade” (KLEINMAN, 1978, p. 88, tradução livre). Se o sistema biomédico é também um sistema cultural – um sistema de significação, de criação de representações cujos significados são descontínuos em relação a seus significantes, para usar uma analogia saussuriana –, a distinção feita pelas praticantes da biomedicina ocidental entre enfermidade e doença coloca esta última muito mais próxima da realidade ontológica da patologia (*sickness*)<sup>6</sup> do que a primeira, além de promover o mesmo distanciamento em relação a outros modelos explicativos de cuidados em saúde oriundos em sistemas diversos de representação, ou de culturas alheias aos pré-requisitos modernos de produção e operação da Ciência. Além disso, em dividindo o mundo entre crenças e realidade unívoca (ou modelos explicativos e a explicação), *sickness* é desigualmente acessível a depender da enfermidade (narrativa) e da doença (não-narrativa, conhecimentos “técnicos”) articuladas – alguns sistemas simbólicos de representação estarão mais aptos a acessar a realidade unívoca da *sickness* (a saber, o das modernas).

Equivaler os sistemas de cuidado em saúde “pré-modernos” ao sistema biomédico por meio de uma espécie de “rebaixamento” deste último a um sistema cultural de significação coloca em relevo a maldição da tolerância (STENGERS, 2011b) do projeto científico moderno (“reconhecemos que não somos os detentores da verdade, mas quase isso”): pareado ao multiculturalismo pluralista ocidental segue também o colonialismo e o racismo epistêmico moderno, que apenas tolera as diferenças reduzindo-as a meras variações da realidade de significado único tocado apenas pelas mãos e visto apenas pelos olhos da Ciência e de seu empreendimento epistemológico. Os modelos das outras é, portanto, essencialmente alternativo, apenas uma variação daquilo que é real-em-si-mesmo.

<sup>6</sup> Chega a ser curioso que o caráter de ontologia unívoca da categoria *sickness* é tão autoevidente para Kleinman que ele não chega a apresentar uma conceituação definidora do termo.

A atividade das curadoras (*healers*) é, assim, eminentemente hermenêutica, ou de construção de significado. É preciso que a significação originada pelo processo de adoecimento circule entre o grupo familiar, o nexos social, as curadoras e as pacientes. É a circulação desses modelos explicativos, sempre em processo de negociação, que permitirá estabelecer métodos terapêuticos coerentes com o significado produzido sobre o adoecimento. A tarefa primeira da curadora, então, se torna acessar o modelo explicativo circulado entre a paciente, as pessoas de seu convívio próximo e a comunidade onde se ancoram os significados elaborados (o sistema cultural local). Para tal, Kleinman elaborou uma série de perguntas destinadas a serem aplicadas – não necessariamente *ipsis literis* – por médicas interessadas em elucidar os modelos explicativos elaborados por suas pacientes sobre seus processos de adoecimento. “As oito perguntas de Kleinman”, como eram comumente chamadas durante meu trabalho de campo, eram usadas para realizar a “formulação cultural” das residentes em psiquiatria do ambulatório pesquisado, uma entrevista de uma paciente escolhida pela residente sobre a qual ela teria que produzir uma interpretação “cultural” a respeito. São elas<sup>7</sup>:

- 1) O que você acha que causou seu problema?
- 2) Por que você acha que o problema começou no momento em que ele começou?
- 3) O que você acha que sua doença/patologia faz com seu corpo? Como ela opera/funciona?
- 4) O quão grave é a sua doença/patologia? Ela vai durar muito ou pouco?
- 5) Que tipo de tratamento você acha que deveria receber?
- 6) Quais são os resultados mais importantes que você espera receber deste tratamento?
- 7) Quais são os principais problemas que sua doença causou para você?
- 8) O que você mais teme em relação à sua doença? (KLEINMAN *et al.*, 2006 [1978])

Por meio dessa série de perguntas, Kleinman acreditava ser possível que médicas acessassem o modelo explicativo da paciente sobre o processo fisiopatológico (*sickness*) experimentado. Ele diz:

Elicitar o modelo do paciente dá ao médico o conhecimento *das crenças que ele tem sobre sua enfermidade, o significado pessoal e social* que ele atrela à sua perturbação, suas expectativas sobre o que lhe acontecerá e sobre o que o médico fará, e seus próprios objetivos terapêuticos. A comparação do modelo do paciente com o do médico habilita o clínico a identificar discrepâncias importantes que podem causar problemas ao manejo clínico. Tais comparações também ajudam o clínico a saber quais aspectos de seu modelo explicativo necessitam de uma exposição mais clara aos pacientes (e famílias), e qual tipo de *educação* do paciente é mais apropriada. E eles aclaram conflitos não relacionados a diferentes níveis de conhecimento, mas diferentes valores e interesses. Parte do processo clínico envolve negociações entre esses modelos explicativos, uma vez que tiverem sido explicitados. (KLEINMAN *et al.*, 2006 [1978], p. 147, grifos meus, tradução livre)

<sup>7</sup> No ambulatório, as perguntas eram aplicadas pelos residentes substituindo o termo “doença” por “problema”. Abordo os resultados dessas “formulações culturais” em outros trabalhos (BRANCO-PEREIRA, 2019; 2020a; 2020b; 2020c).

O exercício clínico é, dessa forma, um exercício de navegação semântica<sup>8</sup>, eminentemente hermenêutico, entre sistemas de representação simbólica diversos, e exige, antes de tudo, capacidade de comunicabilidade entre as coabitantes deste mundo. É na incapacidade de comunicação entre esses “sistemas culturais” que repousa a percepção da necessidade de construir ferramentas de aferição dos significados atribuídos à doença que sejam alheios à biomedicina. Mapear as crenças que as pacientes têm sobre suas enfermidades e os significados sociais que ela anexa à sua perturbação é fundamental, e é preciso que no exercício de comparação entre os modelos das pacientes e das médicas, essas últimas consigam identificar discrepâncias que possam causar problemas ao manejo clínico do caso (ou à adesão), além de quais partes de seus próprios modelos explicativos foram mal compreendidos e que merecem uma maior atenção em sua exposição às pacientes, que necessitam ser educadas por suas terapeutas. A negociação a que o autor se refere é, na verdade, o exercício de conceder às pacientes a narrativa da doença, a gramática da enfermidade, o ato de fornecer significado ao processo fisiopatológico concreto – e não é a narrativa que se constitui como problema, mas seu caráter acessório (e, portanto, descartável) à realidade unívoca do mundo.

