Modernidade e sofrimento: contribuições para o estudo do caso da perturbação de pânico

Marta Roriz*

Resumo

A manifestação de ansiedade nos indivíduos das sociedades modernas ocidentais e a sua crescente manifestação na perturbação de pânico são uma preocupação de saúde que requer uma reflexão crítica. A antropologia médica tem vindo a mostrar-se um campo particularmente fecundo no que diz respeito à investigação nas determinantes sociais de saúde e doença, explorando questões mais vastas da economia política de saúde actuais. Neste artigo é objecto de reflexão o nascimento da categoria nosológica da perturbação de pânico enquanto projecto científico moderno, assim como é explorada a fenomenologia da experiência da perturbação a partir de noções como corpo, *self* e emoções.

Palavras-chave: perturbação de pânico, pós-modernidade, corpo, *self,* experiência subjectiva de doença.

Introdução

As manifestações corporais de ansiedade sempre estiveram presentes na jornada humana, carregando consigo o sentimento e emoção de medo, como confirmam diversos estudos transculturais. Faz parte da *natureza humana* certos sentimentos determinados pelo perigo, pela ameaça, pelo desconhecido e pela perspectiva do sofrimento. Mas, apesar de ser uma característica *natural* humana, a ansiedade extrema, e em última instância o pânico, podem expressar-se patologicamente. A antropologia médica aprofunda o estudo do sofrimento humano ao reformular a experiência subjectiva de doença, chamando a atenção para processos interpessoais, locais, que nos permitem definir o que

* Centro de Estudos Sociais, Universidade de Coimbra (martaroriz@ces.uc.pt).

configurações 8.indd 87 03-10-2012 16:23:13

é realmente importante para as pessoas nos seus mundos morais (Kleinman, 1988b). Kleinman chama também a atenção para a necessidade de se distinguir entre *disease* e *illness*[1].

Numa perspectiva da antropologia médica crítica, que reflecte também os impactos da influência e densificação da complexidade trazida por consecutivos desenvolvimentos da tecnologia biomédica, assim como o próprio impacto destes na construção dos sujeitos e da sua experiência, vários estudos têm denotado as importantes forças que influenciaram o campo da psiquiatria para adoptar o modelo biomédico para as perturbações psiquiátricas. Governos e companhias farmacêuticas, ao financiarem a investigação genética e fisiológica das perturbações psiquiátricas, contribuíram para mudanças ao nível da abordagem ao diagnóstico psiquiátrico que vieram a enfatizar, mais recentemente, fronteiras nítidas entres *clusters* de sintomas em vez de gradações contínuas de emoções causadas por factores psicológicos, acontecimentos passados e situações da história de vida. A tendência da psiquiatria, e sua investigação, tem sido focar-se mais nas causas fisiológicas das perturbações mentais.

A cultura pós-moderna da ciência, como profundamente interdisciplinar e multiperspectivista, tende a incorporar os fenómenos e os seres na sua totalidade experiencial e contraditória (Franklin, 1995), e a antropologia, assim como as demais ciências sociais, e o campo heterogéneo dos estudos sociais de ciência, têm as ferramentas para compreender a ciência e as suas práticas como uma forma de cultura, o que inclui a medicina e a psiquiatria.

A perturbação de pânico[2], como é actualmente concebida, é uma condição médica que pode ser diagnosticada a uma pessoa quando esta experiencia ataques de pânico recorrentes, ou ansiedade seguida de uma preocupação persistente acerca de ter ataques de pânico adicionais, de perder o controlo, de ficar louco ou de ter um ataque cardíaco. Os ataques de pânico são períodos intensos de medo e desconforto, que parecem muitas vezes irracionais. Incluem sintomas como palpitações, suores, tremores, falta de ar, sensação de sufoco, dor no peito, náuseas, tontura, desrealização ou despersonalização, assim como dormências, arrepios ou ondas de calor, medo de perder o controlo ou medo de morrer (Good e Hinton, 2009: 1). Os ataques de pânico esporádicos tornam-se uma perturbação quando causam sofrimento suficiente no individuo, ao ponto de o prejudicarem no dia-a-dia e motivarem a procura de ajuda (Kirmayer e Blake, 2009: 42). De acordo com a classificação psiquiátrica, esta perturbação pertence a um grupo de condições neuropsiquiátricas para as quais a ansiedade é considerada

[1] *Disease* é considerada como a identificação biomédica mensurável do distúrbio corporal no processo de diagnose biomédica (doença do ponto de vista biológico) que é contrastada com a compreensão e consciência experiencial do doente em relação à sua doença – *illness* (experiência subjectiva do doente, experiência de estados alterados do bem-estar, ou mal-estar, e do funcionamento social); ver Kleinman, 1988a; Lambert, 1996.

[2] Para uma descrição e critérios da perturbação, ver DSM-IV (2002) (Manual de Diagnóstico das Perturbações Mentais).

o sintoma de marca e está classificada como uma condição dentro do grupo das perturbações de ansiedade (American Psychiatric Association, 2002).

