

EXPERIMENTAÇÕES ETNOGRÁFICAS EM UM AMBULATÓRIO PSIQUIÁTRICO PARA IMIGRANTES E REFUGIADAS DE SÃO PAULO

ETHNOGRAPHIC EXPERIMENTATIONS IN A PSYCHIATRIC AMBULATORY
FOR IMMIGRANTS AND REFUGEES IN SÃO PAULO

Resumo

A atuação de antropólogas em serviços de saúde não é algo usual no Brasil. Se é possível apontar uma profusão de pesquisas etnográficas realizadas em hospitais, o trabalho prático de antropólogas nesses ambientes costuma ser raro. Este trabalho pretende discutir a atuação prática de um antropólogo em um serviço de saúde mental especializado em imigrantes e refugiadas localizado na cidade de São Paulo, descrevendo as dificuldades inerentes à invenção teórica e prática de um exercício pouco imaginado da antropologia, pensando e propondo formas de “transformar o dado em cuidado”. Além disso, pretende-se também discutir as bases epistemológicas nas quais o serviço em questão repousa, problematizando a razão de o espaço para a antropologia em serviços de saúde se abrir justamente em serviços de saúde mental, em geral, e especializado no atendimento de imigrantes e refugiadas, em específico.

Palavras-chave: Saúde mental. Imigrantes. Refugiadas. Antropologia.

Abstract

Anthropologists acting in health services is not something usual, at least in Brazil. If pointing out a profusion of ethnographic studies performed in hospitals is possible, anthropologists' practical work in these environments is rare. This work intends to discuss the practical work of an anthropologist in a mental health service specialized in immigrants and refugees located in the municipality of São Paulo, Brazil, describing the inherent difficulties to the theoretical and practical invention of a little imagined anthropology exercise, thinking and proposing ways to “turn data into care”. Besides that, it also intends to discuss the epistemological bases in which the ethnographic service lays, problematizing the reason that the space for anthropology in healthcare services to be opened precisely in mental health services, in general, and those specialized in attending immigrants and refugees, in specific.

Abstract: Mental health. Immigrants. Refugees. Anthropology.

¹ Universidade Federal de São Carlos e Observatório Saúde e Migração. *E-mail:* alebrancop@gmail.com.

INTRODUÇÃO

Este trabalho pretende discutir a atuação prática de um antropólogo em um serviço de saúde mental para refugiadas,² imigrantes e surdas³ na cidade de São Paulo, que se insere em uma etnografia multissituada sobre refugiadas e imigrantes. Esses serviços⁴ têm se multiplicado durante os últimos anos, tornando-se comum a presença de organizações da sociedade civil imbuídas em sua oferta. A percepção de que os movimentos migratórios, em especial a migração forçada derivada de conflitos bélicos e violações dos direitos humanos, seriam fatores estressores, traumatizantes e contribuiriam para o desenvolvimento de transtornos e distúrbios emocionais, psicológicos e psiquiátricos é a base epistemológica sobre a qual repousa a justificativa da existência desses serviços, documentada em extensa literatura interdisciplinar sobre o tema. (DANTAS, 2012; 2017; FASSIN; RECHTMAN, 2009; GALINA et al., 2017; PUSSETTI, 2010; 2017)

Outro pressuposto epistemológico fundamental na justificativa da existência de uma abordagem intercultural, transcultural, etnopsiquiátrica ou mesmo culturalmente sensível e competente é a derivação de alguns setores daquele que se convencionou chamar de “campo psi” para uma observação de critérios definição do problema mental e dos métodos terapêuticos utilizados para tratá-los que extrapolariam a unidade do indivíduo, tornando fundamental a observância do contexto pré- e pós-migratório, compreendendo “etnograficamente as culturas em contato” para entender o indivíduo. (DANTAS, 2017, p. 148) O fato de esses sujeitos virem de “outra cultura” 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. Um exemplo disso é não ser raro encontrar tais praticantes

2 Este trabalho usará o gênero feminino genérico para se referir às interlocutoras em campo como forma de dar relevo a uma subjetividade específica, muitas vezes eclipsada na literatura, especificando o gênero masculino nos casos particulares em que estiver referindo a homens. Tentei refletir aqui uma corrente estilística, que inclui várias antropólogas contemporâneas como Fleischer (2018). A escolha da escrita de concordância nominal feminina tem fins teóricos, servem para fazer justiça estatística à massiva presença feminina no cenário pesquisado; e políticos, desloca 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 estimula uma equalização cognitiva contínua por parte da leitora, sempre retornando ao estranhamento de não ver reificado o lugar do masculino enquanto estrutura basal do qual o feminino apenas varia.

3 Apesar de o ambulatório em questão realizar atendimento de brasileiras surdas, a discussão sobre a forma como imigrantes e refugiadas são equiparadas às brasileiras surdas não será objeto deste artigo. Para uma discussão a respeito, cf. Branco Pereira (2020).

4 Os serviços de atendimento psicológico e psiquiátrico para imigrantes e refugiadas mais antigos de São Paulo, e conseqüentemente do Brasil, completaram vinte e um anos em 2018, com um crescimento exponencial nos últimos oito anos.

afirmando a limitação cultural das práticas do campo psi, em especial entre as psiquiatras que foram minhas interlocutoras, considerando-o enquanto um *sistema de crenças* ou *sistema cultural*, o que na antropologia poderíamos classificar enquanto um sistema de representações ou uma “teia de significados”, nos termos de Geertz (2008).⁵

No contexto do refúgio, essa configuração se torna evidente: a multiplicação de serviços de assistência em saúde mental acompanha a percepção de que não só há mais refugiadas no país, mas também de que esses sujeitos são mais vulneráveis a transtornos emocionais e psiquiátricos; de alguma forma, suas configurações culturais seriam importantes na compreensão desses transtornos e na intervenção clínica praticada por esses serviços. Por outro lado, a universalidade do corpo biológico e das estruturas psíquicas e mentais dessas pessoas justificaria a antropologia enquanto tradutora dos contextos de interpretação particulares desse substrato universal. Não por acaso autores como Arthur Kleinman, Laurence Kirmayer e Georges Devereux têm grande proeminência teórica sobre essas vertentes do campo psi justamente por suas postulações que buscam delinear as estruturas universais inerentes ao exercício da humanidade, observando, entretanto, as particularidades que condicionariam tais estruturas universais. Estamos falando, então, da *psyché*, do inconsciente, de modelos explicativos particulares (*illness*) para descrição de experiências de adoecimento universais (*diseases*) inscritas no arcabouço teórico das praticantes dos métodos terapêuticos.

Por isso, apesar das dificuldades iniciais em estabelecer uma interlocução com pessoas e organizações que ofereciam tais serviços na cidade de São Paulo, consegui uma abertura através de propostas de trabalho voluntário que levaram em consideração justamente minha formação enquanto antropólogo, uma vez que havia um interesse crescente nas temáticas da antropologia, no método etnográfico e no aporte de conhecimentos sobre “outras culturas”. Eu descobriria depois, como irei apresentar mais adiante em maior profundidade, que esse interesse se calcava, entre outras coisas, na percepção das praticantes desses métodos terapêuticos da dificuldade em se estabelecer diálogo com os sujeitos a serem atendidos que fosse somente baseado nas formulações teóricas do campo *psi*. Isso se refletiu, muitas vezes, em uma baixa procura pelos serviços por parte das refugiadas. Quando ocorria, considerei tal dinâmica como dado de pesquisa: por que havia baixa procura por um serviço que, na concepção das pessoas envolvidas na

5 Para um debate teórico mais aprofundado, cf. Branco Pereira (2019; 2020; 2022).

temática do refúgio no Brasil, era de tamanha importância? Estaria correta a hipótese de minhas interlocutoras que atuam nos serviços, de que uma diferença cultural fazia que esses sujeitos não identificassem esse mal como da seara de atuação dos saberes médicos e psicológicos, fornecendo significações outras para problemas de ordem emocional e mental, sendo essas próprias categorias circunscritas a um sistema simbólico alheio a quem o serviço se destinaria?