Sua prática, portanto, é de interpretação e tradução: do modelo explicativo das pacientes, é necessária a interpretação das categorias alheias à biomedicina, e uma decorrente tradução para o código simbólico referencial das médicas – e isso só se dá por que se acredita haver uma analogia possível que transcende os dois sistemas simbólicos: a realidade unívoca das psicopatologias e das doenças mentais, que existem transversalmente às particularidades culturais. Uma vez superada esta etapa, a médica então traduz novamente para que seu modelo explicativo seja acessível ao código simbólico referencial das pacientes – o que torna a “negociação” a que Kleinman se refere um exercício de catequização científica: é preciso acessar o código simbólico das pacientes sobre saúde e doença não para buscar nele próprio as soluções que possam se articular conjuntamente à biomedicina, mas para, por analogia, encontrar a categoria correspondente presente no código simbólico da medicina, e nele buscar as soluções, que encontram-se alguns degraus mais próximos da Verdade do que a significação concedida pela paciente. As pacientes creem, enquanto as médicas sabem; as pacientes significam, enquanto as médicas decodificam; as pacientes têm modelos explicativos, enquanto as médicas têm a explicação.

### 2.3 Laurence Kirmayer e a Psiquiatria Social e Cultural Canadense

Laurence Kirmayer, ao lado de Kleinman, exerce grande influência no único serviço psiquiátrico do SUS para imigrantes-refugiadas no Brasil. Seu curso ministrado na McGill University, no Canadá, é frequentemente apontado pelas minhas interlocutoras

<sup>8</sup> Não à toa, a categoria “idiomas de sofrimento” (*idioms of distress*) é bastante recorrente nesses contextos para referir-se a diferentes formas de formulação e expressão de emoções definidas pelas particularidades concernentes a cada sistema cultural. Geralmente associados àquilo se chama de “alteridades radicais”, ou a tipos de conformações culturais tidas como radicalmente distintas às das praticantes, os idiomas do sofrimento são “[...] modos alternativos de expressar sofrimento, e indicam manifestações de sofrimento em relação ao significado pessoal e cultural” (DESAI; CHATUVERDI, 2017, tradução livre). Alternativos a quais?

psiquiatras interessadas na temática da chamada psiquiatria social e cultural como referência para o debate e a prática psiquiátrica ciosa do conceito de cultura. Segundo sua perspectiva, a psiquiatria cultural é aquela que se preocupa com a compreensão do impacto das diferenças sociais e culturais na doença mental e seus métodos terapêuticos (KIRMAYER; MINAS, 2000, p. 438). Cultura, de acordo com Kirmayer, “[...] tem a mesma ubiquidade e transparência da água, exceto na junção de culturas, onde o mundo é refratado e refletido” (KIRMAYER; MINAS, 2000, p. 438, tradução livre).

É no encontro, portanto, que a cultura é inventada, de acordo com a mais wagneriana das asserções apresentadas até agora. A noção de cultura é usada na psiquiatria das mais diversas formas, e denotando os mais diversos significados, mas o autor afirma que é para explicar as falhas de comunicação, adesão e entendimento mútuo entre médica e paciente que ela é mais comumente acionada – o que, segundo ele, amputaria a capacidade instrumental do conceito para a psiquiatria. Essa “diferença” comunicacional “problemática” (KIRMAYER; MINAS, 2000, p. 439) que algumas médicas chamam de cultura surge no limite do encontro de dois sistemas de significação distintos, e soerguem-se 1) das dificuldades suscitadas por diferenças linguísticas, de linguagem não verbal e de códigos de etiqueta; 2) de equívocos ou crenças e práticas estranhas por parte das pacientes; e 3) de diferenças em valores basais da personalidade humana. Dessa forma, argumentam os autores, a cultura é vista como algo que só a paciente tem, “impedimento ao entendimento compartilhado e à cooperação” (KIRMAYER; MINAS, 2000, p. 439, tradução livre). Assumindo que médicas também têm cultura<sup>9</sup>, ele, então, admite que a noção de cultura passível de ser instrumentalizada pela prática psiquiátrica é que a própria psiquiatria é produto do mundo cultural, o que levaria, por si só e sem nenhum esforço adicional, a uma apreciação crítica das presunções implícitas e do contexto histórico da teoria e da prática desse campo da medicina. É, assim, o processo de tomada de consciência deste fato que levará as médicas ao “real diálogo” com as pacientes – as psiquiatras (e psicólogas) apenas precisam confessar que também têm cultura, e o trabalho está feito.

Esse “real diálogo” já tem, entretanto, uma conformação dada previamente por Kirmayer e Minas: afirmar que uma “escuta qualificada” (que se situa em uma posição crítica e consciente sobre os limites da psiquiatria e os “determinantes culturais” que poluiriam a disciplina tanto quanto poluem os entendimentos alheios às das modernas da realidade unívoca) é almejada para estabelecer a comunicação antes apenas imaginada não impede o autor de estabelecer *a priori* quais são as questões às quais as psiquiatras devem se debruçar para realizar uma prática psiquiátrica ciosa do conceito de cultura. Às médicas, é necessário que façam o que as imigrantes-refugiadas suas pacientes ainda – pois essa também é uma questão temporalidades distintas da experiência humana – não fizeram: reconheçam que creem (ou que têm cultura), recusem verdadeiramente suas crenças e abracem o saber sobre a ontologia do mundo. Primeiro, o autor define

---

<sup>9</sup> É curioso como este é um traço que atravessa todos os trabalhos analisados: uma espécie de “confissão de culpa”, reconhecendo que quem escreve também crê, e não só sabe. Esse reconhecimento, não obstante, também estabelece uma clivagem: há um outro patamar destinado àquelas que sabem tanto a ponto de terem consciência de que creem, em contraste àquelas tidas como tão ignorantes que levam a vida crendo que sabem. A posição moderna, livre das crenças e capaz de enfrentar o mundo despojado de suas garantias e encantamentos (STENGERS, 2011b, p. 310), é uma posição privilegiada de produção da realidade.



o que uma resposta considerada adequada à diversidade cultural deve circunscrever: a linguagem, o racismo, as desigualdades de poder e os sentidos positivos da tradição cultural e da identidade étnica (KIRMAYER; MINAS, 2000). Uma ressalva, entretanto, é feita:

