

## Políticas da cura, retóricas da cultura: encontros e desencontros entre mediadores e imigrantes *Politics of healing and rhetorics of culture: encounters and misencounters between mediators and immigrants*

Chiara Pussetti\*

### Resumo

Em Portugal, o incremento dos fluxos migratórios de mulheres, idosos e crianças a partir da década de 1990 tem gerado a necessidade de criar dispositivos de qualidade, culturalmente competentes, nos serviços educativos e sanitários. Surge nestes anos a figura profissional do mediador cultural, destinada a facilitar a realização da igualdade de oportunidades de acesso aos principais direitos sociais: educação, direito, trabalho e justiça. Na base do trabalho de campo que realizei durante quatro anos em Portugal no âmbito do projeto europeu *Transcultural Skills for Health and Care*, e da minha própria experiência prévia de pesquisa num serviço de psiquiatria transcultural e de formação de mediadores culturais em contexto clínico, irei debater necessidades, desafios, paradoxos e ambivalências da mediação intercultural nos serviços sociais dirigidos à população imigrante.

### Palavras-chave

Mediação cultural, imigrantes, saúde, cidadania.

### Abstract

In Portugal, the increasing migratory flow of women, old people and children since the Nineties generated the necessity of cultural competence in service delivery (especially in educational and health services). Emerges in these years the professional figure of the cultural mediator, aimed at facilitating the realization of equal opportunities and access to the main social rights: education, law, labor and justice. On the basis of my four years of fieldwork in Portugal for the Transcultural Skills for Health and Care European project and of my previous research experience in a mental health hospital with cross-cultural counseling and in training courses for cultural mediators, I will discuss needs, challenges, paradoxes and ambivalences of cultural mediation in social services directed to immigrant population.

### Keywords

Cultural mediation, immigrants, health, citizenship.

\* Antropóloga, Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa. ICS-UL. Avenida Anibal Bettencourt, 9. 1600-189 Lisboa. chiara.pussetti@ics.ulisboa.pt

## Políticas da cura, retóricas da cultura: encontros e desencontros entre mediadores e imigrantes

Chiara Pussetti

### Mediação cultural: panorama e necessidades

Quando cheguei pela primeira vez a Lisboa para desenvolver pesquisa de arquivo para a minha tese de licenciatura, no começo da década de 1990, deparei-me com uma realidade migratória bastante diferente da situação italiana dos mesmos anos, que me era mais familiar.

Em Portugal, na altura, a maioria dos imigrantes era oriunda de países lusófonos, em particular dos assim chamados Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (acrónimo PALOP) e do Brasil. Em comparação com o contexto italiano - caracterizado por fortes vagas migratórias provenientes dos países do Norte da África (em particular Marrocos, Tunísia e Egito), da África Ocidental (Senegal e Gana) e da área balcânica - a integração destes imigrantes em Portugal pareceu-me num primeiro momento bem mais tranquila e fácil, em virtude da grande proximidade linguística, das fortes relações históricas, e das redes sociais já estabelecidas. Rapidamente, todavia, dei-me conta da ingenuidade desta primeira impressão.

Nos dez anos que se seguiram, à semelhança do que aconteceu noutros países da Europa do Sul, a população imigrante em Portugal começou repentinamente a mudar, passando a acolher fluxos provenientes da Europa de Leste (especialmente ucranianos e romenos) e da Ásia (China, Índia, Paquistão e Bangladesh). O panorama ia-se assim complexificando e ganhando novas configurações. Estes foram também os anos nos quais Portugal passa da receção de imigrantes singulares, geralmente masculinos e laborais, à segunda fase do ciclo migratório - a do acolhimento, da estabilização, da reunificação e da integração de núcleos familiares completos.

Esta nova configuração da população imigrante, que se distinguiu pela presença importante de mulheres, crianças e idosos, gerou rapidamente - na organização dos serviços e das práticas assistenciais e de proteção social - exigências inéditas, por um lado, e necessidades de novas competências e dispositivos de qualidade, destinados à promoção da inclusão social, pelo outro.

A redefinição do panorama migratório exigiu da sociedade portuguesa o desenvolvimento de uma política de acolhimento e integração de imigrantes mais consistente, coordenada, desde 1996, pelo então Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas (ACIME), órgão dependente do Primeiro-Ministro e do Ministro da Presidência, com o objetivo da "integração na sociedade das famílias de imigrantes e, em geral, das minorias étnicas" (Decreto-Lei nº3-A/96)<sup>1</sup>. A heterogeneidade das situações e das histórias revelou-se logo como um desafio particularmente complexo para o sistema dos serviços, confrontado com as exigências de utentes provenientes de diferentes contextos, portadores de saberes, práticas e representações diversas.

Surgiu então a necessidade de encontrar novas respostas, de criar dispositivos de escuta culturalmente sensíveis, de questionar e repensar o próprio *modus operandi* face ao perfil

variado dos utentes, de encontrar pessoas capazes não só de traduzir de uma língua para a outra, mas especialmente de tornar explícitos e mutuamente compreensíveis os diferentes modelos culturais à base dos diferentes comportamentos individuais ou familiares e de criar pontes de compreensão recíproca.

Com este fim, poucos anos depois, em 2001, foi criado o estatuto legal do mediador socio-cultural, que afirma a importância destas figuras de comunicação e negociação intercultural como garantes de inclusão, diálogo e coesão social (Decreto-Lei nº 105/2001 – Anexo III). Desde as experiências pioneiras da Obra Nacional para a Pastoral dos Ciganos, a Santa Casa de Misericórdia de Lisboa, a Associação Cultural Moinho da Juventude e o Departamento de Educação Básica do Ministério da Educação, podemos reconstruir com a ajuda do volume 14 da Coleção de Estudos do Observatório da Imigração (atual Observatório das Migrações), realizado em 2005 por Ana Oliveira e Carla Galego, as etapas do enquadramento legal da figura profissional do mediador sociocultural em Portugal, realçando as principais dificuldades na construção de um campo de atividade. Nos primeiros anos, a mediação foi praticada por cidadãos portugueses com competências linguísticas, sem necessariamente ter uma formação específica ou um reconhecimento académico formal (Oliveira e Galego 2005). Nos meados da primeira década do século XXI começaram, porém, a intensificarem-se os esforços direcionados à criação de maior competência cultural nos serviços: emergiram cursos de formação especializada para mediadores socio-culturais, foram realizados congressos, projetos nacionais e internacionais, publicações e efetuadas reflexões profundas nos mais diversos âmbitos da sociedade civil sobre as funções principais do mediador no âmbito da saúde (em particular mental e materno-infantil), da educação, do trabalho, e da justiça.