Dessa maneira, como voluntário das instituições, acompanhei dois serviços de assistência em saúde mental para imigrantes e refugiadas: o primeiro⁶, que observei por cerca de três meses em 2017, era oferecido por uma organização da sociedade civil, e era o serviço de saúde mental para refugiadas de atividade mais recente à época da pesquisa – abordado em outras oportunidades. (BRANCO-PEREIRA, 2018; 2019; 2020) O segundo, oferecido por um hospital público ligado a uma universidade, acompanhei por dois anos e meio, e é o de atividade mais antiga do Brasil. Minha atuação no hospital público universitário se deu enquanto pesquisador e antropólogo do serviço, atuando em atividades didáticas para residentes⁷ e alunas de graduação, consultas compartilhadas, como gerente de casos e mediador cultural. Mantive diálogo próximo tanto com a equipe, quanto com os sujeitos atendidos e suas redes de relações.

Também realizei visitas a imigrantes e refugiadas pacientes desse hospital, a fim de tentar extrapolar os limites das consultas médicas, que, ao encerrar suas atividades em um consultório, suspendem o contexto no qual pacientes e suas redes de relações estão inseridos. Nesse sentido, a ideia era aplicar uma metodologia de investigação etnográfica que permitisse apreender questões não expressas em verbalizações de sintomas, sofrimentos ou na aplicação da anamnese, buscando conhecer em profundidade as linhas (INGOLD, 2007) traçadas por esses sujeitos até que desamboquem na requisição de auxílio médico. Com isso, busquei entender nessa etnografia as lógicas dos serviços e dos sujeitos atendidos de uma só vez: as dos serviços provavelmente foram apreendidas enquanto atuava neles. A lógica dos sujeitos não deveria ser encerrada ao fim das consultas compartilhadas com os residentes.

6 Optou-se por não revelar os nomes dos serviços e por conceder aos informantes nomes fictícios a fim de preservar sua identidade.

7 Médicos formados que estavam no segundo ano de especialização em psiquiatria. Pude observar duas turmas de residentes. Quando entrei no hospital, acompanhei os dois últimos meses do segundo ano de residência de uma turma – a qual ministrei um minicurso de antropologia da saúde. Em março, com o início de um novo ano letivo, uma nova turma de residentes foi admitida – todos homens.

“NÃO É O DADO, É O CUIDADO!”: O NÃO LUGAR DA ANTROPOLOGIA ENQUANTO TÉCNICA DE CUIDADO

Se, por um lado, encontrei um campo aberto e desejoso da contribuição e da participação de antropólogas em serviços de saúde, por outro, também encontrei uma grande resistência à minha atuação com as pacientes naquele ambiente. Segundo uma das psicólogas, eu estava ali enquanto alguém a contribuir apenas para o “alargamento das noções de transculturalidade da equipe”. Ou seja, para uma parte da equipe, em especial para a chefe da equipe de psicólogas, minha atuação não deveria se estender enquanto parte da abordagem terapêutica destinada às pacientes, mas deveria se dar especialmente junto à equipe, municiando-a com noções sobre antropologia que auxiliassem na aplicação de uma abordagem terapêutica que considerasse o conhecimento antropológico, mas dispensasse a antropóloga em si – uma antropologia sem antropólogas. Para melhor ilustrar o argumento, descreverei desde minha entrada no hospital universitário em cujo instituto de psiquiatria tenho atuado, relatando minhas ações, incumbências e o que chamo de flutuações de *status* que dizem respeito a um não lugar da antropologia como campo de conhecimento legítimo e legitimado sobre saúde, doença e cuidado.

Uma breve ressalva a ser feita antes de iniciar a descrição é sobre o pioneirismo do trabalho desenvolvido. Uma das grandes dificuldades foi justamente encontrar literatura antropológica que descrevesse alguma atuação prática de antropólogos em serviços de saúde no Brasil. Os relatos encontrados (BONET, 2018; CAMPOY, 2015; 2017; CIELLO, 2013; TARGA, 2010) foram fundamentais para articular minha atuação e para resistir às resistências impostas pela falta de uma tradição de atuação de antropólogos em serviços de saúde no Brasil. Entretanto, estas referências também foram escassas e, em vários momentos, insuficientes para dar respostas aos problemas com os quais me deparei em campo. Nesse sentido, o trabalho desempenhado foi eminentemente inventivo, no sentido wagneriano do termo: eu estava inventando meu próprio entendimento do que seria a atuação de um antropólogo dentro de um hospital psiquiátrico, e também estava sendo inventado pelas minhas interlocutoras de maneira reflexiva, pois a elas também competia a definição do que esperavam que fosse essa atuação – quando era possível conceber tal invenção. Minha imaginação, nas palavras de Roy Wagner (2012), foi “compelida a enfrentar uma nova situação” e então “frustrada em sua intenção inicial e levada a inventar uma solução” (p. 59). Foi nesse interlúdio que minha atuação foi erigida, uma atuação no “entre”.

Entrei em contato com psiquiatras desse hospital universitário ainda em 2017. Conversei primeiramente com seu fundador e responsável, docente da faculdade de medicina a que o hospital está vinculado. O docente, então, me passou o contato das duas psiquiatras que estavam coordenando o ambulatório no momento. Ao falar com elas, ambas se dispuseram a conceder entrevistas e me convidaram a conhecer o ambulatório. A primeira visita ocorreu em dezembro de 2017, em que fui apresentado enquanto “o antropólogo que queria colaborar” – eu não havia mencionado essa hipótese, apenas me apresentei como alguém que estava realizando uma pesquisa sobre refugiadas e saúde mental. Não corriji minha interlocutora e me dispus, sim, a colaborar. Elas aventaram a possibilidade de organizarmos um minicurso sobre antropologia para as residentes e a equipe do ambulatório, e combinamos que eu seria o responsável por estruturar as atividades didáticas, previstas para janeiro de 2018. No mesmo dia, haveria uma atividade didática com as internas – alunas do quinto ano da graduação em medicina – ministrada pelas minhas interlocutoras, que me convidaram a acompanhar. Fui surpreendido, então, pelo texto trabalhado na aula: era o *Ritos corporais entre os Nacirema*, de Horace Miner (1976), publicado pela primeira vez em 1956. A ideia era ilustrar como os cuidados corporais – de higiene e de saúde – eram hábitos tidos como naturais, enquanto o sistema biomédico não passaria de um *sistema de crenças*, o que equivaleria, segundo o discurso das minhas interlocutoras, a um *sistema cultural*.

Após o recesso do fim do ano, as atividades didáticas foram retomadas. No último dia, a psicóloga responsável pela equipe de psicologia, que estava retornando de um período de aproximadamente um mês de ausência, participou bastante da aula e, ao final, me convidou para integrar a reunião das psicólogas. Ela pediu relatos sobre o mês em que esteve ausente – que correspondia ao mês da minha chegada ao ambulatório –, questionando especialmente se alguém sabia de minha entrada na equipe e como eu estava atuando ali. Havia um desconforto claro com a minha presença, e era ambíguo: se, por um lado, a equipe buscava em minha chegada recente apoio para alcançar suas demandas antigas, o que era visto como um indício de reformulação das antigas lógicas do ambulatório que, aos olhos das psicólogas, relegavam a psicologia a uma posição subalterna, por outro, e por consequência desse sentimento de subalternidade e de a psicologia, segundo elas, ocupar um não lugar no hospital psiquiátrico, minha presença ali e o indício de uma reformulação das dinâmicas do ambulatório ameaçavam esse não lugar compartilhado agora por psicólogas e antropólogas. O não lugar da psicologia era ressaltado especialmente pela entrada de novas

especialistas no ambulatório, e havia uma disputa no horizonte por esse não lugar de episteme subalterna.