A distribuição da ansiedade e dos episódios de pânico espelha a economia política da globalização, que é estruturada de acordo com estratégias das corporações multinacionais no contexto ocidental. A modernização e a industrialização trouxeram dinâmicas que se reflectem em preocupações de saúde comuns (Kirmayer e Blake, 2009). Hoje, a convicção de que as nossas experiências são resultado de escolhas pessoais é alimentada por um crescendo do sentido de individualização. Como diz Furedi (2004), numa era de hipermobilidade, de fragmentação das comunidades e redes sociais, as vidas das pessoas têm vindo a assumir um carácter atomizado. Como resultado, a nossa capacidade para compreender as forças sociais que influenciam as nossas decisões está comprometida pela experiência do isolamento. Em tais circunstâncias, encontrar sentido na nossa experiência está cheio de dificuldades. O declínio dos laços comunitários levou ao isolamento social. O isolamento também encoraja os indivíduos a interpretar as dificuldades da vida como produto das suas vidas interiores, mais do que a ideia de que a sociedade é incapaz de fornecer às pessoas uma rede comum de significado. Em tais circunstâncias a angústia ou o sofrimento que emerge das condições sociais pode ser experienciado como um problema do *self*. Trata-se, portanto, de um crescendo no que diz respeito a pensar os problemas sociais como problemas emocionais (Furedi, 2004: 24).

Hoje a cultura ocidental faz sentido da experiência do isolamento através da interpretação do comportamento pelo idioma altamente individualizado do discurso terapêutico. A nossa cultura promoveu um clima onde o mundo individual se tornou local, onde os problemas da sociedade são levantados e onde é compreendido que devem ser resolvidos; isto é, certas condições sociais podem ser experienciadas como um problema do *self*. Esta mudança de focagem do social para a vida interior do indivíduo também levou a uma reorientação da vida intelectual no sentido da preocupação com o *self*. Uma vez que o *self* é definido através de emoções, o estado destas é vulgarmente representado como um determinante-chave do comportamento tanto colectivo como individual.

O declínio da tradição pode ser visto como a erosão de um sistema de significado através do qual as pessoas faziam sentido da vida, e promove uma separação de uma proposta comunitária mais vasta, levando a um padrão de comportamento mais auto-orientado. A sua associação com um aumento da ansiedade e uma sensação de incerteza em relação às normas e regras que governam a vida contribui para a demanda por respostas psicológicas (Giddens, 1991; Furedi, 2004). Como Giddens (1991) sugere, a intensificação da incerteza e do risco levou à emergência de um projecto reflexivo do *self*, e neste sentido o autor enfatiza que a expansão das perturbações psicológicas é produto desta "ordem pós-tradicional", onde a sensação de continuidade foi vítima de erosão e onde os indivíduos são agora obrigados a negociar estilos de vida.

O presente artigo sustenta que a perturbação de pânico e a crescente propensão para esta experiência, assim como outras perturbações da ansiedade em geral, estão relacionadas e reflectem dinâmicas de fragmentação e multiplicação das sociedades ocidentais pós-modernas. Por outro lado, num domínio interpretativo e fenomenológico, a doença enquanto experiência, *experiência vivida*, *incorporada*, ou o *sofrimento corporal* (Becker, 2004) apelam a uma política da vida, em que o corpo é terreno privilegiado para novas identidades pessoais. O corpo não é apenas uma entidade física que possuímos, é um sistema-acção, um modo de *praxis*, essencial para a narrativa auto-identitária (Giddens, 1991).

O nascimento de uma categoria nosológica como projecto científico e mudança paradigmática

A medicina ocidental moderna tornou-se um objecto de estudo para os cientistas sociais. Atendendo a que a tradição científica ocidental moderna é construída social e historicamente num dado contexto, pode-se concluir que esta é, portanto, uma etnomedicina, mas praticada globalmente – convertendo-se no que Santos apelida de "localismo globalizado" (2001: 71). Quando se usam termos como medicina "ocidental", "moderna" e "científica", está implícita uma classificação e avaliação que tem como base a medicina euro-americana, assente numa matriz cultural específica, e que entra em contraste com outras formas de medicina, muitas vezes apelidadas de tradicionais ou alternativas. Estes termos avaliativos trouxeram a necessidade de uma denominação mais neutra, surgindo o termo "biomedicina" para descrever esta tradição.

Quando tratamos de analisar criticamente, ou do ponto de vista de uma antropologia médica crítica, uma especialidade como a psiquiatria, um ponto incontornável é o da questão da mudança paradigmática na sua prática, ou seja, a passagem histórica, no seio da disciplina, de um diagnóstico essencialmente psicanalítico para o paradigma biomédico vigente.

Esta *biologização* da psiquiatria é visível nas consecutivas edições do manual de diagnóstico psiquiátrico, o DSM. O DSM-III, publicado em 1980, é a marca desta viragem paradigmática, pois representa uma rejeição à concepção teórica prévia da classificação psiquiátrica das perturbações em termos psicanalíticos. Desde então, o diagnóstico vigente está solidamente baseado no paradigma médico – numa visão da psiquiatria biológica –, representando-se a psicopatologia como um conjunto de perturbações heterogéneas, que em última instância são resultantes de patologias na estrutura e funções neurobiológicas.

