

Carvalho, Luciana de Andrade, Cunha, Samuel Frota, Feola, Caio Augusto e Pereira, Alexandre Branco (2023). O processo diagnóstico transcultural: notas autoetnográficas em um ambulatório psiquiátrico para imigrantes e refugiados em São Paulo. *PERIPLOS. Revista de Investigação sobre Migrações*, 7(2), 63-95.

# O processo diagnóstico transcultural: notas autoetnográficas em um ambulatório psiquiátrico para imigrantes e refugiados em São Paulo

## El proceso de diagnóstico transcultural: apuntes autoetnográficos en un ambulatorio psiquiátrico para inmigrantes y refugiados en São Paulo

Luciana de Andrade Carvalho<sup>1</sup>  
Samuel Frota Cunha<sup>2</sup>  
Caio Augusto Feola<sup>3</sup>  
Alexandre Branco Pereira<sup>4</sup>

---

### RESUMO

Este artigo pretende discutir a atuação de médicos psiquiatras e residentes em psiquiatria em um ambulatório destinado a oferecer tratamento médico de saúde mental balizado pelos pressupostos epistemológicos da Psiquiatria Social e Cultural. Os dados apresentados baseiam-se na atuação de psiquiatras e antropólogos no Programa de Psiquiatria Social e Cultural (ProSol) do IPq-HCFMUSP, um serviço psiquiátrico do SUS que fornece atenção médica a populações imigrantes, refugiadas e indígenas. Utilizamos uma abordagem autoetnográfica para analisar nossa própria atuação em um contexto de estabelecimento de diagnóstico psiquiátrico para uma imigrante nigeriana igbo, realizando também remissões teórico-epistemológicas que embasam a prática médica no ambulatório em questão. Por meio da reflexividade, interrogamos as categorias diagnósticas de transtorno de personalidade,

---

<sup>1</sup> Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPQ HC FMUSP). E-mail: luciana\_carvalho@usp.br.  
Red académica: <https://orcid.org/0000-0001-5091-8379>

<sup>2</sup> Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPQ HC FMUSP). E-mail: samuelfrotac@gmail.com  
Red académica: <https://orcid.org/0000-0002-9829-1197>

<sup>3</sup> Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPQ HC FMUSP). E-mail: caiofeola@gmail.com  
Red académica: <https://orcid.org/0009-0006-5387-5208>

<sup>4</sup> Universidade Federal de São Carlos. E-mail: alebrancop@gmail.com  
Red académica: <https://orcid.org/0000-0002-3513-5728>

de maneira geral, e de Transtorno de Personalidade Borderline, de maneira específica. Por fim, advogamos pela construção de estratégias coletivas e em rede de cuidado, povoando a experiência clínica com múltiplos saberes.

**Palavras-chave:** Antropologia Médica. Diagnóstico. Migração. Psiquiatria. Transtornos da Personalidade.

---

## RESUMEN

Este artículo pretende discutir la actuación de psiquiatras y residentes de psiquiatría en un ambulatorio diseñado para ofrecer tratamiento médico en salud mental orientado por los presupuestos epistemológicos de la Psiquiatría Social y Cultural. Los datos presentados se basan en el trabajo de psiquiatras y antropólogos del Programa de Psiquiatría Social y Cultural (ProSol) del IPq-HCFMUSP, un servicio de psiquiatría del SUS que brinda atención médica a poblaciones inmigrantes, refugiadas y indígenas. Utilizamos un enfoque autoetnográfico para analizar nuestro propio desempeño en el contexto de establecer un diagnóstico psiquiátrico para una inmigrante nigeriana igbo, además de realizar referencias teórico-epistemológicas que sustentan la práctica médica en la clínica en cuestión. A través de la reflexividad interrogamos las categorías diagnósticas del trastorno de personalidad, en general, y del Trastorno Límite de la Personalidad, en particular. Finalmente, propugnamos la construcción de estrategias colectivas y de redes de cuidados, poblando la experiencia clínica de saberes múltiples.

**Palabras clave:** Antropología Médica. Diagnóstico. Migración. Psiquiatría. Transtornos de la Personalidad

---

## INTRODUÇÃO

Este artigo pretende discutir a atuação de médicos psiquiatras e residentes em psiquiatria em um ambulatório destinado a oferecer tratamento médico de saúde mental balizado pelos pressupostos epistemológicos da Psiquiatria Social e Cultural. O Programa de Psiquiatria Social e Cultural (ProSol) é um serviço psiquiátrico do Sistema Único de Saúde (SUS) que fornece atenção médica a populações imigrantes, refugiadas e indígenas. Ele propõe estabelecer, na estruturação do planejamento terapêutico dos pacientes atendidos, um diálogo entre a dimensão psiquiátrica e as dinâmicas sociais e culturais dos transtornos e perturbações mentais (Carvalho et al., 2018; Branco-Pereira, 2020a, 2022a e 2022b). O ProSol está inserido no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPQ-HCFMUSP) - um serviço do Sistema Único de Saúde, portanto -, e existe desde 1997. Foi fundado pelos psiquiatras Dr. Francisco Lotufo Neto

e Dra. Carmen Santana, que, com o apoio da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (SES-SP), firmaram uma parceria com a Cáritas Arquidiocesana de São Paulo (CASP) para prestar atendimento psiquiátrico a refugiados e solicitantes de refúgio atendidos pelo Centro de Referência para Refugiados da CASP (CRR/CASP). Essa parceria levou também ao desenvolvimento do núcleo de saúde mental do CRR/CASP (Santana e Lotufo Neto, 2015).

A literatura dedicada a analisar o estabelecimento de serviços de saúde mental transculturais ou culturalmente sensíveis tem se voltado especialmente para a análise das perspectivas das populações atendidas (Pussetti, 2010 e 2017; Ferreira, 2011; Galina et al., 2017; Haydu, 2017). Embora a atuação de médicos e outros profissionais de saúde seja central para a compreensão do contexto descrito, ela frequentemente apresenta esses profissionais como informantes (Martin et al., 2022), e não como sujeitos da análise realizada, em especial na literatura direcionada às ciências sociais. Ainda que a antropologia médica, principalmente a estadunidense, tenha se dedicado a essa empreitada, em especial Arthur Kleinman e Byron Good, este é um empreendimento pluri-epistemológico pouco explorado no Brasil, onde a antropologia da saúde produz relatos sobre a prática médica geralmente em terceira pessoa (Sarti, 2010). Tal configuração antes contribuiu para a consolidação de assimetrias epistemológicas historicamente estruturadas do que a combate ao posicionar o escrutínio sobre a prática médica, em especial aquele feito em primeira pessoa e a partir de uma posição de reflexividade crítica, para fora do campo de discussão teórico-metodológica das ciências sociais, dificultando, assim, as possibilidades de colaboração. Neste trabalho, apresentaremos como um processo diagnóstico se realiza sob a perspectiva da equipe médica, apontando as dificuldades e dilemas próprios desse percurso. Daremos ênfase à reflexividade deste processo, considerando-se que a atuação descrita se deu em um ambulatório cuja proposta é precisamente avaliar a influência determinantes que extrapolam a dimensão biomédica das experiências de adoecimento mental.

Todos os autores deste trabalho atuaram ou atuam no ProSol: uma, como psiquiatra supervisora desde 2014; dois como residentes em psiquiatria, sendo responsáveis pelos atendimentos, em 2022; e um como antropólogo do serviço, entre 2017 e 2021. Utilizou-se, portanto, a auto-etnografia como ferramenta teórico-metodológica de coleta de dados, reconhecendo nossa própria experiência enquanto um fenômeno social passível de análise (Edwards, 2021) que conecta o autobiográfico - no caso, a atuação profissional em um ambulatório psiquiátrico - ao social e cultural (Ellis, 2004). Assim, apresentaremos uma observação de nossa participação destinada a produzir uma narrativa (auto)etnográfica (Tedlock, 1991) por meio de um relato de caso, aportando reflexividade epistemológica sobre nossa própria participação em campo e sobre as categorias que empregamos na negociação empreendida durante o processo diagnóstico.

O artigo está dividido em três seções. A primeira dedica-se a delinear o diagnóstico psiquiátrico enquanto uma categoria social e cultural.

Argumentamos que o processo de estabelecimento e consolidação de categorias diagnósticas em uma relação clínica é informado pelo contexto no qual ele se dá. Na configuração analisada neste artigo, essas categorias são frequentemente tomadas como hermenêuticas e de avaliação eminentemente clínica - i.e., aferidas por meio da avaliação da equipe de profissionais sem auxílio de marcadores de determinação biológica das patologias diagnosticadas. Buscaremos, portanto, refletir sobre nossa própria inserção no contexto, e sobre como tal inserção atua na fabricação do diagnóstico, procurando apontar os viesamentos derivados de nossa própria atuação. As categorias diagnósticas psiquiátricas são tomadas aqui enquanto categorias sócio-culturais que variam a partir da posicionalidade daqueles que as acionam, inclusive médicos e residentes.

Na segunda seção, passamos a discutir a construção histórica das categorias de transtorno de personalidade, de maneira ampla, e especificamente do Transtorno de Personalidade Borderline (TPB). Essa remissão é necessária para contextualizar a emergência das categorias diagnósticas acionadas pela equipe médica para lidar com o caso da imigrante nigeriana analisado. Discutimos os determinantes sociais e culturais de tais transtornos, e como suas categorias diagnósticas correspondentes, apesar de consideradas universais da perspectiva psiquiátrica, são categorias situadas historicamente, econômica, social e culturalmente. Finalmente apresentamos a categoria diagnóstica de TPB, ressaltando questões colocadas pelos processos migratórios quando da elaboração deste diagnóstico específico, sublinhando os desafios colocados a profissionais da psiquiatria em um contexto de contato ou fricção entre dois diferentes sistemas de crença e de simbolização.

Por fim, passamos à discussão do processo diagnóstico da imigrante nigeriana igbo, iniciando pela apresentação do ambulatório, sua história e sua orientação teórico-epistemológica. Descrevemos seu caso, as percepções da equipe médica e o processo de negociação para o estabelecimento de seu diagnóstico, relatando como a posicionalidade dos médicos envolvidos afeta e altera as leituras feitas, interferindo na adoção de determinada categoria diagnóstica. Em um contexto onde todos são antropólogos (Wagner, 2012; Viveiros de Castro, 2002) - i.e., todos atores deste cenário são agentes de formulação de discursos e elucubrações teóricas sobre o que é um sujeito, uma cultura, uma sociedade e um saber -, e em que o estabelecimento e a consecução de uma relação são centrais para a definição de uma categoria explicativa do infortúnio da paciente, as leituras da equipe médica sobre a situação são feitas de maneira reflexiva, e o manejo clínico aparece como fator importante para a definição do diagnóstico. Frisamos também a importância de se tratar as categorias diagnósticas com uma abordagem não totalizante de maneira a não circunscrever a ideia de personalidade à ideia de transtorno.

---

## O DIAGNÓSTICO PSQUIÁTRICO COMO CATEGORIA SOCIAL E CULTURAL: REFLEXÕES E METODOLOGIA

O processo diagnóstico - i.e., a avaliação de um indivíduo enfermo ou vítima de algum infortúnio e a subsequente atribuição de determinadas categorias de doenças padronizadas presentes em dado contexto - é pilar fundante da biomedicina. Este processo também é fundamentalmente uma prática social e cultural (Blaxter, 1978; Brown, 1990; Rosenberg, 2002; Jutel, 2009; 2015). As categorias e o processo diagnóstico são imprescindíveis para a produção da autoridade biomédica (Armstrong, 2011), e seu reconhecimento pode conferir legitimidade ao status de “doente” do paciente e mediar o acesso a determinados recursos no âmbito dos sistemas de saúde (Jutel e Nettleton, 2011; Petryna, 2013). Os diagnósticos podem simultaneamente ser caracterizados como forma de controle social (Brown, 1990) e fundamentar novas relações de solidariedade e processos de subjetivação (Rose e Novas, 2005). Por fim, os processos diagnósticos habitam uma zona de constante contestação, seja em razão das incertezas inerentes ao processo de encaixar experiências individuais em uma categoria supostamente universal, ou pelas contestações sociais e políticas acerca dos significados, conteúdos e implicações de categorias particulares de definição de processos de adoecimento (Nettleton et al., 2014; Pickersgill, 2014).