Uma das críticas enfáticas da responsável pela equipe de psicologia à nossa entrada no hospital era que, para ela, nós estávamos mais interessados na pesquisa e na produção de textos do que no oferecimento de assistência e de cuidado. O ambulatório se destinava a cuidar de imigrantes e refugiadas, não a pesquisá-las: “não é o dado, é o cuidado”, ela repetia. Uma vez que nossa disciplina “não era da área da saúde” e não tem em seu arcabouço um conjunto de técnicas de intervenção terapêutica, nosso não lugar era mais explícito que o da psicologia – agravado pelo fato de, no Brasil, não sermos uma profissão regulamentada e por não termos conselho de ética constituído. Respondemos que poderíamos contribuir com a área da saúde justamente por produzirmos dados que são relevantes para o cuidado, por não reificarmos a existência do indivíduo e de estruturas mentais universais, por direcionarmos nosso olhar para questões e contextos muitas vezes ignorados por outras especialidades – uma “especialista nas relações entre diferenças”, como define Campoy (2017).

É importante ressaltar que a ideia de que antropólogos e antropólogas produzem *somente* textos e *somente* conhecimento não é algo que reverbera apenas fora da antropologia, senão também dentro da disciplina. (BONET, 2018; CAMPOY, 2017). A concepção de que precisaríamos ser observadoras imparciais, de que a intervenção polui o dado coletado em campo, e de que devemos purificar nossa atuação – desconsiderando, por exemplo, que não intervir também é uma forma de intervenção e que nossa própria presença já modifica os contextos que se desenrolariam caso ali não estivéssemos – é bastante difundida entre profissionais da antropologia, uma atividade tida enquanto eminentemente acadêmica. Tais configurações me parecem mais relevantes na área da saúde, em que nos vemos proibidas de intervir ou colaborar seja por acharmos que nos faltam instrumentos e metodologias terapêuticas, ou que não deveríamos contribuir com construções normativas – mesmo que nossos textos carreguem, por vezes, um verniz de observação objetiva que ignora o quão normativas somos em nossas construções sobre o mundo. É importante ressaltar um movimento crescente de defesa da atuação prática de antropólogas em serviços de saúde, como Rego e Barros defendem (2017). Tal movimento, interno à antropologia, tem tentado “inventar” antropólogas enquanto “profissionais hábeis em participar da formulação do cuidado e atenção à saúde”. (REGO; BARROS, 2017, p. 13) Nesse sentido, devo discordar de uma antropologia que se pensa como não intervencionista: se Wilkinson e Kleinman (2016) convocaram as ciências sociais a produzirem ferramentas de intervenção prática na realidade, devo dizer que

já o fazemos: ao produzirmos *somente* textos, contribuímos para a “antropologia sem antropólogas” feita nos ambulatórios hospitalares que consideram nossas elucubrações fundamentais para o entendimento de questões relacionadas à saúde e à doença – não nos desimplicamos dos resultados produzidos, apenas nos desimplicamos da responsabilidade por eles.

Não se trata, entretanto, de empreender a defesa de uma antropologia meramente prática e intervencionista, mas de entender a prática do estudo etnográfico enquanto a própria prática da antropologia. Se a vida é constitutivamente semiótica (KOHN, 2013), e o ambulatório em questão se apresenta enquanto especializado em pessoas em situação de “vulnerabilidade linguística e cultural”, produzir informações sobre essas pessoas é, em si mesmo, intervir de maneira prática na construção da abordagem terapêutica. Nesse sentido, é importante apontar também a proeminência das correntes hermenêutica e estruturalista, representadas por Geertz (2008) e Lévi-Strauss (2012), sobre esse campo de atuação. A ideia de que o ofício das antropólogas se constitui em uma atividade eminentemente interpretativa e decifradora de símbolos – ainda que a interpretação seja de segunda ou terceira mão – é bastante importante nesse meio. A cura que se posiciona para além da cura biológica, da alçada da prática médica, é simbólica, ou seja, se dá através dos símbolos culturais, e a atividade culturalmente competente da medicina e da psiquiatria deve, na visão das praticantes dessa área, ser capaz de decodificar e instrumentalizar esses símbolos para performar uma cura simbólica eficaz. Cultura, portanto, é a capacidade de simbolizar e (re)construir significados, e a eficácia ou não dessa função simbólica está em jogo na discussão de casos psiquiátricos. O desarranjo causado pelo choque semiótico entre dois sistemas simbólicos diferentes (representado, na maior parte das vezes, pela clivagem explícita nos símbolos linguísticos) seria, portanto, uma das principais razões para que o “campo psi” necessitasse do auxílio de antropólogas e da antropologia na construção de um serviço culturalmente competente capaz de lidar com imigrantes, refugiadas e surdas.

Articulamos, então, a ideia de instituir a figura de uma “gerente de casos”, que funcionaria como um ponto focal de relação do serviço com as pacientes, responsável também por aportar informações relevantes por meio do estabelecimento de uma relação longitudinal com elas. Além disso, a gerente deveria realizar as discussões de caso com a miniequipe – constituída por uma residente, uma supervisora (no caso, uma médica psiquiatra) e uma gerente de casos, que seria uma psicóloga, uma antropóloga ou uma enfermeira. Isso, entretanto, não pacificou a questão: na semana seguinte, a psicóloga respon-

sável pela equipe de psicologia parecia mais agressiva. Pontuou que estava preocupada com nossa presença ali, que corroborar nossa atuação poderia resultar em infrações éticas às psicólogas da equipe, que não esperava que estivéssemos participando de consultas, intervindo e – o que mais me chamou a atenção – que não estávamos “em um campo de refugiadas ou em uma aldeia indígena no meio do mato para precisar de antropólogas na equipe” – inferi que em tais situações seria aceitável a presença de antropólogas para lidar com os contextos de exceção. Ao fim, e apesar de pontuar mais de uma vez que o trabalho ali “não era sobre o dado, era sobre o cuidado”, ela disse que iria mudar de ambulatório para que pudesse ter mais acesso à população que estava pesquisando em seu mestrado.

Concluindo, e a título de anedota que ilustra o lugar que (não) ocupei no ambulatório e a magnitude do exercício de invenção que se coloca diante de nós, o coordenador solicitou que eu submetesse um pedido para obtenção de um crachá para que eu pudesse entrar no hospital de maneira mais livre – assim, também obteria uma senha do sistema operacional de gestão de consultas e pacientes do lugar, a fim de que eu também pudesse agendar consultas e *evoluir*⁸ meus atendimentos no sistema. Solicitei, então, ao setor responsável pela emissão de crachás do hospital os documentos necessários para confeccioná-lo. Como profissionais assistenciais – aquelas responsáveis pelo cuidado – necessitam de uma certidão negativa de infrações éticas de seus respectivos conselhos de classe, e como antropólogas não têm um conselho, mas uma associação, fui enquadrado enquanto profissional não assistencial. Quando submeti a documentação, um dos chefes do setor me perguntou qual seria minha função; respondi que seria antropólogo. Ele disse que aquela função não estava prevista no organograma do hospital, então expliquei qual seria minha atuação: marcaria consultas, faria o acolhimento inicial das pacientes que chegassem presencialmente sem encaminhamento prévio, realizaria mediação cultural em consultas de imigrantes e refugiadas e exerceria a função de gerente de casos. Ele ouviu atentamente e me agradeceu. Semanas depois, fui buscar meu crachá, e lá estava escrito meu nome e minha função: Alexandre, auxiliar administrativo voluntário.

