

INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DO TRABALHO E DA EMPRESA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO DE LISBOA



DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGIA

O DIAGNÓSTICO EM PERSPECTIVA

REFLEXÕES SOBRE A PRÁTICA DA PSIQUIATRIA

TESE SUBMETIDA COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE
MESTRE EM ANTROPOLOGIA
ESPECIALIDADE MULTICULTURALISMO E IDENTIDADES

RODOLFO DE SOUSA RAMOS COUTINHO

ORIENTADORA

PROFESSORA DOUTORA CRISTIANA BASTOS, ICS

CO-ORIENTADOR

PROFESSOR DOUTOR MIGUEL VALE DE ALMEIDA, ISCTE

SETEMBRO, 2009

RESUMO

Com este trabalho procuro apontar a necessidade de reflexão sobre alguns conceitos médicos, com especial enfoque no conceito de diagnóstico, no contexto da psiquiatria. Este conceito é amplamente usado no quotidiano e a sua crítica parece pouco desenvolvida. É usado, comumente, como uma coisa absoluta, naturalizada, e raras são as ocasiões em que é conceptualizado como produto social. Sendo fruto da actividade intelectual, faz sentido reflectir sobre o contexto sociopolítico circundante em que se desenvolve. Proponho a conceptualização do diagnóstico como produto social, fundamentando esta perspectiva com alguns exemplos quer da história, quer da antropologia. Através da observação em cenário clínico, exploro as concepções e a actividade de internos de psiquiatria querendo saber como conceptualizam o conceito de diagnóstico. Ainda a pensar na natureza social do diagnóstico procuro saber até que ponto o diagnóstico cria diferença e promove a perpetuação do estigma da doença psiquiátrica. A reflexão sobre os conceitos básicos da psiquiatria é o primeiro passo para uma disciplina mais crítica e esclarecida.

PALAVRAS CHAVE: diagnóstico, psiquiatria, construção social, internos de psiquiatria, estigma

ABSTRACT

In this thesis I try to point out the need for reflection on some medical concepts in a psychiatric context, with special focus on diagnosis. Although it is an essential step in medicine, diagnosis has not been a point of much reflection. On the opposite, it is commonly regarded as having natural existence, and is not conceived as social and cultural product. Being a result of intellectual activity, it makes sense to reflect on the sociopolitical and historical context in which diagnosis is developed. In the following pages, I propose a conceptualization of diagnosis as a social build up, and support this perspective with some examples of human history and anthropology. Making use of daily observation, I explore the activity of psychiatry residents wondering how they conceptualize the notion of diagnosis. With the social nature of the diagnosis idea in mind, I try to audit if diagnosis creates a gap among people and promotes the perpetuation of the psychiatric illness stigma. Rethinking the basic concepts of psychiatry is the first step towards a more critical and informed subject.

KEYWORDS: diagnosis, psychiatry, social construct, psychiatry residents, stigma

Índice

Resumos.....	III
Nota introdutória.....	V
Capítulo 1.....	6
Introdução.....	7
1. A Psiquiatria vista por uma lente social.....	12
1.1. Construção social do conceito de diagnóstico.....	12
1.2. Normal e Patológico.....	18
1.3. História.....	25
1.3.1. Foucault.....	26
1.3.2. O colonialismo e a psiquiatria.....	30
1.4. A Etnografia evidencia a natureza social do diagnóstico.....	37
2. Diferença e Estigma.....	44
Diferença, igualdade e desigualdade.....	44
Capítulo 2.....	53
1. Metodologia.....	54
2. Reflectindo sobre a prática.....	58
2.1. Constrangimentos e Dualidades.....	58
2.2. Reflectindo sobre a prática.....	60
Capítulo 3.....	67
Para uma Psiquiatria crítica.....	69
Bibliografia.....	73

Nota introdutória

Este trabalho nasce da fusão de um duplo interesse. Por um lado atrai-me a Psiquiatria e por isso a escolhi como prática profissional. Por outro lado, interessa-me o contexto social em que trabalho e a forma como a antropologia o aborda.

Ao longo do meu percurso académico fui percebendo que era comum, nas mais variadas disciplinas, relegar para segundo plano ou mesmo para um nível de curiosidade questões relacionadas com o social ou que não estivessem directamente ligadas com a molécula ou com o gene.

Apesar de se repetir a referência à natureza *bio-psico-social* da abordagem da medicina, assuntos essenciais como o contexto cultural, económico, político e histórico raramente eram discutidos no âmbito académico institucional. O conhecimento produzido pelas ciências sociais teve sempre pouco espaço para ser recebido, sendo escasso ou tendencialmente nulo a discussão e reflexão crítica sobre os alicerces da medicina dentro do espaço académico institucional.

As discussões que se proporcionavam, os temas abordados, as situações analisadas partiam de um ponto em que os conceitos básicos tratados já estavam formados e não eram discutidos. Estou a pensar em conceitos como normal, patológico (ou anormal) e doença, que sempre foram tratados como coisas com existência natural.

Esta realidade contrastava com a importância que atribuía e atribuo à natureza política da realidade humana, ao contexto cultural e histórico em este se insere e em interacção com o qual se desenvolve. Para além dos factores estritamente biológicos sobejamente tratados pela medicina, faltava a reflexão sobre a sua natureza social.

É isso que procuro na antropologia e que tento desenvolver na minha prática clínica diária.

CAPÍTULO 1

Introdução

Este trabalho procura explorar a forma como internos de psiquiatria¹ conceptualizam o *diagnóstico* e como é que vêm a complexidade social em que este se insere.

A pensar na natureza social do diagnóstico e nos seus aspectos não clínicos, um segundo objectivo passa por tentar perceber até que ponto a concepção e uso dos conceitos de diagnóstico, *normal* e *patológico* naturalizados, promove a diferença e a perpetuação do *estigma*² da doença psiquiátrica³.

Inicialmente, coloquei a hipótese de trabalhar a questão do estigma da doença psiquiátrica e psiquiatria. Imaginei que seria interessante pensar a forma como o diagnóstico clínico ajuda a perpetuar o estigma. Contudo, por questões levantadas durante a reflexão sobre o terreno e preparação do corpo teórico, constatei que seria mais proveitoso fazer outro tipo de abordagem.

Debruçar-me sobre o diagnóstico permitiria investigar, igualmente, a questão do estigma e psiquiatria, mas numa perspectiva mais alargada do campo de significados implicado, estudando a natureza social do diagnóstico.

No que respeita à observação da prática clínica, contava trabalhar com doentes seguidos em consulta de psiquiatria, mas, no seguimento das reflexões metodológicas e teóricas atrás sugeridas, acabei por privilegiar a informação recolhida junto de internos de psiquiatria. No decurso deste trabalho terei oportunidade de voltar a abordar estas questões.

Discutir este trabalho com internos de psiquiatria permitiu, antes de mais, promover o diálogo sobre questões que a formação curricular pré e pós-graduada esquece. Por outro lado, parece-me uma forma de abordar o assunto menos comum e que possibilita informação rica e útil para a reflexão.

¹ Interno de psiquiatria é o médico que tem a formação geral em medicina e que está a frequentar o internato médico que lhe dará formação específica na área da psiquiatria (Portaria n.241/99 de de 6 de Abril DR— I Série-B N.º 80 — 6-4-1999).

² Neste trabalho uso o conceito de estigma como Erving Goffman o definiu em *Stigma* (1963).

³ Quando me refiro à doença psiquiátrica penso-a no contexto da psiquiatria ocidental, não imaginando um conceito universal. Poderia usar o termo mais comum – doença mental – mas parece-me mais correcto falar em doença psiquiátrica, remetendo assim o conceito para o referencial teórico em que se enquadra.

A reflexão sobre a natureza do diagnóstico parece-me de especial importância e é olvidada no meio académico médico, como referi. É dada cada vez maior importância às ciências básicas como a biologia molecular, bioquímica e outras, relegando para segundo plano as discussões sobre o funcionamento interno da disciplina.

A discussão em torno do diagnóstico é central e concebo a discussão sobre o estigma como uma problemática subsidiária do enredo em que o diagnóstico se envolve.

O contexto económico em que nos encontramos tem promovido transformações muito rápidas na assistência médica e facilita uma prática menos reflexiva e menos atenta à evolução do pensamento social. Estas transformações nas formas assistenciais implicam sacrifícios da qualidade da assistência quer por razões tecnocráticas, quer por razões puramente económicas. O Sistema Nacional de Saúde tem sofrido grandes ataques à sua integridade e as políticas de saúde, nomeadamente de saúde mental podem ser questionadas em termos de qualidade e de justiça.

O trabalho de reflexão teórica a que me propus não tencionava lidar directamente com estas questões que me parecem essenciais, mas foi um tema muito abordado pelos meus interlocutores.

O sentido que tento impor a este trabalho aponta para a reflexão crítica sobre a psiquiatria, nomeadamente sobre a natureza do seu conhecimento. Esta auto-reflexão é importante nas mais variadas áreas do saber e deve ser envidada, independentemente, das dificuldades por que a disciplina esteja a passar.

Ao longo deste trabalho conto não me esquecer dos obstáculos pelos quais a saúde está a passar, nem olvidar o espírito burocrático que afronta a qualidade dos serviços.

Os objectivos que referi foram pensados numa perspectiva de servirem de guia e orientação sobre uma reflexão a propósito da prática clínica em psiquiatria, mais do que serem pontos de chegada obrigatórios.

Para atingir estes objectivos proponho-me a desenvolver uma revisão de alguns temas teóricos que me parecem fazer sentido no campo conceptual que aponte e, por outro lado, proponho-me a procurar saber o que os internos pensam e fazem na sua prática diária.

No que respeita à componente empírica deste trabalho, não sendo fluente na linguagem da investigação etnográfica, considero ter sido um ensaio ilustrativo reflexivo que, apesar de não ter a amplitude de outros trabalhos, deu alguns frutos interessantes.

Tentei estar atento aos discursos em torno dos assuntos que já referi, tentando aferir a coerência das atitudes durante as diferentes cenas da vida clínica, como sejam as reuniões clínicas, as consultas, as aulas e formações. Outro espaço importante de observação foram as situações informais, mesmo fora do hospital, em que se discutiram temas da psiquiatria ou medicina.

Em relação à minha proximidade com os internos de psiquiatria com quem falei, para além da mesma formação pré-graduada pregressa, partilhei as mesmas actividades, as mesmas incumbências clínicas, as mesmas dificuldades do dia-a-dia. No fundo, partilhei a mesma realidade. Adoptando uma posição de observador, tentei captar as suas vivências, os conceitos e ideias com que lidam na sua actividade. Inseparável de toda a observação é a reflexão sobre a minha própria postura, atitude e concepção do problema.

Não contava basear o meu trabalho de observação, mas quis ilustrar algumas questões teóricas com os dados dos informantes, que numa posição reflexiva, em que se olharam ao espelho, analisaram a sua actividade clínica.

Para dar uma estrutura coerente ao trabalho, dividi-o em três partes.

O primeiro capítulo (Capítulo 1) concentra os esforços teóricos que fiz para estruturar uma reflexão sobre o diagnóstico, pensado no contexto social em que é usado. Está dividido em duas partes.

Com a primeira parte tento desenvolver o argumento de que o diagnóstico e outros conceitos a ele ligado como normal e patológico, são *constructos sociais* dependentes do *contexto sociopolítico e histórico* em que se desenvolvem.

Comecei por evidenciar o diagnóstico como constructo social e conceptualizo-o como *facto social* (Durkheim 1895), sendo assim passível de investigação social. Uso como base teórica os trabalhos de Camargo (1990, 1993) e Quartilho (2001), que de uma forma ou de outra abordam o tema do diagnóstico e da *doença*, frisando a importância do social.

Seguidamente e com o intuito de evidenciar a natureza social da construção de conceitos como normal e anormal, trabalho a partir de textos de Canguilhem (1943) e de Devereux (1956). Estes conceitos estão em íntima ligação com a ideia de diagnóstico e doença e estes autores mostram a necessidade de serem desconstruídos quer pelo facto de serem conceitos centrais da psiquiatria, quer porque ontologicamente não há diferença entre normal e patológico (Canguilhem 1943).

Com a exploração de algum trabalho que Foucault⁴ envidou sobre a psiquiatria procuro esclarecer a natureza manipulável do conhecimento psiquiátrico. Nos seus estudos sobre a psiquiatria são vários os exemplos da instrumentalização do conhecimento médico em nome de uma ordem social dominante.

Analisando os dados da história sobre o colonialismo e as relações entre a psiquiatria e o poder imperial procuro corroborar a natureza social do conhecimento médico-psiquiátrico, pondo em evidência a autoridade política e o controlo social exercido sobre as populações indígenas em nome da higiene e saúde.

Com a abordagem destes exemplos da história moderna conto mostrar de forma mais explícita a natureza social destes conceitos, dependentes do contexto histórico.

Para finalizar a primeira parte deste capítulo tento retirar de alguns trabalhos etnográficos dados que mostram, com clareza, a *diversidade* de formas de atribuição de significados a situações de sofrimento e de infortúnio (E. Pritchard 1937), evidenciando a *relatividade cultural* de conceitos que a medicina trata de forma naturalizada.

Na segunda parte do primeiro capítulo, foco as atenções nos conceitos de *diferença*, *desigualdade* e *igualdade* a partir do trabalho de Barros (2005). Esta discussão surge pela necessidade de esclarecer e de relacionar o uso do conceito reificado de diagnóstico com a criação de diferença e promoção do estigma (Goffman 1963) da doença psiquiátrica.

Dediquei o segundo capítulo (Capítulo 2) às questões relacionadas com a observação da prática clínica diária e à exposição de algumas reflexões feitas.

⁴ *Doença Mental e Psicologia* (2008 [1954]), *História da Loucura na idade clássica* (1961), *Le Pouvoir Psychiatrique* (2003[1973-1974])

Começo por descrever a metodologia usada e apresento, resumidamente, as questões que tentei abordar ou que foram surgindo espontaneamente no decorrer do trabalho.

Nesta parte exponho os constrangimentos e ansiedades (Devereux 1966) que senti durante a abordagem empírica tomando especial atenção à dualidade/duplicidade da minha presença como observador, privilegiando uma lente social, no meu próprio local de trabalho.

Este trabalho de observação permitiu trocar ideias com outros internos de psiquiatria que tive como interlocutores.

Como era expectável, encontrei alguma diversidade na forma de estar, de reflectir e de conceptualizar a realidade clínica. Foi possível apurar que há internos que não mostram preocupação com reflexões teóricas que acusam de supérfluas, mas há quem questione a disciplina. Destes últimos, as preocupações quer com a natureza dos conceitos usados na clínica, quer com o estado do contexto económico em desenvolvem a sua actividade clínica e no impressionante aumento das desigualdades sociais no acesso à saúde.

O trabalho termina com um capítulo, denominado *Para uma psiquiatria crítica*, em que em tom de conclusão, relembro algumas ideias, extraídas do trabalho teórico e da observação da prática, sobre a psiquiatria e sobre o diagnóstico.

Faço ainda propostas de futuras investigações sobre os temas abordados neste trabalho.

Conto apresentar uma forma particular de ver um assunto em si complexo e de abordagem difícil. Não me vejo possuidor de algum tipo de clarividência ou que aquilo que vou apresentar seja revolucionário e único. É uma forma de ver o tema, uma reflexão, que imagino crítica.

Implícito à elaboração deste trabalho está um convite à discussão e partilha de ideias.

É um convite que toma a forma de sugestão e ao mesmo tempo de provocação. Foi com isto em mente que abordei o tema.

1. A Psiquiatria vista por uma lente social

1.1. Construção social do conceito de diagnóstico

A expressão diagnóstico pode ser utilizada, pelo menos de duas formas diferentes (Nicholson, 1993). Numa primeira utilização, referimo-nos ao diagnóstico tendo uma doença específica em mente, sendo diagnóstico sinónimo de doença (Nicholson, 1993).

Noutras situações, quando nos referimos ao diagnóstico estamos a pensar em todo o processo de investigação clínica que nasce do contacto entre um médico e um doente e que culmina na atribuição de um nome, na classificação da experiência partilhada pelo doente, no fundo na atribuição de um significado.

Ao longo deste trabalho será mais frequente usar a expressão diagnóstico para me referir à doença do que ao processo. As duas perspectivas são passíveis de ser analisadas e estudadas do ponto de vista social, nomeadamente procurando perceber como é que o conhecimento médico é erigido.

Na língua portuguesa, a palavra doença compreende vários significados que são expressos consoante o contexto em que é usada e que englobam quer a doença em si – a alteração biológica – quer o sofrimento por ela causado. Por outro lado, a língua inglesa proporciona um campo associativo mais rico.

As expressões *disease*, *illness* e *sickness* têm significados diversos, apesar de próximos, e nascem da rejeição do reducionismo biológico que o modelo tecnocrático biomédico impõe (Kleinman citado por Young, 1982).

Kleinman conceptualiza *disease* como sinónimo das alterações físicas ou funcionais nas estruturas biológicas correspondentes a condições patológicas, centro das atenções do modelo biomédico que aspira à objectividade. Por outro lado, *illness* usado para se referir à experiência individual e subjectiva de algum estado socialmente visto como negativo que não só a doença e que se pode aproximar do conceito de sofrimento. O último termo, *sickness*, refere-se inespecificamente quer a *disease* como a *illness*. É uma expressão que aponta de forma genérica às ideias em torno de doença, quer seja a alteração biológica, quer a experiência do mal estar e sofrimento.

Não raras vezes, a maquinaria do modelo biomédico, tecnocrático, esquece-se da *illness* em detrimento da *disease*, propiciando uma abstracção tal que desumaniza a prestação dos cuidados de saúde e compromete a auto-reflexão da disciplina.