A partir de 2009, todavia, o Alto Comissariado para a Imigração e o Diálogo Intercultural (anterior ACIME, renomeado para ACIDI como instituto público a partir de 2007) promoveu cursos formais para profissionalizar a figura do mediador cultural, com uma grande adesão por parte de indivíduos originários dos principais países de proveniência das populações imigrantes. Entre outras iniciativas neste âmbito, foi desenvolvido, a partir de 2012, o Programa MISP (*Mediação Intercultural em serviços Públicos*), um projeto de mediação intercultural de enfoque comunitário, promovido e gerido pelo ACIDI, que incorporou formação, em parceria com a Universidade Autónoma de Madrid, e implementação local pelas Câmaras Municipais e entidades da Sociedade Civil, designadamente associações de imigrantes, com a finalidade de coadjuvar a comunicação entre serviços, instituições, profissionais e cidadãos. Em 30 de junho de 2015, todavia, o financiamento do Fundo Europeu para a Integração de Nacionais de Países Terceiros (FEINPT), destinado ao MISP exauriu-se, dificultando assim a continuação das atividades programadas das entidades que aguardam a recondução do programa para o financiamento do POISE (Programa Operacional de Inclusão Social e Emprego) no decurso de 2018, para cofinanciamentos de intervenções que podem ir até 6 anos. O resultado mais evidente são as perguntas que sempre aparecem no público de todos os congressos, colóquios e encontros sobre a mediação cultural em Portugal: onde estão os mediadores? Como podemos contar com eles? Quem pode fornecer estas competências no meu serviço hospitalar ou no meu centro de saúde? Onde encontramos formações profissionais para a mediação cultural? Apesar da criação de cursos destinados à formação de mediadores culturais nos mais diversos âmbitos civis, e dos esforços e interesses para aprofundar as questões do conhecimento

e das práticas de mediação intercultural (veja-se a criação da *Rede de Ensino Superior para a Mediação Intercultural* – RESMI - formalmente constituída a 21 de maio de 2015), o investimento ainda é insuficiente e a figura profissional do mediador resulta ainda incerta, na definição das suas funções, competências e áreas de intervenção.

Dando continuidade à experiência começada em Itália na década de 1990, acompanhei por perto as diferentes fases da construção e estudo da intervenção da figura do mediador em Portugal, contribuindo com projetos nacionais<sup>1</sup> e europeus<sup>2</sup> dedicados à competência cultural na saúde, aos serviços sociais e assistenciais dirigidos à população imigrantes e as tecnologias de cidadania, com publicações<sup>3</sup> e com ações de formação<sup>4</sup> destinadas aos profissionais da mediação. Enquanto antropóloga, a minha primeira preocupação era dirigida a esclarecer a profunda diferença entre, por um lado, a tradução linguística e, por outro, a compreensão e interpretação de diferentes códigos culturais, para construir espaços inéditos de diálogo e negociação.

No ensino de práticas de mediação cultural, a primeira questão prende-se com a dificuldade de traduzir de forma adequada as preocupações, as inquietações, as representações do utente que possivelmente se encontra num momento de sofrimento ou de medo. A questão linguística constitui um dos principais obstáculos no acesso aos serviços e uma das primeiras causas da resistência dos pacientes à cura, do abandono das consultas e da pouca colaboração das famílias. As prescrições médicas algumas vezes não são aceites pelos pacientes, quando formuladas num idioma que o próprio ignora ou compreende de forma insuficiente, outras não são consideradas pertinentes porque ligadas a universos epistemológicos e morais distantes ou até contraditórios. Conhecer a linguagem dos utentes significa também conseguir interpretar o seu mal-estar, o seu afastamento, o medo, através dos canais de comunicação não-verbal, os gestos, os tons, e até os silêncios.

A falta de familiaridade com categorias, imaginários e modelos interpretativos próprios do contexto de origem do utente, pode causar mal-entendidos e até conflitos. À questão linguística está diretamente ligada a questão cultural, entendendo com esta definição os diferentes mundos sociais que o paciente habita e traz consigo. A capacidade de conseguir um diálogo que poderíamos definir 'etnográfico', isto é atento às especificidades locais, aberto à diversidade, disponível ao aprofundamento de detalhes que se podem revelar extremamente significativos, é o que mais distingue o mediador cultural do intérprete linguístico.

Neste percurso, todavia, torna-se desde logo fundamental, antes de pensar em como construir boas práticas de mediação nos serviços de cuidado e assistência, desconstruir os dois mitos principais ligados às funções do mediador cultural.

O primeiro mito está ligado à ideia de poder traduzir os comportamentos, as palavras e os sintomas dos pacientes nos nossos próprios códigos, em virtude da comum humanidade e universalidade de sentimentos e sensações, independentemente das superficiais diferenças culturais. A ciência médica fala a linguagem universal da biologia humana, supostamente pré-cultural e portanto independente da variabilidade e da multiplicidade cultural dos costumes: muitas intervenções no campo clínico confiam, portanto, na eficá-

cia das categorias e das práticas da biomedicina, independentemente das interpretações e da visão do mundo do paciente. Podemos falar aqui do "*primado do indivíduo*", entanto ser humano, independentemente dos fatores culturais, sociais e políticos. A antropologia, porém, nos ensina que se, existe algo de universal no corpo, é a sua dependência de específicos processos de plasmação cultural. A sociedade e a cultura permeiam profundamente a nossa corporeidade: o corpo é um produto cultural e histórico, que não pode ser separado dos campos sociais e das relações de poder que intervêm continuamente na sua definição.

O segundo consiste no imaginar que o elemento 'cultura' seja a chave única da compreensão dos comportamentos assim como a varinha mágica capaz de resolver problemas e sintomas. É comum nas ações de formação sermos solicitados – enquanto antropólogos e portanto 'expertos de culturas' – em fornecer 'gavetas' de conhecimentos e competências culturalmente específicas para cada grupo humano. O que é geralmente esperado pelos alunos é a possibilidade de construir caixas de ferramentas para cada origem cultural dos utentes: portanto, os instrumentos adequados para os pacientes 'africanos', os que funcionam bem com os 'chineses', ou ainda com os 'indianos'. Uma caixa de utensílios culturais (tradições, representações, crenças e imaginários) que os pacientes carregam supostamente às costas, inalterada como uma bagagem, e que pode ser empregue para perceber qualquer tipo de situação e comportamento, sem necessidade de olhar às mais amplas e atuais contingências económicas, políticas e sociais ligadas ao contexto de acolhimento. Falaremos neste caso de "*primado da cultura*" e não do indivíduo.

Estes dois mitos estiveram sempre presentes tanto na minha experiência de trabalho num serviço que oferecia um atendimento transcultural no âmbito da saúde mental (Consulta do Migrante no Hospital Miguel Bombarda), como nas minhas principais ações de formação à competência cultural, dirigidas a profissionais do setor da saúde (projeto europeu *T-Share - Transcultural Skills For Health And Care* em colaboração com o ACIDI).

A Consulta do Migrante era dirigida à população cujo quadro clínico apresentava elementos de patologia associados a processos de migração e inserção numa nova sociedade, e pelos quais a língua e/ou o contexto cultural requeria uma intervenção especializada. Nesta experiência de observação das dinâmicas da Consulta, sobre a qual já escrevi (Pussetti 2009a, 2010a, 2010b), resultou evidente que o próprio processo migratório era considerado em si como fator de risco e patologia, em virtude do "trauma migratório" e do "risco transcultural".<sup>5</sup> O fator cultural, constantemente invocado como algo que pertencia aos Outros, acabava para reificar, estigmatizar e *exoticizar* a diferença, desviando a atenção das dimensões políticas do sofrimento dos imigrantes e das próprias dinâmicas do *setting* clínico, como lugar de conflito, confrontação e mudança.

As ações sucessivas de pesquisa no projeto *T-Share* e de formação que dirigi tanto no Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (ISCTE) como no ACIDI, levaram-me a refletir ainda com mais profundidade sobre os usos e os abusos do conceito de cultura no âmbito da mediação clínica, onde este seja empregue só para referir as crenças dos Outros, e não para definir as próprias certezas e convicções médicas (consideradas como científicas e universais, portanto aculturais).