8 *Evoluir* é a terminologia utilizada para o ato de registrar as ações tomadas em relação a cada paciente, e os relatos sobre a evolução de seu quadro. De acordo com minhas interlocutoras, *evoluir* não guarda juízo de valor, pois serve para denotar tanto a descrição da consecução positiva – *evoluir bem* – e negativa – *evoluir mal* – de fatos derivados das intervenções terapêuticas, sendo apenas uma descrição das mudanças ocorridas. Na prática, o posposto *bem* e *mal* é que realiza o julgamento de valor das mudanças ocorridas.

UM ANTROPÓLOGO EM UM SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL: ATUAÇÃO E DESCRIÇÃO DE UM CASO

Minha atuação iniciou com duas ideias fundantes: a mediação cultural e a gerência de casos. A mediação cultural previa que eu, enquanto antropólogo, fosse responsável por perceber e decodificar signos culturais presentes nas relações entre equipe de saúde e paciente que fossem considerados importantes na avaliação terapêutica – baseado, como já mencionei, na ideia de que enquanto o substrato biológico do corpo é universal e, portanto, da alçada do conhecimento médico, igualmente universal, a particularidade cultural se daria nas estruturas mentais (que aqui diferem de cérebro) e nas relações, que seria onde se dão as percepções das perturbações psiquiátricas e psicológicas. A cultura, expressão humana particular nesse sentido fornecido pela prática psiquiátrica e psicológica interessada na trans- ou interculturalidade, seria um dos obstáculos colocados na correta interpretação da condição patológica, essa sim expressa objetivamente no corpo biológico do indivíduo. Acredito que se meu trabalho era de mediação cultural, servia justamente para arrefecer as tentações de exotização das pacientes por parte da equipe de saúde e, nesse sentido, se dava muito mais na direção desta do que das pacientes, com quem procurei manter uma relação não de convencimento sobre aquilo que considero prescritivo normativamente, mas sim destinada a uma investigação etnográfica, uma aproximação longitudinal em profundidade.

O fluxo das pacientes ocorria da seguinte forma: realizava-se o acolhimento por meio de uma escuta inicial dos problemas das potenciais pacientes. Após essa etapa, o caso era discutido com a equipe mais ampla e, se concordassem que era interessante o sujeito prosseguir no serviço, uma consulta de triagem era marcada com um dos residentes – a equipe contava com um coordenador, um psiquiatra, três psiquiatras supervisores chamados de preceptores, oito psicólogas, uma enfermeira, um antropólogo e dez residentes.⁹ Miniequipes compostas por um residente, uma supervisora e uma gerente de casos foram formadas, e realizavam consultas compartilhadas, discussão de casos e definição de um Plano Terapêutico Singular (PTS), que define a abordagem terapêutica a ser realizada junto à paciente. O PTS incluía não só as prescrições medicamentosas, de responsabilidade médica, mas outras sugestões de encaminhamento, como para cursos de português, orientações jurídicas, ampliação do repertório de relações através da frequência em outros

9 A outra antropóloga esteve presente apenas nos dois primeiros meses de 2018, e depois retornou em junho. Várias pessoas passaram pelo serviço enquanto profissionais além dessas citadas, mas permaneceram por pouco tempo.

espaços de convívio com outras brasileiras ou imigrantes, entre outras sugestões de caráter não médico.

A gerente de casos representava a figura não médica da miniequipe. Inspirada na Estratégia de Saúde da Família (ESF), nas experiências dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) e em diversos manuais de gestão em serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), a gerente de casos é responsável por acolher a paciente no serviço, realizar uma escuta inicial de seu relato, discutir o caso, estabelecer uma relação em profundidade com a paciente e colaborar na elaboração de seu PTS. A discussão sobre a medicação podia até contar com alguns comentários da gerente do caso, mas geralmente era circunscrita às psiquiatras e residentes. A gerente discutia outras percepções sobre o caso, tornando-se um ponto focal de relação entre o serviço e a paciente – o que poderia ajudar, por exemplo, na *adesão* dessas pessoas ao serviço. *Adesão* é um termo muito utilizado por minhas interlocutoras médicas para descrever a relação de vínculo estabelecida entre a paciente, a equipe de saúde, a instituição e os métodos terapêuticos definidos para o tratamento dela – considero todas actantes no sentido atribuído por Latour (2016). Dessa forma, a medicação psiquiátrica se torna apenas uma das actantes acionadas no estabelecimento de uma abordagem terapêutica considerada bem-sucedida, muitas vezes não sendo definida pelo critério da maior eficácia biológica – afinal, a prescrição deveria levar em consideração, por exemplo, a disponibilidade da medicação na rede do SUS, o que levava, por vezes, a equipe médica a optar por psicofármacos que não eram considerados por ela como os mais recomendados, mas como os disponíveis na rede de assistência de nível primário e secundário. A medicação, então, concorre com diversos outros actantes que influenciam positiva ou negativamente na *adesão* da paciente ao tratamento e na *evolução* do caso. As actantes não médicas teriam seus acionamentos colocados sob responsabilidade da gerente do caso em questão, considerando-se que o tratamento extrapolaria a esfera médico-biológica ou, pelo menos, as abordagens teriam que ser mais híbridas e menos purificadas, separadas dicotomicamente em dois polos: biologia e cultura, ou natureza e cultura.

ADEEL

Adeel tinha 32 anos quando nos conhecemos, é paquistanês e mora há quatro anos no Brasil. Fugiu para cá devido a ameaças de morte e a torturas que sofreu no Paquistão, tendo sido agredido por quem ele chama genericamente de “terroristas”. Os sintomas que descrevia derivavam, de acordo com ele,

desse fato: sentia dores pelo corpo, em especial na cabeça e nas articulações, falta de equilíbrio – especialmente se corria ou se ficava à beira de lugares altos –, fraqueza do lado esquerdo do corpo e muitas dificuldades de dormir. Todos os sintomas pioravam proporcionalmente à qualidade do sono que apresentava: se dormia pior, sentia-se pior. Também relatava muitos problemas de memória: dificuldades de lembrar nomes e o rosto das pessoas, dificuldade de lembrar de palavras – nós nos comunicávamos em inglês, e ele não especificou em qual língua ele apresentava tal dificuldade, já que ele não era fluente em português e inglês não era sua língua materna, que era o urdu. Já aí se expressava uma dificuldade em relação à ideia de competência cultural: um intervalo de produção e de apreensão de significados era criado pela necessidade de derivação linguística do urdu para o inglês a fim de que a comunicação se tornasse possível, e essa descontinuidade era impossível de ser mensurada. A equipe médica e eu também estávamos atingidos pela mesma descontinuidade, pois também não nos valíamos de nossa língua-mãe.

Uma das maiores particularidades do caso de Adeel era que ele não conhecia duas palavras intrinsecamente ligadas ao arcabouço categorial da psiquiatria, ao diagnóstico e ao tratamento imaginados pela equipe médica: *anxiety* e *distress*. Não obstante, a hipótese diagnóstica era de que Adeel tinha algum tipo de transtorno de ansiedade, que são variados, ou que expressava seu estresse emocional através de transtornos somatoformes – que no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) são chamados de sintomas somáticos e transtornos relacionados. A primeira preocupação diagnóstica para transtornos desse tipo é a exclusão de doenças orgânicas enquanto causas dos sintomas físicos. Em outras palavras, deve-se garantir que não existe uma causalidade biológica objetiva, mas sim uma produção de sintomas a partir de experiências subjetivas incorretamente externalizadas – no mais das vezes, verbalmente – e que serão percebidas fisicamente em vez de existencialmente. É recorrente, por parte das médicas, a explicação da ‘transformação’ de conflitos psíquicos em sintomas físicos involuntariamente como consequência da dificuldade que essas pessoas têm em verbalizar seus sentimentos e emoções, ou em consequência da ‘falta de repertório’ linguístico para fazê-lo – tanto que é recorrente, por parte das médicas, que se explique a “transformação” dos conflitos psíquicos em sintomas físicos involuntariamente como consequência da dificuldade que essas pessoas têm em verbalizar seus sentimentos – ou a “falta de repertório”. Para isso, Adeel fez ressonâncias magnéticas e tomografias, que atestaram a ausência de males orgânicos – deveria ser, portanto, uma somatização.