A análise de processos diagnósticos, em especial dos diagnósticos psiquiátricos, por parte da antropologia remonta ao início do século XX<sup>5</sup> (Kaiser e Kohrt, 2019). O clássico *Sexo e Temperamento*, de Margareth Mead, já questionava, em 1935, o essencialismo biológico subjacente às normas de gênero, estabelecendo as bases para críticas antropológicas que desafiavam o consenso científico da psiquiatria à época, que definiam a homossexualidade enquanto uma doença mental (Mead, 2000). A antropologia da saúde e a antropologia médica foram responsáveis por estabelecer que o diagnóstico recebido por pacientes era intimamente relacionado à sua etnicidade e classe social (Good e Good, 1986), que aspectos culturais e a relação entre pacientes e curadores eram fulcrais para a definição de diagnósticos (Kleinman, 1977), e que a própria revolução terminológica ocorrida a partir da terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-III) da Associação Americana de Psiquiatria, e mantida nas edições subsequentes, respondia a uma necessidade política de construção de categorias diagnósticas “a-teóricas” e “objetivas”, e era orientada por uma perspectiva fisicalista dos transtornos mentais representada por uma corrente hegemônica entre os psiquiatras daquele país (Russo e Venâncio, 2006).

---

<sup>5</sup> É, aliás, atribuído ao antropólogo Edward Sapir, parte do movimento teórico da antropologia conhecido como *Cultura e Personalidade* - integrado pela já citada Margareth Mead e por Ruth Benedict -, a primeira referência ao campo disciplinar conhecido como psiquiatria cultural, uma proposta de unificação dos campos da etnologia e da psicanálise (Sapir, 1938).

Também são cada vez mais comuns as abordagens que tratam categorias diagnósticas enquanto eminentemente hermenêuticas e passíveis de tradução - frequentemente nomeadas como inter ou transculturais, e utilizadas em contextos de interstício entre os saberes modernos e extramodernos. Majoritariamente circunscritas à psiquiatria, essas abordagens baseiam-se na presunção de que determinadas etapas do processo de elaboração diagnóstica podem ser influenciadas por fatores sociais e culturais, alterando, assim, sua nomenclatura, a percepção qualitativa dos grupos que as produzem, a conformação do setting clínico destinado a desvendá-la, e as abordagens terapêuticas adotadas. Ainda assim, em se tratando de um mesmo fenômeno, seria possível identificar uma sintomatologia que extrapola às particularidades culturais, ainda que influenciada por elas, cabendo aos psiquiatras realizarem uma construção hermenêutica das categorias diagnósticas.

As principais correntes da psiquiatria social e cultural, transcultural, intercultural ou etnopsiquiatria - todas nomenclaturas que definem um arcabouço metodológico e teórico próprios - dividem-se entre aquelas produzidas no mundo anglófono, cujos principais expoentes são Arthur Kleinman (1977, 1988) e Laurence Kirmayer (2006), e aquelas produzidas no mundo francófono, cujos principais expoentes são George Devereux (1978), Tobie Nathan (s.d.) e Marie-Rose Moro (2015, 2018). A etnopsiquiatria francesa possui profunda influência da psicanálise e do estruturalismo francês, enquanto a psiquiatria social e cultural, ou psiquiatria transcultural, anglófona possuem um diálogo mais próximo da psiquiatria fisicalista ou biologicista estadunidense (Branco-Pereira, 2020a; 2022).

Assim, este trabalho propõe analisar o processo diagnóstico por meio de uma postura de reflexividade epistemológica crítica, apontando como as negociações diagnósticas se apresentam como processos dinâmicos que envolvem pacientes, equipes de saúde e seus contextos sociais, culturais, étnico-raciais e de classe. Buscamos refletir sobre nossa própria inserção no contexto, e sobre como tal posicionalidade influencia na fabricação do diagnóstico. As categorias diagnósticas são tomadas aqui enquanto categorias sócio-culturais que variam a partir da posicionalidade daqueles que as acionam, inclusive médicos e residentes. Assim, este trabalho evitará a reificação da ideia de alteridade radical atribuída a grupos sociais considerados extramodernos - i.e., excluídos da modernidade e de sua perspectiva ontológica universalizante. Apresentaremos uma observação da participação destinada a produzir uma narrativa (auto)etnográfica (Tedlock, 1991) por meio de um relato de caso, aportando reflexividade epistemológica sobre nossa própria participação em campo e sobre as categorias que empregamos na negociação empreendida durante o processo diagnóstico.

Consideramos que etnografia não é um método, mas uma teoria vivida (Peirano, 2008 e 2014). Dessa forma, nossa inserção longitudinal no ambulatório nos permite contribuir com dados etnográficos coletados ao longo das consultas, além de permitir uma reflexão sobre a atuação de médicos e residentes e

a agência de determinadas categorias diagnósticas, tomadas aqui como categorias sociais e culturais. Este também é um trabalho autoetnográfico na medida em que reconhece nossa própria experiência enquanto um fenômeno social passível de análise (Edwards, 2021) que conecta o autobiográfico - no caso, a atuação profissional em um ambulatório psiquiátrico - ao social e cultural (Ellis, 2004). Como argumenta Yin (2012), mesmo um único relato de caso pode fornecer contribuições teóricas relevantes.

Passaremos agora à apresentação da história das categorias diagnósticas de transtornos de personalidade, e os desafios que isso representou para a prática profissional de psiquiatras.

---

## HISTÓRICO DE TRANSTORNO DE PERSONALIDADE COMO CATEGORIA E DESAFIOS

A busca por categorias para classificar e tipificar personalidades consideradas disfuncionais acompanha a história da psiquiatria - um saber produzido a partir de um contexto e um processo histórico particulares (Foucault, 2011; 2019). O termo “personalidade” passa a ser usado de maneira corrente a partir do século XVIII para designar traços mais distintos de um indivíduo, podendo ir do normal ao patológico (Crocq, 2013). A reflexão sistemática sobre a categoria da personalidade, no entanto, foi estruturada pelos saberes psi a partir da Psicologia apenas na década de 1930, por meio do trabalho de Gordon Allport (1971 [1937]). A partir deste momento, inicia-se o desenvolvimento de uma metodologia para avaliar a categoria, buscando definir o termo e os elementos que o constituem, ou os “traços de personalidade”. Allport definia a personalidade como uma “organização dinâmica, dentro do indivíduo, dos sistemas psicofísicos (hábitos, atitudes, sentimentos e disposições de outras ordens), que determinam seu ajuste único ao ambiente” (Allport, 1971 [1937]). Já os traços de personalidade, conceito melhor estruturado por Cattell (1950) (apud Hall et al., 2000), mas já presente na obra de Allport, constituiria a estrutura mental que definiria os padrões de comportamento e das relações dos sujeitos. Tal categoria motivou a construção de um sistema de classificação das personalidades baseado em comportamentos observados pelos psicólogos em suas pesquisas sobre os padrões de regularidade desses comportamentos (Cattell 1950 apud Hall et al., 2000).

Atualmente, a Associação Americana de Psicologia (APA Dictionary of Psychology, n.d. - Vandenbos), define personalidade como uma:

configuração duradoura de características e comportamentos que envolvem a adaptação única de um indivíduo à vida, inclui traços maiores, interesses, desejos, valores, conceito de si, habilidades e padrões emocionais. Personalidade é geralmente vista como uma integração complexa e dinâmica ou uma

totalidade formada por várias forças, incluindo tendências hereditárias e constitucionais; maturação física; treinamentos precoces; identificação com indivíduos e grupos significativos; valores e papéis culturais condicionados e experiências e relacionamentos críticos (tradução dos autores)<sup>6</sup>.

A definição das personalidades “anormais” na psiquiatria requer a existência de características comportamentais estáveis ao longo de determinado período de tempo, observáveis em diferentes indivíduos e que trariam prejuízos à pessoa em suas interações sociais. Psiquiatras como Philippe Pinel, Jean-Étienne Esquirol, no século XVIII, e James Prichard, Emil Kraepelin e Kurt Schneider nos séculos XIX e XX descreveram personalidades consideradas anormais em suas obras. Em paralelo, a psicanálise foi se desenvolvendo e ressaltou o papel das experiências de vida (Crocq, 2013) na definição da personalidade e seus transtornos. O trabalho e os relatos destes e de outros pesquisadores serviram de base para a construção da categoria de “transtorno de personalidade”, surgida no DSM em sua primeira versão (DSM-I), de 1952<sup>7</sup>. Essa categoria e suas subdivisões se popularizaram a partir do DSM-III, com a definição de 11 subtipos de transtornos de personalidade. Como apontado acima, o DSM-III realizou uma revolução terminológica e tornou-se difundido mundialmente por suas categorias serem supostamente baseadas em melhores evidências científicas.

O modelo nosológico para transtornos de personalidade, portanto, apresentou-se de forma categorial, com critérios diagnósticos a serem preenchidos e que determinam a presença ou não do transtorno de personalidade e de qual seria o seu tipo (Coolidge e Segal, 1998). Uma alternativa ao modelo nosológico categorial é o modelo dimensional, que compreende transtornos como parte de um continuum entre normalidade e anormalidade (Trull e Widiger, 2013). Na quinta e mais recente versão do DSM (DSM-5), os transtornos de personalidade são apresentados como sendo dimensionais. O DSM-5 define o transtorno de personalidade como “um padrão persistente de experiência interna e de comportamento que se desvia acentuadamente

---

<sup>6</sup> “Enduring configuration of characteristics and behavior that comprises an individual’s unique adjustment to life, including major traits, interests, drives, values, self-concept, abilities, and emotional patterns. Personality is generally viewed as a complex, dynamic integration or totality shaped by many forces, including hereditary and constitutional tendencies; physical maturation; early training; identification with significant individuals and groups; culturally conditioned values and roles; and critical experiences and relationships” (APA, 2023, s.f.).

<sup>7</sup> É importante frisar que o esforço de construção de uma arqueologia da categoria de transtornos de personalidade serve ao propósito de contextualizar histórica e socialmente a análise empreendida neste trabalho, não esgotando as abordagens possíveis ao problema. Embora existam abordagens que apontam para a necessidade de contextualização sociocultural da sintomatologia e do processo diagnóstico em saúde mental, como descrito em diferentes seções deste artigo, resgatar a construção da categoria a partir da perspectiva da psiquiatria serve ao propósito de fornecer contexto à criação deste campo do saber, situando-o enquanto local e particular, e não enquanto universal ou universalizável.



das expectativas da cultura de determinado indivíduo (...) normalmente começa na adolescência ou no início da fase adulta, é estável ao longo do tempo, e leva a sofrimento do indivíduo acometido e de seu círculo social próximo e prejuízos de diversas ordens.” (APA, 2013). Ele apresenta uma lista de dez transtornos específicos e uma seção em anexo com um modelo alternativo para os transtornos de personalidade. Nesta seção, apresenta-se a avaliação da personalidade pelo modelo de cinco fatores da personalidade (MCF). A proposta é que quando for difícil encaixar uma pessoa em algum dos transtornos específicos descritos, o psiquiatra recorra a esta seção para guiá-lo no mapeamento dos traços de personalidade que estariam sendo mais problemáticos (APA, 2013). O MCF é resultado de estudos mundiais que mapearam em diversos países palavras usadas para caracterizar e definir traços de personalidades. A partir destes resultados, estruturaram o MCF (Trull e Widiger, 2013). Este modelo propõe a avaliação da personalidade a partir de cinco domínios amplos de variação dos traços de personalidade, cada domínio teria um pólo positivo e um pólo negativo. Determinadas combinações de traços numa forma que traga prejuízo ao indivíduo levaria a uma classificação de transtorno de personalidade (APA, 2013). Ainda há muita discussão em relação à melhor forma para estruturar uma classificação dos transtornos de personalidade (Trull e Widiger, 2013; Crocq, 2013).