Entretanto, a crítica cultural da psiquiatria e a preocupação com a escuta da voz de outros não significa abandonar o empirismo científico ou a *clareza de pensamento*. Os efeitos do racismo, do imperialismo e da supressão sistemática das culturas dos outros não serão contra-atacados de maneira efetiva pela ingenuidade inocente que vê em qualquer coisa não ocidental uma forma melhor de medicina. [...] Todo o empreendimento da psiquiatria cultural, e a resposta à diversidade que ela almeja, é predicada em um meio social que *tolera*, e de fato acolhe, pluralismo e diversidade. (KIRMAYER; MINAS, 2000, p. 444, grifos meus)

De antemão, já se admite que o projeto não propõe um questionamento de alguns pressupostos epistemológicos considerados irreduzíveis – qualquer formulação contrária é tomada como *naïveté* daquelas que consideram qualquer conformação “não ocidental” uma forma superior de medicina<sup>10</sup>. Mais que isso, há que se manter a *clareza de pensamento* – semanticamente alçada à posição de equivalência ao empirismo científico – tida como característica distintiva do ocidente (ou da modernidade), clareza essa não compartilhada com o que está do lado de fora deste círculo, e essa é uma afirmação problematicamente racista. As pré-modernas – imigrantes-refugiadas, no contexto canadense (e brasileiro) – não a possuem, e isso já as equivale de chofre àquelas alienadas, ou loucas. Sanidade é uma característica ligada ao empirismo científico, às modernas, como advoga o autor – infere-se, portanto, que todo o resto é insana<sup>11</sup>.

Também não é uma proposição de caráter diplomático: a proposta de diálogo é, na verdade, uma tentativa de discurso monológico. O empreendimento é predicado em um meio social que tolera – e o termo não foi grifado sem propósito, pois nada é mais facilmente descartável do que a tolerância multicultural moderna diante de uma pulsão civilizatória – e incentiva o pluralismo e a diversidade dentro dos parâmetros estabelecidos pelo empirismo científico: não aceita, portanto, qualquer hibridização em seus métodos e conceitos. Levar a cultura em consideração é, inclusive, entendê-la como uma categoria biológica (KIRMAYER, 2006, p. 129), “superando”, assim, a dicotomia natureza-cultura. Variando entre uma abordagem ecológica – que considera os determinantes ambientais para características culturais que criam “biologias locais” – e uma fisiológica – os efeitos biológicos de um determinado comportamento considerado cultural –, Kirmayer afirma que “cultura é um constructo biológico na medida em que a evolução resultou em nossa capacidade para adquirir cultura por meio de várias formas de aprendizado e pelo maquinário neural necessário para negociar as complexidades dos mundos culturais” (KIRMAYER, 2006, p. 130)<sup>12</sup>.

<sup>10</sup> Além de tudo, pode ser definido como o que Viveiros de Castro, em diálogo com Strathern, chama de “nacismo masoquista” (STRATHERN, 1999): a ideia de que tudo que não possa ser reduzido aos efeitos do colonialismo é descartável no encontro com a alteridade, o que torna superlativo o poder das modernas sobre as extramodernas.

<sup>11</sup> Conferir também Branco-Pereira (2021).

<sup>12</sup> Lévi-Strauss havia postulado em 1986: “Assim, antropólogos e biólogos estão hoje de acordo para reconhecer que a vida em geral e a dos homens em particular não pode se desenvolver de maneira uniforme. Sempre e em qualquer lugar ela supõe e gera diversidade. Essa diversidade intelectual, social, estética, filosófica, não é unida por nenhuma relação de causa e efeito à que existe no plano biológico entre as grandes famílias humanas. Ela apenas lhe é paralela em outro terreno” (LÉVI-STRAUSS, 2012b, p. 78).

Essa proposição não supera a dicotomia natureza-cultura justamente por reificar a existência dos dois polos (CALLON; LATOUR, 1992) – e raramente são só dois (LATOUR, 2006)!<sup>13</sup> Mais do que isso, a afirmação da amálgama natureza + cultura, onde a primeira tem caráter estrutural e a segunda tem caráter estruturante, não explica a razão de estarmos falando de psiquiatria transcultural e não de ortopedia ou cardiologia transcultural (e, porque não, de uma “psiquiatria transcultural reversa”, onde as matrizes epistemológicas e ontológicas outras seriam alçadas simetricamente às modernas, antes coexistindo com elas do que as substituindo) – ou mesmo a impossibilidade de inventarmos tais conceitos. Se esta é uma via de mão dupla, onde ambas natureza e cultura são determinadas e se determinam reciprocamente no processo de definição de qual é a ontologia dos processos de adoecimento, corpos também teriam que ser culturais.

A natureza varia em escalas infinitesimais, e produz-se, sim, “biologias locais”. Entretanto, a natureza não varia nos ambulatórios de medicina e especialidades da carreira médica, e não requisitamos equalização cultural em tratamentos que incidem sobre o corpo biológico humano, cujos processos de adoecimento são considerados relativamente invariáveis e não requerem equalizações culturais, com abordagens terapêuticas e protocolos de cuidado padronizados – afinal, o corpo não tem cultura, mas a cultura tem corpo. À cultura corporificada, resta saber como interpretá-la da melhor maneira possível, acessando os sistemas de códigos e significados que incidem sobre a realidade unívoca e imaginadamente neutra em relação aos códigos semântico-gramaticais da cultura, para que se possa operar a modificação biológica necessária para a cessação do mal – ainda que essa modificação biológica venha a ser processada por meio de intervenções “sociais” e “culturais”.

Para acessar, então, as perspectivas de Outrem, não basta que lhe consideremos um sujeito – de que ele o é, não há a menor dúvida. É preciso que entendamos o que pode ser um sujeito (VIVEIROS DE CASTRO, 2002), e entender que concepções imaginárias, e/ou simbólicas (virtualmente todas) produzem efeitos reais (virtualmente todos). Símbolos não são meros produtos do mundo, mas também o produzem – adquirem uma imanência obviada (WAGNER, 2012; 2017). É preciso, antes de tudo, levá-los a sério, e não apenas tolerá-los.

### 3 Antropologia Estrutural: uma aproximação epistemológica<sup>14</sup>

Analisando um texto mágico-religioso das Cuna, que vivem em território panamenho, Lévi-Strauss (2012a) conduz a descrição de uma intervenção xamânica destinada a ajudar um parto difícil causado pelos abusos de Muu, força responsável pela formação do feto. Após descrever a operação da cura, um intrincado encantamento, ele afirma que

<sup>13</sup> “Em vez de escolher alternativamente a partir de duas listas de ingredientes humanos e não humanos, o antropólogo está agora interessado em quantas listas os atores produzem – e raramente existem apenas duas! (DESCOLA, 1986)”. (LATOUR, 2006, p. 376).