## As promessas da mediação cultural

Depois destas experiências, um dos principais objetivos das pesquisas que conduzi nos primeiros anos do século XXI (com financiamento do ACIDI, para um estudo para o Observatório da Imigração, num caso<sup>6</sup>, e da FCT no outro<sup>7</sup>) foi a identificação das boas práticas de mediação cultural no âmbito da saúde mental e materno-infantil com utentes imigrantes. Se, no caso da educação, a problemática da integração de jovens de minorias étnicas e imigrantes teve respostas sistemáticas (ainda que se possa discutir se as mesmas foram suficientes), desde a criação do Secretariado EntreCulturas em 1991 (Despacho Normativo n. 63/91, de 18 de fevereiro), o caso do setor da saúde despertou para a questão da diferença cultural dos utentes bem mais recentemente.

Foi preciso esperar a Presidência Portuguesa do Conselho da União Europeia, no segundo semestre de 2007, para começar a ver um progresso importante na reflexão sobre mediação cultural em âmbito clínico. Foram estes os anos também nos quais Portugal participou num grande projeto europeu destinado a identificar a situação da saúde e dos cuidados dos imigrantes e das minorias étnicas, envolvendo diversos investigadores de todo o país<sup>8</sup>, resultando num aumento significativo de publicações e reflexões sobre o tema<sup>9</sup>. O relatório português de 2009 do projeto MIGHEALTHNET (Rede de informação sobre boas práticas em cuidados de saúde para imigrantes e minorias étnicas na Europa)<sup>10</sup> realçou, ainda assim, a escassez de dados institucionais sobre a saúde dos imigrantes.

Todos estes estudos sublinham que os profissionais da saúde não possuem a preparação cultural adequada para se relacionar com utentes provenientes de outros contextos, e que quase não existe colaboração interdisciplinar entre ciências médicas e sociais. As entrevistas, as observações e as diferentes ações de *focus group* realizadas no curso destes anos relevam a alta percentagem de mal-entendidos entre operadores da saúde e pacientes imigrantes - e que prejudicam a eficácia da ação terapêutica. Por um lado, os profissionais da área da saúde relatam frustração, insegurança, falta de tempo, de recursos e de preparação adequada para poder fornecer um atendimento competente e sensível às diferenças das quais os imigrantes são portadores, especialmente na área da saúde mental e materno-infantil. Por outro lado, os imigrantes queixavam-se dos obstáculos ligados às barreiras burocráticas, linguísticas e económicas, a julgamentos e preconceitos estereotipados, às atitudes de discriminação e de estigmatização dos comportamentos, à ausência de informações claras e ao real desconhecimento dos direitos dos pacientes, independentemente da sua situação jurídica no país de acolhimento.

Para responder a estas exigências e insatisfações, juntamente com outros nove investigadores pertencentes ao Centro em Rede de Investigação em Antropologia e numa rede europeia que envolvia outros quatro países, coordenei a equipa portuguesa do projeto *T-Share* como o objetivo de identificar boas práticas da mediação cultural na saúde mental e materno-infantil dos imigrantes e estabelecer recomendações neste domínio. Através de atividades de investigação, formação e intervenção em âmbito clínico, o projeto visava: 1. melhorar o acesso (cultural, económico, jurídico e institucional) dos imigrantes aos serviços de saúde, reduzindo assim as formas de exclusão ou incompreensão ligadas às barreiras linguísticas, culturais, económicas e sociais; 2. delinear o perfil profissional e

as competências específicas do mediador cultural no campo sanitário, trabalhando a relação entre profissionais de saúde, os mediadores culturais e as comunidades imigrantes; 3. valorizar as diferentes visões, saberes e práticas dos quais os imigrantes são portadores, na perspectiva de realizar protocolos inovadores e novas estratégias de comunicação e intervenção para os utentes; e, finalmente, 4. considerar todas as diferenças – culturais, religiosas, geracionais, de orientação sexual, morais, sociais e económicas – como o produto de complexas relações de força, processos históricos, dinâmicas políticas e trajetórias subjetivas.

Assim, o mediador, na base das boas práticas identificadas no âmbito do projeto, deveria ter noção das múltiplas barreiras que dificultam o acesso dos imigrantes aos serviços; compreender a língua dos pacientes; respeitar os direitos, a autonomia, as escolhas (religiosas, de orientação sexual, laborais, entre outras) e a dignidade das pessoas com as quais interagem; perceber o contexto familiar e social de proveniência e de instalação dos imigrantes e considerar todas estas variáveis no mais amplo contexto económico, histórico e político que as determinam. Como a mediação não é só uma questão de tradução linguística, mas também de sistemas de representação, o mediador deveria dominar tanto a cultura de pertença do utente, quanto a cultura do 'sistema de acolhimento', compreendendo nesta definição também a 'cultura profissional e institucional' do sistema de ajuda e apoio (no caso específico aqui analisado, o âmbito da saúde e do cuidado, as suas dinâmicas de poder, práticas, valores, regras e paradigmas epistemológicos). O objetivo final da mediação prende-se portanto com a integração dos imigrantes na sociedade hóspede: uma questão de negociação, relação e diálogo entre modelos diferentes, de construção de pontes e de novos espaços de significado nos quais seja possível reformular o sentido de histórias, vivências, emoções e sintomas.

Mediar, portanto, para conciliar, para criar encontro e assim para diminuir os sintomas da exclusão, da solidão, da discriminação e da incompreensão. As competências culturais do mediador vão logo bem além da simples mediação linguística: permitem ultrapassar situações de conflito e incompreensão, desconstruir estereótipos e preconceitos, criar espaços de diálogo e troca de prática e saberes, aumentando assim a eficácia e a eficiência dos serviços. A antropologia, porém, por muito tempo tem olhado as práticas de mediação com uma certa desconfiança, criticando o conceito de cultura do qual muitas vezes estas práticas se alimentam e a consequente cristalização e 'exotização' das diferenças, que desvia a atenção das dimensões políticas do sofrimento e das dinâmicas ligadas à criação desta nova indústria da assistência ao imigrante.

### **Usos, abusos e excessos de cultura: paradoxos e ambivalências da mediação cultural**

A mediação é um conceito que tem na sua etimologia o radical – *med* de origem indo-europeia que indica o médio (a posição entre dois extremos) e o ato de avaliar, medir e conciliar, de encontrar uma síntese ou uma posição intermédia. Do mesmo radical deriva por exemplo a palavra medicina, do latim '*mederi*', remediar, conciliar, pensar, resolver e, portanto, curar. Neste sentido, podemos considerar a prática da mediação como um ato de conservação da saúde das relações e de construção de pontos de encontro. O termo mediação é usado para indicar a resolução de conflitos e a conciliação nos mais diversos

âmbitos da vida social: fala-se por exemplo – indicando funções e finalidades diferentes – de mediação civil, didática, familiar, imobiliário, linguística, penal, organizativa e cultural.

A prática da mediação cultural, como intercessão entre mundos sociais diversos, tem as suas raízes diretas nos países da Europa central, em particular França e Bélgica, que foram fortemente procurados por fluxos migratórios provenientes do Magreb, do Sudeste Asiático, da Turquia e de Portugal, já na década de 1970. É naqueles anos que nasce o ISM (*Inter-Service Migrant*), a primeira agência de intérpretes originários dos países de proveniência dos imigrantes e que se começa a falar de "*interprète linguistique-culturel*" ou de "*agent de communication*", para indicar esta função da mediação linguística especializada para aproximar o estrangeiro às instituições e aos serviços franceses.

Também na França temos que esperar a segunda metade da década de 1970 para falar realmente de mediação cultural: os anos da lei da reunificação familiar (1975) e das suas consequências sociais, jurídicas, sanitárias, educativas e económicas. Na década de 1980 começamos a assistir ao emprego de mediadores culturais – especialmente mulheres provenientes das sociedades de origem das principais populações imigrantes, nos âmbitos clínicos, em particular em relação à saúde materno-infantil e mental – e à criação de centros, associações, clínicas e outras instituições com apoios estatuais.