É necessário sublinhar que diferentes abordagens problematizam a atribuição de categorias diagnósticas a nível individual, situando os determinantes da saúde mental em dimensões extra-individuais. Ao criticar a psicanálise e a psiquiatria eurocentrismo, Frantz Fanon mobiliza a categoria de sociogênese do sofrimento mental (2020 [1952], pp. 45), que deveria articular-se com o que ele chama de organogênese - as dimensões biológica e neurosináptica da patologia - e a psicogênese - a dimensão psicológica da patologia - em uma abordagem semelhante à teoria do complementarismo de Devereux citada anteriormente. Assim, a abordagem sociogênica deveria levar em consideração a participação fundamental de fatores externos às dimensões biopsicológicas, que não seriam nem orgânicos, nem psíquicos, mas antropológicos, no desenvolvimento de patologias mentais (Fanon, 2020 [1952], pp. 94).

Também a noção de sofrimento social é relevante nesse contexto. Articulada por Arthur Kleinman, já mencionado anteriormente, Veena Das e Margaret Lock, o sofrimento social resulta daquilo que o poder político, econômico e institucional faz às pessoas e, reciprocamente, de como essas formas de poder influenciam nas respostas aos problemas sociais (Kleinman, Das e Lock, 1997, pp. ix). Assim, sob a rubrica do sofrimento social inserem-se condições que normalmente estariam separadas em diferentes campos e que simultaneamente envolveriam questões legais, morais, religiosas, de saúde e de seguridade social. Dessa forma, o sofrimento torna-se uma experiência eminentemente social influenciada por determinantes extra-individuais.

Por fim, é preciso ressaltar também que as categorias de transtornos de personalidade trazidas aqui sob a perspectiva da biomedicina são eminentemente relacionais, e seus diagnósticos clínicos são realizados por

meio da observância das relações dos indivíduos avaliados. Dessa forma, como apontado em outras seções deste artigo e em outros trabalhos (Branco-Pereira, 2020b), ainda que a biomedicina atribua ao seu próprio processo diagnóstico a preponderância da dimensão individual dos transtornos mentais, em geral, e de personalidade, em específico, para elaboração de seus processos diagnósticos, é nas relações que seus efeitos se tornam visíveis, e é elas que serão submetidas ao escrutínio dos profissionais de saúde imbuídos na investigação diagnóstica.

Entre os dez transtornos de personalidade específicos descritos no DSM-5, destacamos o Transtorno de Personalidade Borderline (TPB). Da maneira como é entendido pela psiquiatria contemporânea, caracteriza-se por relações interpessoais conflituosas, instabilidade afetiva, medo de abandono, hipersensibilidade a circunstâncias ambientais, o que levaria a expressões exageradas de emoções e comportamentos considerados problemáticos (como explosões de raiva e agressividade). Também pode haver uma impulsividade aumentada, levando a problemas com compulsões, automutilação, ameaças e tentativas de suicídio (APA, 2013). O termo “borderline” foi cunhado pelo médico e psicanalista Adolph Stern, em 1938, referindo-se a quadros que estariam no limite/fronteira (border) da psicose e da neurose, estruturas mentais propostas por Freud (New e Triebwasser, 2018). Em 1967, o psicanalista Otto Kernberg definiu uma “organização de personalidade borderline”, na tentativa de juntar as diferentes descrições e características presentes na literatura médica, estabelecendo-a como uma “patologia do caráter”. Os casos que esses psicanalistas estavam tentando categorizar eram considerados difíceis, com baixa adesão ao tratamento, hospitalizações frequentes e pouca melhora observada (Londoño Paredes, 2015). Em paralelo, alguns pesquisadores focaram em descrever o quadro a partir de observações e comportamentos, com importante participação do psiquiatra John Gunderson, que incluiu a categoria no DSM-III e desenvolveu uma entrevista diagnóstica (New e Triebwasser, 2018).

Pessoas com TPB são consideradas “pacientes difíceis”, sendo estigmatizadas negativamente por profissionais de saúde, inclusive os de saúde mental. São pacientes considerados pouco aderentes ao tratamento, que tentam manipular os profissionais que os acompanham e desafiam a autoridade médica. Melhoras clínicas costumam ser discretas e lentas. Também são pacientes demandantes, que tendem a buscar frequentemente psiquiatras e psicólogos fora do âmbito da consulta (McKenzie et al., 2022). Medicamentos são utilizados para tratar sintomas pontuais e outros transtornos (como depressivos, ansiosos) comórbidos. A psicoterapia é considerada o tratamento mais importante e eficaz, havendo diferentes abordagens desenvolvidas especificamente para TPB. Para os psiquiatras, as principais orientações não dizem respeito à medicação, mas a como se posicionar na relação, como responder a demandas e se expressar com o paciente (Zanarini e Conkey, 2017), ressaltando a importância da relação tanto para o diagnóstico, quanto para a boa consecução da abordagem terapêutica.

Desde a perspectiva da psiquiatria, compreende-se que os transtornos de personalidade em geral, e o TPB em particular, seriam fenômenos universais<sup>8</sup> cujas apresentações seriam influenciadas por aspectos históricos, sociais e culturais. Neste sentido, a categoria poderia ser reconhecida por uma essência comum - ou a dimensão ontológica da doença - que transcenderia tais aspectos, e se manteria constante para além das influências sócio-históricas.

Este paradigma é tomado como referência para psiquiatras formados e em formação hoje. Dessa forma, a questão latente para profissionais da psiquiatria durante o processo diagnóstico que definirá determinada categoria diagnóstica que enquadre determinada experiência está ligada à sua etiologia: seriam os fatores ambientais (i.e., relacionais, sociais, culturais, e outros) ou os biológicos os mais determinantes no aparecimento e desenvolvimento deste transtorno? Enquanto a discussão feita a partir da psicanálise destaca o papel disso que se chama de fatores ambientais, de experiências vividas e, principalmente, de traumas sofridos, em especial em idade muito jovem; aquela feita sob a perspectiva da psiquiatria busca uma base neurobiológica para o transtorno (New e Triebwasser, 2018). Hoje em dia, para os psiquiatras, os transtornos de personalidade são concebidos como resultantes da interação entre ambiente, a biologia e aspectos psicológicos. Considera-se, na literatura psiquiátrica atual, que o TPB está presente em diferentes culturas, o que seria validado por estudos epidemiológicos (Id. *Ibid.*).

É uma característica comum à concepção nosológica dos diferentes transtornos de personalidade um desvio das normas comportamentais vigentes em uma sociedade ou em determinados códigos culturais e sistemas de crenças. No entanto, é observável que tais normas variam de uma cultura para outra. Utilizando a categoria de TPB, pode-se vislumbrar como critérios diagnósticos usados para a sua identificação podem ser inconsistentes em outros ambientes sociais e históricos onde os comportamentos identificados como desviantes poderiam ser aceitos ou compreensíveis. Destaca-se o suicídio como resposta possível a constrangimentos sociais e familiares no Japão e automutilação em rituais em certas contextos na Índia, Malásia e Oriente Médio (Neacsiu et al., 2017). Soma-se a isso a compreensão de que uma cultura não é uma entidade estanque e homogênea, mas sim um agregado heterogêneo e dinâmico de relações interpessoais, sociais e institucionais podendo abarcar simultaneamente percepções contraditórias acerca de diversos comportamentos.

A sobreposição destes níveis de complexidade gera importantes desafios para abordagens transculturais ao se tentar categorizar o que é uma personalidade normal ou desviante, havendo o risco da imposição dos valores do examinador (normalmente valores ocidentais, brancos e de

---

<sup>8</sup> Para uma problematização sobre categorias diagnósticas psiquiátricas enquanto fenômenos universais, cf. Branco-Pereira (2022).

classe média alta) em determinados casos (Ryder et al., 2015). Portanto, a sensibilidade e a reflexividade do profissional às diversas dimensões descritas, é fundamental, principalmente em contextos de avaliação de personalidade de pessoa advinda de um contexto cultural distinto daquele do examinador. Essas características tornam-se ainda mais importantes na medida em que a paciente examinada está imersa em um contexto social e cultural de grande vulnerabilidade e diferente daquele de origem, o que ocorre no caso de muitos migrantes internacionais.

### **Transtornos de personalidade, migração e situações de vulnerabilidade**

O estudo sobre a relação entre transtornos mentais e fenômenos migratórios existe há longo tempo na psiquiatria, e abrange uma série de categorias psicopatológicas (Bhugra, 2004). A migração é comumente referida como produtora de estressores particulares derivados do processo de migrar e de aculturação<sup>9</sup>, tomada aqui como a falta de integração sociocultural. Esses fatores são considerados de risco para a eclosão ou intensificação de transtornos latentes, entre eles o TPB (Neacsiu et al., 2017). O ato de migrar figuraria assim como um estressor adicional em sujeitos que já possuíam histórico de estressores em outras fases da vida, mas que só viriam a manifestar sintomas quando a proteção oferecida por seu contexto sociocultural, como suporte familiar, coesão social e outros, fosse retirada (Najjarkakhaki e Ghane, 2021). Também é preciso ressaltar a existência de vieses raciais e de gênero na produção do diagnóstico de TPB - 75% dos diagnósticos do transtorno são realizados em mulheres (Qian et al., 2022) - assim como uma baixa sensibilidade a fatores culturais (Neacsiu et al., 2017) e a importância de avaliar fatores socioeconômicos como possíveis confundidores (Ryder et al., 2015).

Outro fator importante a ser considerado são possíveis reações à migração e ao processo de contato cultural e adaptação a determinado contexto social, que podem ser confundidas com sintomas de transtornos de personalidade por um examinador de uma sociedade ou cultura distintas da do paciente. Imigrantes com comportamentos direcionados a priorizar objetivos psicossociais - conquistar uma rede de apoio, adaptação ao contexto local - ou econômicos - buscar um emprego, segurança financeira e conforto material - poderiam ser avaliados por psiquiatras que desconsiderem fatores

---

<sup>9</sup> Reconhecemos que o termo aculturação tem uma conotação bastante pejorativa desde a perspectiva das Ciências Sociais, muito embora o termo tenha se popularizado na antropologia estadunidense nas décadas de 1930 e 1940 (Leal, 2011). O termo se referia, à época, ao que se chama de "antropologia do contato", dedicando-se a analisar os processos de mudanças culturais derivados do contato entre culturas diferentes, onde uma terminaria suplantada pela outra. A crítica ao termo tornou-o de uso problemático para antropólogos, mas é uma categoriaêmica de uso corrente na psiquiatria e na psicologia.

socioculturais no processo diagnóstico como tendo uma busca excessiva por status ou controle, algo que pode ser interpretado como um traço disfuncional indicativo de um transtorno mental subjacente. Concomitantemente, o processo de ajustamento a uma realidade socioeconômica distinta após a migração, chamada de inconsistência de status (Cavalcanti, 2015), pode gerar um conteúdo de fala muito ligado ao engrandecimento das condições passadas, algo que poderia ser interpretado por psiquiatras, como um traço narcisista disfuncional. Imigrantes lidando com a sensação de isolamento e alienação pós-migração, distanciamento de relações afetivas prévias e estranhamento social podem ter comportamentos ou falas que lembrem características de TPB como uma identidade mais fragmentária e lábil ou medo de abandono (Najjarkakhaki e Ghane, 2021).