<sup>14</sup> É importante apontar que toda uma antropologia de padrões culturais de comportamento, que remonta à Margaret Mead e Ruth Benedict (MEAD; BENEDICT; SHAPIR, 2013), é de suma importância para as aproximações possíveis entre o campo *psi* e a antropologia. Também Gregory Bateson e seus postulados sobre comunicação e cognição – ou biossemiótica – têm, imensa influência sobre a psiquiatria, em especial a estadunidense.

ela consistiria em tornar pensável uma situação dada em termos afetivos, “e aceitáveis, pelo espírito, dores que o corpo se recusa a tolerar” (LÉVI-STRAUSS, 2012a, p. 281).

O fato de a mitologia do xamã *não corresponder a uma realidade objetiva* não tem importância, pois que a paciente nela crê e é membro de uma sociedade que nela crê. [...] A paciente, tendo compreendido, faz mais que resignar-se, ela fica curada. Nada de comparável com nossos doentes quando se lhes explica a causa de seus problemas invocando secreções, micróbios e vírus. Talvez sejamos acusados de paradoxo se respondermos que é assim porque *os micróbios existem, e os monstros não existem*. [...]. O xamã fornece à sua paciente uma *linguagem* na qual podem ser imediatamente expressos estados não formulados, e de outro modo informuláveis. E é a passagem para essa expressão verbal (que ao mesmo tempo permite viver de forma ordenada e inteligível uma experiência atual, mas que sem isso seria anárquica e indizível) que provoca o desbloqueio do processo fisiológico, isto é, a reorganização, num sentido favorável, da sequência de cujo desenrolar a paciente é vítima. (LÉVI-STRAUSS, 2012a, p. 281-282, grifos meus)

Esse trecho é significativo sobre o que Lévi-Strauss considera uma cura simbólica. Primeiro, há uma realidade objetiva, explicitada em micróbios, vírus e relações de causa e efeito, reais em si mesmos e neutros aos significados que se lhe atribuem. Essa realidade objetiva não abarca a mitologia da xamã e das Cuna, sendo essa mitologia uma camada simbólica acessória à realidade objetiva. O importante é a crença tanto da paciente quanto da sociedade da paciente na mitologia evocada pelo xamã – um compartilhamento, portanto, de um sistema simbólico que se torna eficaz precisamente por ser compartilhado, onde há continuidade entre as crenças individuais e coletivas. Ainda assim, a realidade objetiva apresenta limitações à imanência dos símbolos e dos sistemas simbólicos: não basta explicar às nossas doentes sobre a simbologia dos vírus, micróbios e secreções para performar uma cura simbólica – afinal, eles existem, ao passo que monstros não existem. A relação entre micróbio e doença é externa à paciente, enquanto a relação entre monstro e doença é interna, isto é, uma relação entre símbolo e coisa simbolizada, entre significante e significado. Para curar a paciente, a xamã tem de oferecer uma linguagem capaz de expressar estados informuláveis de outra maneira, que reorganizam fisiologicamente a paciente de maneira a curá-la.

Dessa forma, prossegue Lévi-Strauss, podemos traçar um paralelo entre as curas performadas pela xamã e aquelas performadas por psicanalistas. Nos dois casos, trata-se, segundo o autor, de

[...] trazer à consciência conflitos e resistências que até então haviam permanecido inconscientes, seja por terem sido recalçados por outras forças psicológicas, seja [...] em razão de sua própria natureza, que não é psíquica, e sim orgânica, ou até simplesmente mecânica. (LÉVI-STRAUSS, 2012a, p. 282)

A natureza “simplesmente mecânica” de que nos fala Lévi-Strauss é aquela cuja estrutura biológica é irreduzível. Como argumentou Descola (2011), é aqui que se encontra a “natureza exterior” de Lévi-Strauss – uma teoria fisicalista do conhecimento: “A natureza exterior ao homem é convocada, sobretudo, como uma espécie de léxico de traços distintivos *a partir do qual os órgãos sensíveis e o cérebro produziram textos de acordo com uma sintaxe própria*” (DESCOLA, 2011, p. 39, grifos meus). É a reorganização da

linguagem simbólica, uma sintaxe produzida pela redutibilidade da cultura ao cérebro e aos órgãos sensoriais, que aparece como instrumento terapêutico de xamãs e psicanalistas – com algumas diferenças, mas de operação pareada. A realidade exterior, entretanto, é unívoca – simultaneamente estrutural e estruturante, é possível dizer. Tão unívoca que, concordando com Freud, Lévi-Strauss vaticina que

[...] a descrição em termos psicológicos da estrutura das psicoses e neuroses deva um dia desaparecer, dando lugar a uma concepção fisiológica, ou até bioquímica. Essa eventualidade poderia estar mais próxima do que parece, já que pesquisas suecas recentes evidenciaram diferenças químicas relativas à taxa de polinucleotídeos, entre as células nervosas de indivíduos normais e de alienados. (LÉVI-STRAUSS, 2012a, p. 287)<sup>15</sup>

Ao fim e ao cabo, para Lévi-Strauss, o símbolo é acessório para a realidade exterior neutra a toda sorte de significações possíveis. Se é possível realizar curas simbólicas, isso se dá por ainda não termos acessado o caráter ontológico das realidades fisiológicas, irreduzíveis a si mesmas, o que, para ele, invariavelmente ocorrerá. A estrutura de produção simbólica universalmente distribuída entre seres humanos seria o empecilho final a este acesso: não sabemos porque cremos, e para saber, necessitamos deixar de crer. Essa estrutura – que, por sua vez, é um conjunto de estruturas psíquicas – é o inconsciente, que, neste caso, deixa de ser o inconsciente da psicanálise – “[...] o inefável refúgio das particularidades individuais, o repositório de uma história única, que faz cada um de nós um ser insubstituível [...]” e torna-se a função simbólica, “[...] especificamente humana, sem dúvida, mas que em todos os homens se exerce segundo as mesmas leis” (LÉVI-STRAUSS, 2012a, p. 289). Se o subconsciente da psicologia é um mero aspecto da memória, o inconsciente lévi-straussiano – a função simbólica – é sempre vazio: ele é apenas a forma (*morphé*), indiferente à matéria (*hyle*) que o atravessa, como o estômago é alheio aos alimentos que o atravessam. “Órgão de função específica”, prossegue Lévi-Strauss, “[...] limita-se a impor leis estruturais, que lhe esgotam a realidade, a elementos esparsos que lhe vêm de fora – pulsões, emoções, representações, lembranças” (LÉVI-STRAUSS, 2012a, p. 290).