Em 2002, o *Guia da Mediação Intercultural* contava com mais de 150 iniciativas no território francês categorizadas por missão e atividade<sup>11</sup>. A tónica destes projetos foi a construção da 'diferença cultural' como elemento de especificidade dos tratamentos e das estratégias dirigidas aos imigrantes, identificados sempre em termos étnicos e segundo os códigos da cultura de origem (Fassin, 2000; Sargent e Larchanché, 2007).

O exemplo mais significativo é possivelmente o do Centre Georges Devereux fundado pelo etno-psiquiatra francês Tobie Nathan. O modelo terapêutico proposto por Nathan prevê uma equipa interdisciplinar que junta à mesma mesa – de forma não hierárquica – psiquiatras e psicólogos ocidentais, terapeutas de outra origem e mediadores culturais, de forma a garantir fluência linguística e epistemológica entre indivíduos e saberes. Esta abordagem deveria impedir que o paciente fosse dominado pelo discurso hegemónico sobre o sofrimento, fornecido pela psiquiatria ocidental, que o silencia com o poder da violência epistemológica e epistémica (Mudimbe, 1994; Spivak, 1988). A dimensão cultural torna-se fundamental para compreender as dimensões de significado que os modelos biológicos não conseguem captar e explicar: nas palavras de Tobie Nathan, "a etno-psiquiatria não pode, como a psiquiatria, basear-se em descrições clínicas externas nas quais somente o 'observador' possui o quadro das referências em que o observado é integrado, porque este último é também o nosso principal informante sobre o seu próprio quadro referencial" (Nathan, 2006: 43).

Seriam a mestiçagem e o choque entre culturas diferentes, segundo Nathan, os principais geradores de patologias psíquicas, no entanto, as referências coerentes da cultura de origem deveriam restaurar a ordem e o equilíbrio. O propósito da terapia é ancorar o paciente imigrante ao seu contexto de origem, reinscrevendo os sintomas dentro de um quadro que para ele tem significado e num sistema de cura que ele considere eficaz. Elementos culturais familiares ao paciente, como amuletos, orações, oferendas, exorcismos, podem



fazer parte integrante do tratamento, sempre que sejam considerados funcionais ao processo de cura. A cultura torna-se assim uma ferramenta terapêutica para os terapeutas: reintegrar a pessoa no seu passado, recuperar as memórias, recriar significados através do emprego de etiologias tradicionais é, portanto, o objetivo da terapia.

Esta abordagem foi duramente atacada pelo antropólogo Didier Fassin (2000) que denunciou os riscos gerados pela reificação do conceito de cultura, pela *essencialização* da diferença e pela "culturalização" excessiva dos instrumentos e das estratégias metodológicas adotadas para interagir com os imigrantes. O conceito de "cultura" - ligado a noções estereotipadas, *essencializadas* e *biologizantes* de etnia e raça - é empregue nestes serviços, segundo Fassin, como se fosse uma entidade definida, fechada, delimitada por fronteiras que impossibilitam a mútua compreensão, desprivando os imigrantes de características humanas universais: atrás da cortina das culturas - irredutivelmente distintas, intraduzíveis e incompatíveis entre si - não se conseguem distinguir os indivíduos. Na sua opinião, este uso da noção de cultura - que postula a incomensurabilidade de mundos humanos diferentes - para procurar a 'verdade' sobre os sintomas dos imigrantes, espelha os fantasmas da psiquiatria colonial e confina o Outro numa diversidade autónoma e fechada, agravando o risco de segregar ou 'guetizar' os migrantes e as suas necessidades, de 'naturalizar' as diferenças entre grupos (Lee, Mountain e Koenig, 2001; Fernando, 2003) e de 'racializar' o mal-estar alheio, sem considerar as explicações mais próximas do sofrimento, como as condições materiais, o não reconhecimento dos direitos políticos, o estatuto jurídico, o desemprego, as habitações inadequadas (Fassin, 2000: 8-9), assim como as dinâmicas sociais, históricas e políticas mais amplas.

Na minha experiência de trabalho de campo em Portugal - tanto em serviços, nomeadamente na consulta 'transcultural' do Hospital Miguel Bombarda, como nas diversas ações de formação para mediadores culturais em âmbito clínico que conduzi a partir de 2007 - assisti à que foi outrora definida 'vulgarização do conceito de cultura' (Sayad, 1999), isto é, o emprego da noção de cultura como *passapartout* para descrever e explicar qualquer tipo de conduta, sintoma ou escolha individual dos imigrantes. Daí à expectativa - à qual já acenamos no começo desta argumentação - de poder contar com os antropólogos, enquanto especialistas de culturas, para identificarem gavetas ou 'caixas de cultura' (Kaufert, 1990), ou com os mediadores estrangeiros como representantes estereotipados dos principais grupos culturais, o passo é breve.

'Excessos ou abusos de cultura', 'invenções da tradição' ou 'fabricações da autenticidade', 'dimensão persecutória da cultura' (Benslama, 2000; Giordano, 2008; Pandolfo, 2008): estas são algumas das noções que pontuaram a reflexão antropológica dos últimos trinta anos para repensar, do ponto de vista epistemológico, as noções de cultura, etnia, identidade e tradição, e para refletir sobre os perigos das suas reificação e naturalização. Estes conceitos densos e essencialistas foram sendo substituídos por noções pertencentes a um novo vocabulário - o dos fluidos, dos fluxos, dos sincretismos, das hibridações, da mestiçagem, das mobilidades transacionais, das contaminações, das fragmentações, das conexões, da criouliização, das identidades líquidas, da dissolução dos paradigmas. Este vocabulário não reflete apenas a mudança epistemológica disciplinar das ciências sociais; espelha também as alterações das condições políticas e sociais do sistema mundo, a intensificação das conexões e das trocas económicas e mercantis, e as novas geografias

políticas pós-coloniais, que tornam obsoletas metodologias e conceitos que bloqueiam os Outros num tempo imóvel e num espaço distinto (Fabian, 1983).

Nos contextos de mediação cultural clínica ou social que foram alvo das minhas pesquisas as possíveis estratégias interpretativas reduzem-se a dois polos contrapostos: ou a negação implícita da diferença cultural, com a redução de qualquer comportamento ou sintoma às categorias *nosológicas* ocidentais consideradas como universalmente válidas (Pussetti, 2006a, 2006b e 2009b); ou, pelo contrário, a interpretação de qualquer comportamento dos imigrantes como traço específico da sua cultura de origem. Se no primeiro caso o enquadramento acrítico das experiências e das narrativas dos outros na grelha das categorias euro-americanas tem um significado claramente político, ao ponto de muitos autores falarem em imperialismo interpretativo, de colonização cultural, ou de hegemonia das categorias (Lynch, 1990; Inglese, 2002; Lewis-Fernandez, 1992). A dimensão do cultural tem aqui uma clara valência política, enquanto falar do mal-estar na língua, nos termos, nas etiologias dos pacientes significa reconhecê-los como sujeitos políticos, invertendo as relações de poder: o mais competente já não é o médico mas o próprio paciente. O elemento cultural é neste sentido um instrumento político no sentido que cria uma suspensão, uma perturbação do discurso dominante e universalista da biomedicina, tornando-se um elemento de empoderamento do paciente, que pode assim se posicionar como sujeito tanto no seu contexto de proveniência como no de acolhimento. O conceito de cultura - criticado, desconstruído e repensado pela antropologia dos últimos cinquenta anos - é assim repolitizado, como chave não só para aceder ao mundo do paciente e para o tornar inteligível, mas também para legitimar os seus saberes e as suas competências, revertendo hegemonias instituídas.