Existem ainda traços e comportamentos que seriam aceitos ou compreendidos em algumas culturas e que não seriam em outras. Poderiam, portanto, ser entendidos como contribuindo para uma personalidade disfuncional. Um exemplo ilustrativo é o da suposta identificação de um transtorno mental batizado de Pibloktoq (também conhecida como Histeria Ártica) no início do século XX. Baseado em relatos de exploradores Euro-Americanos, seria uma síndrome específica dos povos Inuits do norte do Canadá caracterizada por desorganização do comportamento e desmaios. Sua explicação foi debatida por acadêmicos ocidentais contemporâneos aos relatos como se centrando ora em uma variação da histeria freudiana ora em simulação evidenciando a construção de um suposto conhecimento baseado em paradigmas europeus de nosologia. Entende-se hoje que a Histeria Ártica emergiu de uma leitura eurocêntrica de uma coleção díspar de comportamentos, crenças e símbolos particulares da cultura Inuit no contexto de exposição ao contato, muitas vezes violento, com populações colonizadoras (Dick, 1995). Em populações colonizadas e/ou submetidas à opressão sistêmica, características como hipervigilância e suspeição (desenvolvidas como estratégias de enfrentamento) podem ser interpretadas como traços de personalidades paranóides ou esquizotípicas (Najjarkakhaki e Ghane, 2021). Tais exemplos apontam que, mesmo para além de um entendimento baseado em fragilidades latentes exacerbadas por estressores, o processo de migração pode somar diversos níveis de complexidade ao uso de categorias universais para transtornos de personalidade simplesmente pelas diferenças socioculturais entre examinador e examinado.

A importância dessa complexidade se amplia quando se considera as consequências de sobrediagnosticar e subdiagnosticar transtornos de personalidade. Mesmo fora do contexto transcultural, um diagnóstico de transtorno de personalidade, e de TPB em particular, pode ser uma experiência bastante estigmatizante para um usuário do sistema de saúde tanto pela vivência de invalidação do sofrimento associado às suas demandas psíquicas quanto pela dificuldade de acesso a cuidado adequado (Klein et al., 2022). Discute-se ainda o risco de se incorrer em uma espécie de essencialismo psicológico com o uso da categoria e assim invisibilizar

componentes estruturais que podem dar dimensões de gênero, raça e classe para a constituição deste diagnóstico. Isso se torna ainda mais premente com populações migrantes, onde a interface com questões socioeconômicas, de classe e culturais é, por vezes, mais aguda. Por outro lado, existem riscos associados ao não reconhecimento de supostos transtornos de personalidade nesta população levando a diagnósticos equivocados, tratamento inadequado e ineficiência do sistema de saúde (Najjarkakhaki e Ghane, 2023).

Imigrantes e refugiados não migram apenas entre fronteiras, mas também entre diferentes concepções de saúde e doença e diferentes sistemas de saúde. Eles enfrentam diversas barreiras de acesso a esses serviços, como questões linguísticas e culturais, exigência de documentação e regramento de acesso não equitativo, desconhecimento sobre funcionamento dos sistema, compreensão da territorialização dos equipamentos públicos de saúde, horários de funcionamento restritos e diversos outros (Martin et al., 2022; Branco-Pereira, 2023 no prelo). A relação entre profissional e paciente é frequentemente mencionada como um dos obstáculos para o acesso pleno aos serviços de saúde. Um profissional de saúde que enfrente barreiras linguísticas e culturais e pouco se esforce para realizar uma adequação no momento da consulta, desconheça os direitos desses pacientes, demonstre preconceitos - em relação a raça, status documental e migratório, nível socioeconômico - conscientes e inconscientes, pode causar no paciente um grande desconforto, fazendo com que ele evite buscar novamente o serviço de saúde.

Um elemento de importância crucial na relação médico paciente é o estabelecimento de confiança, algo especialmente relevante no caso de pessoas refugiadas. Quando há antecedentes de perseguições, violências e exploração, assim como dificuldades enfrentadas no país de chegada, seja com acesso a moradia, emprego, documentação, ou com experiências discriminatórias que ocorram de maneira direta, como o racismo, há também o estabelecimento de uma relação de desconfiança por parte dessas pessoas em relação aos serviços públicos. Assim, muitas vezes, a consulta médica para esses pacientes demandará mais tempo, paciência e sensibilidade. Alguns estudos apontam que os elementos mais importantes para que pacientes migrantes consigam estabelecer uma relação terapêutica de confiança são o profissional de saúde demonstrar que realmente se importa, estar disponível para ajudar e não apressar a consulta e os pacientes (Shannon, 2014; Deps e Charlier, 2020; Radl-Karimi et al., 2022). Além disso, a consulta precisa acontecer num local que a pessoa se sinta segura e que tenha privacidade (Radl-Karimi et al., 2022). Assim, é necessário apoio da instituição aos profissionais, para garantir que eles tenham uma estrutura para prover um atendimento de qualidade.

Há também algumas recomendações de boas práticas a profissionais de saúde para melhorar a compreensão da situação de vida e percepções do migrante, facilitar o estabelecimento de boa relação terapêutica e garantir melhor aderência ao tratamento. O profissional deve assumir

uma postura empática, não julgar, basear suas estratégias de cuidado nos valores do paciente, evitar preconceitos e vieses éticos e ideológicos, sejam conscientes ou inconscientes, dar à pessoa o tempo necessário para que ela fale de seus antecedentes traumáticos, questionar sobre as diversas preocupações presentes (documento, família, moradia, emprego etc), ter algum conhecimento da situação no país de origem, prováveis motivos para a migração e prováveis violências sofridas (Deps e Charlier, 2020; Radl-Karimi et al., 2022). Refugiados frequentemente ressaltam a importância de o profissional de saúde questionar sobre o contexto histórico dos sintomas e doenças, pois muitos percebem uma relação entre a queixa e suas experiências em seus países de origem, conflitos, violências, perdas (Shannon, 2014). Dessa forma, realizar um diagnóstico de TPB numa pessoa oriunda de cultura diversa do psiquiatra, com antecedentes de violências diversas e que passou por um processo migratório mostra-se um desafio para profissionais que pretendem ser cuidadosos e reflexivos com sua prática. Há o receio das implicações que um rótulo como esse possa trazer ao paciente, à relação estabelecida e à terapêutica oferecida. Após apresentarmos brevemente como o serviço onde atuamos funciona, descreveremos o caso de Kambili como emblemático da dificuldade em realizar diagnóstico desse tipo de transtorno nesse contexto.

---

## O PROGRAMA DE PSIQUIATRIA SOCIAL E CULTURAL (PROSOL)

O Programa de Psiquiatria Social e Cultural (ProSol) é um serviço psiquiátrico do SUS que fornece atenção médica a populações migrantes, refugiadas, surdas e indígenas, estando inserido no IPQ -HCFMUSP. Ele propõe estabelecer, na estruturação do planejamento terapêutico dos pacientes atendidos, um diálogo entre a dimensão psiquiátrica e as dinâmicas sociais e culturais dos transtornos e perturbações mentais (Carvalho et al., 2018; Branco-Pereira, 2020a, 2022a e 2022b). Sua fundação foi descrita na introdução.

Inicialmente exclusivo a migrantes e refugiados, os atendimentos expandiram-se para a população surda, uma vez que seu fundador se comunica em Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS). Os atendimentos, no início, eram realizados por ele e por psiquiatras voluntários, além de internos - alunos da graduação de Medicina do 5o. ano da FMUSP. O ambulatório tornou-se estágio obrigatório para metade dos residentes de psiquiatria<sup>10</sup> do 2º Ano em 2012, passando a realizar os atendimentos dos pacientes do ambulatório. Essa mudança também implicava a inclusão, no conteúdo didático e prático da formação desses residentes, de conteúdos ligados à saúde mental e migração.

---

<sup>10</sup> Residentes em psiquiatria são médicos graduados em processo de especialização para atuar como psiquiatras.

A partir de 2014, novos psiquiatras assistentes voluntários<sup>11</sup> passaram a integrar a equipe. Esses psiquiatras atuaram para implementar mudanças no referencial teórico que guiava a estruturação de atividades didáticas e na conduta clínica dos residentes. Foram adotados referenciais da Psiquiatria Cultural, descritos mais detidamente adiante. Desde 2015, toda a equipe, incluindo os residentes e psiquiatras assistentes, participam semanalmente de atividades didáticas em que são abordados conteúdos relevantes ao atendimento das populações atendidas no ambulatório e os referenciais teóricos da Psiquiatria Cultural. Atualmente, os atendimentos são realizados por residentes que discutem os casos com psiquiatras assistentes voluntários, também chamados de supervisores.

O ambulatório conta, há alguns anos, com profissionais não-médicos na equipe, geralmente psicólogos voluntários. Eles, no entanto, atuavam de maneira difusa, já que o ambulatório não oferece psicoterapia de curta ou de longa duração no próprio serviço, sendo os pacientes a quem isso é prescrito referenciados para realizá-la em outros serviços. Em 2018, no entanto, o ambulatório passou a contar com uma diversidade maior de profissionais não-médicos, inicialmente chamados de “gerentes de caso”, e atualmente chamados de “profissionais de referência”. Esta função começou a ser estruturada a partir da entrada de antropólogos no serviço (Branco-Pereira, 2018), surgindo como uma forma de auxiliar os atendimentos psiquiátricos realizados por meio da consideração do suporte psicossocial dos pacientes atendidos, realizando o acompanhamento dos casos e aportando considerações relevantes para a construção da estratégia de cuidado. O profissional de referência atua garantindo o seguimento longitudinal dos casos, e tem como principal função articular a rede de suporte assistencial extra-hospitalar. Em alguns casos, eles também realizam mediação cultural e tradução na consulta.

Em 2019, o serviço passou a atender populações indígenas a partir de parceria com a Casa de Saúde Indígena (CASAI) de São Paulo, dispositivo ligado à Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) do Ministério da Saúde. Atualmente, o ambulatório acompanha cerca de 30 pacientes brasileiros surdos, seguidos por 15 pacientes imigrantes e refugiados e dois pacientes indígenas. Os encaminhamentos ao serviço se dão principalmente por meio de parcerias com organizações diversas que trabalham com essas populações e identificam necessidade de avaliação psiquiátrica. Sabemos que o acesso que essas populações têm a serviços de saúde pode ser negativamente impactado em virtude de particularidades como falta de documentos, receio de sinalizar sua existência a serviços públicos mantidos pelo Estado, por falta de tradutores e intérpretes para as consultas e por experiências com racismo e outros tipos de discriminação. Poucos encaminhamentos são recebidos de serviços de saúde de atenção primária ou secundária do

---

<sup>11</sup> Os psiquiatras assistentes voluntários são médicos graduados e que já cumpriram a residência em psiquiatria, já atuando, portanto, profissionalmente enquanto psiquiatras.



SUS. Assim, a recepção de encaminhamentos oriundos de organizações que atuam diretamente com essa população tornou-se uma ferramenta eficiente de prospectar a demanda para intervenções em saúde mental, garantir a adesão e a possibilidade de acompanhamento longitudinal dos pacientes (Carvalho et al., 2018).