O modelo biomédico *reducionista* aspira à objectividade e concebe a medicina como ciência. Camargo (1990) levanta a questão da *cientificidade* da medicina, nomeadamente apontando a sua má estruturação teórica, a natureza fragmentária do seu conhecimento, a desarticulação metodológica e o seu enraizamento ideológico.

Porém, devemos conceptualizar a medicina enquanto prática clínica que se funda e baseia no conhecimento biomédico científico, mas não como ciência. O conhecimento biomédico é estruturado a partir da conjugação dos saberes adquiridos pelas inúmeras práticas científicas como a biologia, física e química entre outras, tornando-o sim científico. Mas a clínica ou a medicina em sentido lato é um conjunto mais amplo de conhecimentos, hábitos e procedimentos que não são científicos.

Mas, mais do que me deter sobre este debate, com este trabalho quero analisar a *naturalização* dos conceitos clínicos fundamentais e as suas consequências em termos sociais, nomeadamente na promoção do estigma.

Seja como for, mesmo não sendo ciência, toda a medicina é produto do intelecto e da actividade humana o que a torna um «espelho complexo das estruturas sociais», usando a expressão de Cristiana Bastos sobre a actividade científica (Bastos 2002). Esta evidência faz com que a medicina seja um assunto interessante para ser pensado em termos de uma sociologia e antropologia do conhecimento, nomeadamente para explicitar as relações entre as entidades produtoras do conhecimento e os contextos culturais e sociais em que são produzidos (Bastos 2002).

Com este capítulo interessa-me apresentar o diagnóstico como construção social, tendo as características que Durkheim atribuiu ao facto social, quando o definiu (1895).

Conto desenvolver o trabalho a partir destas ideias fundamentais, explicitando a natureza social do diagnóstico e a importância do contexto em que está inserido. Nos dois capítulos seguintes vou tentar sedimentar esta ideia, ilustrando com exemplos da história e a da etnografia ligados, de alguma forma, à psiquiatria.

O conteúdo destes capítulos expõe uma forma de olhar para o diagnóstico e no fundo, uma forma de olhar para a medicina e as suas práticas.

O diagnóstico é um conceito construído socialmente (Quartilho 2001). Afirmar isto não é sinónimo de dizer que não existe, mas antes que é um produto linguístico culturalmente situado, como Quartilho faz alusão num trabalho seu (2001). Não pretendo com isto negar a existência do sofrimento ou negar a realidade de todo o empenho e esforço da medicina, mas antes apelar à reflexão sobre os conceitos⁵ usados e operacionalizados.

O diagnóstico é produção intelectual (Camargo 1993), e por isso mesmo dependente do contexto em que é produzido. Daí que seja interessante estudar as relações que se estabelecem entre o diagnóstico e o contexto. Para a prática clínica seria importante ter a noção da existência desta relação, mais do que estudá-la. Quando se fala em contexto pensa-se em toda a envolvente cultural, histórica e política.

Segundo o construcionismo social, «a experiência e os significados não são apenas criados pelo indivíduo [...], mas existem na cultura e são influenciados pela cultura» (Quartilho 2001). Nesta perspectiva, «a experiência subjectiva e os significados não são construídos apenas a nível do indivíduo, [...], mas sim no contexto da cultura» (Quartilho 2001). A atribuição de significados feita individualmente é subsidiária de uma narrativa presente no processo que é a cultura.

Daí que faça sentido afirmar que a atribuição de significados não é universal, mas sim dependente do contexto manifestando grande diversidade. O indivíduo está envolvido num espaço comum e desenvolve-se em relação com outros, fazendo parte do processo que é a cultura.

No diagnóstico está implícito um processo de objectivação, de fazer surgir, a partir da subjectividade, do sofrimento⁶ do doente a objectividade da doença (Camargo 1990). Trata-se da atribuição de um significado, que não é absoluta no sentido em que o significado não é fixo e imutável, quer no tempo, quer no espaço. Por outro lado, será

⁵ Refiro-me a conceitos como diagnóstico, doença, normal, patológico, anormal entre outros

⁶ Quando me refiro a sofrimento tenho em mente a experiência subjectiva e individual, por exemplo, da doença, que corresponderá à noção de illness atrás referida (Kleinman citado por Young, 1982).

que a *cientificidade* que alguns teóricos da medicina desejam é condição fundamental para o sucesso terapêutico (Camargo 1990)?

Tendo falado no conceito de *cultura*, convém esclarecê-lo. O conceito de cultura é comumente abordado como coisa essencialista, estrutural e por outro lado como coisa processual, discursiva, que se desenvolve na relação e num contexto (Baumann 1999).

Por um lado é vista como um projecto acabado, como algo fixo. Posição esta que reifica o conceito cultura, criando-a como coisa cristalizada. Por outro lado há uma visão processual, dinâmica, mutável, discursiva do mesmo conceito.

Tanto uma como outra são usadas no dia-a-dia nas mais diferentes áreas de conhecimento. Parece-me que a visão essencialista é mais comum, mesmo na área da saúde, porque parece mais cómoda, mais fácil, mas não passa de uma fantasia teórica sem correspondência com a realidade. É a segunda conceptualização que imagino quando uso a palavra cultura.

Voltando à questão do diagnóstico, como diz Camargo, as categorias clínicas são abstrações (1990) e terão a finalidade de facilitar a comunicação, ajudar nas decisões terapêuticas, assim como na investigação. Mas na prática clínica são tratadas como coisas. Na lógica clínica as doenças são operacionalizadas como objectos preexistentes e aos médicos cabe identificar e catalogar (Camargo 1993).

Levanta-se, assim, a questão da ausência de reflexão crítica sobre os conceitos fundamentais usados na medicina, culminando na sua naturalização (Camargo 1990), na sua reificação. Não há reflexão sobre a sua natureza intelectual, levando a que múltiplos raciocínios falsos sejam perpetrados. Estes raciocínios falsos podem levar a situações sociais dramáticas exteriores à prática clínica, mas da qual são dependentes, como a criação de diferença e promoção da desigualdade.

Esta realidade leva-nos a concluir a influência de factores extra-rationais na produção da racionalidade médica (Good 1994), o que dá espaço à manipulação económica e ideológica da própria prática médica (Camargo 1993).

Desta forma, as doenças devem ser vistas como constructo social, cultural e historicamente relativo e não como algo absoluto e universal.

Neste ponto do trabalho parece-me importante introduzir uma preocupação que se prende com o facto de imaginar que ver a doença como algo absoluto, universal, como se de uma coisa se tratasse promove a criação de diferença, facilitando o desenvolvimento de relações de desigualdade.

Esta inquietação suscita a necessidade de reflectir sobre a realidade clínica, os conceitos básicos usados diariamente e os múltiplos factores extra-rationais envolvidos.

As formulações teóricas da actividade médica têm continuidade fora do contexto clínico e as repercussões sociais não são calculáveis.

Mas esta preocupação não transparece ao longo de todo o ensino médico. Como afirma Eisenstein, citado por Quartilho, o problema da educação médica é que tem ciência a mais (Quartilho 2001). Insiste-se numa suposta objectividade do conhecimento, sem investigar, sem dar atenção ao contexto social. É importante reflectir sobre estas questões de modo a que o sofrimento e o sujeito recuperem o seu papel como eixo principal do pensamento médico (Camargo 1990). A medicina está cada vez mais tecnocrata, burocrata e mercantilista empurrando o sofrimento para um plano secundário.

Esta questão não é discutida nas faculdades de medicina. A educação médica não contempla a reflexão sobre a natureza do seu conhecimento. Não há espaço para a reflexão epistemológica ou simples contextualização cultural e histórica das práticas médicas. Isto leva à inquinação das mais diferentes premissas e raciocínios nas academias médicas.

As aspirações científicas de certa medicina e as abstracções produzidas pelo modelo biomédico afastam a prática clínica do contexto social em que se desenvolvem e por outro lado, olvidam toda a experiência do sofrimento (*illness*). Em detrimento da doença (*disease*), o sujeito que sofre é esquecido.

Um pouco distante desta problemática, mas que em muito influi na natureza tendencialmente tecnocrata e mercantilista da medicina, aparece a indústria farmacêutica, que de algum modo adia a reflexão e redefinição dos conceitos. Talvez

faça sentido fazer um pequeno apontamento sobre a indústria farmacêutica e relembrar a sua presença no cenário da investigação médica e na sua influência na homogeneização dos sintomas e diagnósticos de forma a aumentarem os seus lucros (Kirmayer 2009). A forma de pensar e de agir sobre a doença psiquiátrica tem sido transformada, muito à custa das novas descobertas das neurociências e da influência da indústria farmacêutica (Lakoff 2006). Como qualquer negócio, o objectivo é o lucro, independentemente se isso implica ou não ultrapassar alguma barreira cognitiva. Refiro-me, aqui, à criação de entidades diagnósticas estáveis, naturalizadas, universais e que têm por base alterações que são tratáveis por fármacos específicos (Lakoff 2006).

Nos textos que se seguem tento ilustrar, com exemplos da história e da etnografia a relatividade cultural e a importância do contexto em que se desenvolve a actividade médica, reforçando a ideia de que esta não se processa de forma isolada em relação ao espaço circundante.

Podemos agora repensar no diagnóstico não como um dado científico no contexto das ciências exactas, mas antes como um facto social, como Durkheim o definiu (1895). Assim é passível de investigação que não estritamente clínica, mas antes no âmbito das ciências sociais.

Durkheim (1885) definiu o facto social como unidade fundamental da investigação sociológica e descreveu determinadas características ou atributos tais como o relativismo, a exterioridade e a coercibilidade.

Há factos que têm existência fora das consciências individuais e que consistem em «maneiras de agir, de pensar e de sentir» externas ao individuo, e que se lhe impõem, podendo ser descritas como tendo um poder coercivo (Durkheim 1885).

O diagnóstico não é uma coisa orgânica, mas em vez disso consiste num complexo de representações e acções que são comuns numa determinada sociedade e variam consoante o contexto cultural e histórico.

O diagnóstico existe fora das consciências individuais e é dotado de um poder imperativo e coercivo pois é imposto do geral, comum, impessoal de uma determinada sociedade para o individual.

Com este enunciado podemos repensar o diagnóstico como facto social e propor que seja estudado como tal.

1.2. Normal e Patológico

O normal e o patológico são conceitos extremamente delicados de tratar, porque estão imbuídos da ideologia do normal em que vivemos e circulam livres no senso comum. É comum, na prática clínica, ouvir-se falar de normal e patológico, do normal e do anormal. Mas o que se quer dizer com isso? O que nos leva à formulação desses conceitos?

Não subscrevendo tudo o que produziu, até porque tem obra vasta, não posso deixar de referir a sensibilidade de algumas palavras que Devereux (1956) dedicou a esta questão. Devereux foi psiquiatra e psicanalista que mostrou interesse pela etnografia e algumas preocupações que apresentou são, igualmente, as minhas.

Num artigo dedicado à questão do normal e do anormal, Devereux (1956) começa por falar dos conceitos chave da psiquiatria e da antropologia, sobre os quais articulam a sua actividade. O artigo gira em torno destes conceitos, mas abarca outras temáticas e desenvolve-se por sinuosos raciocínios que não quero alargar até porque não os subscrevo totalmente.

Ainda na introdução, Devereux esboça a preocupação da auto-reflexão e esclarecimento envidado pela antropologia sobre o seu conceito chave, que na década de 1950 seria a cultura. As preocupações teóricas da antropologia são hoje outras, mas importa reter o esforço e preocupação mostrado pela disciplina, que contrastava com o funcionamento da psiquiatria.

Quando reflecte sobre a psiquiatria e desenvolve raciocínio paralelo, conclui que o binómio normal e anormal são conceitos chave. Contudo e como escreve, «enquanto os antropólogos escrevem muito sobre o seu conceito-chave, o problema sobre o que é ‘normal’ e o que é ‘anormal’ tem recebido sistematicamente pouca atenção na literatura psiquiátrica recente»⁷ (Devereux 1956, tradução livre).

⁷ Na tradução inglesa: “whereas anthropologists write a great deal about their key concept, the problem of what is “normal” and what is “abnormal” has received relatively little systematic attention in recent psychiatric literature”.

Este já era um problema apontado à psiquiatria na década de 1950 e talvez continue a ser um dos grandes problemas da psiquiatria contemporânea. A falta de discussão sistemática e enraizada no que respeita a questões fundacionais como esta será, talvez, um dos maiores entraves ao desenvolvimento crítico da disciplina (Devereux 1956).

Esta reflexão que proponho baseia-se em grande parte num texto de Canguilhem (1943). Não quero apenas resumir a tese por ele apresentada, mas antes tirar dela algumas passagens que enriquecem a minha reflexão e que ajudam a perceber a forma como se promove a criação de diferença pela formulação rígida de diagnósticos.

O trabalho de Canguilhem (1943) pode ajudar a repensar um vasto leque de conhecimentos e disciplinas actuais. Dentro destas disciplinas penso, particularmente, na medicina e mais concretamente na psiquiatria. A tese de Canguilhem, como ele próprio anuncia, não se debruça particularmente sobre a questão da doença mental⁸. Contudo, parece-me interessante pensar *Le normal et le pathologique* tendo como pano de fundo o comportamento e a dita doença psiquiátrica.

Este trabalho de Canguilhem, sobre o normal e o patológico, não serve exclusivamente para pensar estes conceitos, mas pode ser usado como ponto de partida para outras discussões no âmbito da epistemologia da medicina.

Um tema concreto que tenho em mente é o estigma associado à doença psiquiátrica. Interessam-me os comportamentos, os arcaboços teóricos, emocionais, e todas as concepções criadas em torno da discriminação e do trato diferencial negativo dos outros, ditos e tratados de forma desigual. Interessa-me a discussão em torno de todo o conjunto de comportamentos discriminatórios no contexto da medicina, mais concretamente do estigma relacionado com a doença psiquiátrica. Mais à frente vou abordar este tema.

O ponto de partida para este raciocínio é indiscutivelmente a obra *Le normal et le pathologique*. A reflexão sobre esta obra pode começar logo com a análise do título.

⁸ O autor usa o termo doença mental, mas como referi, parece-me mais correcto usar a expressão doença psiquiátrica

Ou mesmo que não seja uma análise, podemos pensar naquilo que nos é despertado pela expressão. Por um lado o normal, por outro o patológico. Sugiro que neste ponto se pense na forma como nos relacionamos com estes conceitos.

O trabalho das ciências biomédicas quase que nos habitua a esta dicotomia. Quase que nos levam a pensar aquilo que é normal e aquilo que é excluído do normal e passa a ser pensado como patológico, como categorias universais e com existência própria, fora da esfera de influência intelectual, como coisas (Camargo 1990). Mas parece-me que não é bem assim.

O dia-a-dia da medicina é passado com a confrontação entre o normal e o patológico. É uma questão que assume grande importância e que molda toda a actividade clínica e terapêutica.

Sem dúvida que ainda falta uma maior crítica em relação aos conceitos usados e daí a razão de ser deste trabalho. Esta problemática tem expressão nas mais variadas áreas da medicina e parece-me que é mais difícil aceitar a não diferença entre o normal e o patológico, quando se pensa em exemplos de doença somática⁹ do que quando se pensa em doença psiquiátrica.

No seio da psiquiatria toda a complexidade das emoções, da cognição, dos comportamentos está sujeita à redutora dicotomia normal – patológico, ou se quisermos normal – anormal. Isto, obviamente, pensando numa actividade acrítica, sem querer generalizar.

É desta forma aparentemente ingénua, filosoficamente desonesta, que ideologias e forças dominantes estipulam leis e regras. Será contra essas ideologias, ideologias do normal, que Canguilhem define a sua tese.

Esta tese foi apresentada em meados 1943, em plena II Guerra Mundial. Foi, talvez, a época em que as práticas eugénicas mais expressão tiveram durante o século XX. Este contexto amplia o significado de um trabalho como o de Canguilhem.

⁹ As expressões *doença somática* e *doença psiquiátrica* foram usadas apenas por comodismo, não reflectindo qualquer traço de dualismo cartesiano subjacente à minha forma de ver a problemática mente-corpo.

Através da higiene racial como lhe chamaram, as políticas eugénicas traduziram-se no genocídio semita, mas terá sido muito expressiva aquando do homicídio de uma quantidade incalculável de outros que eram considerados *anormais*. Foram assassinados doentes psiquiátricos, homossexuais, idosos e todos aqueles que não eram considerados aptos, força de trabalho ou simplesmente merecedores de viver.

Neste ambiente pode-se adivinhar a magnitude de uma tese que reivindicava a igualdade ontológica entre o normal e o anormal. É este contexto que hoje se perde com os quase 70 anos passados sobre a primeira impressão da tese.

Ao longo do trabalho, Canguilhem apoia-se em vários autores e critica o positivismo de outros.

O autor aborda algumas questões importantes no contexto da epistemologia das ciências biomédicas. São inúmeros os exemplos médicos que apresenta, tanto numa perspectiva clínica como experimental. Parece-me que todos eles querem apontar para uma conclusão.

Usa longas páginas com discussão e distinção entre terminologias usadas no contexto de uma *ideologia do normal* como sejam *normal*, *anormal*, *anomalia*, *patologia*, entre outros.

De uma forma irrepreensível consegue apontar os maiores erros da *ideologia do normal*, negando o espírito científico das concepções teóricas do *normal* positivista. Como poderemos conceber conceitos como *normal* sem ter um referente? Referente, este, que é culturalmente relativo.

A certa altura do trabalho, Canguilhem escreve a seguinte passagem que me parece essencial como ataque aos pressupostos da *ideologia do normal*.

Canguilhem afirma que «[...]o conceito de normal ou fisiológico é reduzido a um conceito qualitativo e polivalente, estético e moral, mais do que propriamente científico»¹⁰ (Canguilhem 1943, tradução livre).