Nada mais próximo disso que a psiquiatria biológica – ou aquela que nega o biologicismo de determinada psiquiatria para atribuir à cultura o status de categoria biológica, como procurei argumentar nos tópicos precedentes. A cultura como léxico semântico aplicado sobre a realidade unívoca – real em si mesma – ou trópica, no sentido filosófico – é passível de ser instrumentalizada para a performance de curas simbólicas que, em último grau, reduzem-se a curas biológicas operadas por intermédio do símbolo como crença compartilhada.

Nesse sentido, a solução de Roy Wagner (2012) parece mais profícua: parece claro que só é possível determinar um elemento simbólico ou atribuir propriedades às suas várias associações convencionais com base na significância relativa dos contextos dos

<sup>15</sup> Em determinado nível, Russo e Venâncio (2006) demonstram que essa operação foi feita, mesmo sem o desvelamento último das causas biológicas das patologias mentais previsto por Lévi-Strauss. O abandono da categoria de “neurose” pelo DSM-III para “limpar” as categorias tidas como “simbólicas” em benefício de categorias “puramente biológicas” (afastando-se, portanto, da psicanálise e mirando a construção de um manual “a-teórico”, e puramente classificatório da realidade unívoca da doença mental) representou uma revolução para a nosografia psiquiátrica, cujos pilares talvez estejam começando a ser questionados em uma escala mais intensiva no momento atual.

quais ele participa, ao mesmo tempo que os produz. “O significado”, aponta o autor, “[...] é uma função das maneiras pelas quais criamos e experienciamos contextos [...]”, e um contexto “[...] é uma parte da experiência – e também algo que nossa experiência constrói; é um ambiente no interior do qual elementos simbólicos se relacionam entre si, e é formado pelo ato de relacioná-los” (WAGNER, 2012, p. 111). Não existem, pois, significados primários (unívocos), e “todo uso de um elemento simbólico é uma extensão inovadora das associações que ele adquire por meio de sua integração convencional em outros contextos” (WAGNER, 2012, p. 115). Se o significado é concebido em uma relação, então não há denotação absoluta (ou uma realidade unívoca) – não há, pois, uma Cultura que fornece de antemão os significados para suas afiliadas, que, de posse de seus símbolos, realizam suas interpretações particulares sobre esse léxico semântico. Invenção, portanto, é cultura, e toda expressão dotada de significado é um tipo de invenção que requer bases de comunicação em convenções partilhadas para fazer sentido.

Dessa forma, a pressuposição *a priori* de estruturas mentais e/ou psíquicas, de estruturas humanas de produção de significado e de contextualização simbólica universalmente distribuídas, de estruturas biológicas – conformações neurosinápticas de uma realidade ulterior ao significado, independentes dos símbolos e imunes a contextualizações –, de uma conformação semiótica à experiência da vida, pode levar-nos a uma reificação de exotismos contraproducentes, reproduzidos na teoria do campo *psi* como a antropologia que embasa os cuidados de saúde mental “especializados” destinados a imigrantes-refugiadas. Resumem-se às ciências *psi*, pois o corpo não tem significado – a biologia, ainda que local, é realidade unívoca e irreduzível. E requer de psiquiatras, psicólogas e psicanalistas ciosas da consideração da cultura no oferecimento de cuidado em saúde mental que se imbuam em empreitadas interpretativas para que possam performar curas simbólicas eficazes – aquelas em que os símbolos e significados operam as mudanças fisiológicas necessárias para que a cura seja “real”.

Saúde e doença, quando observadas sob o prisma daquelas que consideram cultura como importante parte constitutiva dos processos de adoecimento, tornam-se categorias semânticas – são os significados da doença que passam a adquirir importância, em especial na construção da adesão terapêutica. A correta interpretação desses significados é crucial para a boa sequência dos métodos terapêuticos escolhidos. É por esse motivo que médicas (e antropólogas) confrontadas com pacientes oriundas de sistemas simbólicos diferentes, cuja gramática da vida é supostamente alheia à lógica semiótica da biomedicina – também considerada mais próxima do desvelamento daquilo que seria a realidade unívoca do mundo – recorrem à ideia de transculturalidade, etnomedicinas e a métodos de interpretação dos significados atribuídos a processos patológicos que são reais em si mesmos, pois cultura, sob essa perspectiva, é o processo de significação de uma realidade imanente neutra aos significados que lhe atribuem.

É também por isso que as mentes, e não os corpos dessas pacientes é que são alvo de abordagens que consideram a cultura: é na mente, no inconsciente e no cérebro onde as estruturas de produção de significado se localizam – a função simbólica –, e são nas doenças mentais – representadas por uma clivagem inicialmente inconciliável entre sistemas de significação – que o choque semiótico se dá de maneira perceptível para as actantes desse cenário. Dessa forma, não é que a cultura e as diferentes formas de



simbolização precisem ser consideradas para que os significados outros atribuídos por diferentes sistemas simbólicos às patologias sejam levados a sério, mas justamente para serem desconsiderados: o objetivo é propedêutico, ou seja, é preciso investigar o imaginado bloco monolítico cultural dessas pacientes para que as médicas traduzam e ajustem os múltiplos significados atribuídos e ofereçam uma linguagem diferente a elas – dessa vez, reduzindo-a a um significado único e real em si mesmo, uma denotação absoluta.

Se o choque semiótico entre diferentes sistemas de simbolização traz à tona a necessidade de adequação das abordagens terapêuticas, considerando a cultura e os significados caros às pacientes no itinerário propedêutico, é nas simbolizações alheias à biomedicina que a cultura está, e é em grupos considerados pertencentes a alteridades radicais tidas como óbvias que ela se apresentará. A doença configura-se como uma categoria semântica, da ordem da narrativa e do discurso, e o exercício de desvendá-la é eminentemente hermenêutico: é preciso acessar o significado irreduzível a si mesmo que se esconde por trás dos significados particulares concedidos pela cultura e sobrepostos aos marcadores (biológicos) unívocos da patologia.