Dessa forma, os residentes de psiquiatria do IPq-HCFMUSP têm a oportunidade de, durante seu processo de formação profissional, trabalhar com diferentes perfis de pacientes, de origens e contextos nacionais, étnico-raciais, culturais, linguísticos, econômicos e políticos plurais, além de possibilitar o encontro entre diferentes concepções de saúde, doença, corpo, sujeito e processos de subjetivação. Por meio do encontro entre diferentes matrizes epistemológicas, sistemas de saúde, de classificação de doenças e métodos terapêuticos, os residentes, psiquiatras assistentes e profissionais não-médicos podem colocar em relevo aspectos sociais e culturais do processo diagnóstico, trazendo à tona diversos desafios à formulação diagnóstica e ao desenvolvimento de estratégias terapêuticas.

Passaremos agora a descrever a história de Kambili como forma de analisar nossa atuação durante seu processo diagnóstico.

## Kambili

Kambili<sup>12</sup> foi acolhida pela primeira vez no ambulatório quando tinha entre 30 e 40 anos. Proveniente da Nigéria, de etnia igbo, negra, estava no Brasil há cerca de 12 anos à época. Era mãe de dois filhos, separada do marido, cristã, com ensino superior completo.

O primeiro contato com Kambili foi marcado por um relato de múltiplos eventos traumáticos em diversas fases de sua vida. Na infância, ela e sua mãe sofriam agressões físicas por parte de seu pai. Kambili nos relatou que seu pai ficara frustrado por ela ter nascido mulher, e que ele constantemente desestimulava seu desenvolvimento educacional. Já na adolescência, iniciou um processo de adoecimento psíquico que perdura até o momento. Teve múltiplas tentativas de suicídio, episódios de automutilação e períodos depressivos, vindo a realizar tratamento psicoterápico e psiquiátrico ainda na Nigéria.

Na Nigéria, conheceu um rapaz que afirmava ter um emprego no Brasil e que lhe proporcionaria uma vida confortável. Kambili decidiu, então, vir para o país. Deparou-se, contudo, com uma realidade distinta da prometida: seu parceiro já tinha outros filhos, envolvia-se em relacionamentos extraconjugais e a tratava de forma violenta. Alguns anos depois, foi preso, e depositou sobre Kambili a suspeita de havê-lo denunciado às autoridades brasileiras.

---

<sup>12</sup> Nome fictício. Algumas informações do caso foram alteradas para dificultar a identificação da paciente.

Diante do ocorrido, membros da comunidade nigeriana no Brasil passaram a persegui-la e ameaçá-la, uma vez que a prisão de seu companheiro afetou suas atividades.

Na medida em que Kambili sentiu-se ameaçada e perseguida, reduziram-se suas possibilidades de relações: não podia mais frequentar determinados ambientes ou se relacionar com membros da comunidade nigeriana, perdendo rede de apoio no Brasil. Também começou ter a guarda de seus filhos questionada na justiça, pois seu ex-companheiro a acusava de submetê-los a maus tratos. Além disso, mencionava o desemprego, a insegurança quanto à comunicação em português e o fato de não poder retornar à Nigéria pois, por ser uma mulher divorciada, não seria bem recebida por sua família. Além disso, os familiares de seu ex-marido exigiam o retorno do dote pago pelo casamento, dinheiro que Kambili não possuía.

Ante o exposto, passou a procurar apoio em diversas instituições públicas e organizações não governamentais (ONGs) de apoio a imigrantes, a fim de que pudesse ter assistência jurídica, financeira e cuidados em saúde mental. Kambili foi encaminhada ao ambulatório do ProSol por um dos centros de referência para imigrantes de São Paulo, relatando as informações descritas acima e queixas psíquicas diversas. Seu encaminhamento ao ProSol não era a primeira tentativa de busca de suporte em um serviço público de saúde. Havia demandas não somente relacionadas à saúde mental, mas também financeiras e burocráticas, relativas ao processo migratório e de cidadania.

### Percepções psiquiátricas

Alguns aspectos merecem ser destacados a partir da percepção da equipe que realizou seu primeiro atendimento. Primeiramente, Kambili compareceu bastante atrasada na consulta. Ela usava vestimentas elegantes, o que destoava das informações fornecidas sobre suas dificuldades financeiras. Os profissionais responsáveis pelo acolhimento afirmaram que Kambili tinha uma atitude arrogante e blasé, comportamento que consideramos inesperado para um primeiro contato. É importante ressaltar que o encontro inicial é sempre um momento crítico do estabelecimento de relações, onde todos os compósitos da relação se analisam-se e situam-se mutuamente em códigos de leitura próprios - afinal, somos todos antropólogos (Wagner, 2012; Viveiros de Castro, 2002). Dessa forma, tanto nossa leitura inicial de Kambili, quanto a leitura que ela própria fazia da equipe, compunha uma tentativa de contextualizar a relação em vias de estabelecimento.

O contato com Kambili foi inicialmente difícil, a começar pela barreira linguística: enquanto a paciente esperava encontrar um médico fluente em inglês, o psiquiatra não possuía desenvoltura na língua. Kambili, por sua vez, falava inglês com sotaque nigeriano, com o qual o médico não estava familiarizado. Outras dificuldades de comunicação não ligadas à língua da paciente eram comuns. À medida em que a equipe solicitava informações

sobre sua biografia, Kambili respondia de maneira lacônica e desinteressada, pouco contribuindo com as tentativas da equipe médica de construção do processo de cuidado. Apresentava queixas como insônia, e a sensação de se perder nos ambientes, de maneira vaga. Quanto ao conteúdo dos sonhos, relatava cenas de cobras devorando seus filhos, ou sonhos em que ela estava sendo agredida pelo pai ou ex-marido. A equipe direcionou seus esforços para a construção de vínculo com Kambili. Sugeriu-se, durante a consulta, que o médico poderia estar incomodando-a com suas perguntas, para, na sequência, indagar como poderíamos ajudá-la da melhor maneira. Em virtude disso, ela começou a chorar e conseguiu se abrir mais para a relação.

Sua dificuldade na adesão terapêutica foi constante. Kambili também tinha a tendência de responsabilizar os profissionais de saúde por seu estado psíquico e suas condições de vida. Além disso, ela frequentemente solicitava favores que, sob nossa perspectiva, extrapolavam o escopo de responsabilidade médica, além de possuir dificuldade em aceitar sugestões de cuidados em saúde. Como exemplo dos favores solicitados, podemos listar a requisição de auxílio para obter medicações de uso controlado por conta própria, solicitação de contatos que a ajudassem ir para os EUA, pedidos de gravação de entrevista sobre violência doméstica para uma rede social, encaminhamento dos filhos a médicos e pedidos de contatos pessoais do médico envolvido no cuidado, prática incomum na atuação de médicos no serviço público de saúde. Destacamos também que a relação em construção passa por variados testes: simultaneamente, tanto a equipe médica, quanto Kambili, tateavam as possibilidades e informavam, de diferentes maneiras, o que esperavam de uma relação médico paciente e qual concepção particular de cuidado possuíam.

É também necessário ressaltar as constantes mudanças em seu planejamento de vida. Ora Kambili afirmava que iria para os EUA, ora para a Nigéria, ora ficaria no Brasil. Ademais, intercambiava frequentemente seus planos de trabalho - em determinados momentos dizia aceitar trabalhar em qualquer emprego, em outros falava em investir na carreira de influenciadora digital em prol do ativismo contra a violência contra as mulheres. Em outras ocasiões, afirmava que estava estudando neurocirurgia para realizar o sonho de ser médica - estratégia que considerávamos incompatível e destoante da usual. Igualmente, tal instabilidade era manifesta na forma como interpretava a origem de seu sofrimento, sempre unicausal - alternava entre atribuir seus infortúnios a uma maldição, a doenças mentais ou a dificuldades estritamente sociais e financeiras. Importante ressaltar aqui que Kambili mobilizava diferentes categorias de explicação para seus transtornos e infortúnios. À equipe médica, essa chamada instabilidade derivava de uma necessidade de purificar e isolar as causas das consequências observadas e observáveis. Reconhecemos que, para Kambili, todas essas causas podiam concorrer para o estabelecimento de sua condição. Também é necessário afirmar que essa era uma demonstração de que Kambili concordava possuir uma perturbação, e buscava, conosco (mas não apenas), encaixar seu infortúnio em categorias que significassem sua experiência.

Frequentemente parecia dissimular determinadas intenções. Kambili costumava mostrar mensagens que havia enviado para sua psicóloga ou para seu líder espiritual, afirmando que havia desistido da vida e que cogitava cometer suicídio, dando a entender que o fazia sem querer. Contudo, tais comportamentos eram lidos como teatrais pelo psiquiatra que a acompanhava, supondo haver a intenção de gerar algum impacto. Essa teatralidade também era presente quando fazia questão de mostrar vídeos de mulheres nigerianas sendo torturadas. Quando o psiquiatra enfatizava a necessidade de adesão ao tratamento e estabelecia limites quanto à possibilidade de sua atuação, Kambili tornava-se extremamente irritada, adotava postura combativa, responsabilizava o médico por problemas em sua vida e afirmava que ele não queria ajudá-la. Quando o psiquiatra estabelecia contato com outros profissionais envolvidos no cuidado de Kambili, eram relatados comportamentos e percepções semelhantes a respeito da paciente.

### **Manejo clínico, relação terapêutica e abordagem transcultural**

No ambulatório em que Kambili foi acolhida, os profissionais realizam não somente educação continuada sobre temas relativos à transculturalidade e ao cuidado em saúde de imigrantes e refugiados, mas também atuam de maneira interessada, engajada e sensível ao tema. Há bastante tempo para a consulta, algo relativamente pouco usual no SUS, e é realizado um questionamento amplo sobre a situação de vida atual, compreendendo que fatores relacionados ao processo migratório (pré, peri e pós) são estressores importantes. Barreiras linguísticas tentam ser contornadas da melhor forma possível com o uso de intérpretes, tradutores e ferramentas da internet, e questões socioculturais são abordadas em consulta, como descrito acima.

Kambili ressaltou a importância das questões de gênero em sua história e como isso se relaciona a sua cultura de origem. Apesar de ser igbo, ela se referia a certas situações como parte da “cultura nigeriana”.

A cultura igbo é descrita como patriarcal, com o homem ocupando lugar central nos papéis de dominância e tomadas de decisão. Isso se evidencia na transferência de bens para os herdeiros homens, o que faz com que filhos homens sejam preferidos, inclusive considera-se que um casamento ou uma família bem-sucedidos são aqueles em que há filhos homens. Mulheres, por sua vez, são estimuladas desde cedo a se casarem, inclusive para garantirem seu sustento. Uma função importante do casamento na sociedade igbo é a continuidade da linhagem e a realização da família (Osuji, 2023). Com isso, o casamento e o divórcio de Kambili adquirem outra relevância, assim como a dificuldade de ser aceita de volta em sua família de origem.

Interessante pontuar que este sexismo também tem influência da cultura ocidental e de valores judaico-cristãos, uma vez que a modernidade foi associada à ocidentalização e muitos espaços de educação formal tem base cristã (Abidogun, 2007). Inclusive, em período pré-colonial, mulheres

igbo gozavam de relativa autonomia política, tendo seus próprios conselhos para deliberarem sobre assuntos de seu interesse. Porém, mulheres não poderiam confrontar homens individualmente, mas poderiam pressioná-los enquanto grupo (Uchendu et al, 2017).