Nesta passagem fica-nos uma caracterização do *normal*, que dificilmente é aceite pela esmagadora maioria daqueles que se dedicam à *ciência objectiva*, como certos teóricos da medicina a conceptualizam. Actualmente parece haver pouco trabalho crítico em relação aos conceitos usados. O *normal* aparece na prática clínica quase

¹⁰ No original francês: “[...] le concept de normal ou de physiologique est ramené à un concept qualitatif et polyvalent, esthétique et moral plus encore que scientifique”.

como uma verdade absoluta, uma verdade apriorística e que geralmente não é alvo fácil de crítica.

Sem querer ser redutor, a tese central do ensaio de Canguilhem pode ser concentrada nas palavras do próprio autor quando diz que «Não há, *a priori*, diferença ontológica entre uma forma de vida bem sucedida e uma forma defeituosa»¹¹ (Canguilhem 1943, tradução livre).

A escolha desta expressão como divisa de toda a tese do autor pode ser difícil de gerir, já que ela apresenta, igualmente, a meu ver, o seu principal problema e foco de crítica, o seu aspecto mais frágil.

Por um lado, é expresso que não há uma diferença ontológica entre aquelas duas formas de vida. Penso que não há obstáculos lógicos a fazer uma translação para a formulação «não há diferença ontológica entre o normal e o patológico (anormal)», como o autor faz a certa altura do seu raciocínio.

Esta é a ideia da tese que mais me interessa trabalhar. Esta afirmação serve de ponto de partida para a crítica estrutural às disciplinas que tendem a categorizar o homem, nomeadamente a psiquiatria.

Não é filosoficamente honesto, pensar em formas de vida “bem sucedidas”, nem em formas de vida “defeituosas”. Para se chegar a um veredicto de “bem sucedido” ou “defeituoso” há já todo um trabalho cognitivo, valorativo, obviamente influenciado por critérios qualitativos e mesmo morais, relativos e vinculados a uma determinada ideologia. Há todo um conjunto de factores extra-rationais que influenciam esta apreciação (Camargo 1990; Good 1994).

Quando se põem as questões nestes termos, Canguilhem comete o mesmo erro, que contesta e que tenta combater ao longo das mais de 200 páginas de raciocínio. Parece-me ser um erro assumir que há *a priori* uma funcionalidade, um objectivo, um plano a cumprir e que este pode ser bem sucedido ou falhado e tentar, assim, desconstruir qualquer perspectiva que seja sobre o normal e o patológico.

Porém, parece-me importante reter, tanto o passo em que se afirma a não oposição entre o normal e o patológico, como no momento em que se critica a pressuposição de um funcionalismo apriorístico que define formas bem e mal sucedidas.

¹¹No original francês: “Il n’y a pas en soi et a priori de différence ontologique entre une forme vivante réussie et un forme manquée.”

A ideia de que não existe diferença ontológica entre o normal e o patológico pode ser usada como alicerce de todo o trabalho sobre o relativismo da nosologia médica ocidental e nela incluo, obviamente, a nosologia psiquiátrica.

A produção intelectual humana é conduzida tendo em conta um referencial cultural e a medicina não lhe escapa, mesmo sendo fundada numa matriz pretensamente científica. O próprio conceito de doença é um constructo social (Quartilho 2001), como já foi visto no tema anterior.

Com o trabalho de Canguilhem (1943), reavivamos a luz sobre os conceitos que precedem as discussões sobre a relatividade cultural no seio da medicina e da psiquiatria. É esta lição que mais me atrai na proposição de Canguilhem.

Com as bases conceptuais lançadas por Canguilhem, também se pode contestar as posições mais radicais da antipsiquiatria que, por exemplo, na voz de Szasz (1960) questionava e negava a existência da doença mental.

Provavelmente dever-se-ia ir mais longe e afirmar que a doença, objectivamente, não existe, independente de ter o sufixo mental, ou não. Não tem existência por si. Só após o trabalho intelectual é que a doença ganha contornos palpáveis. E não deixam de ser contornos relativos, que deveriam ser usados numa perspectiva operativa de forma consciente, mais do que numa visão normativa redutora¹².

A artificialidade que agora reconhecemos nos conceitos de normal, patológico e doença, a reconhecida e fantástica relatividade destes conceitos, a falta de uma etiologia observável, palpável, concreta da doença mental abriu espaço a que esta fosse, no passado, e seja, no presente, maleável e facilmente instrumentalizada pelas ideologias e políticas dominantes. (Camargo 1990)

Esta questão será abordada, fazendo alusão ao trabalho de Foucault¹³ e, por outro lado, abordando a psiquiatria feita no contexto colonial.

¹² Esta questão do uso de conceitos em sentido operativo ou normativo parece-me de grande amplitude e aparecerá neste texto como proposta para posterior abordagem e não tanto como um tema a ser explorado juntamente com as bases do raciocínio de Canguilhem.

¹³ *Doença Mental e Psicologia* (2008 [1954]), *História da Loucura na idade clássica* (1961), *Le Pouvoir Psychiatrique* (2003[1973-1974])

Resumindo, a principal tese a retirar do trabalho de Canguilhem será, a meu ver, a negação da diferença ontológica entre o normal e o patológico (anormal).

As posições de Canguilhem avivam a luz sobre os conceitos que precedem as discussões sobre a relatividade cultural no seio da medicina e da psiquiatria e que me parecem fazer falta para uma discussão mais sedimentada do ponto de vista epistemológico e filosófico.

É, com certeza, necessário algum pragmatismo para ser possível trabalhar na área da saúde mental, mas, por outro lado, todo um trabalho filosófico e crítico está por fazer. Haverá inúmeras razões para a auto-reflexividade não acompanhar os avanços das tecnologias.

Por outro lado, toda a pressão económica ajudará a que o trabalho mais reflexivo seja posto de lado em prol dos *números*.

1.3. História

Há literatura que se dedica à história da medicina e à história da psiquiatria em particular¹⁴. Historicizar e analisar a genealogia de uma área do conhecimento e particularmente da medicina é essencial para compreender melhor as diferentes relações que se estabelecem entre o conhecimento e o tecido social.

Neste ponto do trabalho, mais do que uma cronologia, que poderia passar por abordar a assistência “psiquiátrica” árabe durante a idade média (Fernando 2003), da mítica revolução personificada por Pinel, dos psicofármacos e a revolução na assistência médica ou mesmo da antipsiquiatria (Fernando da Fonseca 1997), interessa contextualizar a prática clínica no denso tecido social. A psiquiatria não é uma actividade desligada da cultura, da história, da política, mas antes um encontro das diferentes áreas de saber. Não é, como temos vindo a ver, algo desligado do contexto.

A natureza social do diagnóstico é abordada neste capítulo pela observação da história, que evidencia a permeabilidade e liquidez que caracteriza o diagnóstico, ajudando a defini-lo como construção social, que por definição é dependente do contexto em que se desenvolve.

Esta ideia é explicitada, quando mostro como foi manipulada pelo poder instituído, em diferentes épocas, de forma a atingir fins que não os puramente clínicos e terapêuticos, mas antes políticos e de controlo social. Não é meu objectivo fazer uma denúncia por denúncia, mas o interesse passa por mostrar como o saber se entrecruza com o contexto social.

Para ilustrar esta ideia visito alguns aspectos mencionados por Foucault nos seus trabalhos sobre a psiquiatria e sobre a loucura, atrás referidos, nomeadamente a sua *História da Loucura* (1961).

Posteriormente, traço algumas linhas gerais sobre a psiquiatria que se desenvolveu em contexto colonial e sobre os discursos que emergiram ou que tomaram determinadas formas com a presença da psiquiatria no seio do investimento colonialista.

¹⁴ como por exemplo: Companion Encyclopedia of the History of Medicine de Bynum e R. Porter ou Madness: A Brief History de R. Porter

1.3.1. Foucault

A *História da Loucura* foi publicada em 1961, numa altura em que a consciência sobre a dimensão social da psiquiatria crescia e aumentava a produção literária contestatária desta disciplina (Keller 2008).

São desta época inúmeros livros e artigos de autores como Erving Goffman, *Asylums*, (1961) e R. D. Laing, *The Divided Self* (1960), ambos tendo tido influência na promoção da contestação à disciplina (Keller 2008). A lista é mais extensa, mas autores como Thomas Szasz, David Cooper, Franco Basaglia ficaram igualmente associados ao movimento, heterogéneo, que se tornaria conhecido por antipsiquiatria e que viria a promover grande discussão tanto dentro como fora da psiquiatria.

Talvez antipsiquiatria não tenha sido a melhor expressão criada, já que pode ser considerada inútil, incorrecta e não produtiva (Aguiar 1972). Foi uma expressão contestada até por Franco Basaglia, grande reformador da psiquiatria italiana e fundador da *Psichiatria Democratica* (Lagrange 2003). Para além de outras razões, o termo pode ser considerado ambíguo por também ter sido uma teoria psiquiátrica (Aguiar 1972) quando a designação leva a crer que seria uma oposição radical à disciplina, tal como Cooper pensou quando cunhou o termo (Lagrange 2003). Contudo, ressalvo a natureza heterogénea deste movimento.

A antipsiquiatria, acabou por se constituir como um movimento que teve grande impacto social e que questionou a existência da doença mental, as práticas terapêuticas associadas, as relações entre técnicos e doentes e as estruturas de assistência psiquiátrica, nomeadamente o hospital psiquiátrico (Gameiro 1992). Pode-se dizer que se tornou um momento de grande contestação interna e de reflexão sobre as práticas e conhecimentos da disciplina. Contudo, na prática não foi tão bem sucedida como esperado por parte dos seus promotores (Goldenstein 1993).

A *História da Loucura* de Foucault é uma obra longa e mostra a evolução do conceito de loucura e a forma como a alienação foi tratada no mundo ocidental desde a Idade Média. Ao longo do tempo houve uma evolução na forma de relacionamento dos poderes com a loucura. Os mecanismos sociais criados e desenvolvidos para lidar com a loucura foram mudando de teoria e prática e nem sempre tiveram finalidade clínica. É interessante conhecer uma época em que a loucura era «sofrida em estado livre»

(Foucault 1954) e era acolhida no seio da sociedade, até que a evolução dos sistemas sociais levaram a que, em meados do século XVII, fosse empurrada para um mundo de exclusão, tendo sido, mais tarde, conceptualizada como doença mental (Foucault 1961).

Uma leitura redutora, mas que se pode fazer de todo o trabalho corre no sentido de mostrar que houve uma intersecção enorme de interesses, fora da esfera clínica, que criaram um discurso da razão sobre a loucura (Keller 2008). Não houve uma evolução linear e altruísta no lidar com o sofrimento, mas antes vários interesses de ordem política, moral e económica se conjugaram para criar conceitos, para criar discursos, para internar, para coagir, para oprimir, para normalizar.

A longo do livro somos confrontados com um internar diferente daquele que se deveria pensar em medicina e em psiquiatria. O internamento cujo objectivo é acompanhar e minorar o sofrimento de alguém não é aquele que se vê comentado por Foucault. Este internamento é a purga dos anormais, a reestruturação (Foucault 1961) da teia social. Não é um internamento com fundo altruísta, mas repete aquilo que tinha sido hábito com os doentes com lepra excluídos da sociedade e confinados a espaços exteriores, encerrados sobre si mesmos, por serem considerados ameaça. Foucault começa por recuperar a imagem da Nave dos Loucos, da literatura e expressão plástica do final da idade média, quando os loucos eram agrupados e expulsos numa deriva sem destino, durante a qual interessava que não estivessem incluso na sociedade.

Pelo que expõe, o internamento não terá sido terapêutico, *internar para tratar*, mas antes *internar para separar*, até porque durante muito tempo, nos espaços criados para a reclusão nem sequer havia apoio médico. Todo um arcaboço repressivo e alienador estava montado em defesa de uma ordem burguesa.

Todo um sistema estava montado, desde meados do século XVII, com base na ideia da ordem social em que o internamento, movimento carcerário, em «estabelecimentos de moralidade» (Foucault 1954), serviria para excluir, alienar, suprimir, manter à distância aqueles que não eram desejados, que não produziam, que mostravam irregularidades de conduta, que no fundo não se comportavam como as autoridades desejavam.

A este propósito faz sentido lembrar que a psiquiatria é uma disciplina que só se desenvolveu com maior autonomia no final do século XVIII, apesar dos esforços de conceptualizar a loucura e de a curar serem conhecidos no tempo da escola de Hipócrates (450-370 A.C.) e de a teoria dos humores ser amplamente conhecida e

difundida (Goldenstein 1993). Foi só no final do século XVIII e através da nova conceptualização do tratamento da loucura – *tratamento moral* – e da nova instituição criada em consonância com o novo modelo de terapêutico – o *asilo*¹⁵ – que a psiquiatria começou a desenvolver-se como especialidade dentro do vasto campo de conhecimentos em que a medicina se estava a tornar (Goldenstein 1993).

A criação da psiquiatria e o seu processo de autonomização como especialidade dentro da medicina teve características particulares em relação às restantes especialidades muito devido à natureza quer do tratamento moral, quer do asilo.

O tratamento moral era uma técnica heterogénea, sendo conhecidas as rivalidades entre as escolas francesa e inglesa. A multiplicidade de formas do tratamento moral proporcionou diversas interpretações históricas, tendo algumas apontado num mesmo sentido (Goldenstein 1993). Os historiadores do final do século XX que estudaram a realidade inglesa, viram o tratamento moral como uma forma de «transformá-lo [o internado] em algo próximo do ideal burguês do indivíduo racional»¹⁶, constituindo o tratamento moral como parte de um investimento social mais alargado que visava a internalização de normas disciplinares associadas ao capitalismo industrial (Goldenstein 1993). Os estudos voltados para a realidade francesa chegaram a conclusão semelhante, evidenciando a fusão entre o discurso da moral com o discurso médico ou dando ao discurso moral uma tonalidade médica (Goldenstein 1993).

Tendo consciência que o tratamento moral foi uma realidade que teve implicações importantes na autonomização da psiquiatria como especialidade médica, é importante reter a noção da sua natureza não-médica e extra-clínica (Goldenstein 1993).

Por outro lado, a criação do asilo e as necessidades específicas por ele criadas promoveram, igualmente, o desenvolvimento da especialidade da psiquiatria já que era necessário uma diferenciação para actuar no contexto do asilo (Goldenstein 1993), necessidade esta que foi sendo sentida com o passar do tempo.

O asilo, local de enclausuramento de uma enorme diversidade de marginais da sociedade dos meados do século XVII, como descrito por Foucault como *Great Confinement (Le grand renfermement)*, escondia o indesejável, e ao mesmo tempo

¹⁵ O asilo para doentes psiquiátricos foi conceptualizado por Goffman como uma «instituição total» (1961).

¹⁶ Tradução livre do original inglês: «remodel him into something approximating the bourgeois ideal of the rational individual».

delineava uma tentativa de normalização num discurso de reabilitação e preparação da pessoa para uma reentrada na sociedade com uma capacidade produtiva *normal* (Goldenstein 1993).

Foucault relembra esta realidade do internamento asilar que passava pelo castigo, pela repressão, pelo desejo carcerário e no mesmo espaço confinante encerrava pobres, velhos, mendigos, desempregados, criminosos eclesiásticos excomungados, doentes, etc, etc (1961). Ao longo do seu trabalho, relata inúmeros casos de internamentos a pedido das autoridades monárquicas e outras, não por razões clínicas, mas por razões puramente políticas ou judiciais. Numa exposição clara do uso coercivo da autoridade médica, Foucault (1961) relembra situações em que indivíduos eram dados como loucos para justificar a sua reclusão.

É evidente a instrumentalização da medicina e a sua contaminação por moralismos. Torna-se flagrante o controlo social exercido pelo poder sobre e através da medicina, através daquilo que viria a formar-se como psiquiatria.

No seguimento das suas intervenções sobre a loucura e a sua *História da Loucura*, em que a existência da doença mental como objecto da medicina era questionado em detrimento da sua natureza social, Foucault afirmou que mais importante que saber se a doença mental existe ou não, interessa saber o que foi feito em nome dela e como é que as pessoas se relacionavam com o conceito Keller (2008). Mais uma vez se aponta para a reflexão, mais do que para a elaboração de verdades. É esta base reflexiva que continua a faltar à psiquiatria.

Foucault, historiciza a psiquiatria e as nuances da sua evolução, mostrando como a medicina e os moralismos mais arcaicos se entrelaçam e como múltiplos interesses, fora da esfera clínica, criaram um discurso da razão sobre a loucura, conceptualizando a doença mental.

Para além do revisitado atrás, vários períodos na história mostram como as lógicas do poder se interpenetram e confundem com a lógica da assistência médica, criando uma falácia epistemológica, que concebe a medicina com objectividade científica, mais do que a constituir como um constructo político e social com a expectável dependência cultural.

1.3.2. O colonialismo e a psiquiatria

Talvez o expoente da politização da psiquiatria nos tempos mais recentes se tenha dado quando o poder e a prática médica se confundiram durante o período colonial, em pleno século XX.

No século XX a psiquiatria desenvolveu-se numa plataforma de contacto com os povos das colónias europeias. Autonomizou um ramo da psiquiatria ao qual se pode chamar psiquiatria colonial.

No contexto da demanda colonial a medicina tornou-se numa força colonizadora e uma fonte influente da autoridade política e do controlo social, enunciando a ideologia imperial e impondo formas de relação com as populações indígenas (Arnold 1993).

A relação entre a psiquiatria e o colonialismo, que passava pela instrumentalização da psiquiatria, estará intimamente relacionada com o propósito colonialista, sendo a psiquiatria colonial expressão do colonialismo, mais do que uma característica inerente à disciplina médica em si.

O facto de haver esta relação de instrumentalização não invalida a realidade da produção do conhecimento médico. A formação médica e a produção do conhecimento médico era unidireccional. Tinha como ponto de origem a Europa e destinava-se à exportação para restante mundo, sendo-lhe implícita todo um fundo etnocêntrico que se reflectia na abordagem clínica feita nas colónias (Arnold 1993).