Entretanto, tornava-se um grande problema para a equipe médica o fato de que não era possível explicar para ele o que ele tinha, *anxiety e distress*, o que colocava sua *adesão* em risco. Adeel relatou diversas vezes que sentia melhoras ao ir ao médico, e que seu sono melhorava inicialmente com o uso do medicamento, mas que, após as primeiras semanas, os sintomas, os sintomas retornavam. Após o acolhimento, conversei com a equipe, e agendamos uma consulta com o residente duas semanas após esse encontro; além disso, foi receitado um antidepressivo tricíclico¹⁰ recomendado para o tratamento de diversas condições, como depressão, incontinência urinária noturna, dores em geral, ataques de pânico e transtornos de ansiedade generalizada.

Adeel retornou para sua segunda consulta, e começou-se a aventar a possibilidade do acionamento de métodos terapêuticos não médicos: Adeel relatava ainda não conseguir falar português com desenvoltura, dizia não ter muitos amigos e reportava viver em constante tensão, em especial quando pensava que seus sintomas eram a expressão de um quadro patológico grave – sempre dizia nutrir o medo de ter “*a serious disease*”. Foi recomendado que ele procurasse um curso de português para melhorar sua fluência e aumentasse seu repertório de contatos sociais no Brasil. Discuti-se brevemente com a equipe a possibilidade de encaminhá-lo para a psicoterapia, mas achou-se melhor acompanhar o caso por um tempo antes que se propusesse isso, já que a psicoterapia dependeria de uma *adesão* à terapia da fala que, segundo as médicas e psicólogas, um sujeito com “problemas de repertório” poderia não demonstrar. Recomendou-se que ele praticasse exercícios físicos para tentar melhorar a qualidade do sono. Adeel também disse que massagens o deixavam bastante relaxado e perguntou se não poderia realizá-las como forma de melhorar seus sintomas, e foi incentivado. A próxima consulta foi, então, marcada para um mês depois, e nesse ínterim mantivemos contato telefônico.

Um mês depois, Adeel “perdeu o seguimento”: não foi à consulta, apesar de ter me garantido que iria um dia antes. Entrei em contato com ele, e ele disse que tinha tido um compromisso naquele dia. Pedi que ele retornasse na próxima quarta-feira para que pudéssemos retomar seu seguimento. Ele não compareceu no dia marcado. Como estava notando uma resistência de Adeel em comparecer ao hospital, propus encontrá-lo na cidade de sua residência: Itaquaquecetuba, região metropolitana de São Paulo. Ele aceitou, e combinamos um dia da semana na estação de trem.

10 Os antidepressivos tricíclicos (ADT) foram, ao lado dos inibidores de monoaminoxidase (IMAOs), as primeiras classes de psicofármacos criados para combater quadros depressivos – isso se deu entre o fim da década de 1950 e o início dos anos 1960. (MORENO; MORENO; SOARES, 1999)

Chegando lá, encontrei Adeel e seguimos para conversar em uma padaria próxima. Adeel reafirmou sentir todos os sintomas descritos em sua primeira consulta – essa foi a primeira vez, no entanto, que ele confidenciou que trabalhava durante as madrugadas e que tinha que tentar dormir durante o dia. Ele também relatou que havia parado de tomar a medicação – usando ou não a medicação prescrita pelo residente, ele se sentia da mesma forma. Afirmou também que se sentia melhor quando fazia massagens – se sentia relaxado, as dores no corpo diminuía e ele conseguia dormir melhor, o que amenizava os outros sintomas. Adeel dizia que não sentia que estar no Brasil influenciava em seu quadro – ele expressou mais de uma vez, inclusive, que preferia ficar aqui, pois a vida era mais fácil que no Paquistão, e que os brasileiros lhe eram amigáveis.

Entretanto, também declarou mais de uma vez que a psiquiatra não o havia ajudado, e queria meu auxílio para conseguir uma consulta com um ortopedista – afinal, ele sentia dores corporais. Nesse sentido, o orientei a procurar uma Unidade Básica de Saúde (UBS), porque eu não conseguiria marcar uma consulta para ele. Ele ficou descontente, disse que a consulta na UBS iria demorar muito. Também me perguntou se existiam máquinas que fazem massagem na cabeça, mas eu não soube responder, então ele disse que iria pesquisar sobre isso. Perguntei se poderíamos nos encontrar novamente no próximo mês, no hospital ou próximo de sua casa – ele respondeu que sim, poderíamos nos encontrar novamente, e que preferia que fosse ali, próximo de sua casa. Sugeri que ele investisse nas massagens e nos exercícios físicos e, caso voltasse a se sentir mal, procurasse o ambulatório, pois estaríamos abertos a recebê-lo novamente.

Antes de finalizarmos, tive a curiosidade de perguntar-lhe se sabia o significado de *anxiety* e *distress*. Adeel disse que, após sua segunda ida ao hospital, havia, sim, pesquisado sobre os termos, e concordava que tinha todos os sintomas descritos nos materiais que consultou. Ainda assim, não sentia melhora substancial pelos métodos terapêuticos prescritos pela psiquiatria e achava que outras abordagens, como as massagens e os exercícios físicos, o ajudavam mais. Seu medo de ter uma *serious disease*, sua tensão, suas dores, sua percepção corporal não pareciam ser expressão de uma falta de repertório cuja consequência era o desembocar de sofrimentos psíquicos no corpo físico – essa hipótese calcava sua existência na ausência de signos capazes de serem lidos pelo conhecimento biomédico como um quadro patológico objetivo; logo, seu quadro patológico estava em suas estruturas de produção simbólica – uma mente que produz a percepção de um corpo adoecido quando este não o é. Se o antidepressivo tricíclico receitado tinha uma atuação físico-biológica descrita em termos de inibição da

recaptação da serotonina-norepinefrina, seu objetivo era a adequação da percepção corporal de Adeel à realidade, unívoca e externa, por sua mente.

Adeel estava consciente de sua tensão, não em termos de *anxiety* e *distress*, mas da expressão dos sintomas corporais e de sua desconfiança sobre a capacidade da ajuda que lhe era oferecida de fato o ajudar. Ele parecia estar buscando alguém em quem confiar, que extrapolasse a confiança com a qual se relacionava com o próprio medo, a única autoridade legítima sobre o sofrimento experimentado. Ao não conseguir estabelecer uma relação com as actantes acionadas pela equipe de saúde semelhante à que tinha com uma parte de si (o seu sentir), era sua sensação a que melhor sabia sobre sua condição. Tudo isso, a meu ver, se estabelecia em termos de uma relação em um mundo onde se multiplica a diversidade dos actantes e de realidades ontológicas, onde as fractalidades do *divíduo* (STRATHERN, 2006; MARRIOT, 1976), construído e em construção permanente sobre estruturas sociais, mentais, culturais e naturais, se sobrepõem à ideia de um sujeito indivisível; uma relação entre suas frações (actantes) pode produzir um mundo tanto quanto a relação com outras frações de mundo (também actantes) que sejam externas a si mesmas, em uma espécie de configuração monádica à la Tarde (2018).