Neste sentido, não seria possível - ou desejável, em se considerando as propostas de nosso ambulatório - considerar Kambili uma expressão homogênea daquilo que se chama de cultura nigeriana, de maneira genérica, ou cultura igbo, de maneira específica. Primeiramente, esses não são blocos monolíticos e indiferenciados, ou “puros”, possuindo nuances, gradientes, incoerências e diferenças internas que também atuam como força centrípeta desses sistemas de crenças e significados. Em segundo lugar, a reivindicação para a representação das culturas extramodernas enquanto um lugar de pureza a ser poupado da contaminação ocidental deriva do pessimismo sentimental (Sahlins, 1997) que ignora a existência de uma indigenização da modernidade. Kambili não era apenas igbo ou nigeriana, e apresentava diversos traços culturais que poderiam ser qualificados por um público leigo enquanto “ocidentalizados”, ou mesmo próprios das incoerências e inconsistências particulares presentes em todas as culturas. Não seria possível estabelecer uma análise transcultural do caso se a equipe ignorasse esse fato, e tratasse Kambili apenas como uma alteridade radical extramoderna.

É importante estabelecer que a necessidade de adoção de uma ou mais categorias diagnósticas para descrever e classificar as perturbações de um indivíduo é central na psiquiatria e na medicina, pois é a adoção dessas categorias que norteia a adoção de intervenções terapêuticas. Os quadros psiquiátricos, mais do que em qualquer outra área da medicina, sofrem grande influência de fatores chamados, pelos médicos, de ambientais - i.e., do contexto mais amplo em que o paciente está inserido. Assim, pessoas podem apresentar algumas alterações que serão passageiras, reacionais a uma situação de vida e que não caracterizarão um transtorno mental. No entanto, sujeitos que estão em situações de vulnerabilidades diversas, como imigrantes e refugiados, trazem um desafio ao estabelecimento de diagnósticos psiquiátricos, seja pela possibilidade de se diagnosticar demais (sobrediagnóstico) ou não diagnosticar (subdiagnóstico). Um desafio adicional pode ser colocado: como identificar a linha tênue que separa as consequências normais e esperadas da exposição a determinadas agruras de origem social e cultural - p.ex., condições precárias de moradia e de trabalho, violência sistêmica, atribuição de diferentes significados a situações e relações, etc. - das experiências consideradas patológicas?

Para além da situação de vida e estressores diversos, ter consciência de quem e de que forma se realizam os diagnósticos é de suma importância. A psiquiatria e suas categorias diagnósticas têm muitas influências e vieses, como se pretendeu demonstrar nas seções anteriores. Além disso, o conhecimento se estruturou majoritariamente a partir de referenciais europeus e norte-americanos, o que levanta questões sobre a adequação de certas categorias e tratamentos preconizados a qualquer lugar do mundo e situações socioeconômicas.

Entretanto, a psiquiatria também tem seu grau de evidência científica e confiabilidade, senão, seria impossível a um psiquiatra exercer sua profissão e tomar decisões. Dessa forma, é preciso exercer a psiquiatria sempre tendo em mente os vieses e incertezas desta profissão. Tal postulado é ainda mais premente no trabalho com migrantes e populações historicamente marginalizadas, constituindo um grande desafio ao psiquiatra imbuído de uma prática profissional e acadêmica ciosa dos componentes sociais, culturais, étnico-raciais, econômicos. Psiquiatras são procurados para dar respostas e auxiliar na tomada de decisões, atuando frequentemente como um especialista em acertar relações sociais (Branco-Pereira, 2021). Praticar uma psiquiatria capaz de levar em conta questões culturais e sociais na concepção diagnóstica e orientação do tratamento é o ponto central do trabalho que pretende ser desenvolvido por psiquiatras do ProSol, ainda que este seja um processo repleto de percalços e dificuldades.

Outro elemento de grande importância neste trabalho é que o psiquiatra se torne consciente de sua própria posicionalidade, considerando aspectos históricos, seu gênero, sua origem étnico-racial e socioeconômica, de seu papel social como médico, da autoridade que exerce, suas expectativas em relação a si mesmo quanto ao que significa ser um bom profissional, suas bases culturais, valores pessoais e preconceitos. Este é um exercício crítico e constante de reflexividade, e, sendo etnocentrismo a mais universal das naturezas humanas (Lévi-Strauss, 2017 [1973]; Viveiros de Castro, 2004), esse exercício tende frequentemente à equivocação, embora não seja menos importante de ser realizado. Uma vez tendo uma melhor percepção de seu contexto, o psiquiatra seria mais capaz de estabelecer um diálogo com o paciente e relativizar seu conhecimento e suas verdades.

Nas primeiras avaliações de Kambili, foram aventadas hipóteses diagnósticas de transtorno de estresse pós-traumático complexo, transtorno depressivo maior e transtorno de personalidade borderline. Esta última categoria acabou recebendo mais atenção por ser um diagnóstico mais difícil de ser estabelecido, principalmente pela história e contexto de Kambili, como pontuado anteriormente. Houve, por parte da equipe, um grande receio de se assumir uma postura etnocêntrica, interpretando formas de expressão de sofrimento particulares como traços patológicos de personalidade. Além disso, uma categoria diagnóstica como essa costuma ter o efeito de invisibilizar as vivências traumáticas e violentas da paciente, assim como as dificuldades presentes pelo fato de ser migrante e não ter rede de apoio. Também foi sublinhada a questão de gênero, uma vez que o psiquiatra que a estava acompanhando era um homem cis. Dessa forma, questionamo-nos o quanto isso estaria interferindo na forma como a paciente era capaz de falar de seu sofrimento em geral, e de suas dificuldades enquanto mulher, uma vez que a pauta da violência contra a mulher era muito cara a Kambili.

Em suma, o desafio clínico se estabeleceu na medida em que tentávamos, através dos instrumentos fornecidos pela Psiquiatria Cultural, estabelecer o que constituía um transtorno mental, distinguir entre comportamentos culturalmente aceitáveis na sociedade de origem da paciente e aqueles que não eram aceitos na nossa sociedade, identificar quaisquer vieses na relação médico-paciente, superar possíveis barreiras linguísticas, compreender os fenômenos transferenciais e contratransferenciais<sup>13</sup> presentes e como todos esses fatores interagiam entre si.

A constante mudança de Kambili em seus planos de vida, sua indecisão crônica, poderia ser vista como um comportamento impulsivo e uma perturbação de identidade do TPB. Todavia, considerou-se que tais sintomas seriam passíveis de análise sob a perspectiva das constantes barreiras culturais e dificuldades socioeconômicas que a paciente enfrentava cotidianamente. A instabilidade afetiva, critério para TPB, caracterizada por alternância entre raiva, ansiedade e tristeza, seriam compreensíveis se reconhecidas as múltiplas perdas da paciente e seu futuro incerto. A perda de status social e econômico, tanto pela migração, quanto pelos problemas com a comunidade nigeriana, poderia levar a paciente à necessidade de reafirmação, sendo necessário uso de vestimentas (supostamente chamativas) que contribuam para esse processo, além da adoção de uma postura interpretada como arrogante e assertiva. Quanto à sensação de perseguição e a percepção de se perder em ambientes, foi aventada a possibilidade de sintomas paranóides e dissociativos, além da possibilidade de uma real perseguição, da rememoração de eventos traumáticos e o impacto do fato de ela ser negra em um país reconhecidamente racista quanto à necessidade de hipervigilância. O isolamento seria atrelado à falta de suporte e à necessidade de proteção quanto a uma possível perseguição.

Diante dessa análise, manteve-se inicialmente cautela quanto ao estabelecimento do diagnóstico de um transtorno de personalidade, uma vez que isso poderia significar desconsiderar os diversos fatores socioculturais envolvidos. Ademais, poderia alterar negativamente a postura de Kambili e a disponibilidade da equipe de saúde, tornando difícil a manutenção de uma relação de empatia e a busca de alternativas terapêuticas. Por outro lado, ficou-se atento quanto à possibilidade de estarmos desvalorizando comportamentos disfuncionais e originadores de intenso sofrimento psíquico, ainda que pudessem ser culturalmente sancionados ou compreensíveis pela perspectiva social, subdiagnosticando, assim, um transtorno de personalidade.

A cada consulta, Kambili trazia apenas notícias ruins, montando um cenário de tragédia em que não havia saída. Tudo o que lhe era oferecido

---

<sup>13</sup> Transferência é o processo no qual a pessoa inconscientemente projeta, em indivíduos de sua vida atual, pensamentos, comportamentos e reações emocionais que se originam em outros relacionamentos significativos ao longo de sua vida. Como a transferência, a contratransferência é um processo inconsciente que ocorre quando o médico responde à pessoa de uma forma semelhante a que usou em relacionamentos significativos do passado (Stewart et al. 2017).

como possibilidade de cuidado era negado, e passamos a nos questionar que tratamento seria possível e, na verdade, qual seria nosso papel. Em um determinado momento, apesar da presença de sintomas depressivos evidentes, Kambili confessou ter parado o uso da medicação, uma vez que percebia que o remédio a deixava mais tranquila e a auxiliava a dormir pela noite, o que a impedia de fazer vídeos em uma rede social para denunciar casos de violência doméstica.

Diante da constante resistência ao tratamento, Kambili foi convidada a refletir sobre como poderíamos ajudá-la, aventando, inclusive, a possibilidade de alta ambulatorial. Kambili então, ficou com muita raiva, adotou postura conflitiva e passou a falar que o médico queria abandoná-la. Diante dessa manifestação, o médico respondeu utilizando técnicas de entrevista psiquiátrica com base no Bom Manejo Clínico para Transtorno de Personalidade Borderline (BMC): identifica fenômenos contratransferenciais - i.e., respostas emocionais do médico frente às manifestações do paciente -, recua de sua postura inicial, valida o sofrimento e a queixa da paciente e a ajuda a identificar seus sentimentos, desculpando-se por um possível mal entendido e enfatizando sua preocupação genuína com o curso do seu tratamento (Gunderson e Links, 2014). Com isso, Kambili se acalma, pede desculpas pela reação e assume maior responsabilidade e compromisso com seu processo terapêutico. Na consulta subsequente, vem com uma postura menos confrontativa, com melhor adesão ao tratamento e com redução de sintomas depressivos.

Ao longo do tratamento de Kambili foram utilizados alguns dos princípios do BMC, tais como, adoção de postura ativa e não reativa, ponderação no manejo de emoções intensas - i.e., utilização da própria estrutura psíquica do médico como modelo para contenção de sentimentos negativos -, estabelecimento de uma relação real e profissional, promoção de responsabilidade no autocuidado, esclarecimento de limites do tratamento e adoção de postura flexível, pragmática e eclética - respostas e intervenções são determinadas pelo paciente e bom senso (Id. Ibid.). A partir deste momento, resolvemos assumir a categoria diagnóstica de TPB como válida ao caso de Kambili. Iniciamos, porém, uma discussão sobre como utilizar desta categoria a favor de um tratamento culturalmente sensível, atento a situações de vulnerabilidade atuais, vivências traumáticas e de constante cuidado também ao médico, para que não desenvolva rejeição importante à paciente. A categoria não deve se sobrepor ao indivíduo ou à relação, e deve funcionar como um elemento que diz algo sobre a paciente, mas nunca de maneira totalizante.