Autores como Jock McCulloch (1995) e François Laplantine (1973) trabalharam ou trabalham de uma ou outra forma o estudo crítico da psiquiatria e contribuíram para melhor se compreender o enredo histórico em que as filosofias euro-americanas se desenvolveram sobre a realidade colonial.

Frantz Fanon foi um psiquiatra e psicanalista negro, nascido em Fort-de-France, Martinique, em 1925, que esteve muito ligado aos movimentos de libertação das colónias europeias em África. Escreveu, entre outros, *Pele negra, Máscaras brancas* (1952) em que fala do Negro e de psicanálise. Também ele contribuiu para a crítica à psiquiatria e colonialismo. Voltarei a ele mais à frente.

Jock McCulloch, historiador, escreveu um livro intitulado *Colonial Psychiatry and The African Mind* (1995), no qual amplia a relação entre a psiquiatria e o colonialismo europeu e que serve de base para alguma argumentação que vou apresentar.

A teorização sobre a *primitive mind* terá tido o seu preâmbulo no século XIX. Mas como McCulloch nos conta, só pela década de 1920, com o surgimento dos asilos nas colónias britânicas e francesas é que passou a haver um envolvimento maior no estudo em torno da *mental illness* entre africanos.

Durante a época colonial, a psiquiatria colonial foi usado tanto por aqueles que a praticavam como por aqueles que a criticavam.

McCulloch usa o termo etnopsiquiatria como sinónimo de psiquiatria colonial. Afirma que o termo etnopsiquiatria era utilizado para descrever o estudo da psicologia e comportamento dos povos africanos que se desenvolveu nas colónias europeias por técnicos de saúde (McCulloch 1995). Este uso é abusivo e gerador de confusão desnecessária, não promovendo o esclarecimento, nem a discussão das práticas e teorias subjacentes à psiquiatria praticada em contexto colonial.

A etnopsiquiatria deve ser entendida como a disciplina que olha, através de uma lente social, para as manifestações da psiché realçando a importância do contexto cultural tal como Devereux, Laplantine e outros o fizeram e não pura e simplesmente como a prática psiquiátrica desenvolvida em contexto colonial.

Os técnicos que se dedicaram à psiquiatria colonial, no que concerne à orientações teóricas, eram um grupo muito heterogéneo e trabalhavam de forma independente uns dos outros, chegando mesmo a um isolamento intelectual (McCulloch 1995). Não era uma escola de pensamento sólida. Não havia um diálogo aberto e a discussão do conhecimento produzido não era prática corrente. Pode-se dizer que a psiquiatria colonial «era uma empresa fechada em si mesma»¹⁷ (McCulloch 1995, tradução livre). Pelo que se sabe, e como McCulloch testemunha, Fanon foi dos primeiros a ler a produção de outros psiquiatras.

¹⁷ No original inglês: «was very much a self-enclosed enterprise».

Como McCulloch no diz sobre os psiquiatras coloniais e no que respeita à sua diferenciação profissional, «Alguns eram psiquiatras habilitados para a prática clínica e que trabalhavam directamente com doentes psiquiátricos, outros eram médicos com interesse em psiquiatria, mas com pouca experiência clínica, outros eram psicólogos, e outros ainda eram amadores, com uma paixão pela escola da psicanálise ou psicologia adleriana»¹⁸ (1995, tradução livre).

Parece que a formação teórica e a prática clínica não eram uma prioridade para a efectiva actividade clínica.

A ideia que McCulloch passa é a de uma actividade, de um complexo de conhecimentos muito frágil e manipulado. Não parece haver uma coerência estrutural na disciplina ou sub-disciplina, se quisermos. Afinal, os psiquiatras coloniais não eram todos psiquiatras. Havia mesmo alguns que nem médicos seriam. Alguns mais não eram do que amadores que tinham alguma simpatia para com as ciências psicológicas e que tiveram espaço, pelos fracos recursos e investimentos na área da saúde mental, para produzir alguma literatura. Literatura esta enviesada pelo contexto em que era desenvolvida e pelas ideologias de supremacia racial defendidas. O próprio Carothers, autor com algum reconhecimento, mas amplamente criticado, não tinha formação específica em *psychological medicine* (McCulloch 1995).

Com as excepções de Mannoni e Fanon, apesar de terem concepções diferentes, os psiquiatras coloniais não construía as suas teses tendo em conta a estrutura colonialista em que o quotidiano se desenrolava, lembra McCulloch (1995). Situavam-se, de forma acrítica, na facção autoritária de uma realidade segregatória. O psiquiatra colonial era apenas mais um lacaio apostado na verbalização do racismo colonial instituído e amplamente difundido nas muitas colónias europeias.

Em *Pele Negra, Máscaras Brancas* (1952), o seu primeiro livro, Fanon fala da sua experiência de homem negro mergulhado num mundo dominado pelo branco. Através de uma interpretação psicanalítica revela o «problema negro». A questão do

¹⁸ No original inglês: «Some where qualified psychiatrists who worked directly with psychiatric patients, others physicians with an interest in psychological medicine but little clinical experience, others were psychologists, and still others gifted amateurs with a passion for particular school of thought such as psychoanalysis or Adlerian psychology».

sentimento de inferioridade, assim como a culpabilidade, do negro face ao branco é desenvolvida, destacada e apontada.

A afirmação da superioridade branca face à *raça negra*, característica essencial do racismo colonial, é a matriz na qual se desenvolve a psiquiatria colonial mais difundida. Fanon foge a esse grupo que faz a clivagem entre brancos e negros e nega-se a admitir qualquer tipo de superioridade ou inferioridade racial. Em termos teóricos pode-se separar Fanon de técnicos como Carothers. A base em que pensavam a diferença era substancialmente dissemelhante. Não digo com isto que Fanon fosse perfeito, obviamente. Até porque como McCulloch (1995) nos diz, os doentes de Fanon na Argélia e Tunísia eram simplesmente muçulmanos, sendo-lhes omitida uma individualidade. Afirimo, sim a não uniformidade da psiquiatria colonial e a sua íntima ligação com o expressionismo colonial. Fanon opunha-se a esse colonialismo e trabalhava de forma diferente de outros psiquiatras coloniais – tinha consciência da opressão colonial.

Fanon é um caso particular na psiquiatria do século XX em contexto colonial, pois tinha uma consciência social alargada que advinha do facto de ser, por um lado, psiquiatra a trabalhar num espaço de segregação racial e, por outro lado, ser negro e vítima de todos os abuso cognitivos implícitos às ideologias racistas, que a psiquiatria colonial promovia.

A sua formação psicanalítica terá contribuído para analisar a realidade social através de uma matriz relacional e a sua experiência pessoal de estigmatizado e discriminado terá sido essencial para a sua crítica à ideologia da supremacia racial.

No contexto do racismo colonial, da supremacia branca, o *discurso científico* sofreu uma translação do território corporal para o território mental (McCulloch 1995). A nova disciplina era só mais uma forma de mostrar o que, supostamente, já estava provado e que era a grande verdade do mundo colonial – a inferioridade do *Outro*.

A psiquiatria e muitos psiquiatras afectos ao colonialismo criaram e reproduziram discursos difíceis de desconstruir lançando para o futuro preconceitos e estereótipos racistas que ainda hoje são sentidos nas práticas médicas pouco esclarecidas e críticas, mesmo quando são culturalmente sensíveis (Fernando 2003).

Por outro lado será o racismo de que se fala característica da psiquiatria como disciplina ou do contexto em que se insere? Seria o discurso em torno da *african mind*,

por exemplo, fruto de uma investigação psiquiátrica reflexiva ou, antes, fruto do colonialismo vigente na altura que impregnava as mais variadas áreas do saber? Não será antes que a psiquiatrização seria uma forma de veicular um conteúdo fortemente ligado a um contexto colonial como foi estabelecido pelos diferentes países colonizadores? Não será mais correcto falar de politização da psiquiatria, em que a medicalização de comportamentos com finalidades demarcatórias era promovida por um contexto social claramente segregatório?

Mais uma vez é evidente a permeabilidade da psiquiatria ao contexto e ideologias dominantes, tornando o diagnóstico, a doença dependente de factores extra-racionais (Camargo 1990; Good 1994).

Não digo que todos os psiquiatras coloniais fossem defensores da ideologia da supremacia branca ou que desenvolvessem a sua actividade dependentes da máquina colonialista. É provável que tenha havido interesses genuínos no trabalho de alguma psiquiatria desenvolvido nas colónias.

Parece-me fazer sentido a psiquiatria entrar pelos domínios culturais procurando conhecer a forma de sentir, de representar a doença e o adoecer em culturas diversas. Faz sentido querer conhecer a diversidade. Faz sentido procurar e pensar a diferença, desenvolvendo uma actividade reflexiva e crítica sobre a sua forma de operar. Talvez este caminho seja essencial para uma epistemologia da disciplina.

Quando digo isto estou a pensar nos psiquiatras e não num fantasma anónimo que é a psiquiatria. A psiquiatria da mesma forma que a antropologia é exercida por pessoas. Não é uma máquina, qual autómato, que desenvolve uma actividade cega.

Quando digo que faz sentido pensar a diferença para uma psiquiatria crítica, imagino uma reflexividade que deve ser implícita à actividade clínica dos psiquiatras e uma sensibilidade à diversidade cultural que deve ser promovida.

Contudo, a procura pela diversidade pode encontrar uma série de obstáculos e de infelizes equívocos. Se não houver uma base teórica esclarecida, corre-se o risco de «psiquiatrizar toda a cultura» e por outro de «relativizar toda a psiquiatria» (Laplantine 1973). Tanto um como outro são erros terríveis, simétricos e não contribuem em nada para o esclarecimento da prática clínica psiquiátrica.

Há, obviamente, um desconforto em intervir em culturas diferentes da do clínico se este não relativiza os seus conhecimentos clínicos e as suas concepções teóricas sobre o que é o normal, o anormal.

Os critérios nosológicos que existem não devem ser rígidos, estanques, mas devem ser reflectidos e contextualizados. Como nos diz Laplantine, o psicólogo ou psiquiatra que «intervém noutra cultura que não a sua, compreende perfeitamente, se está de boa-fé, que os seus próprios critérios nosológicos funcionam mal ou não funcionam de todo em sociedades cujas estruturas económico-sociais são diferentes» (1973). Tem que haver esta sensibilidade cultural no contacto com o outro. Não deve ser política encaixar em diagnósticos selados e etiquetar como doente qualquer manifestação cultural que não seja familiar ao clínico.

Com este segundo apontamento da história pretendi lembrar as incursões da psiquiatria por territórios culturais que lhe são desconhecidos. A psiquiatria desenvolveu-se essencialmente na Europa Ocidental, nos círculos intelectuais citadinos e burgueses e com esta reflexão tentei lembrar algumas questões relacionadas com o contacto de psiquiatras com outras culturas em contexto colonial, contacto este envenenado pela ideologia da supremacia racial.

Rememorei a relação entre a psiquiatria e o colonialismo. Tentei explicitar o modo como se desenvolveu a psiquiatria colonial e como o poder colonial usou a psiquiatria para demarcar, agora pela mente, já não só pela cor da pele, a diferença racial e a superioridade branca.

É comum pensar a psiquiatria como se pensa a medicina em geral, uma disciplina que se desenvolveu para ajudar e que sempre ajudou. Mas o que é verdade é que nem sempre foi assim. Estes dois esboços da forma como, socialmente, se tratou a *loucura* e a forma que a psiquiatria tomou em contexto colonial ajudam-nos a ter uma visão mais abrangente da psiquiatria e da sua envolvimento com as estruturas de poder.

Desta forma torna-se mais clara a relatividade cultural da psiquiatria, da sua estreita relação com o contexto sociopolítico e histórico e a continuidade entre a produção de conhecimento e o contexto em que esta se insere.

Não afirmo que, hoje, as relações entre medicina, psiquiatria e o poder sejam tão obscenas como referi atrás ou pelo menos da mesma ordem de interesses, mas mais

importante que isso é ter consciência das intersecções possíveis entre campos de saber e o poder.

Como disse no início desta reflexão, pretendi apontar dois momentos em que é clara a importância do contexto no percurso da psiquiatria, mais do que fazer uma história da psiquiatria.

1.4. A etnografia evidencia a natureza social do diagnóstico

Proponho agora que, depois de me ter debruçado sobre episódios do passado em que se evidenciou a manipulação da psiquiatria em favor de interesses políticos, após a ilustração da artificialidade de alguns conceitos centrais como seja o normal e o patológico e a sua permeabilidade a factores extra-rationais, se olhe para o lado, para o lado cultural.

Proponho que se tenha a diversidade cultural em mente e se reflecta sobre o seu significado num diálogo, neste caso, envolvendo práticas relativas à saúde, à doença e ao trabalho de cura.

No seguimento da conceptualização do conceito de diagnóstico como produto social, procuro mostrar a relatividade cultural dos conceitos ligados à saúde, à doença e à cura. Este repensar de conceitos pode ter dois sentidos de intenção. Por um lado podemos constatar a diversidade cultural das práticas e teorias e partir daí para uma reflexão crítica dos conceitos, concluindo a sua natureza social. Ou podemos, partindo da conceptualização do diagnóstico como constructo social, ilustrá-la com dados da etnografia. Neste capítulo vou seguir o segundo caminho.

A ideia não é fazer um inventário enciclopédico em antropologia médica ou da doença, mas lembrar que há formas diversas de dar significado a fenómenos de sofrimento do quotidiano e mostrar que estes não são independentes dos referentes culturais, tal como a religião, os sistemas de parentesco, o sistema económico não o são.

Reforço a ideia de o diagnóstico ser um constructo social culturalmente relativo e que isso implica rever as concepções do diagnóstico como categorias naturais (Camargo 1990) com existência independente e absoluta.

Repensar a psiquiatria, e a medicina em geral, nestes termos é perfeitamente pertinente quando tomamos consciência dos intensos movimentos migratórios entre as mais diversas regiões do globo.

Segundo Lechner, em Portugal, assim como noutros países europeus e da América do Norte, os *fenómenos migratórios* têm vindo a ganhar uma importância crescente (Lechner 2009).

A intensificação dos movimentos migratórios prende-se com causas múltiplas, mas as questões económicas são das mais presentes. É a busca por uma vida melhor, muitas vezes fantasiada e baseada em mitos de melhores condições de trabalho e remunerações mais justas, que motivam as grandes jornadas rumo ao norte, rumo ao ocidente virtual.

Na esmagadora maioria de situações, os migrantes acabam por chocar com a desilusão e entram nos percursos da ilegalidade opressiva que termina não raras vezes com o repatriamento.

No decurso destas aventuras e desventuras é frequente o sofrimento, o adoecer e o encontro com os serviços de saúde ocidentais.

Desta forma é expectável que sejam cada vez mais abundantes os encontros de experiências diferentes e significações díspares entre migrantes e as populações de acolhimento. Ao referir-me a migrantes não quero estar a tipificar as suas experiências, como se fossem um grupo homogéneo, mas antes apontar para uma coisa que têm em comum, a diversidade.

Há grande possibilidade de surgir dificuldade e mesmo desconforto no diálogo, em contexto de saúde, especialmente na psiquiatria, já que os significados e significantes (Pio Abreu 1998) podem ser muito diferentes e não se trata apenas de uma questão de tradução. Há todo um contexto circunstancial, de vida, rico em particularismos históricos que dificulta a interpretação clínica e o diálogo.

Quando os migrantes entram em contacto com os serviços de saúde mental há a exposição de um sofrimento que pode não ser perfeitamente compreendido e corre o risco de ser mal interpretado, perpetuando-se o mal estar (Tavares 2008).

Parte da resolução do sofrimento passa pela procura de um sentido, de um significado e para além das diferenças culturais entre os migrantes e a população de acolhimento comumente reconhecidas, juntam-se as diferenças de «tradições e práticas terapêuticas entre os prestadores de cuidados de saúde e os pacientes migrantes» (Lechner 2009). Como Clara Carvalho afirma num trabalho seu, «o

sofrimento implica a busca de uma solução que se define, em primeiro lugar, como a busca de um sentido, apelando a referentes culturais diversificados» (Carvalho 2001).

Do encontro de saberes, permeados pela dificuldade em lidar com concepções díspares, surge a dúvida sobre a validade dos diagnósticos psiquiátricos. Se o clínico mantém uma postura crítica e reflexiva sobre a sua actividade, este encontro leva ao questionamento natural das limitações do seu sistema de conhecimento.

A constatação da inadequação dos critérios de diagnóstico e das abordagens terapêuticas leva ou deveria levar, ao questionar de práticas e teorias, tornando os migrantes «agentes desafiadores dos saberes médicos instituídos» (Lechner 2009). Do desafio que lançam, o mais frequente é nascer uma sensação de desajustamento dos cuidados que há para oferecer, que devia ser trabalhada e explorada. Qual o seu significado?

O trabalho clínico, quer o que é realizado em serviços de urgência, quer o que é realizado em consulta e internamento é feito sob a pressão do tempo e da produtividade, tornando difícil avaliações mais sistémicas e tornando escassas as tentativas de ajustar a prestação de cuidados à realidade cultural da pessoa em sofrimento.

Contudo, durante a formação académica, pouca importância se dá a esta questão, pouca sensibilização é feita. Porque razão acontece? Porque não há formação sensibilizada para esta realidade? Será só por questões de tempo e espaço? Ou, simplesmente, as concepções do modelo biomédico não contemplam a diversidade cultural, a diferença cultural?

Kirmayer, citado por Lechner (2009) «propõe a interdisciplinaridade, o reconhecimento do carácter social e discursivo dos processos psicológicos, o exame da interacção entre sistemas locais e globais de saber e poder e uma autocrítica consciente dos cambiantes e dos contextos fluidos em que estes operam». Esta é uma forma de trabalhar em contextos em que a diversidade cultural é uma evidência e que deveria ser estimulada ainda durante a formação pré-graduada e intensificada durante a formação complementar em psiquiatria.