Como Strathern (1999), não acredito na redução da ideia de socialidade à de sociabilidade, ou na redução da reciprocidade ao altruísmo – não é o caso de se imaginar as relações como substrato das pessoas, mas das pessoas como substrato das relações, ou enquanto pontos nodais de relações empreendidas e a se empreender. Quando digo que Adeel se relacionava com o próprio medo,¹¹ e que com ele estabelecia uma relação de confiança, quero afirmar que esse movimento não inerentemente solidário era nutrido por uma relação mais profunda e longitudinal com o fato de que confiar em sua desconfiança o mantinha alerta e não desmerecia sinais, considerados preocupantes, pois poderiam indicar uma *serious disease*. A partir do momento em que Adeel fizesse o que as psiquiatras lhe pediam, que era considerar que seu quadro não oferecia o risco imaginado, e que imaginar esse risco de um quadro grave produzia os sintomas que lhe causavam o sofrimento para o qual ele buscava auxílio, ele estaria negligenciando o que a realidade lhe dizia muito obviamente – e esse era um risco que ele não poderia correr.

Não bastou, portanto, que lhe dirigissem o que Stengers (2011) chamou de maldição da tolerância. A equipe médica ouvia o que Adeel sentia não para levar a sério seu “modelo explicativo”, mas sim para fornecer-lhe a

11 Para uma discussão sobre medo e refúgio, cf. Lopez (2020).

explicação – afinal, há uma diferença qualitativa entre um modelo explicativo, que pressupõe um modo particular de explicar as coisas, e uma explicação, que pressupõe o modo definitivo de explicar as coisas, o que requeria dele que abrisse mão de seu medo e passasse a desconsiderar os signos de adoecimento que lhe eram tão evidentes. Em outras palavras, requeria que a relação com os psicofármacos, com as psiquiatras, com as imagens da tomografia que havia feito, com o hospital, com o arcabouço teórico acionado para justificar as abordagens e intervenções, com a disposição humanitária das pessoas envolvidas em fornecer-lhe auxílio fosse uma relação de reciprocidade ou, porque não, de dádiva, equivalente ou mais forte do que a que mantinha com suas sensações corporais, com seu medo e com suas relações pregressas e o que elas haviam lhe informado sobre o mundo.

O pré-requisito fundamental para elaboração de uma explicação psiquiátrica para seu problema era desconfiar de sua existência da maneira como ela era elaborada por Adeel: a desconfiança, entretanto, era uma via de mão dupla – Adeel podia até confiar nos actantes que a equipe médica acionava enquanto método terapêutico, como o psicofármaco, mas essa confiança se limitava à eficácia desses actantes na resolução de seus problemas, e era isso que ditava a manutenção ou não da relação com o serviço de saúde. Aqui, não quero advogar que tais métodos terapêuticos são ineficazes *per se* – mais do que a eficácia comprovada através de testes duplo-cego randomizados, outras questões estão envolvidas na percepção da eficácia terapêutica, todas dependendo de relações bem-sucedidas ou não em se estabelecer ou em se descontinuar. Ele também, portanto, não confiava na existência de seu problema da maneira como era elaborado pela equipe de saúde – e mesmo após aprender sobre *anxiety* e *distress*, ainda que concordando que as categorias eram adequadas para explicar seus problemas, sua percepção de que a ajuda oferecida não ajudava tanto assim se manteve. O sofrimento – problema que baseia a busca e o oferecimento de determinada ajuda – se manteve, e o estabelecimento da relação entre ele e a equipe de saúde falhou como signo da relação bem-sucedida estabelecida entre Adeel e seu medo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A primeira percepção em todas as vivências que promovi em serviços de saúde mental para imigrantes e refugiadas” por “em todas as experiências em serviços de saúde mental para imigrantes e refugiadas descritas foi que a demanda é menor do que a procura por esses serviços. A surpresa de minhas

interlocutoras com a ausência desses sujeitos vem da suposição de que essa população teria uma necessidade autoevidente de um serviço de saúde específico, destinado a tratar os sofrimentos mentais e emocionais derivados dos deslocamentos forçados a que foi submetida sem, entretanto, que o método terapêutico fosse encerrado na unidade do indivíduo – o sofrimento e a cura repousariam também no “social” e no “cultural”. O deslocamento forçado se dá para além de uma suposta escolha individual, tida aqui como o rompimento de uma autonomia inerente ao movimento migratório considerado não traumático, e a dificuldade de adaptação ao que isso representa – um sujeito suspenso entre dois mundos: aquele que deixou para trás e aquele que se apresenta diante de si – se tornaria, em hipótese, fonte do sofrimento desses sujeitos. Esses serviços oferecem, portanto, cuidado humanitário: acolhimento e empatia pelo sofrimento alheio, que é um sofrimento em diálogo com a temporalidade passada. Como essa é uma relação de dádiva, exige-se reciprocidade: das refugiadas, espera-se que tenham *adesão* e aceitem a ajuda ofertada, ainda que não seja a que tenha sido requisitada.

Além disso, outro grande obstáculo se apresentaria diante das equipes de saúde mental: as particularidades culturais. Se o corpo biológico motiva intervenções médicas em um estrangeiro visto enquanto ameaça verdadeiramente patológica, é na saúde mental que se encontra o grosso dos serviços de saúde especializados nessa população, prática talvez derivada da ideia de que o corpo biológico encerraria em si uma realidade universal-estrutural, da ordem da natureza, enquanto a mente remeteria a uma realidade particular-conjuntural, da ordem da cultura. A mente, as emoções e os sofrimentos existenciais – intangíveis – das refugiadas são vistos enquanto qualitativamente diferentes das brasileiras pela adição da variável da cultura, enquanto o corpo continua sendo, sob essa perspectiva, um substrato físico compartilhado universalmente. Isso dispensaria, por exemplo, o oferecimento de um serviço de saúde (física) voltado especialmente para essa população, a não ser quando esse corpo é atravessado por outras variáveis e se torna um corpo racializado (considerando-se uma equivalência construída desde a sociedade de chegada entre ser negra e ter raça), empobrecido e feminino, sendo essas corporalidades dissidentes classificadas em uma hierarquia das alteridades (MACHADO, 2008) e exigindo um controle biopolítico.

A particularidade cultural exige a especificidade do tratamento – a competência cultural – responsável por, entre outras coisas, identificar traços culturais específicos de determinadas populações como, talvez, a desconfiança entre as colombianas ou a belicosidade das nigerianas, ou a resiliência

das palestinas, e por substituir a mente, subproduto particular-conjuntural construído a partir da cultura, pelo cérebro, parte do eixo universal-estrutural. Não há no Brasil serviços públicos de saúde especializados no atendimento de imigrantes e refugiadas, e a demanda desemboca majoritariamente nos serviços de atenção básica em saúde, como as UBS. Há, no entanto, uma profusão de serviços de saúde mental que se destinam a prover auxílio psicológico ou psiquiátrico a essa população: ou porque existe uma demanda maior entre refugiadas para o auxílio destinado a mitigar os sofrimentos existenciais, psíquicos, emocionais e sociais desses sujeitos – sofrimentos derivados do deslocamento forçado e que repercutem em uma temporalidade presente; ou porque a necessidade de uma equalização cultural seja mais óbvia em serviços de assistência em saúde mental do que em serviços de ortopedia, gastroenterologia, neurologia e outras especialidades médicas que lidam “só” com o corpo biológico, mesmo que o oferecimento de intérpretes e tradutores estejam entre as demandas de refugiadas que acessam o SUS.