A concentração dos técnicos no fator étnico, assim como a assunção da coerência dos sistemas culturais, baseada numa abordagem essencialista da cultura que frequentemente caía nas armadilhas do relativismo absoluto, tem todavia como consequência a omissão das outras variáveis relevantes, das incongruências e contradições, das indeterminações e da complexidade da vida social e da liberdade de escolha e originalidade de percursos dos indivíduos, num processo de "naturalização ou des-historicização das diferenças" (Vacchiano e Taliani, 2006: 71), que concorre a reforçar a exclusão dos imigrantes.

A própria escolha de mediadores culturais provenientes dos países principais dos imigrantes, como representantes de uma língua e de um grupo étnico específicos, contribui a reificar as diferenças, cria a ilusão do mediador como representante oficial de uma determinada cultura, simplificando assim as respostas institucionais sem realmente repensar ou questionar os instrumentos de análise e as metodologias de intervenção (Favaro, 2006: 30).

### **Entre cultura e direitos**

Muitos estudos referem que a saúde de uma população é resultado de redes complexas de determinantes que envolvem fatores biológicos, genéticos, psicossociais, económicos, políticos e culturais, e que a experiência migratória tem um impacto negativo na saúde mental dos imigrantes, sugerindo que estas populações se encontram em maior risco de vir a sofrer de doenças mentais, nomeadamente depressão, esquizofrenia e stress

pós-traumático, como resultado de diversos fatores de stress presentes ao longo do processo migratório<sup>12</sup>. Quanto mais duras são as condições da migração, tanto mais severo e exponencial será o aumento de psicopatologias. Esta leitura da experiência migratória como ligada a um acréscimo de vulnerabilidade psicológica funda os seus assentos na teoria da "seleção negativa", que defende que seriam os sujeitos emocionalmente frágeis e mentalmente instáveis, pouco integrados na sociedade de origem, com escassas ligações afetivas a optar pela emigração. Estes distúrbios latentes se manifestariam mais facilmente no país de acolhimento, devido à experiência de exclusão, à marginalização social, à ilegalidade, à discriminação e à precariedade das condições habitacionais e laborais, entre outros fatores (Chakraborty e McKenzie, 2002; McKenzie, 2003; Hjern *et al.*, 2004). A ideia de que a migração esteja indissolúvelmente ligada a formas específicas de sofrimento psicológico acabou por promover uma progressiva medicalização da experiência migratória.

O psiquiatra e professor catalão Achotegui, por exemplo, criou em 2002 uma nova categoria diagnóstica para definir o trauma migratório: a Síndrome "de Ulisses" (stress múltiplo e crónico ligado à migração), patologia desencadeada pela perda da família, dos amigos, da cultura de origem, da casa, da posição social e da segurança (Achotegui, 2004). A vivência emocional destas perdas é próxima à experiência do luto e é acompanhada por uma maior vulnerabilidade aos transtornos mentais e/ou às perturbações emocionais (Desjarlais *et al.*, 1995; Bibeau, 1997; Kirmayer e Minas, 2000; Persaud e Lusane, 2000; Murray e Lopez, 1996). Que se fale de "*maladie du souvenir*", de "*home-sickness*" de "*aliéné migrateur*" (Foville, 1875; Ballet, 1903), de "*manque à être*" (Bastide, 1976) ou de "*psicose dos imigrantes*", o imigrante é alguém deslocado "*déplacée*", "*aliéné*" (Foville, 1875; Ballet, 1903), "órfão da própria cultura" (Jelloun, 1977): o Outro cultural e o Outro patológico se sobrepõem, criando uma dupla alteridade que define o imigrante como alguém a risco e de risco, contemporaneamente frágil e perigoso<sup>13</sup>.

Por um lado, existe uma representação que habitualmente relaciona os imigrantes à criminalidade, à insegurança, às doenças infetocontagiosas constituindo desse modo um risco para a sociedade. Por outro lado, essas populações são também consideradas como grupos em dificuldade, necessitados, dependentes e desprotegidos, interpretados como se vivendo em um estado permanente de vulnerabilidade. A gestão desta ambiguidade 'vulnerabilidade/risco' passa da securitização das fronteiras, das quarentenas e dos dispositivos de vigilância, à indústria dos cuidados, da cura e das economias morais da benevolência (Pussetti e Barros, 2012). Se a causa do mal-estar é o desenraizamento cultural, a deslocação, a sensação de estar "suspensos entre dois mundos" (Nathan, 1986) e portanto "duplamente ausentes" (Sayad 1999), numa condição de "ubiquidade impossível" ou de "provisoriedade permanente" (Sayad, 1999), a solução prende-se com a reconstrução das referências, das âncoras e das redes de significação da cultura de origem. Paradoxalmente, a cultura é tanto a razão da disfunção como o remédio para todos os males.

A cultura, como afirma a antropóloga Santiago-Irizarry (1996), tem nesta visão o poder de curar, alterando a experiência do paciente ou a reinscrevendo no mundo para ele coerente e dotado de significado. A cultura - entendida neste caso como o conjunto dos rituais, das crenças, das etiologias e das representações próprias de um determinado contexto (os 'produtos puros' da etnicidade como diria James Clifford 1988) - é assim incorporada

no discurso médico e institucional como elemento terapêutico, e, portanto, estereotipada, essencializada, reificada, medicalizada e instrumentalizada (Irizarry, 1996 e 2001; Margolis, 1976; Zola, 1994). É neste sentido que a antropóloga Giordano (2014) concebe o conceito de 'cidadania cultural', já empregue por Ong em 1996, para indicar o emprego de terapias destinadas à reconstrução e ao restabelecimento de relações e vínculos quebrados ou perdidos com a cultura de origem com o objetivo de garantir uma integração saudável e equilibrada no contexto de acolhimento. Como sugerem as noções de 'cidadania biológica', 'cidadania terapêutica', 'cidadania genética', 'cidadania farmacêutica', 'cidadania ética', 'cidadania humanitária', 'cidadania sanitária' e 'biocidadania' (Fassin, 2001; Nguyen, 2005; Petryna, 2002; Rose e Novas, 2005; Ticktin, 2006; Ecks, 2005; Muehlebach, 2012; Nguyen, 2010; Pandolfi, 2005, Briggs e Mantini-Briggs, 2003) - que definem diversas possibilidades e condições de acesso aos direitos de cidadania -, as categorias burocráticas e as diagnosticadas se aliam para governar a experiência dos 'indesejáveis' (Agier, 2008) e para definir o seu destino.

Também noutros trabalhos, analisei em profundidade as tecnologias de cidadania (Inda, 2006) que definem quem pode ou não aceder aos direitos e aos serviços destinados aos cidadãos (Pussetti e Barros, 2012; Pussetti, 2015a, 2015b, e 2016). Investiguei as linguagens, os rituais e as práticas 'terapeutocráticas', pelas palavras de Habermas (1987), das quais depende o reconhecimento dos direitos dos outros enquanto seres biológicos, evidenciando como a linguagem da sensibilidade cultural pode ampliar ainda mais a separação entre o humanitário/médico e o político que caracteriza hoje, segundo Agamben (1995), a fase extrema do descolamento entre direitos do homem e direitos do cidadão. Para que a mediação seja claramente um ato político e ético, de redefinição de poderes e competências, de desconstrução de categorias e inversão de hegemonias, de superação de lógicas da assimilação ou ainda de integração subalterna, de reconhecimento das dimensões não só culturais, mas também históricas, etno-raciais, políticas e sociais, e de reivindicação de direitos, é preciso desvelar as relações entre cultura e poder (Crehan, 2002) e repensar o conceito de competência cultural (Kirmayer, 2012) conscientes das suas ambiguidade, dos seus possíveis empregos e dos perigos ínsitos nos excessos de cultura que recriam uma imagem distante e colonial dos "Outros", reificando as diferenças ao invés de promover a integração (Giordano, 2014).