Além disso, as formulações – modernas – que concedem estruturas universalmente distribuídas de exercício da humanidade tornam possível o reconhecimento de um status de humanidade às pessoas oriundas de “outras culturas” desde essa prática profissional: só é possível considerar a Outra uma igual partindo-se do pressuposto de que ao reduzirmos suas particularidades aos mesmos pontos de partida tidos como universais – a *psyché*/inconsciente, a biologia e a sociologia, que podem ser reduzidas somente à biologia, ao final –, encontraremos o Ser Humano basal a partir do qual todas as variações derivam. Dito de outra maneira, ao tirar tudo que torna a Outra uma Outra do caminho, encontraremos um ser humano que teríamos dificuldades de enxergar sob tantas camadas de alteridade, ou de cultura. É preciso que a Outra se torne Nós, uma Igual ou uma Mesma, para que enxerguemos um ser humano (BRANCO-PEREIRA, 2020c), e só assim podemos cogitar existir um mundo comum a ser compartilhado com “alteridades radicais”. Uma prática, entretanto, que não procura diplomaticamente negociar com outros regimes ontológicos sobre quais são os sujeitos possíveis, e que dá de antemão os pré-requisitos para que esse reconhecimento seja realizado não é uma prática trans: o sistema de trocas está, nessa configuração, fechado, e é unidirecional. Se não há hibridização, não há o despertar do sono moderno, nem o rompimento com determinado racismo epistêmico tão pungente na Ciência.

## 4 Conclusão

O multiculturalismo complacente produz, por vezes, discursos problemáticos, com reprodução de estereótipos racistas e evolucionistas. Corre a ideia que a outorga da “capacidade de comunicar” e/ou da condição de sujeito é uma prerrogativa das modernas, e essa é uma relação evidentemente assimétrica. São as profissionais que aferem os “problemas de comunicação”, e são também elas que podem dizer quem é ou não um sujeito por meio da atribuição de estruturas universalmente distribuídas, como a *psyché*. A pressuposição da existência de um psiquismo inerente à humanidade, bem como das

estruturas neurosinápticas, eminentemente neutras a contextualizações, é que aferem a condição de sujeito a essas pessoas sob essa perspectiva. Dessa forma, o instrumental construído para lidar com a *psyché* e as neurosinapses seria tão universal quanto as estruturas nas quais intervêm – e esse mecanismo retórico funda a universalidade dos métodos que dispensam qualquer equalização contextual caso não estejam diante daquelas que “têm cultura”.

Assim, observa-se uma psicologização e uma psiquiatrização da experiência da imigração-refúgio: as interpretações oriundas de uma determinada psicopatologia e da nosologia da psiquiatria são privilegiadas, compondo, junto às abordagens jurídico-legais e assistenciais, as aproximações ao tema que ocorrem mais comumente. A saúde mental é lugar privilegiado para pensar os maquinários de produção de diferenças, pois tem voz normativa privilegiada na produção do imaginário acerca de quem esses sujeitos são (como suas mentes estão conformadas) e sobre o que é articulado para inventá-los diferentes de Nós.

A falha dos métodos, sob essa perspectiva, costuma dizer mais sobre as pacientes imigrantes-refugiadas (ou quaisquer outras que “tenham cultura”) do que sobre as idealizadoras da abordagem: se um método de intervenção sobre as mentes dessas pessoas falha, esse é um problema da alçada da cultura, ou da crença, e isso tem efeitos sobre o quanto essa paciente poderá ser considerada um sujeito. Aprende-se a cultura para aumentar a adesão por meio da melhoria dos problemas de comunicação – empecilho próprio da cultura. Na ausência da eficácia dos métodos de intervenção terapêutica de psicólogas e psiquiatras, não é a veracidade dos pressupostos epistemológicos e inferências ontológicas delas que são colocadas em cheque, mas as das imigrantes-refugiadas: falharam pois faltou adesão, faltou adesão pois ela crê ao invés de saber, ela crê ao invés de saber por ser pré-moderna, e pré-modernas são menos sujeito/indivíduo/*self* que as modernas – literalmente, pois nem “sabem” que o indivíduo “existe”, ou que têm “cultura”: há apenas um mundo internamente indiferenciado de explicações sobrenaturais. São as pré-modernas que são mais coletivistas, menos individuais, e isso influi obviamente sobre o fato de se ter ou não *psyché* – e sobre ser ou não um sujeito. O conhecimento moderno, neutro, esbarra na crença pré-moderna, matizada.

É preciso atentar-se, enfim, para como a antropologia tem sido holograficamente instrumentalizada nesses contextos, utilizada como objeto frequente de reificações simplificadoras do que se chama de “alteridades radicais”. No embate entre a equidade e a universalidade, paradigmas fundantes do Sistema Único de Saúde (SUS), a última sempre tem tido preponderância em relação à primeira. É importante atentar-se à universalidade, sim, mas é preciso entender que a universalidade do atendimento, que prevê que todas têm que ter igual direito de acesso à saúde pública, não deve prescindir da equidade, respeitando as diferenças nas abordagens e tratamentos – e, no limite, almejando construir planos terapêuticos que considerem as contra epistemologias extramodernas e que hibridizem as abordagens terapêuticas e os pressupostos epistemológicos não apenas do campo *psi*, mas também da biomedicina como um todo. À antropologia, cabe um papel estratégico de articulação e mediação nesse trânsito de saberes, abandonando nossas reticências em colaborar com essas disciplinas e recusando abordagens que considerem

as dimensões simbólico-culturais como meras acessórias da realidade de significado único sobre a qual versam os manuais clínicos e psicopatológicos.