No caso discutido, por exemplo, a competência cultural não pareceu ser o suficiente para produzir *adesão*, ou para fornecer o auxílio esperado pelo refugiado. Adeel, em princípio, tinha algumas barreiras culturais de outras ordens, como a enorme distância do hospital em relação ao lugar em que morava, que seriam potencialmente obstáculos em qualquer tipo de tratamento: primeiramente, a língua escolhida para a consulta não era sua língua materna, tampouco era a do médico e a minha. Além disso, ele desconhecia o significado dos termos médicos utilizados para descrever sua condição, *anxiety* e *distress*, como, talvez, várias de nós desconheceríamos o significado de displasia ou de oligodendroglioma, o que não impede que construamos nossas próprias experiências de adoecimento, como diversos trabalhos etnográficos já demonstraram. A questão é que, diferentemente de um processo de adoecimento inserido na chave de explicação biológica ou mesmo físico-moral como advoga Duarte (1986),¹² a experiência de adoecimento de Adeel precisa ser desconsiderada para que se construa sua abordagem terapêutica, desconsiderando-se, assim, Adeel como um todo: é preciso que a equipe médica acredite que a mente dele percebe o mundo de maneira incorreta, trazendo à mesa sua cultura, acostumada a um menor repertório de expressão emocional, e suas experiências sociais de violência e perseguição. Insere-se, assim, a doença na mente, uma particularidade do corpo, para que seja possível agir não só sobre

12 Apesar de admitir que a purificação entre os polos duais é impossível ao se lidar com as categorias do *nervoso*, o híbrido “físico-moral” reifica o dualismo basal entre a natureza e a cultura, e raramente são só dois polos agenciados pelas actantes envolvidas na elaboração da doença e/ou da saúde mental.

sinapses com os psicofármacos, mas sobre o *divíduo* Adeel. Se a mente de Adeel é particular pela expressão de sua cultura e sociedade, seu cérebro é universal, estrutura comum a todos os seres humanos.

Entretanto, as brigas sobre como melhor mitigar os sofrimentos dos requisitantes de auxílio – ou de quem é esse ou aquele objeto de intervenção e de pesquisa – geralmente se dão entre as especialistas, e não entre as clientes, que costumam tentar tirar vantagem de todos os métodos disponíveis nos termos do argumento de Tobie Nathan (1999). Adeel procurou o hospital por sentir dores, desequilíbrio, tensão constante, dificuldade de dormir, entre outros sintomas. A medicação prescrita não foi de grande valia, de acordo com seu relato, mas as sessões de massagem sim. Separar, aqui, mente-cultura de corpo-natureza sirva talvez para que esse ou aquele campo de conhecimento detenha a legitimidade da intervenção – ou da sugestão de intervenção, pois a real interventora não é nem a médica, nem a psicóloga, nem a enfermeira e muito menos a antropóloga: é a paciente e os actantes que ela mobiliza ou permite mobilizar para a construção da abordagem terapêutica; mas à paciente interessa mais a cessação do mal que a levou, na construção da doença como experiência, a procurar ajuda originalmente. Seu problema não estava nem no cérebro-natureza-estrutura, nem na mente-cultura-conjuntura e, ao buscar a cessação desses males em um desses polos, falharíamos, como falhamos parcialmente, na tentativa (e a falha, neste caso, expressa um dado de pesquisa valiosíssimo).

Isso não quer dizer que este é um voo solo, e várias relações estão, e estarão, implicadas durante todo o processo – é possível, inclusive, apontar a equipe de saúde como a especialista em acertar relações humanas e não humanas. A própria ideia de *adesão* pressupõe autonomia: talvez expiando seus pecados, algumas praticantes da psiquiatria reconheçam seus limites em relação à soberania individual e, embora queiram sim ensinar o significado de *anxiety* e *distress* em uma espécie de exercício de catequização científica, a equipe médica do ambulatório parece prezar pela ideia de que são coterapeutas de um processo em que a paciente assume o papel central, ainda que essa relação seja fundamentalmente marcada pela desconfiança recíproca. Por outro lado, esse processo insere a responsabilidade por tal sofrimento e sua cessação na esfera de atuação do indivíduo, neutralizando “a ameaça à competência profissional representada pela ambiguidade ou resistência ao tratamento de sintomas persistentes”. (KIRMAYER et al., 2004, p. 664, tradução nossa) Explicar sintomas ou experiências de adoecimento tidos como medicamente inexplicáveis é um dos grandes desafios que colocam em relevo a maldição da tolerância enfrentada pela prática médica: ainda que as médicas se disponham a levar o que chamam

de “modelos explicativos” das pacientes a sério, ou que considerem os conhecimentos médicos como um *sistema de crenças*, as pacientes só são capazes de sentir aquilo que as médicas são capazes de explicar, porque as pacientes *creem* enquanto as médicas *sabem*.

Talvez a noção de Bateson (1972) sobre a mente enquanto não limitada pela pele (e pelo cérebro) seja algo passível de instrumentalização, além de sua noção de cibernética do self (1971), na qual nenhuma parte de um sistema interativo tem controle unilateral sobre as partes restantes, e esse sistema de características mentais (ou seja, autocorretivo, baseado em tentativa e erro, de circuitos abertos e eminentemente criativo) não tem os mesmos limites do self, ou seja, é algo passível de instrumentalização. Uma abordagem ecológica, no sentido de considerar a saúde mental como algo que extrapola os limites do indivíduo e de seu cérebro – de seu corpo físico – e que não reifique a existência e o acionamento de apenas dois polos de agência – natureza e/ou cultura –, separando e purificando o que pertence a essa ou àquela esfera de atuação, parece ser mais produtiva do que aquela que monta equipes multidisciplinares (que forcem a convivência de diferentes especialidades sem que elas necessariamente se misturem) em vez de equipes transdisciplinares (em que as barreiras se diluem, e é possível acionar explicações informadas pelas relações, clínicas ou não, estabelecidas pela ideia de uma cultura como bloco monolítico perspectivo, que se olha desde fora e desde manuais clínicos). Diversificar o gradiente de classificações, construindo um referencial multipolar, poroso e autocorretivo significa considerar que é a prática clínica que informa a ciência, e não o contrário. Ademais, parece produtivo trabalhar com a noção de antropologia do “entre” (MARRAS, 2018): é necessária uma abertura ao heterogêneo, “distribuindo a tarefa de conhecer o real e intervir sobre ele numa rede de colaborações, disputas e coalizações tanto entre as disciplinas acadêmicas quanto junto aos modos de conhecer e agir de fora da academia”. (MARRAS, 2018, p. 253) Por isso, e mais uma vez concordando com Marras, da antropologia podemos (e devemos?) esperar um papel particularmente estratégico na mediação ou diplomacia entre diferenças e interesses.

Esse exercício diplomático não se dará sem riscos e sem confrontações das mais diversas estirpes. Como pontua Viveiros de Castro (2018), “o encontro ou o intercâmbio de perspectivas é um processo perigoso, e uma arte política” (p. 49). Xamanizar os serviços de assistência em saúde deve ir além do multiculturalismo ocidental e sua prática complacente da tolerância, e almejar a construção de um multinaturalismo como política cósmica e o soerguimento de um exercício exigente da precaução (VIVEIROS DE CASTRO, 2018) ou, como argumenta Stengers

(2011), promover um *slow down*. Nesse sentido, é preciso firmar posição contra uma antropologia praticada sem antropólogas, além de advogar uma antropologia antinarcísica. A prática clínica *culturalmente sensível* baseada apenas no exercício de “empatia com o diferente” tem implicações éticas equivalentes àquelas envolvidas em um cenário em que a antropóloga supostamente assumiria o papel de médica ou psicóloga. Uma vez que a atuação de uma antropóloga no ambiente hospitalar não se dá em uma via de mão única, atuando junto às pacientes e à equipe, é preciso que não só a antropologia esteja presente, mas também o sujeito da disciplina: a antropóloga. Os textos que produzimos já estão em ação nesses ambientes, falta que nós também estejamos. Nossa contribuição, portanto, não é necessariamente na direção de uma exotização do outro, de uma “decodificação de códigos culturais” – que, convenhamos, não são passíveis de serem conhecidos de antemão –, mas no sentido de termos um método de investigação que preenche as lacunas do que é produzido através de anamneses, questionários e testes psicológicos. Nossa forma de cuidado é através da produção de dados, com a ressalva de que os dados não podem ser apenas sobre pacientes: é preciso manter, então, a reflexividade do método etnográfico, que deve fazer pensar sobre pacientes, equipe médica, medicações, corporalidades, intervenções terapêuticas e sobre o próprio exercício da antropologia – pensar sobre relações. Nesse sentido, não temos que escolher entre estudar e aplicar ou entre dado e cuidado: o estudo é a aplicação, e é preciso transformar os dados em formas de cuidado. A proposta, talvez, é que isso seja feito também fora dos programas de pós-graduação em antropologia, e que acessemos esses espaços novos que têm se apresentado para nossa atuação.