As abordagens e propostas terapêuticas desenvolvidas para TPB se mostraram úteis para guiar o tratamento de Kambili, demonstrando que, por vezes, a eficácia da metodologia terapêutica influencia na definição da categoria diagnóstica, e não o contrário. Também é preciso frisar que tais categorias explicam em parte a abordagem escolhida pelos psiquiatras, mas não devem ser encaradas sob um aspecto totalizante de sua personalidade, ou mesmo da relação médico-paciente em questão. Além do uso do BMC, foi



necessário uma articulação conjunta com profissionais de outras instituições envolvidos no cuidado, a fim de garantir um plano terapêutico coeso e articulado. Essa comunicação nos dava uma perspectiva do que já estava sendo oferecido à Kambili para além dos cuidados médicos, como assistência jurídica, migratória e financeira, sendo possível nos situar diante das múltiplas demandas, estabelecer limites quanto ao tratamento e reorientar a paciente sobre o que já estava sendo feito. Também era necessário uma constante educação em saúde sobre o funcionamento do SUS, haja vista queixas e demandas médicas frequentes. Outrossim, na tentativa de compreensão da cultura nigeriana, o médico que atendia Kambili procurou estudar sobre esse tema, também por meio de literatura e arte. A abordagem da paciente inclui a investigação de suas percepções e compreensões sobre o que está ocorrendo com ela e o que se faz mais importante, elementos que fazem parte da formulação cultural (Mezzich et al., 1999). A partir destas indagações, é possível que psiquiatra e paciente construam juntos sentidos e caminhos para diagnósticos e tratamentos.

---

## CONCLUSÃO

O processo diagnóstico é difícil, e frequentemente longo e incerto. Em contextos em que há contato ou fricção entre dois diferentes sistemas de crença e de simbolização, esse processo torna-se um intrincado caminho que possui dimensões hermenêuticas, relacionais e biológicas, e, no caso da psiquiatria, é a eficácia de determinada metodologia terapêutica adotada que frequentemente evidenciará o sucesso da empreitada. Procuramos demonstrar que a consideração de aspectos sociais, culturais, econômicos, étnico-raciais e linguísticos para a definição de qual categoria diagnóstica será adotada para descrever determinada perturbação experimentada por uma paciente imigrante passa necessariamente pela reflexividade dos próprios psiquiatras não apenas sobre sua posicionalidade no setting clínico, mas também sobre a construção das próprias categorias diagnósticas utilizadas.

Dessa forma, o processo diagnóstico da psiquiatria pode se beneficiar sobremaneira da utilização de ferramentas próprias das investigações etnográficas, como a já mencionada reflexividade, mas também da aproximação longitudinal, sensível e holística, e do levar a sério (Viveiros de Castro, 2002). Em sendo o estabelecimento de relações o ponto mais importante de todo este processo, é preciso compreender que as leituras e contextualizações de médicos por pacientes e de pacientes por médicos não são detalhes acessórios, mas a própria substância que garante a definição de uma metodologia de abordagem do problema. A aproximação longitudinal, sensível e holística garante tempo para evitar as frequentes reificações estigmatizantes presentes nesses contextos, e traz para a esfera de atenção de profissionais médicos problemas via de regra desconsiderados, como racismo, violência de gênero, condições precárias de trabalho e moradia, etc. Já levar a sério as inferências ontológicas dos sujeitos atendidos - i.e., não

enquanto uma teratologia epistêmica - permite que o diálogo estabelecido entre equipe de saúde e paciente emule simetria, passando a reflexividade a incidir não apenas sobre sujeitos, mas sobre epistemes, como dito acima.

É preciso, no entanto, ter cuidado para que o levar a sério não seja mais uma ferramenta de invisibilização dos sujeitos, que buscam auxílio de modelos explicativos para seus infortúnios e respostas terapêuticas a eles em diferentes matrizes epistemológicas. A psiquiatria é apenas um dos habitantes desse cenário plural de sistemas terapêuticos e de cura - com amigas poderosas que a beneficiam, é verdade. Ela possui recursos importantes de intervenção para a cessação de sofrimentos que podem ser evitáveis à maneira de outros sistemas de cura - mesmo que, muito embora ela deva estar ciente das estruturas racistas, xenófobas e misóginas que constituem nossa sociedade e o capitalismo global, concordemos que não é da alçada da psiquiatria amortecer os impactos de violências sistêmicas e estruturais. Kambili, por exemplo, derivava entre maldições e doenças mentais para explicar sua experiência de sofrimento, o que deixa explícito que dentro de seu arcabouço explicativo estava também a psiquiatria, e isso não pode ser ignorado.

Por fim, advogamos pela construção de estratégias coletivas e em rede de cuidado. Essa é uma solução prática e de fácil implementação que melhora exponencialmente o cuidado prestado. O acionamento e o diálogo constante entre redes de serviços que prestam assistência a populações imigrantes e os psiquiatras torna os problemas não medicalizáveis, frequentemente ignorados, mais próximos do cuidado médico, aterrando-o na realidade concreta do cotidiano dos pacientes - condições de moradia e abrigo, situação econômica, experiências de discriminação e racismo, etc. Além disso, garante que essas questões sejam endereçadas pelos serviços competentes do Estado e da sociedade civil organizada. Finalmente, a atuação e a coordenação em rede do cuidado povoam a experiência clínica de múltiplos saberes, possibilitando trocas benéficas.

---

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abidogun, Jamaine (2007). Western Education's Impact on Northern Igbo Gender Roles in Nsukka, Nigeria. *Africa Today*, 54(1), 29-51. Recuperado de: <http://www.jstor.org/stable/27666873>

Allport, Gordon W. (1971). *Personality; a psychological interpretation*. London, United Kingdom: Constable.

American Psychiatric Association, & American Psychiatric Association (Orgs.) (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed). Washington D.C., USA: American Psychiatric Association.

Armstrong, David (2011). Diagnosis and nosology in primary care. *Social Science & Medicine*, 73(6), 801–807. doi: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.05.017>

Bhugra, Dinesh (2004). Migration and mental health. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(4), 243–258. doi: <https://doi.org/10.1046/j.0001-690X.2003.00246.x>

Blaxter, Mildred (1978). Diagnosis as category and process: The case of alcoholism. *Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology*, 12, 9–17. doi: [https://doi.org/10.1016/0271-7123\(78\)90017-2](https://doi.org/10.1016/0271-7123(78)90017-2)

Branco Pereira, Alexandre (2018). O refúgio do trauma. Notas etnográficas sobre trauma, racismo e temporalidades do sofrimento em um serviço de saúde mental para refugiados. *REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*, 26(53), 79–97. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-85852503880005306>

Branco-Pereira, Alexandre (2020). *Viajantes do tempo: Imigrantes-refugiadas, saúde mental, cultura e racismo na cidade de São Paulo* (1o ed). Curitiba, Brasil: EDITORA CRV. doi: <https://doi.org/10.24824/978854444061.2>

Branco-Pereira, Alexandre (2021). Experimentações etnográficas em um ambulatório psiquiátrico para imigrantes e refugiadas de São Paulo. *Prelúdios*, 10(11), 35–57. doi: <https://doi.org/10.9771/revpre.v10i10.36631>

Branco-Pereira, Alexandre. (2022a). Entre a crença e o saber: Cultura como falseamento da realidade em um ambulatório psiquiátrico para imigrantes e refugiadas em São Paulo, Brasil. *Etnografica*, 26 (3), 625–650. doi: <https://doi.org/10.4000/etnografica.12118>

Branco-Pereira, Alexandre (2022b). Entre Cérebros, Psychés e Culturas: Notas para o debate sobre a epistemologia que embasa serviços de saúde mental para imigrantes-refugiadas em São Paulo. *Ilha Revista de Antropologia*, 24(2), 174–197. <https://doi.org/10.5007/2175-8034.2022.e80387>

Branco-Pereira, Alexandre. (2023, no prelo). Tensions between universality and equity in the access of immigrants to the Unified Healthcare System in the São Paulo metropolis during the Covid-19 pandemic. *Vibrant: Virtual Brazilian Anthropology*.

Brown, Phil (1990). The Name Game: Toward a Sociology of Diagnosis. *The Journal of Mind and Behavior*, 11(3/4), 385–486.

Carvalho, Lucas De Francisco, Pianowski, Giselle, Silva, Ana Maria Reis Da e Silva, Rosiane Gonçalves Coelho (2017). Personalidade: O panorama nacional sob o foco das definições internacionais. *Psicologia em Revista*, 23(1), 123–146. doi: <https://doi.org/10.5752/P.1678-9563.2017v23n1p123-146>

Carvalho, Luciana de Andrade, Cruz, Janaína Alves Sampaio, Sampaio, Leonardo Augusto Negreiros Parente Capela e Branco-Pereira, Alexandre (2018). Serviços de saúde mental para imigrantes e refugiados na cidade de São Paulo. *Travessia - Revista do Migrante*, 84, 55–68.

Coolidge, Frederick e Segal, Daniel (1998). Evolution Of Personality Disorder Diagnosis In The Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders. *Clinical Psychology Review*, 18(5), 585–599. doi: [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(98\)00002-6](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(98)00002-6)

Cavalcanti, Leonardo (2015). Novos fluxos migratórios para o mercado de trabalho brasileiro: Desafios para as políticas públicas. *Revista da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Geografia (ANPEGE)*, 11(16), 21–35. doi: <https://doi.org/10.5418/RA2015.1116.0002>

Crocq, Marc-Antoine (2013). Milestones in the history of personality disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 15(2), 147–153. doi: <https://doi.org/10.31887/DCNS.2013.15.2/macrocq>

Deps, Patrícia e Charlier, Philippe (2020). Medical Approach to Refugees: Importance of the Caring Physician. *Annals of Global Health*, 86(1), 41. <https://doi.org/10.5334/aogh.2779>

Devereux, Georges (1978). L'ethnopsichiatrie. *Ethnopsichiatria*, 1(1), 7.

Edwards, Jane (2021). Ethical Autoethnography: Is it Possible? *International Journal of Qualitative Methods*, 20. doi: <https://doi.org/10.1177/1609406921995306>

Ellis, Carolyn (2004). *The Ethnographic I: A Methodological Novel about Autoethnography*. Walnut Creek, Canada: Altamira Press.

Fanon, Frantz (2020). *Pele negra, máscaras brancas*. São Paulo, Brasil: Ubu Editora.

Ferreira, J. Flávio (2011). Negociar a cura: Enquadramentos da doença em uma clínica psiquiátrica transcultural – um estudo de caso. *Revista de Antropologia da UFSCar*, 3(1), 145–170. doi: <https://doi.org/10.52426/rau.v3i1.42>

Foucault, Michel. (2011). *O nascimento da clínica* (7o ed). Rio de Janeiro, Brasil: Forense Universitária.

Foucault, Michel (2019). *A história da loucura* (1o ed). São Paulo, Brasil: Perspectiva.

Galina, Vivian Fadlo, Silva, Tatiane Barbosa Bispo Da, Haydu, Marcelo, e Martin, Denise (2017). A saúde mental dos refugiados: Um olhar sobre estudos qualitativos. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 21(61), 297–308. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0929>

Good, Byron J. e Good, Mary-Jo DelVecchio (1986). The cultural context of diagnosis and therapy: A view from medical anthropology. Em Miranda, Manuel R. e Kitano, Harry H. L. *Mental health research and practices in minority communities*. Rockville, United States of America: U.S. Department of Health and Human Services, National Institute of Mental Health.

Gunderson, John G. e Links, Paul S. (2014). *Handbook of good psychiatric management for borderline personality disorder* (First edition). Arlington, United States of America: American Psychiatric Publishing.

Hall, Calvin S., Lindzey, Gardner, Campbell, John B., Veronese, Maria Adriana Veríssimo, e Pereira, Antônio Carlos Amador (2000). *Teorias da Personalidade*. Porto Alegre, Brasil: Artmed.