## Notas

<sup>1</sup> Instituição que viria a ser sucessivamente reforçada: para instituto público em 2007 como Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI) e, mais recentemente, em 2014, para Alto Comissariado para as Migrações (ACM) com intervenção integrada das migrações no seu todo (e não apenas no acolhimento de integração de imigrantes).

<sup>2</sup> 2007-2009. Projeto nacional: *Migrants and Mental Health: The Construction of Cultural Competence*, Financiado pelo ACIDI High Commission for Immigration and Intercultural Dialogue, Portugal; 2007-2011. Projeto nacional: Public health policies and therapeutic practices: suffering and treatment strategies of migrants in the Greater Lisbon area (PTDC/ANT/65857/2006), Financiado pela Portuguese Science Foundation (FCT); 2009-2013. Projeto nacional: Immigrants and the social care sectors: technologies of citizenship in Portugal (PTDC/CS-ANT/101179/2008), Financiado pela Portuguese Science Foundation (FCT).

<sup>3</sup> 2009-2012. Projeto europeu: T-SHaRE: *Transcultural Skills For Health And Care*, 504666-LLP-2009-1-IT-Leonardo-LMP.

<sup>4</sup> Pussetti (2009a, 2009b); Pussetti e Pereira (2009); Pussetti (2010a, 2010b); Pussetti et al. (2012a, 2012b); Pussetti e Barros (2012).

<sup>5</sup> 2011-2012. Criação e direção da pós-graduação em Competência Cultural em Contextos Clínicos (ISCTE-Instituto

Universitário de Lisboa); 2011-2012. Criação e direção da pós-graduação em Competências Transculturais em Saúde e Cuidados Sociais (ACIDI, Lisboa).

<sup>6</sup> Pussetti (2006; 2009c; 2010c).

<sup>7</sup> Migrantes e Saúde Mental: a construção da competência cultural, Financiado pelo ACIDI – Alto Comissariado para a Imigração e o Diálogo Intercultural, Portugal.

<sup>8</sup> *Public health policies and therapeutic practices: suffering and treatment strategies of migrants in the Greater Lisbon area* (PTDC/ANT/65857/2006), financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT).

<sup>9</sup> 2007-2011. Investigador do projeto ISCH COST Action IS0603, (HOME). Chief Researcher: Prof. David Ingleby.

<sup>10</sup> Vejam-se as publicações das Coleções do Observatório da Imigração ([www.om.acm.gov.pt](http://www.om.acm.gov.pt)) a partir de 2007 para ter uma noção do incremento da produção intelectual nacional sobre o tema da saúde dos imigrantes. Entre outros, vejam-se: Dias (2007); Andrade (2008); Bäckström (2009); Viana (2010); Dias, Rocha e Horta (2009); Pussetti (2009); Fonseca e Silva (2010).

<sup>11</sup> Fonseca, Silva, Esteves e McGarrigle (2009).

<sup>12</sup> Para uma contextualização mais ampla da construção da competência cultural clínica na França veja-se Sargent e Larchanché (2009).

<sup>13</sup> Muitos autores realçaram a maior vulnerabilidade que os imigrantes apresentam em relação a problemas de saúde em geral (Carballo, et al., 1998; Jansä, 2004) e de saúde mental em particular, devido não só à dureza do processo migratório (Keyes, 2000; Fox et al., 2001; Hermansson et al., 2002; Mollica et al., 2001; Steel e Silove, 2001; Maddern, 2004; Carta et al., 2005; Pumariega et al., 2005), mas também à exposição quotidiana a formas de discriminação (Fernando, 1984; Snyder, 1987; Essed e Fernando, 1991; Comas-Diaz e Greene, 1995; Kessler et al., 1999; Noh et al., 1999; Ren et al., 1999).

<sup>14</sup> O binómio vulnerabilidade/risco que gere as políticas dirigidas aos imigrantes, que por sua vez se expressa na dicotomia assistência/segurança, foi objeto dos projetos por mim coordenados “Imigrantes e serviços de apoio social: tecnologias de cidadania em Portugal” (PTDC/CS-ANT/101179/2008) e “Políticas públicas, vulnerabilidades e risco: tecnologias de cidadania e inclusão social nas sociedades contemporâneas” (FCT-CAPES Proc. 4.4.1.00).

## Referências bibliográficas

- Achotegui, J. (2004), “Emigrar en situación extrema: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises)”, in *Revista Norte de Salud Mental de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría*, Madrid, v. 5, n. 21, p. 39-52.
- Agamben, G. (1995), *Homo Sacer: Il Potere Sovrano e la Nuda Vita*. Turim, Einaudi.
- Agier, M. (2008), *Gérer les indésirables: des camps de réfugiés au gouvernement humanitaire*. Paris: Flammarion.
- Bäckström, B. (2009), *Saúde e Imigrantes: As Representações e as Práticas sobre a Saúde e a Doença na Comunidade Cabo-verdiana em Lisboa*. Volume 24 da Coleção de Teses do Observatório da Imigração, Lisboa: ACIDI.
- Ballet, G. (1903), «Discussion sur les aliénés migrants», in *Annales Médico-psychologiques*, Paris, p. 35-48.
- Bastide, R. et al. (1976), *Pesquisa comparativa e interdisciplinar*. Porto Alegre: Karont Livreiro.
- Ben Jelloun, T. (1977), *La plus haute des solitudes*. Paris: Seuil.
- Benslama, F. (2000), “Epreuves de l’e’tranger. Clinique de l’exile”, in *Cahiers Intersignes*, 14(14), 9-29.
- Bibeau, G. (1997), “Cultural Psychiatry in a Creolizing World”, in *Transcultural Psychiatry Research Review*, Montreal, v. 34, n. 1, p. 9-42.
- Briggs, C. e Mantini-Briggs, C. (2003), *Stories in the Time of Cholera: Racial Profiling During a Medical Nightmare*, University of California Press, Berkeley, CA.
- Carta, M. G. et al. (2005), “Migration and mental health in Europe: the state of the mental health in Europe working group: appendix, 1.”, in *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, London, v. 1, p. 13.
- Chakraborty, A. e McKenzie, K. (2002), “Does racial discrimination cause mental illness?”, in *British Journal of Psychiatry*, Jun., 180, pp. 475-7.