O encontro com migrantes é, do ponto de vista académico, extremamente rico porque desafia as bases da medicina, nomeadamente da psiquiatria, e os seus conceitos essenciais.

“*Quebrou-se – aí tem bruxaria*”¹⁹

Esta expressão é de um oleiro Azande que explica a razão de se ter quebrado um pote durante a cozedura (E. Pritchard 1937). Se o fenómeno se tivesse dado noutra sítio ou outra pessoa, de cultura diferente, o tivesse presenciado, poderia ter dado uma explicação racional, *científica*, por exemplo.

Mas esta é a explicação dada por um Azande. Dentro do sistema cultural Azande, faz todo o sentido crer que foi a bruxaria, já que como explicita E. Pritchard (1937) «A bruxaria participa em todos os infortúnios e é o idioma em que os Azande falam sobre eles, e através do qual eles são explicados».

Da mesma forma, a bruxaria «pode ser considerada a explicação Zande para as doenças» (E. Pritchard 1937) e os gestos terapêuticos e curativos são tomados de acordo com esta premissa.

O trabalho de E. Pritchard (1937) é um exemplo clássico da apresentação de outra explicação da realidade, incluindo uma explicação para as doenças.

Esta noção Zande de bruxaria não é compatível com a forma de ver que permeia a actividade psiquiátrica e médica²⁰, que tenta ser racional.

Como Kleinman, citado por Lechner (2009) diz, a diferença entre sistemas que são, em última análise, sistemas culturais pode levar a tentativas de imposição do mais forte, no caso a medicina ocidental, assim como a psiquiatria.

É isto que tende a acontecer quando os migrantes se confrontam com o sistema médico ocidental hegemónico. São esmagados por campos de significados que lhes são completamente estranhos, sentido-se oprimidos e desamparados. Raramente se procura

¹⁹ E. Pritchard, 1937

²⁰ Mas, não é preciso sair muito dos grandes centros académicos lisboetas para se ouvir falar da *vontade de Deus*, ou outras expressões religiosas e místicas que não serão muito diferentes da bruxaria como explicação dos infortúnios e ou dos mais variados sofrimentos.

esclarecer os meandros das suas crenças e investigar o seu percurso de sofrimento, raramente se abandona o confortável etnocentrismo.

Esta postura etnocêntrica deve ser revista, promovendo mais etnografias que abordem as práticas terapêuticas, focando os contextos de diversidade cultural, e reflectindo sobre os saberes médicos (Lechner 2009).

Langdon (2001) fez trabalho de campo com os índios siona da Colombia, focando a sua atenção na construção cultural de saúde e doença local. Numa das passagens de um artigo seu em que reflectia sobre algumas experiências do trabalho de campo afirma que «a doença é um processo experiencial; suas manifestações dependem dos fatores culturais, sociais e psicológicos que operam em conjunto com os processos psico-biológicos...» (Langdon 2001).

No seu trabalho chega mesmo a defender um paralelismo entre o sistema de cura dos índios e o sistema médico ocidental, afirmando que «os processos que fazem parte da relação saúde-cultura entre estes índios da selva amazónica são da mesma natureza dos que operam na nossa sociedade, apesar de existirem diferenças...» (Langdon 2001). É interessante analisar a figura do xamã que atribui significado à experiência um pouco à semelhança do que se passa com o médico psiquiatra. E tal como no seio da medicina ocidental e hegemónica, «...o processo terapêutico é considerado como uma negociação de interpretações entre pessoas com conhecimentos e posições de poder diferenciados.» (Langdon 2001).

Tal como acontecia com os Azande que E. Pritchard estudou, «[...] as representações siona continuam fornecendo a base para as interpretações dos episódios da doença» (Langdon 2001). As práticas de cura estão em continuidade com as restantes actividades da comunidade que, naturalmente, são produto cultural.

Ao debruçar-me sobre o trabalho de Langdon com os índios siona, interessa-me explicitar a natureza cultural da construção cultural da saúde e da doença encontrada no terreno, constatada pelo trabalho etnográfico, mais do que examinar miudamente o seu trabalho.

Em tom de provocação, e tendo a realidade siona em mente, neste contexto como se pode avaliar uma pessoa como estando psicótica ou não a partir de uma plataforma científica ocidental?

Surge aqui espaço para emergir a questão da biologia comum dos processos de adoecer que se manifestam através da diversidade cultural ou em oposição, a proposta relativista da doença que encerra na diversidade cultural qualquer possibilidade de unidade biológica.

As posições relativistas mais radicais enveredam por raciocínios que não contribuem para a discussão das questões do sofrimento, nem para a acção esclarecida sobre ele. A passagem à prática clínica destas posições cria desigualdade na medida em que não aceitando qualquer unidade biológica subjacente à diversidade das manifestações do adoecer e do sofrimento, podem impedir que pessoas que beneficiariam do apoio médico não o recebam.

A ilustrar esta posição relativista penso nas posições tomadas por Pussetti nomeadamente no seu artigo intitulado «Patologização da diversidade. Uma reflexão antropológica sobre a noção de culture-bound syndrome» (2006), onde rejeita a existência de factores patogénicos comuns e factores patoplásticos imersos em campos de significação e valoração múltiplos. Nesse artigo, a autora envereda por uma fuga relativista que não é produtora, nem me parece que contribua para melhorar a assistência no sofrimento, nomeadamente, aos migrantes que procuram ou encontram os serviços de saúde ocidentais. Mais importante e acertada parece-me a postura de Beneduce quando diz que «As diferenças são para ser reconhecidas, bem como o contexto e as relações políticas entre actores sociais, caso contrário, a violência simbólica perpetua-se» (2009).

Desenha-se assim uma densidade cultural muito grande em torno das práticas de saúde, doença e cura. Até porque há muita religião e misticismo que complica qualquer avaliação que só tome como ponto de reflexão um tipo de sistema de cura.

Esta realidade é tão flagrante que deverá haver inúmeros casos de dificuldades terapêuticas em situações com imigrantes que transportam consigo crenças, tradições e práticas de cura muito diferentes. Num artigo de João Tavares (2008) esta realidade é relatada a partir da apresentação de um caso clínico paradigmático.

No relato referido, uma doente entra em contacto com os serviços de saúde e entra numa malha diagnóstica e terapêutica na qual não reconhece amparo. As interpretações clínicas, feitas tendo em conta um referencial cultural muito diferente do da doente, avançam num determinado sentido. São tomadas medidas terapêuticas de acordo com essas formulações, mas não há resultados. Levantam-se dúvidas e questões

relativas ao diagnóstico. Só depois de questionado o sentido do sofrimento e fazendo uma exploração dos significados dos sintomas é que foi possível redefinir e negociar um projecto terapêutico que fosse consensual. Desta forma, torna-se importante «oferecer cuidados de saúde adaptados aos referentes culturais de diferentes indivíduos», não sendo isto sinónimo da criação de serviços específicos para migrantes, mas antes sinónimo da promoção da reflexão crítica da prática clínica, tomando consciência da «dificuldade em definir doença psiquiátrica» (Tavares 2008) o que geralmente leva à evidência do não adequação dos conceitos e critérios.

Tal como é referido por Clara Carvalho no seu trabalho (2001), e aludindo à sua experiência com o objecto da sua investigação, «a noção de doença não existe isolada e não é entendida, apenas, como consequência de uma causa patogénica», havendo outras nuances na conceptualização prática e operacional da noção de doença que devem ser tidas em conta aquando da abordagem do sofrimento em contextos de diferença cultural.

Há imensos factores que contribuem para a produção e construção social dos conceitos ligados à saúde e à doença, que no caso da medicina ocidental são olvidados e não são reconhecidos como constituintes do processo.

Isto pode levantar grandes dificuldades no diálogo entre os prestadores de cuidados e os doentes para os quais se destinam os cuidados médicos. É este o desafio que o encontro com migrantes no cenário clínico lança.

Com esta ilustração etnográfica, que não se esgota nestes exemplos nem nestes autores²¹, tentei mostrar a relatividade cultural dos conceitos médicos ocidentais, evidenciando formas diversas de dar significado às experiências de sofrimento e dor, corroborando a ideia que permeia a minha construção teórica referente à natureza social do diagnóstico.

²¹ Os exemplos etnográficos são múltiplos e autores muito diversos. Poderia apresentar mais exemplos de autores como Pereira (1998), Pereira (2001) e Granjo (2009) que corroborariam aquilo que os autores enunciados mostraram.

2. Diferença e Estigma

Diferença, Desigualdade e Igualdade

Este capítulo aparece como corolário daquilo que foi discutido anteriormente. Nos capítulos precedentes vimos como o diagnóstico é um produto social referente a um tempo e espaço e como dos seus pressupostos científicos fazem parte factores extraracionais (Camargo, 1990).

Com Camargo (1990) apresentou-se, ainda, a ideia de como em medicina é comum tratarem-se os diagnósticos, as doenças como coisas. No fundo, apresentou-se a discussão da visão do diagnóstico essencializado e naturalizado.

Neste capítulo abordar-se-á uma das consequências sociais perniciosas decorrentes de tratar o diagnóstico como uma coisa.

A operacionalização de diagnósticos como se este tivesse uma existência natural pode redundar na criação de diferença e na promoção da desigualdade. A não consciência da imaterialidade do diagnóstico pode levar a que se imaginem categorias sociais de acordo com a classificação nosológica.

Erra-se quando se pensa o diagnóstico como descritivo de uma realidade física, material que existe à espera de ser descoberta, qual filão de diamantes. É um erro, igualmente funesto, já que se corre o perigo de praticar medicina como se de uma colecção de borboletas se tratasse, sempre em busca de uma nova patologia para a colecção, desviando assim o trabalho clínico do sofrimento da pessoa.

Discutir a possibilidade de criação de diferença a partir do diagnóstico parece-me relevante no decurso deste trabalho já que é uma forma de abordar o reflexo da prática médica e psiquiátrica num espaço que numa avaliação ingénua poderá parecer exterior à clínica.

No início deste trabalho apresentei como objectivo primordial, perceber qual a forma de relacionamento dos internos de psiquiatria com o diagnóstico, pelo que esta abordagem se torna pertinente.

A linha de raciocínio que sigo orienta-se pela ideia central de que o próprio funcionamento da medicina e da psiquiatria em particular, porque é sobre ela que me debruço, propiciam, pela falta de trabalho crítico e reflexivo, a perpetuação do estigma da doença psiquiátrica e a discriminação dos doentes psiquiátricos.

Antes de discutir a criação de diferença pelo diagnóstico, começo por explicitar os diferentes conceitos usados, como diferença, desigualdade e igualdade que têm grande importância para alguns temas apresentados neste trabalho já que entram nas premissas básicas de inúmeros argumentos.

São conceitos complexos e difíceis de definir já que se autonomizaram no senso comum e são usados de forma pouco esclarecida criando a noção errada da relação entre os termos. A abordagem dos termos pode ser feita pondo-os em oposição.

Quando comparamos os conceitos igual e diferente, a oposição reside na essência, na natureza ou num determinado aspecto dos objectos em comparação (Barros 2005). Dizemos que duas circunferências têm forma igual e, por outro lado, dizemos que a circunferência é uma forma diferente de um losango. O igual e o diferente nascem de uma comparação quanto à essência de dois objectos em confronto.

Por outro lado, a oposição entre igualdade e desigualdade já nos remete para outro referencial. Refere-se não a um aspecto constitucional, mas antes a uma “circunstância”, a uma forma de tratamento, a uma relação (Barros 2005). Aqui podemos destacar as relações sociais e os direitos perante um sistema legal, e a forma de relação que se estabelece, que pode beneficiar uns em detrimento de outros.

Depois daquilo que foi dito nos parágrafos anteriores, podemos afirmar que a desigualdade desenvolve-se no campo simbólico e a diferença desenvolve-se no campo material (Vale de Almeida 2007).

Quando falamos em diferença e a pensamos como referente a um aspecto constitucional somos levados a pensar em diferenças naturais e físicas, como a cor da pele, a cor dos olhos. Mas, mesmo a profissão, que não é natural ou física, pode ser implicada neste campo semântico.

É legítimo pensar a diferença em termos de política, cultura, no fundo, entramos no campo das ideias. Pensar em sistemas políticos diferentes, em ideologias diferentes, em culturas diferentes não é estranho ou invulgar.

As diferenças são inerentes à realidade humana, mas nem todas as diferenças são naturais como a idade. Muitas diferenças são construídas culturalmente, sendo dependentes do contexto histórico e cultural (Barros 2005).

Não posso deixar de relembrar que quando penso em diferença, a imagino em íntima relação com a própria diversidade inerente à condição humana (Barros 2005).

Quando entramos no campo das ideias, a diferença pode ser manipulada, criada e recriada conforme as moralidades vigentes. O conceito de diferença está ligado à essência de um objecto, mas podemos estar a falar de características ou aspectos que não sejam físicos. E aqui todo um campo de subjectivação se desenvolve.

Quando pensamos em desigualdade, não falamos de algo absoluto ou natural, mas referimo-nos a todo um campo relacional e de interacção. A desigualdade para ser abordada tem que ser contextualizada e concretizada, definindo em relação a que aspecto é que se refere. É sempre circunstancial e dependente do processo histórico em que se insere (Barros 2005).

Mais uma vez se destaca a importância da relação e do processual nestes conceitos que envolvem dinâmicas sociais. Todos estes conceitos são relativos à relação entre pessoas em sociedade, pelo que são conceitos que devem ser entendidos como dependentes do tempo e do espaço social.

Podemos agora questionar-nos até que ponto o diagnóstico cria diferença e promove a desigualdade.

Hoje em dia já não haverá a manipulação e o controlo social da mesma ordem que existiu em tempos, e que foi relembrada num capítulo anterior. Nas situações referidas, os próprios diagnósticos eram meio directo e propositado de discriminação e controlo, como foi referido quando se falou da psiquiatria e o colonialismo.

Poder-se-ia levantar a questão da manipulação e controlo social, conceptualizando os serviços de prestação de cuidados médicos psiquiátricos como puros braços de uma lógica de poder montada na sociedade, cujo objectivo seria a manipulação de massas. Esta ideia parece-me algo exagerada, não estando de acordo com a filosofia humanista que creio permear, actualmente, a psiquiatria.

Obviamente a psiquiatria é constituída pelo trabalho de muitas pessoas e não quero generalizar, aceitando a heterogeneidade da disciplina. Diferentes opiniões políticas e clínicas dão diversidade à prática psiquiátrica, mas mesmo assim não parece que a manipulação e o controlo sejam da mesma natureza que a referida anteriormente.

Poderá sim, haver uma veiculação inconsciente de valores via institucional, já que falamos de uma instituição que, de certa forma, é subsidiária de um poder estatal. Ou, por outro lado, alguma dependência económica perpetrada pela indústria farmacêutica.

Hoje, o diagnóstico cria diferença ou formaliza uma diferença percebida no espaço social, visto que «organiza a percepção das identidades sociais de modo a que pode levar à sua essencialização» (Vale de Almeida 2007).

A estrutura subjacente à medicina que se quer ver científica constitui, como já vimos, os diagnósticos como coisas bem definidas, dando a noção errada de cada diagnóstico ser uma identidade completamente definida, individualizada e natural. Esta diferença de que falo, não é a «diferença meramente descritiva, simétrica, mera constatação de ‘diversidade’» (Vale de Almeida 2007).

A formalização do diagnóstico avalia uma diferença e autoriza, involuntariamente, a desigualdade. A partir do momento em que certifica a diferença como doença, a torna científica, justifica a diferença percebida pelos outros, autorizando a desigualdade com base em medos, e imagens fantasiosas erradas criadas pelo abuso semântico do jargão médico.

São inúmeras as histórias conhecidas do *maluquinho da aldeia*, do *tolinho*, do *esquisito*, do *anormal* que povoam o imaginário do nosso contacto com a *loucura*. A partir do momento em que passam pela instituição psiquiatria, aos olhos da comunidade, o tratamento desigual e todos os julgamentos passam a ser fundamentados numa diferença que foi ajuizada pelo médico. Afinal não era só a sensação imprecisa, vaga, é mesmo louco, diferente e até pode ser perigoso.

Provavelmente, está nas conotações que historicamente se ligaram aos diagnósticos, aos asilos e na forma como a comunicação social, a literatura, o cinema, e outras formas de expressão tratam comumente estes temas. A doença psiquiátrica

tanto é fantasiada como um perigo para a sociedade como estilizada, romanceada e usada para os mais diversos fins estéticos.

Uma questão que deveria ser objecto de abordagem mais aprofundada prende-se com a migração de termos clínicos para o vocabulário corrente, para o senso comum, perturbando a tentativa de objectividade pela prática médica, tal como já foi introduzido atrás.

Regra geral, os termos da psiquiatria que passam para o vocabulário corrente ganham sempre conotações negativas e pejorativas (Jara 2002). São termos que, por vezes transportam um significado ambíguo, mas quando migram para o senso comum tomam forma de expressão ofensiva e demarcatória.

Esta migração semântica é, com certeza, promotora de discriminação e perpetuação de comportamentos discriminatórios e agressivos para com quem sofre de doença psiquiátrica. A circulação intempestiva dos termos clínicos com significados que nenhuma relação têm com o seu uso clínico cria imagens da doença psiquiátrica irrealistas e fantasiosas.

Um exemplo flagrante do que digo passa por um termo amplamente reconhecido como sendo relativo à psiquiatria – *esquizofrenia*. Usa-se o termo *esquizofrenia* para se referir a um conjunto de manifestações heterogêneas consideradas patológicas, mas com características tais que permitem dar alguma coerência diagnóstica e terapêutica. Aquilo que se vê comumente é o uso do termo para ofender, desconsiderar, injuriar ou adjectivar situações perniciosas como nos exemplos “economia esquizofrénica”, “aquele tipo é um esquizofrénico, não merece respeito nenhum”, “sociedade esquizofrénica”.