Haydu, Marcelo (2017). *Refugiados congolese na cidade de São Paulo: Processo migratório e itinerários terapêuticos* [Tese de Doutorado]. Universidade Federal de São Paulo. Recuperado de: <https://repositorio.unifesp.br/handle/11600/41876>

Jutel, Annemarie (2009). Sociology of diagnosis: A preliminary review. *Sociology of Health & Illness*, 31(2), 278–299. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2008.01152.x>

Jutel, Annemarie (2015). Beyond the Sociology of Diagnosis: Beyond the Sociology of Diagnosis. *Sociology Compass*, 9(9), 841–852. doi: <https://doi.org/10.1111/soc4.12296>

Jutel, Annemarie e Nettleton, Sarah (2011). Towards a sociology of diagnosis: Reflections and opportunities. *Social Science & Medicine*, 73(6), 793–800. doi: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.07.014>

Kaiser, Bonnie N. e Kohrt, Brandon A. (2019). Why Psychiatry Needs the Anthropologist: A Reflection on 80 Years of Culture in Mental Health. *Psychiatry*, 82(3), 205–215. doi: <https://doi.org/10.1080/00332747.2019.1653142>

Kirmayer, Laurence J. (2006). Beyond the 'New Cross-cultural Psychiatry': Cultural Biology, Discursive Psychology and the Ironies of Globalization. *Transcultural Psychiatry*, 43(1), 126–144. doi: <https://doi.org/10.1177/1363461506061761>

Klein, Pauline, Fairweather, A. Kate e Lawn, Sharon (2022). Structural stigma and its impact on healthcare for borderline personality disorder: A scoping review. *International Journal of Mental Health Systems*, 16(1), 48. doi: <https://doi.org/10.1186/s13033-022-00558-3>

Kleinman, Arthur (1988). *Rethinking psychiatry: from cultural category to personal experience*. New York, United States of America: Free Press; Collier MacMillan.

Kleinman, Arthur, Das, Veena e Lock, Margaret M. (Orgs.) (1997). *Social suffering*. Berkley, United States of America: University of California Press.

Kleinman, Arthur M. (1977). Depression, somatization and the "new cross-cultural psychiatry". *Social Science & Medicine* (1967), 11(1), 3–9. doi: [https://doi.org/10.1016/0037-7856\(77\)90138-X](https://doi.org/10.1016/0037-7856(77)90138-X)

Leal, João (2011). "The past is a foreign country"? Acculturation theory and the anthropology of globalization. *Etnográfica*, 15(2), 313–336. doi: <https://doi.org/10.4000/etnografica.952>

Lévi-Strauss, Claude (2017 [1973]). *Antropologia estrutural dois* (Beatriz Perrone-Moisés, Trad.). São Paulo, Brasil: Ubu Editora.

Paredes, Diego Enrique Londoño (2015). Elucidación epistémica e histórica del trastorno de la personalidad límite o borderline. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44(3), 189–195. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2015.04.001>

Martin, Denise, Viodres, Silvia, e Silveira, Cássio. (2022). Atenção em saúde para migrantes internacionais em São Paulo, Brasil: Acesso e universalidade no contexto da pandemia de Covid-19. *Revista del CESLA: International Latin American Studies Review*, 29, 49–68. doi: <https://doi.org/10.36551/2081-1160.2022.29.49-68>

McKenzie, Karen, Gregory, James, & Hogg, Lorna (2022). Mental Health Workers' Attitudes Towards Individuals With a Diagnosis of Borderline Personality Disorder: A Systematic Literature Review. *Journal of Personality Disorders*, 36(1), 70–98. doi: [https://doi.org/10.1521/pedi\\_2021\\_35\\_528](https://doi.org/10.1521/pedi_2021_35_528)

Mead, Margareth (2000). *Sexo e temperamento* (4o ed). São Paulo, Brasil: Editora Perspectiva.

Mezzich, Juan E., Kirmayer, Laurence J., Kleinman, Arthur, Fabrega, Horacio, Parron, Delores L., Good, Byron J., Lin, Keh-Ming e Manson, Spero M. (1999). The Place of Culture in DSM-IV. *The Journal of Nervous & Mental Disease*, 187(8), 457–464. doi: <https://doi.org/10.1097/00005053-199908000-00001>

Moro, Marie Rose (2015). Psicoterapia transcultural da migração. *Psicologia USP*, 26(2), 186–192. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-6564D20140017>

Moro, Marie-Rose (2018). La clínica transcultural tiene necesidad del grupo para sanar. *Anais do Evento Psicanálise e Antropologia, Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo*. Psicanálise e Antropologia, São Paulo.

Najjarkakhaki, Ardalane Ghane, Samrad (2021). The role of migration processes and cultural factors in the classification of personality disorders. *Transcultural Psychiatry*, 60(1), 99–113. doi: <https://doi.org/10.1177/13634615211036408>

Nathan, Tobie. (s.d.). Georges Devereux and Clinical Ethnopsychiatry. *Ethnopsychiatrie.net*. Recuperado de: <https://www.ethnopsychiatrie.net/GDengl.htm>

Neacsiu, Andrada D., Eberle, Jeremy W., Keng, Shian-Ling, Fang, Caitlin M. e Rosenthal, M. Zachary (2017). Understanding Borderline Personality Disorder Across Sociocultural Groups: Findings, Issues, and Future Directions. *Current Psychiatry Reviews*, 13(3). doi: <https://doi.org/10.2174/1573400513666170612122034>

Nettleton, Sarah, Kitzinger, Jenny e Kitzinger, Celia (2014). A diagnostic illusory? The case of distinguishing between “vegetative” and “minimally conscious” states. *Social Science & Medicine*, 116, 134–141. doi: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.06.036>

New, Antonia S. e Triebwasser, Joseph (2018). A history of borderline personality disorder. Em Barbara Stanley e Antonia S. New (Orgs.), *Borderline personality disorder* (pp. 1–16). Oxford, London: Oxford University Press.

Osuji, Ucheoma C. (2023). A Feminist Analysis of “Woman-Husband” and “Male-Daughter” Practice in Igbo Cultural Thought. *Culture and Dialogue*, 11(1), 104-121. doi: <https://doi.org/10.1163/24683949-12340130>

Paris, Joel e Lis, Eric (2013). Can sociocultural and historical mechanisms influence the development of borderline personality disorder? *Transcultural Psychiatry*, 50(1), 140–151. doi: <https://doi.org/10.1177/1363461512468105>

Peirano, Mariza (2008, agosto, 06). Etnografia, ou a teoria vivida. *Ponto Urbe*, 2. Recuperado de: <http://journals.openedition.org/pontourbe/1890>; <https://doi.org/10.4000/pontourbe.1890>

Peirano, Mariza (2014). Etnografia não é método. *Horizontes Antropológicos*, 20(42), 377–391. doi: <https://doi.org/10.1590/s0104-71832014000200015>

Petryna, Adriana (2013). *Life Exposed: Biological Citizens after Chernobyl*. New Jersey, United States of America: Princeton University Press.

Pickersgill, Martyn D. (2014). Debating DSM-5: Diagnosis and the sociology of critique. *Journal of Medical Ethics*, 40(8), 521–525. doi: <https://doi.org/10.1136/medethics-2013-101762>

Qian, Xinyu, Townsend, Michelle L., Tan, Wan Jie e Grenyer, Brin F. S. (2022). Sex differences in borderline personality disorder: A scoping review. *PLOS ONE*, 17(12), e0279015. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0279015>

Radl-Karimi, Christina, Nielsen, Dorte Susanne, Sodemann, Morten, Batalden, Paul, e Von Plessen, Christian (2022). “When I feel safe, I dare to open up”: Immigrant and refugee patients’ experiences with coproducing healthcare. *Patient Education and Counseling*, 105(7), 2338–2345. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.11.009>

Rose, Nikolas e Novas, Carlos (2005). Biological Citizenship. Em Aihwa Ong e Stephen J. Collier (Orgs.), *Global Assemblages: Technology, Politics, and Ethics as Anthropological Problems* (p. 439–463). London, United Kingdom: Routledge.

Rosenberg, Charles E. (2002). The Tyranny of Diagnosis: Specific Entities and Individual Experience. *The Milbank Quarterly*, 80(2), 237–260. doi: <https://doi.org/10.1111/1468-0009.t01-1-00003>

Russo, Jane e Venâncio, Ana Teresa A. (2006). Classificando as pessoas e suas perturbações: A “revolução terminológica” do DSM III. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 9(3), 460–483. doi: <https://doi.org/10.1590/1415-47142006003007>

Ryder, Andrew G., Sunohara, Momoka e Kirmayer, Laurence J. (2015). Culture and personality disorder: From a fragmented literature to a contextually grounded alternative. *Current Opinion in Psychiatry*, 28(1), 40–45. doi: <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000120>

Sahlins, Marshall (1997). O “pessimismo sentimental” e a experiência etnográfica: Por que a cultura não é um “objeto” em via de extinção (parte I). *Mana*, 3(1), 41–73. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-93131997000100002>

Santana, Carmen L. A. de e Neto, Francisco Lotufo (2015). Developing a mental health programme for refugees based on participatory Action Research: An experience from São Paulo, Brazil. *International Journal of Action Research*, 3, 265–288. doi: <https://doi.org/10.1688/IJAR-2015-03-Santana>

Sapir, Edward (1938). Why Cultural Anthropology Needs the Psychiatrist. *Psychiatry*, 1(1), 7–12. doi: <https://doi.org/10.1080/00332747.1938.11022170>

Sarti, Cynthia (2010). Corpo e Doença no trânsito de saberes. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 25(74), 77–90. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-69092010000300005>

Shannon, Patricia J. (2014). Refugees’ advice to physicians: How to ask about mental health. *Family Practice*, 31(4), 462–466. doi: <https://doi.org/10.1093/fampra/cmu017>

Stewart, Moira (Org.) (2017). *Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico*. Porto Alegre, Brasil: Artmed.

Tedlock, Barbara (1991). From participant observation to the observation of participation: The emergence of narrative ethnography. *Journal of Anthropological Research*, 47(1), 69–94.



Trull, Timothy J. e Widiger, Thomas A. (2013). Dimensional models of personality: The five-factor model and the DSM-5. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 15(2), 135–146. doi: <https://doi.org/10.31887/DCNS.2013.15.2/ttrull>

Uchendu, Uchechukwu, Roets, Griet e Vandenbroeck, Michael (2019). Mapping constructs of gender in research on Igbo women in Nigeria: embracing a southern feminist theoretical perspective. *Gender and Education*, 31(4), 508–524. doi: <https://doi.org/10.1080/09540253.2017.1358807>

VandenBos, Gary R. (Org.) (2015). *APA Dictionary of psychology (2nd ed.)*. American Psychological Association. doi: <https://doi.org/10.1037/14646-000>

Viveiros De Castro, Eduardo (2002). O nativo relativo. *Mana*, 8(1), 113–148. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-93132002000100005>

Viveiros de Castro, Eduardo (2004). Perspectivismo e multinaturalismo na América indígena. *O que nos faz pensar*, 14(18), 225–254.

Wagner, Roy (2012). *A invenção da cultura*. São Paulo, Brasil: Cosac Naify.

Williamson, Kirsty (2018). Ethnographic research. Em *Research Methods* (pp. 311–335). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-102220-7.00013-3>

Yin, Robert K. (2012). *Applications of Case Study Research* (3o ed, Vol. 34). Thousand Oaks, United States of America: Sage.

Zanarini, Mary C. e Conkey, Lindsey C. (2017). *Onset, Course, and Prognosis for Borderline Personality Disorder* (Vol. 1). Oxford, United Kingdom: Oxford University Press. doi: <https://doi.org/10.1093/med/9780199997510.003.000>