REFERÊNCIAS

- BATESON, G. The cybernetics of “self”: a theory of alcoholism. *Psychiatry*, London, v. 34, n. 1, p. 1-18, 1971.
- BATESON, G. *Steps to an ecology of mind*. San Francisco: Chandler, 1972.
- BONET, O. Antropologia na e da saúde: ética, relações de poder e desafios. In: CASTRO, R.; ENGEL, C.; MARTINS, R. (org.). *Antropologias, saúde e contextos de crise*. Brasília, DF: Sobrescrita, 2018. p. 97-108.
- BRANCO PEREIRA, A. O refúgio do trauma: notas etnográficas sobre trauma, racismo e temporalidades do sofrimento em um serviço de saúde mental para refugiados. *Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*, Brasília, DF, v. 26, n. 53, p. 79-97, 2018.
- BRANCO PEREIRA, A. *Viajantes do tempo: imigrantes-refugiadas, saúde mental, cultura e racismo na cidade de São Paulo*. 2019. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2019.

BRANCO PEREIRA, A. *Viajantes do tempo: imigrantes-refugiadas, saúde mental, cultura e racismo na cidade de São Paulo*. Curitiba: Editora CRV, 2020.

CAMPOY, L. C. Autismo em ação: reflexões etnográficas, sem aprovação de comitês de ética sobre a clínica e o cuidado de crianças autistas. *Política & Trabalho*, João Pessoa, n. 42, p. 155-174, 2015.

CAMPOY, L. C. Aproximando mundos: pensando etnograficamente a aplicação da antropologia na saúde mental infantil. *Teoria e Cultura*, Juiz de Fora, v. 11, n. 3, p. 145-154, 2017.

CIELLO, F. J. *Saúde mental, loucura e saberes: reforma psiquiátrica, interações e identidades em uma clínica-dia*. 2013. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013.

DANTAS, S. D. (org.). *Diálogos interculturais: reflexões interdisciplinares e intervenções psicossociais*. São Paulo: Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo, 2012.

DANTAS, S. D. Saúde, interculturalidade e imigração. *Revista USP*, São Paulo, n. 114, p. 55-70, 2017.

DUARTE, L. F. D. *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1986.

FASSIN, D.; RECHTMAN, R. *The empire of trauma: an inquiry into the condition of victimhood*. Nova Jersey: Princeton University Press, 2009.

FLEISCHER, S. *Descontrolada: uma etnografia dos problemas de pressão*. São Carlos: EdUFSCar, 2018.

GALINA, V. F.; SILVA, T. B. B.; HAYDU, M.; MARTIN, D. A saúde mental dos refugiados: um olhar sobre estudos qualitativos. *Interface*, Botucatu, v. 21, n. 61, p. 297-308, 2017.

GEERTZ, C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

INGOLD, T. *Lines: a brief history*. London: Routledge, 2007.

KIRMAYER, L.; GROLEAU, D.; LOOPER, K. J.; DAO, M. D. Explaining medical unexplainable symptoms. *The Canadian Journal of Psychiatry*, Thousand Oaks, v. 49, n. 10, p. 662-672, 2004.

KOHN, E. *How forests think: toward an anthropology beyond the human*. Berkeley: University of California Press, 2013.

LATOUR, B. *Jamais fomos modernos*. Rio de Janeiro: 34, 2016.

LÉVI-STRAUSS, C. *Antropologia estrutural*. São Paulo: Cosac Naify, 2012.

LOPEZ, G. A. J. Entre o medo e a suspeita: memórias de refugiados colombianos no Brasil. In: MACHADO, I. J. R. (org.). *Etnografias do refúgio no Brasil*. São Carlos: EdUFSCar, 2020. p. 107-122.

- MACHADO, I. J. R. Sobre os processos de exotização na imigração internacional brasileira. *Revista de Antropologia*, São Paulo, v. 51, n. 2, p. 700-733, 2008.
- MARRIOT, M. Hindu transactions: Diversity without dualism. In: KAPFERER, Bruce (org.) *Transaction and meaning: Directions in the anthropology of exchange and symbolic behavior*. Philadelphia: Institute for the Study of Human Issues. 1976. p. 109-42.
- MARRAS, S. Por uma antropologia do entre: reflexões sobre o novo e urgente descentramento do humano. *Revista do Instituto de Estudos Brasileiros*, São Paulo, n. 69, p. 250-266, 2018.
- MINER, H. Body ritual among the Nacirema. *American Anthropologist*, Hoboken, v. 58, n. 3, p. 503-507, 1956.
- MORENO, R. A.; MORENO, D. H.; SOARES, M. B. M. Psicofarmacologia de antidepressivos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 21, suppl. 1, si24-si40, 1999.
- NATHAN, T. *Georges Devereux and clinical ethnopsychiatry*. Tradução de Catherine Grandsard. 1999. Disponível em: <http://www.ethnopsychiatrie.net/GDengl.htm>. Acesso em: 31 maio 2019.
- PUSSETTI, C. Identidades em crise: imigrantes, emoções e saúde mental em Portugal. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 94-113, 2010.
- PUSSETTI, C. “O silêncio dos inocentes”: os paradoxos do assistencialismo e os mártires do mediterrâneo. *Revista Interface*, Botucatu, v. 21, n. 61, p. 263-272, 2017.
- REGO, F. C. V. S.; BARROS, T. V. Antropólogos/as e etnografias diante de processos de adoecimento e medicalização no Brasil – por uma reflexão prática em defesa do SUS. *Equatorial*, Natal, v. 4, n. 7, p. 8-23, 2017.
- STENGERS, I. *Cosmopolitics II*. Tradução de Robert Bononno. Minnesota: University of Minnesota Press, 2011.
- STRATHERN, M. No limite de uma certa linguagem. [Entrevista cedida a] Eduardo Viveiros de Castro e Carlos Fausto. *Mana*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 157-175, 1999.
- STRATHERN, Marilyn. O gênero da dádiva: problemas com as mulheres e problemas com a sociedade na Melanésia. Campinas: Editora Unicamp, 2006. TARDE, G. *Monadologia e sociologia e outros ensaios*. Organização de Eduardo Viana Vargas. Tradução de Paulo Neves. São Paulo: Editora Unesp, 2018.
- TARGA, L. V. *Mobilizando coletivos e construindo competências culturais no cuidado à saúde: estudo antropológico da política brasileira de Atenção Primária à Saúde*. 2010. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.
- VIVEIROS DE CASTRO, E. *Metafísicas canibais: elementos para uma antropologia pós-estrutural*. São Paulo: Ubu, 2018.
- WAGNER, R. *A invenção da cultura*. São Paulo: Cosac Naify, 2012.
- WILKINSON, I.; KLEINMAN, A. *A passion for society: how we think about human suffering*. Oakland: University of California Press, 2016.