Obviamente, quando estes termos, que deveriam ser usados no seu contexto clínico, o extravasam e se tornam troca de moeda de ofensas, críticas a sistemas políticos ou simplesmente usados em discussões de rua banais, promove-se uma imagem da doença psiquiátrica repleta de preconceitos, estereótipos e medos.

As múltiplas leituras e releituras dos termos clínicos originais diluem o seu sentido, não restando o sentido clínico no seu uso comum.

Talvez um dos problemas da perpetuação do estigma da doença psiquiátrica seja a não reflexão crítica sobre os conceitos básicos da disciplina, como já foi proposto. Por outro lado, penso ser necessário investigar o uso e abuso da linguagem médica e

técnica, num espaço que não o clínico, e em situações quase sempre desagradáveis, ofensivas, revendo o vocabulário médico e eliminando termos ambíguos. Não se apelida ninguém de *esquizofrénico* ou *narcísico* para elogiar...

Este uso dos conceitos e da imagética clínica é claramente apreensível no cinema, nos *mass media*, na literatura para além da linguagem corrente como já foi sugerido atrás.

No cinema a doença mental costuma ser estrela pelos motivos mais tristes, saltando para a ribalta em filmes de terror com agressões, cativos e homicídios; na comédia o protagonista ou outro actor secundário expõe a sua história, o seu delírio para entretenimento geral.

São mais as vezes em que a pessoa doente é vista como *serial killer*, *monstro* ou *coitadinho* do que como pessoa de pleno direito. Reduz-se a pessoa com doença psiquiátrica à sua doença, perdendo esta a sua individualidade e ganhando os contornos fantasiosos do mundo da ficção.

Estas imagens postas constantemente em circulação ajudam a reciclar a diferença percebida pela sociedade no seu dia-a-dia, dando um colorido negativo e alimentando fantasias. Deixa de haver noção da realidade clínica, para se passar a jogar com imagens líricas e ficcionadas da doença, dos diagnósticos e das formas de trabalhar em psiquiatria.

Criam-se imagens mentais e estereótipos que não são facilmente esclarecidos e, mesmo sendo fantasiosos, permitem que se criem raciocínios com implicações práticas e quotidianas estigmatizantes. Corre-se o risco de partir para a investigação social tendo em mente as fantasias do cinema, mais do que a realidade clínica presente.

Desta forma, o diagnóstico cria diferença pelo estabelecimento de fronteiras entre normal e anormal, e como já vimos quando abordámos a natureza cultural e social do diagnóstico, é manipulável, é frágil e facilmente permeável a factores extraracionais.

Mas nada se faz para acabar com os maus usos e abusos de linguagem e de imagem. Usa-se a doença e o sofrimento como artifício estético, dando significados que quando entram em circulação livre promovem e perpetuam atitudes discriminatórias.

Não é minha intenção ser castrador da expressão estética e artística, mas uma das razões do estigma se perpetuar e reproduzir pode ser pela imagem da doença psiquiátrica que é passada pelos mais variados meios desde os *mass media* ao cinema, passando, claro, pelos próprios profissionais da medicina.

É necessário haver reflexão sobre os conceitos usados e sobre as formas de manusear os discursos no cenário social, procedendo a uma cuidada revisão da terminologia médica, evitando a perniciosa criação de diferença pelo diagnóstico e promoção do estigma.

Tenho estado a empregar a expressão estigma, mas ainda não explicito o sentido que lhe dou e que referências teóricas uso.

Quando usei a expressão estigma e sugeri que o diagnóstico poderia ser um dos factores que promoveria e perpetuaria o estigma da doença psiquiátrica, pensei na forma que Goffman (1963) lhe deu. Há vários modelos explicativos do estigma, como Katz trata no seu artigo de 1979, mas vou expor, apenas, a concepção desenvolvida por Goffman (1963), sem entrar por modelos explicativos

Este autor, no seu livro *Stigma, notes on the management of spoiled identity* de 1963, desenvolve todo um raciocínio sobre o conceito de estigma e a construção das identidades individuais.

Conceptualiza o conceito de estigma, como sendo a situação do indivíduo que é «inapto para a total aceitação social»²² (Goffman 1963, tradução livre). A pessoa é reduzida na sua individualidade, por um efeito de subtracção de confiança e respeito.

A pessoa detentora de determinado atributo considerado estigmatizante, é uma «pessoa manchada na sua reputação e que deve ser evitada, especialmente em locais públicos»²³ (Goffman 1963, tradução livre), tal como sucedia com os escravos gregos, como o autor refere quando desenvolve a etimologia da palavra.

²² No inglês original: «the situation of the individual who is disqualified from full social acceptance»

²³ No inglês original: «a blemished person, ritually polluted, to be avoided, especially in public places»

Reformula a proposição inicial estabelecendo que usará no seu livro o termo estigma «para se referir a uma qualidade descredibilizadora, mas que deve ser vista como uma linguagem relacional e não como um atributo»²⁴ (Goffman 1963, tradução livre).

Aqui surge o aspecto que destacaria. Goffman formula o conceito de estigma não como sendo um objecto reificado, mas como um *processo social*, um processo que se desenvolve na relação, na interacção. Aqueles que são discriminados numa determinada situação ou por determinado atributo podem não o ser consoante o contexto sociopolítico e histórico em que se encontra.

Estigma é, assim, um processo social que se desenvolve a partir da relação entre um atributo e um determinado estereótipo (Goffman 1963). A partir de um determinado estereótipo, um grupo de pessoas portadoras de determinado atributo depreciado é dado como «inapto para a total aceitação social»²⁵ (Goffman 1963, tradução livre). Este grupo que partilha alguma característica comum, uma diferença em relação aos restantes, acaba por merecer a rejeição e marginalização.

Em relação à doença psiquiátrica, a formulação essencializadora do diagnóstico pode intensificar a percepção da diferença e através de toda a imagem trabalhada esteticamente pelo cinema, literatura e *mass media* pode contribuir para a perpetuação do estigma.

Este capítulo tinha por objectivo continuar a discussão dos capítulos anteriores sobre a construção social do diagnóstico e das práticas médicas, reflectindo sobre a influência e as consequências de tratar os diagnósticos e as doenças como coisas absolutas e não como produtos sociais.

Comecei por apresentar os conceitos essenciais diferença, igualdade e desigualdade e, posteriormente, constitui o termo diferença como sendo relativo à essência dos objectos, mas que as diferenças podem ser construídas socialmente.

²⁴ No inglês original: «to refer to an attribute that is deeply discrediting, but it should be seen that a language of relationships, not attributes (...)»

²⁵ No inglês original: «disqualified from full social acceptance»

Em relação aos conceitos desigualdade e igualdade constatámos a sua natureza relacional e que se desenvolvem a partir da relação, num contexto de um processo histórico.

Estes termos estão em estreita interacção influenciando-se mutuamente. Apesar de estarem no mesmo campo de significados são diversos e não devem ser usados indistintamente.

O diagnóstico é fruto da actividade intelectual e produto de um espaço e um tempo. O diagnóstico, pode criar diferença na medida em que formaliza, dá um nome, organiza um determinado aspecto da realidade conceptualizando-o como distinto das demais formas de existência. Constrói um complexo de significados a partir de apreensões subjectivas da realidade, mas que vão interagir no espaço social ganhando múltiplas significados, justificando, erradamente, desigualdades.

Ainda a concorrer para o mesmo fim, o uso abusivo dos termos médicos, do jargão médico, leva a que este se deturpe, se reformule numa lógica que não a clínica e seja usado no dia-a-dia de forma pejorativa e sem o sentido com que é usado na prática clínica.

O mesmo significante tem significados diferentes não coincidentes o que gera confusão e pode mesmo influenciar uma análise séria do assunto.

O uso errado do jargão médico não invalida aquilo que foi dito sobre os factores extra-rationais que entram na construção do diagnóstico e nas práticas médicas.

Mantenho a convicção de que uma séria reflexão precisa de ser encetada no seio da actividade médica e na actividade clínica da psiquiatria, em particular sobre os conceitos usados e sobre as formas de operar.

Importa reter que a produção de conhecimento médico tem grande influência no espaço social e que há muito trabalho reflexivo e crítico por fazer.

No capítulo seguinte conto expor alguma reflexão sobre o trabalho de observação da prática clínica que efectuei, durante o qual perscrutei os temas atrás expostos.

CAPÍTULO 2

1. Metodologia

Como foi dito no início, este trabalho procura reflectir sobre o diagnóstico clínico, especificamente em psiquiatria, tentando perceber como é que os internos de psiquiatria se relacionam com o conceito e como lidam com ele na sua prática clínica. É uma tentativa de reflectir sobre conceitos que são usados no dia-a-dia de forma naturalizada.

A pensar nos aspectos não clínicos do diagnóstico, um segundo objectivo passa, como foi exposto, por tentar perceber até que ponto é que o diagnóstico em si, a formulação de um diagnóstico, pode contribuir para perpetuar o estigma da doença psiquiátrica e a desigualdade a ele associada.

Para conseguir abordar as questões propostas enveredei pela observação da minha própria actividade profissional e dos meus pares, no meu próprio local de trabalho. Estando a trabalhar num hospital psiquiátrico de dimensões consideráveis, o contacto com inúmeros internos de psiquiatria é facilitado, para além da vivência do espaço hospitalar em si.

Como interno de psiquiatria tenho acesso e facilidade em me movimentar no terreno que procuro explorar e em me relacionar com os meus pares, sobre quem quero saber mais.

Fazendo uso da minha situação profissional pude manter uma relação directa e contínua com a realidade que quis observar e explorar. Estive, literalmente, mergulhado no objecto que me propus abordar.

Tentei manter a distância que me permitisse reflectir sobre a prática diária, mas não fiz nenhum esforço particular por me afastar da clínica, dos doentes, dos diagnósticos e dos projectos terapêuticos.

A particularidade deste trabalho, que se debruça sobre o diagnóstico e sobre o estigma, é dupla. Por um lado é um trabalho de observação empreendido por um médico e por outro lado debruça-se sobre outros médicos. A observação que empreendi parte de

um ponto de vista interno, e tentei que fosse crítica em relação ao trabalho clínico da psiquiatria, na figura dos internos.

É legítimo colocar a questão de haver uma dualidade/duplicidade de papéis e mesmo compromisso da objectividade das observações e reflexões, sendo eu médico e ao mesmo tempo estando a estudar, numa perspectiva social, a actividade médica. No capítulo seguinte abordarei esta questão.

Tenho consciência que este foi apenas um ensaio reflexivo sobre a realidade clínica, mas permitiu ter noção de algumas potencialidades, algumas limitações e dificuldades causadas pelo confronto com o objecto de estudo. Porém, o objectivo, mais do que um estudo exaustivo da realidade clínica e da forma como os internos agem, passa por retirar impressões sobre a realidade que contactei e que pudessem ser úteis quer para este trabalho, quer para reflexões futuras.

Tanto a escolha do local – hospital psiquiátrico em Lisboa - onde iria desenvolver trabalho, como a escolha dos interlocutores – internos de psiquiatria – foi influenciada por razões quer teóricas, quer metodológicas.

No que respeita ao local onde desenvolver o projecto, era mais fácil desenvolver este trabalho no meu local de trabalho do que fazê-lo noutra local. Não houve necessidade de uma adaptação ao ambiente, pedidos de autorização ou outras formalidades.

No que respeita aos interlocutores privilegiados, a escolha dos internos de psiquiatria deveu-se a duas ordens de factores. Por um lado são médicos, logo com autoridade para fazerem diagnóstico com o qual lidam e por outro lado ainda estão em formação. Estando em formação lidam directamente com a aprendizagem do processo de conduzir um diagnóstico e um projecto terapêutico, o que me interessa. Também aqui, a facilidade de acesso ajudou na sua escolha. Regra geral estão mais acessíveis, já que partilham várias actividades, e com maior disponibilidade de tempo para contribuir nestes trabalhos académicos.

O facto de estarem em formação, torna a sensibilização para algumas questões sociais e culturais referentes à psiquiatria mais atractiva.

Antes de ter escolhido internos de psiquiatria, tinha pensado em ter utentes das consultas externas como interlocutores. Por constrangimentos da prática acabei por escolher os internos de psiquiatria. Desenvolver este trabalho com utentes das consultas levantaria questões éticas, para além de questões práticas como tempo, espaço e burocracias várias. Neste cenário poder-se-iam gerar mal entendidos, na medida em que os utentes da consulta poderiam criar expectativas às quais as entrevistas que iria fazer não corresponderiam. A questão da dualidade de papéis, ora como médico, ora como observador social poderia ser vista como heterodoxa.

O trabalho com os internos acabou por se revelar bastante rica e interessante. Esta abordagem permitiu ampliar a discussão de posições e reflexões de outros internos, entrando por outras discussões referentes à disciplina que o contacto com utentes das consultas não permitiria. Contudo, seria interessante abordar esta temática junto de utentes.

De forma a recolher os dados que me interessavam, comecei por considerar o espaço em que me encontrava e a proximidade que me ligava ao campo que queria observar.

Tomei atenção às actividades e rotinas do dia-a-dia, com especial foco sobre os diferentes actos e momentos clínicos como as consultas, o internamento, a realização de relatórios, perícias médico-legais, reuniões de serviço e aulas de formação pós-graduada.

Tentei observar e analisar os comportamentos, atitudes e conceptualizações subjacentes aos discursos mais comumente veiculados.

No decorrer do trabalho, no tempo e no espaço sobreponível com a minha actividade clínica, fui promovendo algumas conversas informais sobre os temas que considerava de interesse.

Promovi, ainda, algumas discussões baseadas num guião elaborado previamente, mas que não continha perguntas fechadas. Optei por abordar as questões que achava prioritárias e mais importantes por meio da “entrevista” informal, não estruturada, em detrimento da entrevista mais estruturada. O guião serviu para não olvidar alguns temas que gostava de ver discutidos.

Toda a parte empírica deste trabalho foi desenvolvida com o recurso à observação directa e vivência diária com a actividade clínica no serviço de psiquiatria onde exerço, tendo favorecido a informação qualitativa. Durante, pelo menos, seis meses tentei captar aspectos do pensamento e saber médico manejado pelos internos.

Durante o desenvolvimento do trabalho, participava, observava, reflectia e tinha consciência de estar a observar outros como eu. Esta circunstância permitiu-me reflectir sobre as minhas atitudes no dia-a-dia, ganhando *insight* sobre as minhas posições e assunções teóricas.

Uma das questões inevitáveis, pela limitação da observação realizada, é relativa ao facto de este tipo de abordagem não permitir que as conclusões a que chego sejam generalizáveis e correm o risco de serem reflexos de particularismos da realidade que observei (Vale de Almeida 2007). Contudo, todo este trabalho empírico serve como ponto de partida para reflexões e explorações teóricas futuras, assim como para o empreendimento de novas abordagens deste tema, de forma mais abrangente e integradora.

2. Reflectindo sobre a prática

2.1. Constrangimentos e Dualidades.

Várias questões foram surgindo e várias angústias tiveram que ser digeridas ao longo do desenvolvimento das perscrutações que tentei realizar.

Não posso deixar de referir o desconforto por começar a tomar consciência da realidade da investigação e começar a reflectir sobre que aspectos focar ou dar maior importância. Só comecei a diluir este problema pondo em diálogo as concepções teóricas que tinha com as primeiras discussões com outros internos.

O início do trabalho foi permeado por algum receio e ansiedade do contacto com os interlocutores. Como iria trabalhar um tema delicado como este é, e por manejar alguns conceitos básicos da disciplina, tive receio de haver pouca abertura para os discutir. Este “atrevimento” poderia ser mal interpretado e dificultar a convivência e a relação clínica. Isso não aconteceu e houve total abertura para tratar os mais variados temas. Desde cedo decidi dar algum retorno dos avanços que ia fazendo, apresentado algumas reflexões e ideias aos meus interlocutores.

Pela particularidade deste trabalho ser realizado por alguém que durante a sua investigação privilegiou e se debruçou sobre a actividade dos seus pares, outros constrangimentos foram sentidos. Estou a referir-me à dualidade e até certo ponto alguma duplicidade do meu trabalho.

A problemática da duplicidade parece-me importante e não é uma questão apenas referente ao meu trabalho em particular, mas será transversal a muito do trabalho de investigação social que é feito. Falo desta duplicidade no sentido da reserva que existe ao longo do trabalho de observação, durante o qual, quase desonestamente, não se desvenda tudo o que se está a elaborar. As imagens criadas pela investigação antropológica podem mostrar paradoxos, contrariedades e inconsistências internas que podem por em causa as relações estabelecidas com os informantes durante a evolução do trabalho. Para lidar com esta questão, ainda para mais sendo eu igualmente interno de psiquiatria, fui, como já referi, dando retorno dos avanços e ideias à medida que as ia construindo.

Ao longo do trabalho exerci a minha actividade como clínico e por outro lado desenvolvi uma reflexão sobre essa mesma actividade, o que permite conceptualizar alguma dualidade no trabalho desenvolvido. Houve, inicialmente, alguma dificuldade em trabalhar com dois registos, aparentemente, diferentes.

Pode-se perguntar se é possível fazer este trabalho crítico tomando uma posição de investigador social e ao mesmo tempo pertencer ao grupo tido como objecto primordial da investigação.

Será esta apenas uma questão teórica ou constituirá uma dificuldade prática?

Aquilo que caracteriza a investigação social é, em larga medida, o pensamento crítico e reflexivo. Estas características devem permear todas as actividades intelectuais ligadas à produção de conhecimento. A psiquiatria é uma disciplina, que é parte de um sistema maior, produtor de conhecimento – a medicina. Os seus actores deverão ser capazes de, utilizando reflexividade e pensamento crítico, fazer uma análise do sistema de conhecimento do qual fazem parte.