- Clifford, J. (1988), *The Predicament of Culture: Twentieth Century Ethnography, Literature and Art*, Harvard University Press, Cambridge (trad. it. *I frutti puri impazziscono. Etnografia, letteratura e arte nel secolo XX*, Bollati Boringhieri, Torino 1999).
- Comas-Diaz, L. e Greene, B. (1995), "Women of color with professional status", in Comas-Diaz, L. e Greene, B. (eds.). *Women of color: integrating ethnic and gender identities in psychotherapy*. New York: New Guilford, 1995. p. 347-88.
- Crehan, K. (2002), *Gramsci, culture and anthropology*. Berkeley: University of California Press.
- Desjarlais, R. et al. (1995), *World mental health: problems and priorities in low income countries*. New York: Oxford University Press.
- Dias S. (ed) (2007), *Imigração e Saúde*, Número temático da Revista Migrações do Observatório da Imigração, vol. 1, Lisboa: ACIDI.
- Dias, S. F., Rocha, C. e Horta, R. (2009), *Saúde Sexual e Reprodutiva de Mulheres Imigrantes Africanas e Brasileiras. Um Estudo Qualitativo*. Volume 32 da Coleção de Estudos do Observatório da Imigração, Lisboa: ACIDI.
- Ecks, S. (2005), "Pharmaceutical Citizenship: antidepressant marketing and the promise of demarginalization in India", in *Anthropology and Medicine*, Abingdon, v. 12, n. 3, p. 239-54.
- Essed, P. e Fernando, S. (1991), *Understanding everyday racism: an interdisciplinary theory*. Newbury Park, CA: Sage.
- Fabian, J. (1983), *Time and the Other. How Anthropology Makes Its Object*. New York: Columbia University Press.
- Fassin, D. (2000), «Les politiques de l'ethnopsychiatrie. La psyché africaine, des colonies britanniques aux banlieues parisiennes», in *L'Homme* 153, pp. 231-250.
- Fassin, D. (2001), "The Biopolitics of Otherness: Undocumented Foreigners and Racial Discrimination in French Public Debate", in *Anthropology Today* 17(1), pp. 3-7.
- Favaro, G. (2006), *I paradossi della mediazione*, in Luatti, L. (eds) *Atlante della mediazione linguistico culturale*, Milano: Franco Angeli.
- Fernando, S. (1984), "Racism as a cause of depression", in *International Journal of Social Psychiatry*, London, v. 30, n. 1/2, pp. 41-49.
- Fernando, S. (2003), *Cultural diversity, mental health and psychiatry: the struggle against racism*. New York: Brunner-Routledge.
- Fonseca, L. e Silva S. (2010), *Saúde e imigração: utentes e serviços na área de influência do Centro de Saúde da Graça*. Volume 40 da Coleção de Estudos do Observatório da Imigração, Lisboa: ACIDI.
- Fonseca, L., Silva, S., Esteves, A., e McGarrigle, J. (eds.) (2009), *MIGHEALTHNET - Relatório sobre o Estado da Arte em Portugal*. Coleção MIGRARE Working Papers. Edição Centro de Estudos Geográficos, Lisboa.
- Foville, A. (1875), «Les aliénés voyageurs ou migrants: étude clinique sur certains cas de lypémanie», in *Annales Medico-Psychologiques*, v. 2, pp. 5-45.
- Fox, P. et al. (2001), "Depression among immigrant Mexican women and Southeast Asian refugee women", in *The International Journal of Psychiatric Nursing Research*, Southampton, v. 7, n. 1, pp. 778- 792.
- Giordano, C. (2008). "Practices of translation and the making of migrant subjectivities in contemporary Italy", in *American Ethnologist*, 35(4), pp. 588-606.
- Giordano, C. (2014). *Migrants in Translation: Caring and the Logics of Difference in Contemporary Italy*. Berkeley: University of California Press.
- Habermas, J. (1987), *Théorie de l'agir communicationnel*, T1 et T2, Paris: Fayard.

- Hermansson, A.; Timpka, T. e Thyberg, M. (2002), "The mental health of war-wounded refugees: an 8-year follow-up", in *The Journal of Nervous and Mental Disease*, Hagerstown, v. 190, n. 6, pp. 374-380.
- Hjern, A.; Wicks, S. e Dalman, C. (2004), "Social adversity contributes to high morbidity in psychoses in immigrants - a national cohort study in two generations of Swedish residents", in *Psychological Medicine*, v. 34, n. 6, pp. 1025-33.
- Inda, J. (2006), *Targeting Immigrants: Government, Technology, and Ethics*, Malden, Ma and Oxford, Blackwell Publishing.
- Inglese, S. (2002). "Etnopsichiatria in Terra Ostile: Appunti di Metodologia della Psichiatria culturalmente orientata", in *The Italian Online Psychiatric Magazine*. Disponível em: [www.pol-it.org](http://www.pol-it.org)
- Kaufert, L. P. (1990), "The boxification of Culture: The Role of the social scientist", in *Santé, Culture, Health*, VII, 2/3, pp. 139-148.
- Kessler, R. C.; Mickelson, K. D. e Williams, D. R. (1999), "The prevalence, distribution, and mental health correlates of perceived discrimination in the United States", in *Journal of Health and Social Behavior*, Albany, v. 40, n. 3, pp. 208-230.
- Keyes, E. (2000), "Mental health status in refugees: an integrative review of current research", in *Issues in Mental Health Nursing*, New York, v. 21, n. 4, pp. 397-410.
- Kirmayer, L. J. e Minas H. (2000), "The future of cultural psychiatry: an international perspective", in *The Canadian Journal of Psychiatry*, Ottawa, 45, n. 5, pp. 438-446.
- Kirmayer, L. J. (2012), "Rethinking cultural competence", in *Transcultural Psychiatry*, 49(2), pp. 149-164.
- Lee, S. S.; J., Mountain, J. e Koenig, A. B. (2001), "The meaning of "race", in the new genomics: implications for health disparity research", in *Yale Journal of Health Policy Law and Ethics*, New Haven, v. 1, pp. 33-75.
- Lewis-Fernandez, R. (1992), "The Proposed DSM-IV trance and Possession disorder category: Potential Benefits and Risks", in *Transcultural Psychiatric Research Review* 29, pp. 301-317.
- Lukose R. (2005), "Empty citizenship. Protesting politics in the era of globalization", in *Cultural Anthropology*, vol. 20, nº 4, pp. 506-533.
- Lynch, M.O. (1990), *Divine Passions. The Social Construction of Emotions in India*. Oxford: University of California Press.
- Maddern, S. (2004), "Post-traumatic stress disorder in asylum seekers", in *Nursing Standard*, Harrow, v. 18, n. 18, pp. 36-39.
- Margolis, J. (1976), "The Concept of Disease", in *Journal of Medicine and Philosophy*. Philosophy 1(3), pp. 238-255.
- Martins, A. I. (2008), *Geografia da Saúde da População Imigrante na Área Metropolitana de Lisboa*, Volume 21 da Coleção de Teses do Observatório da Imigração, Lisboa: ACIDI.
- Mckenzie, K. (2003), "Racism and health", in *British Medical Journal*, London, v. 326, n. 7380, pp. 65-6.
- Mollica, R. et al. (2001), "Longitudinal study of psychiatric symptoms, disability, mortality, and emigration among Bosnian refugees", in *Journal of the American Medical Association*, Chicago, v. 286, n. 5, pp. 546-554.
- Mudimbe, V. Y. (1994), *The idea of Africa*. Bloomington: Indiana University Press.
- Muehlebach, A. (2012) *The Moral Neoliberal: Welfare And Citizenship In Italy*. (Chicago Studies in Practices of Meaning). Chicago: University of Chicago Press.
- Murray, C. J. L. e Lopez, A. D. (1996), *The Global Burden of Disease*. Geneva: World Health