## Referências

- ACHÓTEGUI, Joseba. Emigrar en situación extrema: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). **Revista Norte de Salud Mental de La Sociedad Española de Neuropsiquiatria**, Madrid, v. 5, n. 21, p. 39-52, 2004.
- BASTIDE, Roger. **Sociologia das doenças mentais**. São Paulo: Companhia Ed. Nacional, 1967.
- BRANCO-PEREIRA, Alexandre. O refúgio do trauma: notas etnográficas sobre trauma, racismo e temporalidades do sofrimento em um serviço de saúde mental para refugiados. REMHU, **Rev. Interdiscip. Mobil. Hum.**, [s.l.], v. 26, n. 53, p. 79-97, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-85852503880005306>.
- BRANCO-PEREIRA, Alexandre. **Viajantes do tempo**: imigrantes-refugiadas, saúde mental, cultura e racismo na cidade de São Paulo. 2019. 175f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2019.
- BRANCO-PEREIRA, Alexandre. **Viajantes do tempo**: imigrantes-refugiadas, saúde mental, cultura e racismo na cidade de São Paulo. Curitiba: Editora CRV, 2020a. DOI: <https://doi.org/10.24824/978854444061.2>.
- BRANCO-PEREIRA, Alexandre. Aculturalidade e hiperculturalidade: entre saberes e crenças em um serviço de saúde mental para imigrantes e refugiadas. **R@U – Revista de Antropologia da UFSCar**, São Carlos, v. 12, n. 1, 2020b. DOI: <https://doi.org/10.52426/rau.v12i1.336>.
- BRANCO-PEREIRA, Alexandre. Autismo e maternidade migrante: psicopatologizando relações em mobilidade. **Vivência – Revista de Antropologia**, Natal, v. 1, n. 56, 2020c. DOI: <https://doi.org/10.21680/2238-6009.2020v1n56ID23676>.
- BRANCO-PEREIRA, Alexandre. Alucinando uma pandemia: ensaio sobre as disputas pela realidade da Covid-19. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 27, n. 59, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-71832021000100007>.
- CABOT, Heath. The social aesthetics of eligibility: NGO aid and indeterminacy in the Greek asylum process. **American Ethnologist**, [s.l.], v. 40, n. 3, p. 452-466, 2013.
- CALLON, Michel; LATOUR, Bruno. Don't throw the baby out with the Bath school! A reply to Collins and Yearley. In: PICKERING, Andrew. (org.). **Science as practice and culture**. Chicago: University of Chicago Press, 1992.
- CARSTEN, Janet. **Culture of relatedness**: new approaches to the study of kinship. Cambridge: Cambridge University Press, 2000.
- CARVALHO, Luciana Andrade. Cuidados em saúde mental para imigrantes e refugiados: reflexões a partir da experiência em um centro terciário. In: XI REUNIÃO DE ANTROPOLOGIA DO MERCOSUL, no Grupo de Trabalho n. 95: Antropología, movilidad y salud. Montevideo, Uruguai, 2015. **Anais [...]**. Uruguai, 2015.
- CARVALHO, Luciana Andrade *et al.* Serviços de saúde mental para imigrantes e refugiados na cidade de São Paulo: contribuições para o debate. **TRAVESSIA – Revista do Migrante**, São Paulo, ano XXXI, n. 84, 2018.
- DANTAS, Sylvia Duarte. (org.). **Diálogos interculturais**: reflexões interdisciplinares e intervenções psicossociais. São Paulo: Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo, 2012.

- DANTAS, Sylvia Duarte. Saúde, interculturalidade e imigração. **Revista USP**, São Paulo, v. 114, p. 55-70, 2017.
- DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **O que é a filosofia?** 3. ed. São Paulo: Editora 34, 2010.
- DESAI, Geertha; CHATUVERDI, Santosh K. Idioms of distress. **Journal of Neurosciences in Rural Practice**, [s.l.], v. 8, n. 1, p. 94-97, 2017.
- DESCOLA, Philippe. As duas naturezas de Lévi-Strauss. **Sociologia e Antropologia**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 35-51, 2011.
- DEVEREUX, Georges. **Baubo, la vulve mythique**. Paris: Payot, 2011.
- DEVEREUX, Georges. L'ethnopsichiatrie. **Ethnopsychiatria 1.1**, [s.l.], Revue Semestrielle Bilingue, p. 7, 1978.
- DURKHEIM, Émile. Representações individuais e representações coletivas. *In*: DURKHEIM, Émile. **Sociologia e Filosofia**. São Paulo: Ícone, 1994. p. 9-54.
- FASSIN, Didier. The biopolitics of otherness: undocumented foreigners and racial discrimination in french public debate. **Anthropology Today**, [s.l.], v. 17, n. 1, 2001.
- FASSIN, Didier. Another politics of life is possible. **Theory, Culture & Society**, [s.l.], v. 26, n. 5, p. 44-60, 2009.
- FASSIN, Didier; RECHTMAN, Richard. **The empire of trauma: an inquiry into the condition of victimhood**. Princeton: Princeton University Press, 2009.
- FASSIN, Didier; D'HALLUIN, Estelle. The truth from the body: medical certificates as ultimate evidence for asylum seekers. **American Anthropologist**, [s.l.], v. 107, n. 4, p. 597-608, 2005.
- FERREIRA, Jorge Flávio. Retificando a psiquiatria transcultural: novas odisséias nas entrelinhas do Estado, da saúde e da imigração em Espanha e na União Européia. **Revista de Antropologia da UFSCar**, São Carlos, v. 4, n. 2, p. 95-106, 2012.
- FERREIRA, Jorge Flávio. Negociar a cura: enquadramentos da doença em uma clínica psiquiátrica transcultural – um estudo de caso. **Revista de Antropologia Social dos Alunos do PPGAS-UFSCar**, São Carlos, v. 3, n. 1, p. 145-170, 2011.
- FILHO, Maurício Siqueira. **O centro, o círculo e o vínculo: sobre Tobie Nathan e as técnicas de influência**. 2016. 102f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.
- GALINA, Vivian Fadlo et al. A saúde mental dos refugiados: um olhar sobre estudos qualitativos. **Interface (Botucatu)**, [on-line], v. 21, n. 61, p. 297-308, 2017.
- GONZALEZ, Lélia. Racismo e sexismo na cultura brasileira. **Revista Ciências Sociais Hoje**, [s.l.], ANPOCS, p. 223-244, 1984.
- HARAWAY, Donna. A giant bumptious litter: Donna Haraway on truth, technology, and resisting extinction. **Logic**, [s.l.], Issue 9, Nature, 2019. Disponível em: <https://logicmag.io/nature/a-giant-bumptious-litter/>. Acesso em: 22 abr. 2020.
- KIRMAYER, Laurence. Beyond the 'new cross-cultural psychiatry': cultural biology, discursive psychology and the ironies of globalization. **Transcultural Psychiatry**, [s.l.], v. 43, n. 1, p. 126-144, 2006.
- KIRMAYER, Laurence et al. Explaining medical unexplainable symptoms. **The Canadian Journal of Psychiatry**, [s.l.], v. 49, n. 10, 2004.
- KIRMAYER, Laurence; MINAS, Harry. The future of cultural psychiatry: an international perspective. **The Canadian Journal of Psychiatry**, [s.l.], v. 45, p. 438-446, 2000.