A reflexividade e o pensamento crítico não são instrumentos confinados a um determinado grupo profissional ou científico e deveriam ser estimulados nas diferentes áreas do conhecimento.

Contudo, tenho consciência da complexidade do trabalho de observação e das suas limitações, do empreendimento empírico e mesmo da reflexividade. A objectividade da observação é sempre limitada pelo observador (Devereux 1967).

A questão é mais complexa quando há uma relação de afectividade entre o observador e o objecto da sua observação, neste caso com a psiquiatria através dos internos de psiquiatria. Os processos transferenciais, usando o jargão psicanalítico, podem distorcer a percepção e a interpretação da informação recolhida (Devereux 1967). É uma característica inerente à existência de uma relação entre observador e observado e que não pode ser eliminada num fundo investigacional que queira primar pela honestidade filosófica. O envolvimento afectivo com um objecto de observação altera a sua percepção e inquina a utópica objectividade.

Por outro lado, e seguindo a proposta de Devereux (1967), há que ter consciência que não se pode ignorar a interacção intensa que se desenvolve entre o observador e o objecto da sua observação, outra pessoa ou mesmo um projecto, uma ideologia, uma instituição.

Tentei desenvolver este trabalho tendo consciência dos limites e da inevitabilidade da subjectividade.

2.2. Reflectindo sobre a prática

Como já referi no capítulo anterior, decidi trabalhar no meu local de trabalho. Aproveitei o facto de trabalhar num serviço de psiquiatria de um hospital psiquiátrico para desenvolver o trabalho de observação, reflexão e explorar as questões que me despertavam interesse.

O hospital é constituído por vários serviços de psiquiatria com chefias independentes, mas que funcionam em coordenação de forma a cobrir as necessidades dos utentes. Cada serviço é responsável pela assistência de determinada área geográfica, estando inserido no Plano Nacional de Saúde Mental - Sistema Nacional de Saúde²⁶.

Há serviços de psiquiatria vocacionados para internamento de curta duração e existem vários serviços dedicados a doentes residentes. Há programas de residências acompanhadas e de vida autónoma que funcionam na dependência do hospital em que doentes, em grupos pequenos, vivem em conjunto numa habitação que pode ser ou não nos limites do hospital. Os doentes têm a tarefa de gerir, sob supervisão, as várias actividades domésticas, estando alguns envolvidos em projectos de formação profissional e outros empregados.

Para além do que referi, o hospital desenvolve múltiplas actividades terapêuticas, ocupacionais e formativas dirigidas para os utentes do hospital.

O serviço onde trabalho, está vocacionado para internamentos de curta duração, e ocupa-se de uma área muito extensa e de uma população numerosa. A área geográfica cobre regiões urbanas e rurais, tanto do litoral como de zonas mais interiores.

Dispõe de uma equipa numerosa, mas pequena para as necessidades, constituída por médicos (psiquiatras e internos de psiquiatria), enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, auxiliares de acção médica entre outros profissionais dedicados à manutenção e trabalho administrativo.

Cabe a este serviço a prestação de cuidados clínicos e de enfermagem em regime de serviço de urgência, em regime de internamento, consulta externa de psiquiatria e psicologia (quer no hospital, quer em núcleos de psiquiatria comunitária) e

²⁶www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/noticias/arquivo/2008/3/saude+mental.htm, consultado a 17.09.09

grupos terapêuticos. Há, também, um programa de apoio domiciliário. Este apoio domiciliário é levado a cabo por uma equipa multidisciplinar que pode ser constituída por um enfermeiro, um assistente social e por um médico psiquiatra.

A actividade clínica divide-se entre o serviço de urgência, o internamento, a consulta externa e o apoio psicoterapêutico de grupo.

Há duas reuniões que envolvem os diferentes grupos profissionais. Uma das reuniões, reunião de serviço, é vocacionada para a apresentação das diferentes histórias dos doentes que recorrem ao serviço e discussão da sua resolução, havendo a participação de médicos, psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros. Nesta reunião discutem-se, ainda, questões internas do serviço. A outra reunião é dedicada a actividades formativas promovidas quer por elementos do serviço, quer por profissionais externos.

Esta é a estrutura global do serviço onde desenvolvo a minha actividade profissional.

É neste ambiente que se desenvolve a actividade clínica no serviço a que pertença e que é globalmente semelhante ao funcionamento dos restantes serviços aos quais pertencem os internos que foram meus interlocutores. Excluindo um dos internos com quem contactei, todos pertencem a este hospital.

O internato médico compreende 60 meses de actividade formativa e de medicina tutelada, em que os internos não são completamente independentes nas decisões clínicas. O internato inicia-se após a conclusão do curso de medicina e da realização, com aproveitamento, do internato geral. É constituído por inúmeros estágios, sendo 24 meses de actividade clínica em internamento vocacionado para situações agudas. O restante tempo é destinado a vários estágios de durações diferentes como o que é feito em hospital de dia de psiquiatria, psiquiatria comunitária, pedopsiquiatria, psiquiatria forense, neurologia entre outros. Ao fim dos 5 anos de formação, e para concluir a especialidade, é realizado um exame que avalia as competências médicas adquiridas durante o internato.

Ao longo deste tempo, os internos de psiquiatria mantêm a sua consulta externa no hospital a que pertencem e, semanalmente, trabalham em serviço de urgência de psiquiatria.

Consoante o seu grau de diferenciação e de avanço na especialidade, os internos, têm mais ou menos autonomia clínica. Embora com supervisão, à medida que progridem no internato vão sendo mais autónomos e capazes de tomar as suas decisões clínicas.

A actividade dos internos começa, desde cedo, a pô-los em contacto com a dinâmica dos serviços e com a realidade clínica. Não é na psiquiatria que surgem os primeiros contactos com o diagnóstico ou com o cenário clínico, mas é nesta fase que começa o maior contacto com o diagnóstico em psiquiatria. Os primeiros contactos com a realidade clínica já se deram durante o ensino universitário e já há uma formação que foi ganha ao longo dos anos. Contudo, é com o contacto com a prática diária em psiquiatria que se inicia o processo de formação específica na área da psiquiatria e no diagnóstico psiquiátrico.

Para além da actividade clínica, semanalmente, há um dia dedicado à formação pós-graduada dirigida aos internos de psiquiatria.

O dia dedicado à formação é um espaço privilegiado para a discussão e reflexão sobre vários assuntos relacionados com a psiquiatria. É, também, um espaço vantajoso para observar a forma como os internos conceptualizam o diagnóstico e no fundo que conceitos são transmitidos entre pares.

A actualização científica dos internos é mantida, formalmente, através do programa do internato médico de psiquiatria. Este programa é dependente do hospital, não fazendo parte de nenhuma tentativa de homogeneização da formação a nível nacional. A planificação deste programa depende do director do internato médico²⁷ e das sugestões dos internos. Para além desta iniciativa que não é constante entre os diferentes hospitais com capacidade formativa, a formação em psiquiatria depende, essencialmente, da motivação dos internos. O estudo é individual e as iniciativas de trabalhos de investigação são, igualmente, pessoais.

Os congressos médicos são um encontro privilegiado de troca de conhecimento e apresentação de trabalhos individuais e institucionais, mas são sempre pontuais e funcionam como mostra de trabalho feito, mais do que momentos formativos com continuidade.

²⁷ Médico especialista, responsável pela formação e coordenação das actividades do internato complementar.

A colmatar a escassez de iniciativas e actividades formativas contínuas, são numerosas as propostas de formação por parte da indústria farmacêutica. Se bem que, regra geral, não sejam os próprios a prestar a formação, os interlocutores escolhidos, não raras vezes, têm interesses ligados às empresas. As informações e dados veiculados são tendenciosas e precisam de ser apreendidas com cautela, já que por trás da disponibilidade está presente o interesse económico e o lucro com a venda de fármacos.

Os conteúdos clínicos, os conceitos clínicos usados na promoção e postos em circulação por mão da indústria apostam na unidade e objectividade. Os conceitos são tratados de forma naturalizada e à *doença objectiva* corresponde uma terapêutica concreta (Lakoff 2006). Esta forma de ver e de expor os conceitos é facilitadora da promoção da mensagem propagandística, por vezes informativa, da indústria farmacêutica.

A Indústria Farmacêutica tem uma presença excessiva na formação pós-graduada e mantém assim influência na criação dos conceitos médicos, forçando por vezes as abstracções sobre a causalidade material do sofrimento.

Do contacto com os internos, destaca-se, sem dúvida, a heterogeneidade de formas de estar, de reflectir e de conceptualizar a realidade clínica.

Poderá haver um padrão grosseiro sobre as posturas perante as dinâmicas internas e do funcionamento da disciplina. Por um lado há internos que não se preocupam ou não concretizam a preocupação sobre estas temáticas, reflectindo ou expondo as suas preocupações. Usam os conceitos e operacionalizam-nos tal como foram apresentados ao longo da formação pré-graduada, isto é como coisas com existência natural à espera de ser descobertas e que têm validade transcultural.

Esta ideia é perceptível pela forma como expõem situações clínicas e como discutem a marcha terapêutica, mostrando uma necessidade enorme de nomear, de reunir num diagnóstico o sofrimento de determinada pessoa, independentemente do contexto social e cultural.

Por outro lado, há internos que se mostram mais críticos. Dentro destes internos mais críticos em relação à forma como operacionalizam os conceitos e como

pensam a realidade social em que a psiquiatria se insere, há igualmente, heterogeneidades.

Encontrei preocupações francas sobre a validade universal dos diagnósticos e forte contestação dos manuais de diagnóstico, onde constam receitas. Mostram desagrado em relação à forma como é praticada a medicina e a psiquiatria em particular, mas acreditam na possibilidade de uma psiquiatria humanista e reflexiva.

Outros manifestaram e valorizavam mais a vertente económica, mostrando grande preocupação com as desigualdades sociais no acesso à saúde e com a falta de investimento na área da saúde mental por parte de um Estado cada vez menos presente do ponto apoio social. São motivo de preocupação, para alguns internos, as desigualdades de acesso aos cuidados de saúde quer por falta de capacidade de resposta dos serviços, quer por falta de dinheiro, por parte das pessoas, para empreender um projecto terapêutico.

Obviamente, que as angústias e preocupações destes interlocutores pode não ser reflexo daquilo que se passa entre todos os internos de psiquiatria, já que haverá outros preocupados com outros assuntos. Mas mostra que há diversidade na forma de encarar a psiquiatria e a sua forma de funcionar e, ainda, que há sensibilidade para a questão social inerente à realidade clínica.

Esta sensibilidade deveria ser explorada de forma sistemática por meio dos diferentes programas de formação dos diferentes hospitais.

Dos dados recolhidos durante as discussões e conversas com os meus interlocutores ficou a sensação de que entrei em contacto com pessoas informadas, críticas e sensibilizadas para a questão social e cultural da prática clínica

Não se retrairam quando os provoquei, afirmando a natureza social do diagnóstico. Havia a noção e a sensibilidade, experimentada na prática clínica, da desadaptação dos critérios de diagnóstico, nomeadamente no contacto com migrantes. Esta sensação empírica já tinha despertado reflexões sobre a natureza social do diagnóstico e até a procura de esclarecimentos sobre a forma de funcionar da antiga Consulta do Migrante²⁸.

²⁸ Segundo um dos meus interlocutores, o contacto com a realidade do serviço voltado para o apoio a migrantes foi desmotivante pois ficou com a ideia da repetição de lógicas diagnósticas, quando no fundo seria importante repensar conceitos e explorar significados e significantes culturalmente relativos. Ficou

Havia, igualmente, reconhecimento do passado menos feliz da psiquiatria, assim como das manipulações a que foi submetida. Contudo, afirmam o sentido humanista do projecto que é a psiquiatria e do muito trabalho reflexivo que há a fazer.

O diagnóstico até terá um valor relativo quer para o doente quer para o médico. Às vezes o diagnóstico é mais importante para o médico, que trabalha numa medicina altamente burocratizada, para poder fundamentar as suas escolhas terapêuticas e no contexto da investigação em psicofarmacologia. Na investigação, segundo alguns interlocutores, é necessária uma abstracção maior de forma a ser possível investigar o efeito terapêutico de determinadas substâncias em determinadas condições.

Em relação às pessoas que procuram os serviços médicos, muitas são as que não querem saber o nome daquilo que sofrem e não mostram qualquer vontade em saber. Outros, a grande angústia é não saberem porque se sentem mal, porque não conseguem levar a vida que levavam e precisam que o sofrimento tenha um nome, precisam que o sofrimento tenha um significado.

Noutras situações, o diagnóstico convém ao doente quer por razões burocráticas justificativas de assistência social ou outros ganhos secundários.

No que respeita às noções de normal e patológico, são importantes para a prática clínica na medida em que ajudam a montar um plano de acção, criar um projecto terapêutico e responder a quem procura ajuda e esclarecimento. Tem que haver uma negociação constante com o doente, valorizando ou não determinados aspectos da realidade. É uma questão mais complicada do que às vezes pode transparecer e com a qual muitos internos se debatem diariamente. Não é uma questão tão definida como às vezes pode parecer a alguma crítica externa.

Apesar desta noção crítica da natureza do diagnóstico e dos conceitos de normal e patológico, muitos internos têm dificuldade em trabalhar em coerência com as conceptualizações referidas. As exigências diárias são tais, que o espectro da

com a ideia de se lidar a noção de migrante de forma reificada e tratava-se a diversidade como uma coisa homogénea. Por outro lado, há que notar que foi identificada uma dificuldade da população imigrante por parte dos técnicos de saúde e tentou-se criar um espaço assistencial privilegiado, mesmo havendo falta de recursos humanos e consultas com lista de espera considerável. Contudo, esta é uma área a explorar mais profundamente e com outros dados que neste trabalho não foram recolhidos.

produtividade não dá espaço a que as teorizações mais reflexivas ganhem espaço na prática clínica.

Em relação a outra questão que suscitou o investimento neste trabalho e estou-me a referir à hipótese de a própria psiquiatria promover o estigma da doença psiquiátrica, obtive uma reacção e resposta interessantes.

Muito prontamente concordaram que o diagnóstico usado como se tivesse uma existência natural formaliza uma diferença. Diferença esta que muitas vezes já é percebida, mas com o cunho da instituição psiquiatria passa a ser “*autorizada*”.

A noção de que o diagnóstico tem o poder de, em sociedade, ampliar a diferença e promover a desigualdade está implícita quando, por exemplo, perante um jovem com comportamento sugestivo de uma perturbação esquizofrénica, não se atribui logo o diagnóstico e se espera pela evolução da situação. Com receio dos efeitos negativos, da marca perpetrada não se atribui logo o diagnóstico. Este jovem, por exemplo, iria ter, muito certamente, dificuldades em encontrar trabalho mal manifestasse ao patrão a necessidade de ter que faltar para ir a consultas de psiquiatria por ter uma esquizofrenia. Que efeitos negativos do diagnóstico são estes? Medo que o diagnóstico provoque estigmatize? Muito certamente, sim.

Mas, se por um lado o diagnóstico é estigmatizante, por outro é usado como arma ou plataforma de reivindicação de direitos sociais. Esta noção simples ajudou a redireccionar o trabalho pondo a tónica na questão do diagnóstico em vez de acentuar a questão do estigma provocado e perpetuado pelo diagnóstico como inicialmente tinha pensado.

Com base naquela diferença formalizada pela psiquiatria agregam-se múltiplas pessoas, que de outra forma não se encontrariam, e que agora reivindicam, em conjunto, direitos de forma mais efectiva causados quer pelo sofrimento causado pela sua condição, quer pela desigualdade social por ela causada dependente da estigmatização.

A propósito desta questão seria interessante estudar as associações de doentes que se cristalizam em torno de um diagnóstico, e cujo objectivo passa por promover o apoio aos doentes e melhorar condições de assistência quer aos próprios quer às suas famílias.

Ainda em relação à questão do estigma promovido pelo diagnóstico, outra ideia surgiu. Levantou-se a questão do uso abusivo da linguagem médica nos mais variados contextos e vazia de significado clínico. Associado a esta metamorfose dos termos médicos junta-se a colagem de imagens promovidas quer pelos *mass media*, quer pela

literatura ou cinema, que, não raras vezes, promovem uma imagem do doente psiquiátrico como um monstro e causador da desordem pública.

Um tema que acabou por prevalecer nas várias discussões, foi a questão económica como grande promotora de falta de espaço e tempo para a reflexão sobre os conceitos e efectivação de uma qualquer mudança concreta. Houve quem apontasse a pressão económica como promotora do estigma.

O sistema económico vigente, sempre preocupado com o lucro e com os números, rouba tempo à prestação de cuidados com qualidade e remete para segundo plano as reflexões teóricas mais conceptuais. Por vezes, o tecnicismo torna-se uma defesa metodológica permitindo atingir maior quantidade de utentes. Há uma quantidade imensa de pessoas a precisar de apoio, em sofrimento, mas são poucos os profissionais para dar resposta, assim como os recursos materiais.

O pouco investimento público na saúde mental faz com que o apoio disponível seja pobre. O intervalo entre as consultas é grande, o apoio psicoterapêutico continuado e consistente é quase nulo, as respostas em termos de formação profissional é muito reduzido, fazendo com que o agravamento clínico seja uma inevitabilidade. A *«loucura em estado livre»* é uma realidade, mas não da forma quase romanceada de Foucault (1954). Remeteria mais para a ideia de «excluídos da sociedade de consumo», usando a expressão de Loïc Waquant (2007)²⁹, já que se corre o risco de se dar o fenómeno que se passa nos EUA em que há uma migração dos doentes do sistema de saúde para o sistema prisional.

Termino com a referência feita por alguns interlocutores às novas políticas de saúde mental que se revestem da lógica humanista e libertária, mas encapotam medidas que têm muito de economicismo instantâneo, mais do que promoverem projectos a longo prazo com qualidade e justiça social.