- Organization*, Harvard School of Public Health, World Bank.
- Nathan, T. (1986), *La folie des autres: traité d'ethnopsychiatrie clinique*. Paris: Dunod.
- Nathan, T. (2006), *La guerre des psys: Manifeste pour une psychothérapie démocratique*. Paris: Les Empêcheurs de Penser en Rond.
- Nguyen, V.K. (2005), "Antiretroviral Globalism, Biopolitics, and Therapeutic Citizenship", in Ong e Collier (eds.), *Global Assemblages: Technology, Politics, and Ethics as Anthropological Problems*. Malden, MA: Blackwell, pp. 124-144.
- Nguyen, V. K. (2010), *The Republic of Therapy: Triage and Sovereignty in West Africa's Time of AIDS*. Durham: Duke University Press.
- Noh, S. et al. (1999), "Perceived racial discrimination, depression, and coping: A study of Southeast Asian refugees in Canada", in *Journal of Health and Social Behavior*, Washington, DC, v. 40, n. 3, pp. 193- 207.
- Oliveira, A. e Galego, C. (2005), *A Mediação Sócio-Cultural: Um Puzzle em Construção*. Volume 14 da Coleção de Estudos do Observatório da Imigração, Lisboa: ACIDI.
- Ong, A. (1996), "Cultural Citizenship As Subject-Making: Immigrants Negotiate Racial and Cultural Boundaries in the United States", in *Cultural Anthropology*, 37(5), pp. 737-762.
- Pandolfi, M. (2005), "Sovranità mobile e derive umanitarie: emergenza, urgenza e ingerenza", in Malighetti (ed.), *Oltre lo Sviluppo: Le Prospettive dell'Antropologia*. Roma, Meltemi, pp. 151-185.
- Pandolfo, S. (2008), "The knot of the soul. Postcolonial conundrums, madness, and the imagination", in Good, Hyde, Pinto e Good (eds.), *Postcolonial Disorders*. Berkeley: University of California Press, pp. 329-358.
- Persaud, R. B. e Lusane, C. (2000), "The new economy, globalization and the impact on African Americans", in *Race and Class*, London, v. 42, n. 1, pp. 21-34.
- Petryna, A. (2002), *Life Exposed: Biological Citizens after Chernobyl*. Princeton: Princeton University Press.
- Pumariéga, A. J.; Rothe, E.; e Pumariéga, J. B. (2005), "Mental health of immigrants and refugees", in *Community Mental Health Journal*, New York, v. 41, n. 5, pp. 581-97.
- Pussetti, C. e Pereira, L. (eds.) (2009), *Os saberes da cura: antropologia da doença e práticas terapêuticas*, Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Pussetti, C. e Barros, V. (2012), "The care of the immigrant self. International Journal of Migration", in *Health and Social Care*, 8 (1), pp. 42-51.
- Pussetti, C. et al. (2012a), *T-SHARE Transcultural Standards and Guidelines for Practice and Training*, CRIA Editor: Lisboa.
- Pussetti C. et al. (2012b), "A comparison of health service accessibility for immigrants among European countries in the T-Share project", *Porta Di Massa|Laboratorio Autogestito Di Filosofia Epistemologia E Scienze Politico-Sociali*, T-Share Special Issue, pp. 15-20.
- Pussetti, C. (2006a), "A patologização da diversidade. Uma reflexão antropológica sobre a noção de culture-bound syndrome", in *Etnográfica*, 10(1), pp.5-40.
- Pussetti, C. (2006b), "Emoções migrantes: os limites das abordagens biológicas e construcionistas", in *Revista Transcultural*, 3, pp. 14-27.
- Pussetti, C. (eds.) (2009a), *Migrantes e Saúde Mental: a construção da competência cultural*, volume 33 da Coleção de Estudos do Observatório da Imigração, Lisboa.
- Pussetti, C. (2009b), "Biopolíticas da depressão nos imigrantes Africanos", in *Saúde e Sociedade* vol.18, n.4. São Paulo, pp. 590-608.
- Pussetti, C. (2009c), "Psicologias Indígenas: da antropologia das emoções à etnopsiquiatria", in Lechner, E. (eds.) *Migrações, saúde e diversidade cultural*, Lisbon: ICS, pp. 85-119.



- Pussetti, C. (2010a), "Ethnographies of new clinical encounters. Immigrant's emotional struggles and transcultural psychiatry in Portugal", in *Etnográfica* 14(1), pp. 115-133.
- Pussetti, C. (2010b), "Identidades em crise: imigrantes, emoções e saúde mental em Portugal", in *Saúde e Sociedade* vol.19, no.1, São Paulo, pp.94-113.
- Pussetti, C. (2014), "Anthropology of interface: a comparative perspective on public and care policies. Special Editorial", in *Saúde e Sociedade*, USP, São Paulo, Brazil, vol.23 no.1 São Paulo Jan./Mar., pp. 12-16.
- Pussetti, C. (2015), "Corpos indóceis. Sexualidade, planejamento familiar e etnopolíticas da cidadania em imigrantes africanos", in Bahia e Santos, *Corpos em Trânsito: Socialização, Imigração e Disposições Corporais*, Suliani Letra & Vida Editora, Porto Alegre, Brasil, pp. 105-127.
- Pussetti, C. (2015), "The fallopian dilemma: African bodies, citizenship and family planning", in *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities* Vol. 2, 1, pp. 21-33.
- Ren, X. S., Amick, B. e Williams, D. R. (1999), "Racial/ ethnic disparities in health: the interplay between discrimination and socioeconomic status", in *Ethnicity & Health*, Atlanta, v. 9, n. 2, pp. 151-65.
- Rose, N., e Novas C. (2005), "Biological Citizenship", in Ong e Collier (eds.), *Global Assemblages: Technology, Politics, and Ethics as Anthropological Problems*. Malden, MA: Blackwell, pp. 439-463.
- Snyder, V. N. S. (1987), "Factors associated with acculturative stress and depressive symptomatology among married Mexican immigrant women", in *Psychology of Women Quarterly*, New York, v. 11, n. 4, pp. 475-88.
- Santiago-Irizarry, V. (1996), "Culture as Cure", *Cultural Anthropology*, Vol. 11, No. 1, pp. 3-24.
- Santiago-Irizarry, V. (2001), *Medicalizing ethnicity: the construction of Latino identity in a psychiatric setting*. Ithaca, New York and London: Cornell University Press.
- Sargent, C. e Larchanché S. (2007), "The Muslim Body and the Politics of Immigration in France: Popular and Biomedical Representations of Malian Migrant Women", in *Body and Society* 13(3), pp. 79-103.
- Sargent, C., Larchanché, S. (2009), "The Construction of "Cultural Difference" and its Therapeutic Significance in Immigrant Mental Health Services in France", in *Culture, Medicine and Psychiatry* 33(1), pp. 2-20.
- Sayad, A. (2002), *La doppia assenza. Dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato*, Milano, Cortina Editore.
- Spivak, G. C. (1988), "Can the subaltern speak?", in Nelson e Grossberg (eds.), *Marxism and the interpretation of culture*. London, UK: Macmillan, pp. 24-28.
- Steel, Z. e Silove, D. (2001), "The mental health implications of detaining asylum seekers", in *The Medical Journal of Australia*, Pyrmont, v. 175, n. 11-12, pp. 596-9.
- Ticktin, M. (2006), "Where Ethics and Politics Meet: The Violence of Humanitarianism in France", in *American Ethnologist* 33(1), pp. 33-49.
- Vacchiano, F. e Taliani, S. (2006), *Altri Corpi: Antropologia ed Etnopsicologia della Migrazione*. Prospettive/Ricerche (12), Milano: Ed. Unicopli.
- Viana, V. C. (2010), *Saúde mental, qualidade de vida e acesso aos cuidados de saúde na comunidade brasileira de Lisboa*. Volume 31 da Coleção de Teses do Observatório da Imigração, Lisboa: ACIDI.
- Zola, I. K. (1994), "Medicine as an Institution of Social Control", in Conrad e Kern (eds.), *The Sociology of Health and Illness: Critical Perspectives*, New York: St. Martin's Press, pp. 392-402.