- KLEINMAN, Arthur. Everything that really matters: social suffering, subjectivity, and the remaking of human experience in a disordering world. **Harvard Theological Review**, [s.l.], v. 90, n. 3, p. 315-336, 1997.
- KLEINMAN, Arthur. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. **Social Sciences and Medicine**, [s.l.], v. 12, p. 85-93, 1978.
- KLEINMAN, Arthur. **The illness narratives**: suffering, healing, and the human condition. [S.l.]: Basic Books, 1988.
- KLEINMAN, Arthur; EISENBERG, Leon; GOOD, Byron. Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropological and cross-cultural research. **Focus**, [s.l.], v. IV, n. 1, 2006.
- KLEINMAN, Arthur; DAS, Veena; LOCK, Margaret M. **Social suffering**. 1. ed. California: University of California Press, 1997.
- KOHN, Eduardo. **How forests think**: toward an anthropology beyond the human. Berkeley: University of California Press, 2015.
- KNOBLOCH, Felicia. Impasses no atendimento e assistência do migrante e refugiados na saúde e na saúde mental. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 26, n. 2, 2015.
- LATOUR, Bruno. Ethnography of a “high-tech” case: about Aramis. In: LEMMONIER, Pierre [org.]. **Technological choices**: transformation in material cultures since the Neolithic. Londres: Routledge, 2006. p. 372-398.
- LATOUR, Bruno. **Reflexão sobre o culto moderno dos deuses fe(i)tiches**. Santa Catarina: EDUSC, 2002.
- LÉVI-STRAUSS, Claude. **Antropologia estrutural**. 1. ed. São Paulo: Cosac Naify, 2012a. Coleção Portátil.
- LÉVI-STRAUSS, Claude. **A antropologia diante dos problemas do mundo moderno**. São Paulo: Companhia das Letras, 2012b.
- MACHADO, Igor José de Renó. Sobre os processos de exotização na imigração internacional brasileira. **Revista de Antropologia**, São Paulo, v. 51, n. 2, 2008.
- MACHADO, Igor José de Renó. Parentesco e diferencialidades: alternativas à identidade e às fronteiras étnicas no estudo das migrações. In: UNIFESP MIGRAÇÕES: FLUXOS, CONTROLES E POLÍTICAS PÚBLICAS; MIGRAÇÕES: FLUXOS, CONTROLES E POLÍTICAS PÚBLICAS, Universidade Federal de São Paulo, Guarulhos, 2013. **Anais [...]**. Guarulhos, São Paulo, 2013.
- MARTINS-BORGES, Lucienne. Migração involuntária como fator de risco à saúde mental. **Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana (REHMU)**, [s.l.], v. 21, n. 40, p. 151-162, 2013.
- MEAD, Margaret; BENEDICT, Ruth; SAPIR, Edward. **Cultura e personalidade**. (obra organizada por Celso Castro). São Paulo: Zahar, 2013.
- MORO, Marie-Rose. Psicoterapia transcultural da migração. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 26, n. 2, 2015.
- MORO, Marie-Rose. La clínica transcultural tiene necesidad del grupo para sana. In: EVENTO DE PSICANÁLISE E ANTROPOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICANÁLISE DE SÃO PAULO, 2018. **Anais [...]**. São Paulo, 2018.
- PUSSETTI, Chiara. Identidades em crise: imigrantes, emoções e saúde mental em Portugal. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 94-113, 2010.
- PUSSETTI, Chiara. “O silêncio dos inocentes”: os paradoxos do assistencialismo e os mártires do mediterrâneo. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 21, n. 61, p. 263-272, 2017.
- PUSSETTI, Chiara *et al.* **Migrantes e saúde mental**: a construção da competência cultural. Lisboa, PT: Alto-Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural, 2009.



- RUSSO, Jane; VENÂNCIO, Ana Teresa A. Classificando as pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM III. **Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 9, n. 3, 2006.
- STENGERS, Isabelle. An ecology of practices. **Cultural Studies Review**, [s.l.], v. 11, n. 1, 2005.
- STENGERS, Isabelle. **Cosmopolitics I**. Tradução para o inglês de Robert Bononno. Minnessota: University of Minnessota Press, 2011a.
- STENGERS, Isabelle. **Cosmopolitics II**. Tradução para o inglês de Robert Bononno. Minnessota: University of Minnessota Press, 2011b.
- STRATHERN, Marilyn. No limite de uma certa linguagem: entrevista concedida a Eduardo Viveiros de Castro e Carlos Fausto. **Mana**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, 1999.
- VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. **Metafísicas canibais**: elementos para uma antropologia pós-estrutural. São Paulo: Ubu Editora; n-1 edições, 2018. 288p.
- VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. O nativo relativo. **Mana**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 113-148, 2002.
- VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. Os pronomes cosmológicos e o perspectivismo ameríndio. **Mana**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 115-144, 1996.
- WAGNER, Roy. **A invenção da Cultura**. São Paulo: Cosac Naify, 2012.
- WAGNER, Roy. **Símbolos que representam a si mesmos**. Traduzido por Priscila Santos da Costa. São Paulo: Editora Unesp, 2017.

#### Alexandre Branco-Pereira

Doutorando em Antropologia Social pela UFSCar. É coordenador do Observatório Saúde e Migração (<https://www.osm.ufscar.br>), da Frente Nacional pela Saúde de Migrantes (FENAMI) e da Rede de Cuidados em Saúde para Imigrantes e Refugiados. Atua como pesquisador no Laboratório de Estudos Migratórios (UFSCar), no Promigras – Saúde e Migração (Unifesp) e na Rede Covid-19 Humanidades MCTI. É editor-chefe do Boletim do Observatório Saúde e Migração ([www.boletimosm.ufscar.br](http://www.boletimosm.ufscar.br)). As principais áreas de atuação são em antropologia das migrações, antropologia da saúde e dos sistemas de saúde e estudos da ciência e da tecnologia, atuando principalmente nos seguintes temas: refúgio, racialização e racismo, Estado e políticas públicas, sistemas de saúde, ideologização e políticas migratórias, política na e da ciência, estudos da ciência e da técnica, saúde mental, colonialidade e pandemias e epidemias. Atualmente, desenvolve pesquisa sobre o impacto da pandemia de Covid-19 sobre as populações migrantes racializadas, sobre as tensões entre a universalidade e a equidade no sistema de saúde e sobre o nexos entre os paradigmas de sistemas de saúde universais e o racismo durante a pandemia.

Endereço profissional: Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de São Carlos, Rod. Washington Luiz, s/n, Monjolinho, São Carlos, SP. CEP: 13565-905.

E-mail: [alebrancop@gmail.com](mailto:alebrancop@gmail.com)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3513-5728>

#### Como referenciar este artigo:

BRANCO-PEREIRA, Alexandre. Entre Cérebros, *Psychés* e Culturas: notas para o debate sobre a epistemologia que embasa serviços de saúde mental para imigrantes-refugiadas em São Paulo. **Ilha – Revista de Antropologia**, Florianópolis, v. 24, n. 2, e80387, p. 174-197, maio de 2022.