²⁹ Em *Os excluídos da Sociedade de Consumo*, Loïc Waquant aborda a tendência carcerária e discriminatória de uma sociedade mercantilista, aludindo, por exemplo, à migração dos doentes psiquiátricos do sistema de saúde para o sistema prisional por incúria do Estado que se demite da sua função social. Defende a necessidade do Estado estar mais presente e ser responsável pela prestação de cuidados de saúde, nomeadamente de cuidados de saúde mental. Neste aspecto demarca-se bastante de Beneduce, que problematiza a assistência médica como sendo subsidiária de uma estrutura estatal que perpetua uma lógica repressiva e autoritária.

Capítulo 3

Para uma psiquiatria crítica

Chegado a este ponto, parece-me pertinente repensar, em tom de conclusão, as questões abordadas neste trabalho e que foram perscrutadas etnograficamente.

O objectivo explícito deste trabalho era explorar a forma como internos de psiquiatria conceptualizam o diagnóstico. A pensar na natureza social do diagnóstico, quis, ainda, saber até que ponto a concepção e uso do conceito de diagnóstico, normal e patológico, como tendo existência natural, promove a diferença e a perpetuação do estigma da doença psiquiátrica.

Para atingir estes objectivos a que me propus, reví alguns temas teóricos que me parecem fazer sentido no campo conceptual que escolhi.

Da revisão teórica que empreendi, é importante frisar que o diagnóstico assim como os conceitos de normal e patológico são produtos sociais (Camargo 1990; Canguilhem 1943). São conceitos dependentes do contexto sociopolítico e histórico em que se desenvolvem pelo que posso concluir que são construídos socialmente (Camargo 1990). Estas ideias foram encontradas entre os meus interlocutores, apesar de ser uma questão valorizada de forma heterogénea. Contudo, apesar de ser um assunto para o qual há alguma sensibilização, nem sempre a prática clínica manifesta essas reflexões.

Tenho presente que o tipo de abordagem que empreendi podem não permitir que as conclusões a que chego sejam generalizáveis e correm o risco de ser reflexo de particularismos da realidade que observei (Vale de Almeida 2007). Os interlocutores foram poucos e mais do que a questão do número, tenho noção que o processo de selecção³⁰ foi enviesado por serem pessoas com as quais já havia algum espaço de discussão sobre a disciplina, embora sem antes ter abordado estes temas em concreto. Por outro lado, várias questões podiam ter sido aprofundadas procurando evidenciar melhor as relações das concepções teóricas com a prática.

³⁰ Não houve uma selecção formal, mas houve uma maior tendência para abordar uns internos e não outros.

Quero pensar que todo este trabalho empírico serve como ponto de partida para reflexões e explorações teóricas futuras. Aliás, aconteceu que durante o trabalho surgiram discussões sobre temas que comumente não têm espaço e são vistos como secundários.

Apesar de não haver dados para generalizar algumas observações que fiz, encontrei médicos críticos e dispostos a se envolverem em empreendimentos teóricos futuros envolvendo os conceitos apresentados.

Existe receptividade à abordagem de temas numa perspectiva sociológica e antropológica, com o intuito de refinar a reflexividade da disciplina psiquiátrica, pelo que não é despropositado promover a ideia da necessidade de mais trabalhos empíricos, mais investimento em etnografias da realidade clínica, quer dentro dos hospitais, quer nos serviços de psiquiatria comunitária.

No decurso do trabalho confrontei-me com a heterogeneidade expectável das formas de estar, de reflectir e de conceptualizar a realidade clínica.

Há quem não se preocupe com reflexões teóricas que acusam de supérfluas, mas há quem questione a disciplina que professa.

Os primeiros organizam e promovem uma actividade clínica que continua as aprendizagens da faculdade, voltadas para a reificação de conceitos, despolitização da saúde e indiferença em relação à diversidade de manifestações do sofrimento.

Os últimos, com os quais, me envolvi mais, manifestam diversas preocupações. Há cuidado na crítica do funcionamento interno da disciplina e na contestação da conceptualização reificada dos diagnósticos. A validade universal dos pressupostos médicos é posta em causa e não têm pudor em aceitar a natureza social do diagnóstico ou a permeabilidade de factores extra-rationais na constituição dos diagnósticos. Há, ainda, quem valorize mais a vertente económica e política, mostrando grande preocupação com as desigualdades sociais no acesso à saúde e com a falta de investimento na área da saúde mental.

Estes encaram a mudança diária das possibilidades de assistência médica, que cria cada vez maiores as desigualdades sociais perante a saúde afiliva e mais premente do que as reflexões teóricas e conceptuais.

É imperativo discernir em que bases teóricas assentam e que pressupostos e ideologias escamoteiam. Até que ponto as novas políticas de saúde reflectem mudanças

de paradigma com vista à humanização da saúde, mais do que imperativos de ordem economicista e tecnicista?

A abordagem das questões económicas deveria ser amplamente trabalhada, criando-se espaço para uma análise pormenorizada das actuais políticas de saúde mental.

Faz sentido relembrar a existência de uma indústria farmacêutica ávida de lucro e com influência na construção e homogeneização dos diagnósticos (Lakoff 2006; Kirmayer 2009) e que tem grande proximidade com a formação médica, que é olvidada pelas instâncias estatais.

Encontrei receptividade face à hipótese de criação de diferença pelo uso do conceito reificado de diagnóstico. Por haver a noção do efeito social negativo dos diagnósticos correspondentes a doenças graves e de prognóstico reservado como o da esquizofrenia, este diagnóstico é usado com precaução. A nível clínico, a atribuição de um diagnóstico como este pode influenciar o projecto terapêutico e a recuperação do doente, onde se inclui a formação e actividade profissional.

Em relação a esta questão, duas novas problemáticas foram levantadas pelos interlocutores.

A primeira prende-se com o uso abusivo dos termos médicos fora do espaço clínico com conotação pejorativa (Jara 2002), usadas para ofender ou descrever realidades assustadoras e nocivas. Tal como as imagens negativas perpetradas pela literatura e cinema, o uso dos termos clínicos fora do espaço clínico e sem relação com ele são criadoras de imagens negativas e falaciosas da psiquiatria, dos diagnósticos contribuindo de forma incontrolável para o estigma da doença psiquiátrica.

Ao contrário da acção sobre a actividade clínica e dos conceitos, a influência sobre os termos médicos que se autonomizaram no senso comum ou sobre as imagens criadas pelo cinema, literatura e *mass media* é difícil.

A segunda questão levantada pelos meus interlocutores prende-se com a criação de uma identidade social em torno de um diagnóstico. O diagnóstico, criador de diferença, aglutina em si pessoas que o usam para reivindicar direitos e melhor assistência social e médica. Desta forma o diagnóstico acaba por ser manipulado e usado para obtenção de ganhos secundários pelo que é, muitas vezes, visto como um meio para minorar as dificuldades. Seria importante e mesmo interessante explorar etnograficamente as associações de doente e a forma como se organizam.

Por outro lado, a indiferença (Barros 2005) em relação ao sofrimento, que não raras vezes incapacita as pessoas de ter uma vida relacional em interacção, cria, igualmente desigualdade. Se o diagnóstico cria diferença, não tomar atenção à diferença, quando esta é sinónimo de diversidade, promove, igualmente a criação de desigualdade.

A psiquiatria deve envidar esforços para se constituir como uma disciplina mais reflexiva e mais crítica. Durante a observação da clínica, está foi uma preocupação manifestada.

Conhecer a diversidade e trabalhar a diferença ajuda a melhorar a actividade clínica servindo melhor quem dela precisa. Não se pode esquecer, obviamente, a individualidade e a história original de cada pessoa que sofre nem negligenciar o contexto sociopolítico e histórico de onde emerge.

Para haver promoção de pensamento crítico, reflexivo dentro da psiquiatria e no seio das ciências sociais terá que haver maior diálogo entre as disciplinas. Contudo, as abordagens sociais da psiquiatria e da medicina em geral não deverão partir de uma clarividência sociológica falaciosa e por outro lado a psiquiatria e a medicina deverão permitir que as suas fundações teóricas sejam analisadas e participar nessa actividade.

Talvez o diálogo entre a psiquiatria e a antropologia fosse mais produtivo, se se começasse o encontro por dissolver as barreiras semânticas erigidas pelo uso diverso de múltiplos significantes. Perpetuam-se mal entendidos, muitas vezes entre pessoas motivadas, por não se encontrar uma plataforma de entendimento baseada no esclarecimento de conceitos importantes.

Abrir espaço à reflexão de conceitos chave como *cultura*, *normal*, *anormal*, *doença*, *diagnóstico* deve ser encarado como uma necessidade que não da ordem do luxo e deve ser estimulada ainda durante o ensino pré-graduado.

O ensino nas faculdades de medicina está cada vez mais voltado para a molécula ou para o gene e esquece-se da reflexão sobre a disciplina e muitas vezes do sofrimento do indivíduo no seu contexto. Como afirma Eisenstein, citado por Quartilho, o problema da educação médica é que tem *ciência* a mais (Quartilho 2001).

Bibliografia

AGUIAR, Joaquim. 1972. «A divisão do sujeito ou a psiquiatria política». *Análise Social*

ARNOLD, David. 1993. «Medicine and Colonialism». *In Companion Encyclopedia of the History of Medicine*, Vol 2, org. F. W. Bynum e R. Porter, Routledge

BARROS, J. A. 2005. «Igualdade, desigualdade e diferença: em torno de três noções». *Análise Social*, vol XL (175), 345-366

BASTOS, Cristiana. 2002. *Ciência, poder, acção: as respostas à Sida*. Imprensa de Ciências Sociais, ICS-UL

BAUMANN, G.. 1999. *The Multicultural Riddle*. Routledge. London

BENEDUCE, Roberto 2009. «Etnopsiquiatria e migração: a produção histórica e cultural do sofrimento» *in Migração, Saúde e Diversidade Cultural* org Elsa Lechner, Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais

BYNUM, F.W. e PORTER, R. (orgs). 1993. *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*. Vol 2, Routledge,

CAMARGO JR., Kenneth R. 1990. «(Ir)Racionalidade Médica: Os Paradoxos Da Clínica». Tese de Mestrado, Rio de Janeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

CAMARGO JR., Kenneth R. 1993. «A Construção da AIDS; Racionalidade Médica E Estruturação das Doenças». Tese de Doutorado, Rio de Janeiro, Universidade do Estado de Rio de Janeiro, Brasil

CANGUILHEM, Georges. 2005 [1966]. *Le normal et le pathologique, augmenté de Nouvelles réflexions concernant le normal et le pathologique*. 9^e réed. PUF/Quadrige, Paris

CARVALHO, C. 2003. «De Paris a Jeta, de Jeta a Paris. Percursos Migratórios e Ritos Terapêuticos entre França e Guiné-Bissau». *Etnográfica*, Vol. V (2), 2001, pp. 285-302

DEVEREUX, Georges. 2000 [1956] «Normal and Abnormal» *In Cultural Psychiatry & Medical Anthropology, An introduction and reader*. Org por Roland Littlewood, Simon Dein, The Athlone Press

DEVEREUX, Georges. 1967. *From anxiety to method in the behavioral science*. New Babylon: Studies in the Behavioral Sciences, 3. The Hague & Paris, Mouton & Co.

DURKHEIM, Émile. 2007 [1985]. *As Regras do Método Sociológico*. Editorial Presença

EVANS-PRITCHARD, E.E. 2005 [1937]. *Bruxaria, Oráculos E Magia Entre Os Azande*. Zahar Editores, Rio De Janeiro

FANON, Frantz. 1975 [1952] *Pele Negra, Máscaras Brancas*. Paisagem

FERNANDES DA FONSECA, A. 1997. *Psiquiatria e Psicopatologia*. I Volume, 2^a Edição, Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa

FERNANDO, Suman. 2003. *Cultural Diversity, Mental Health and Psychiatry. The Struggle against Racism*. Hove & New York

FOUCAULT, Michel. 2008 [1954]. *Doença Mental e Psicologia*. Biblioteca Universal, Edições Texto e Grafia

FOUCAULT, Michel. 2005 [1961]. *História da loucura na idade clássica*. Perspectiva. 551 p; Estudos, 8^a Edição, São Paulo

FOUCAULT, Michel. 2003 [1973-1974]. *Le Pouvoir Psychiatrique, Cours au Collège de France, 1973-1974*. Hautes Études, Gallimard Seuil

GAMEIRO, José. 1992. *Voando sobre a Psiquiatria, Análise epistemológica da psiquiatria contemporânea*. Biblioteca das Ciências do Homem, Edições Afrontamento

GOFFMAN, Erving. 2001 [1961]. *Manicômios, Prisões e Conventos*. Editora Perspectiva, Coleção Debates, São Paulo

GOFFMAN, Erving. 1990 [1963]. *Stigma, Notes on the Management of Spoiled Identity*. Penguin

GOLDENSTEIN, Jan. 1993. «Psychiatry». In *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*, Vol 2, org. F. W. Bynum e R. Porter, Routledge

GOOD, Byron J.. 1994. *Medicine, Rationality and Experience, An Anthropological Perspective*, Lewis Henry Morgan Lectures, Cambridge University Press

GRANJO, Paulo. 2007. «Saúde, Doença e Cura em Moçambique», In *Migração, Saúde e Diversidade Cultural*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, org. Elsa Lechner

JARA, J. M.. 2002. *Razão Reencontrada, Psiquiatria sem Estigma*. Coleção Psicologia Clínica e Psiquiatria, Quarteto Editora, Coimbra

KATZ, Irwin, 1979. «Some Thoughts about the Stigma notion». *Personality and Social Bulletin*, V. 5, Nº4

KELLER, R. C.. 2008. «Madness and Translation», *Metascience*, VOL 17; Nº 1

KIRMAYER, Laurence 2009. «Cérebros, corpos e pessoas em movimento: a nova psiquiatria cultural e as ironias da globalização» in *Migração, Saúde e Diversidade Cultural*, org Elsa Lechner. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais

KLEINMAN, Arthur. 1991. *Rethinking psychiatry: from cultural category to personal experience*. Free Press

LAGRANGE, Jaques 2003. «Situation du Cours». In FOUCAULT, Michel. 2003 [1973-1974]. *Le Pouvoir Psychiatrique, Cours au Collège de France, 1973-1974*. Hautes Études, Gallimard Seuil

LANGDON, E. J. 2001. «A doença como experiência: o papel da narrativa na construção sociocultural da doença», *Etnográfica*, Vol. V (2), pp. 241-260

LAKOFF, Andrew. 2006. *Pharmaceutical Reason: Knowledge and Value in Global Psychiatry*. Cambridge Studies in Society and the Life Sciences, Cambridge University Press

LAPLANTINE, François (1973). *Etnopsiquiatria*. Editorial Vega, Lisboa, 1978 [1973]

LECHNER, Elsa. (orgs.) 2009. *Migração, Saúde e Diversidade Cultural*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais

MCCULLOCH, Jock. 1995. *Colonial Psychiatry and 'The African Mind'*. Cambridge University Press

NICHOLSON, Malcolm. 1993. «The art of diagnosis: Medicine and the five senses». In *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*, Vol 2, org. F. W. Bynum e R. Porter, Routledge

PEREIRA, L. S. 1998. «O Machitun: Um Ritual curativo Mapuche», *Etnográfica*, Vol II, pp 275-297

PEREIRA, L. S. 2001. «Doença e Cosmvisão entre os Mapuche». *Etnográfica*, Vol V (2), pp. 261-284

PIO ABREU, J. L. 1998. *Comunicação e Medicina*. Editora Virtualidade, Coimbra

PORTER, Roy. 2002. *Madness: A Brief History*. Oxford University Press, New Baskerville

PUSSETI, Chiara. 2006. «Patologização da diversidade. Uma reflexão antropológica sobre a noção de culture-bound syndrome», *Etnográfica*, Vol X (1), pp. 5-40

QUARTILHO, Manuel J. 2001. *Cultura, Medicina e Psiquiatria, Coleção Psicologia Clínica e Psiquiatria*. Quarteto Editora, Coimbra

TAVARES, João; Pires, A. M.; Carvalho, Clara, 2008. «Entre A Baloba e o Hospital», *Revista De Saúde Mental*, Volume X N°6 Novembro/Dezembro

VALE DE ALMEIDA, M. 2007 «Da Diferença e da Desigualdade: Lições da Experiência Etnográfica», in *A Urgência da Teoria*, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian

WACQUANT, Loïc. 2007. «Os excluídos da sociedade de consumo: toxicodependentes, psicopatas e sem-abrigo nas prisões americanas»; *Análise Social*, vol. XLII (185), 987-1003

YOUNG, Allan. 1982. «The Anthropologies of Illness and Sickness». *Annual Review of Anthropology*, Vol. 11, pp. 257-285

Curriculum Vitae

Informação pessoal

Nome **de Sousa Ramos Coutinho, Rodolfo**

Correio electrónico ramoscoutinho@portugalmail.pt

Nacionalidade Portuguesa

Data de nascimento 12 de Junho de 1983

Actividade profissional

2009/... – Médico Interno de Psiquiatria
2008 – Internato Geral (“Ano Comum”) – no HRS, Vila Franca de Xira

Formação

2009/... - Internato Complementar de Psiquiatria
2007/... - Mestrado em Antropologia, Especialidade Multiculturalismo e Identidades
2001/2007 – Licenciatura em Medicina – Faculdade de Medicina de Lisboa (16 valores)

Línguas

Língua materna Português

Outras línguas Inglês, Francês e Alemão

Auto-avaliação

Inglês

Francês

Alemão

Compreensão		Conversaço		Escrita
Compreensão oral	Leitura	Interacção oral	Produção oral	
C1	C1	B2	B2	B1
B1	B2	A2	A2	A1
A2	A2	A1	A1	0