Esta visão está em contraste com as suposições psicanalíticas acerca da subjectividade, personalidade e psicopatologia, que caracterizaram muito os manuais de diagnóstico anteriores. O DSM-III representa assim simbolicamente uma mudança de paradigma na psiquiatria, no que diz respeito a diagnóstico e classificação, neurobiologia e novas importâncias dos tratamentos farmaco-

lógicos. Também a ideia da ciência como mercadoria (Santos *et al*., 2004) está patente nesta discussão de uma biologização da psiquiatria: a moldagem da especialidade à luz do desenvolvimento dos psicofármacos, desenvolvimento este que veio a ser central na mudança paradigmática da psiquiatria, no diagnóstico psiquiátrico, na prática e tratamento médico das psicopatologias.

Hoje em dia, muitos psiquiatras concordam que psicopatologias como a depressão e as várias nosologias do espectro da ansiedade podem ser sintomas de uma doença biológica causada por anormalidades cerebrais, que necessitam de tratamento farmacológico. Certas dinâmicas fizeram com que a psiquiatria adoptasse o "modelo médico" no que diz respeito às perturbações psiquiátricas. A mudança iniciou-se nas décadas de 1950 e 60 com a descoberta de fármacos que eram eficazes no tratamento da depressão e da ansiedade e nos sintomas de esquizofrenia.

Estas descobertas fizeram com que governos e companhias farmacêuticas fornecessem fundos para investigação no campo das correlações genéticas e fisiológicas causais para as perturbações psiquiátricas. O intuito de definir estas perturbações para que os resultados das investigações de diferentes estudos fossem comparados, de que são exemplos manuais como o DSM ou o CID, criou uma nova abordagem de diagnóstico psiquiátrico, que enfatiza fronteiras rígidas em volta de conjuntos de sintomas, em vez de enfatizar uma gradação contínua de emoções causadas por factores psicológicos, acontecimentos de curso de vida e outras situações com que os indivíduos se confrontam. Os psiquiatras académicos centraram-se, assim, progressivamente nas causas neurofisiológicas das perturbações mentais.

A perturbação de pânico, neste contexto de transformação da psiquiatria, foi pela primeira vez codificada na década de 1980, na terceira edição do DSM, como categoria nosológica independente a par desta viragem paradigmática na disciplina. Esta categoria da perturbação de pânico é paradigmática na medida que está assente numa reacção fisiológica que é universal (a *fly-or-fight response*[3]), de valor adaptativo. Ao verificar-se transculturalmente[4], a sua incidência mostrou ser um exemplo de grande importância no processo de viragem paradigmática na psiquiatria, uma vez que se identifica um substrato biológico para a sua causa, indo, portanto, ao encontro do novo paradigma que se reclamava para esta especialidade

Hoje em dia, a prática psiquiátrica convencional assume uma visão patoplástica/patogénica da psicopatologia, em que a biologia, só por si, contribui para a estrutura nuclear do processo de doença (Quartilho, 2001). A perturbação de pânico não é excepção, contribuindo, de certa maneira, juntamente com o acompanhamento da psicologia clínica quando esta é incluída no processo de

[3] Descrita pela primeira vez por Walter Cannon em 1929.

[4] Embora existam transversalmente no tempo e culturas, pertencem a molduras de experiência cultural e social (Kirmayer e Blake, 2009: 45). Ver também noção de *culture-bound syndromes* e similaridades com a perturbação de pânico em Hinton e Good (2009a).

tratamento psiquiátrico, para fornecer um sentido, uma causa e uma explicação que se revelam vitais para a compreensão, aceitação e tratamento dos pacientes, na sua experiência subjectiva da vivência dos ataques de pânico.

As categorias de diagnóstico psiquiátricas tornam-se objectos sociais que servem uma base mais vasta de comunicação, interacção pessoal e trocas económicas. Emergem para o real. As implicações económicas são particularmente importantes num contexto globalizado, no qual as companhias farmacêuticas trabalham com a psiquiatria para definir novos nichos de mercado. Assim, a circulação global de conhecimento e práticas da psiquiatria, mediada por corporações e organizações internacionais, influencia a experiência de doença de forma a confirmar a nosologia. Cada vez mais encontramos os tipos de problemas humanos que a nosologia oficial nos diz que devemos encontrar (Kirmayer e Blake, 2009).

O *self* em pânico: processos de incorporação e experiência subjectiva de doença

Os corpos individuais e sociais expressam relações de poder tanto numa sociedade específica como no sistema mundo. A experiência de quem sofre pode ser compreendida como um produto social, que é construído e reconstruído na acção entre categorias de significado socialmente constituídas e forças político-económicas que moldam a vida diária (Scheper-Hughes e Lock, 1987). Scheper-Hugher e Lock (1987) identificam três esferas do corpo – o *corpo individual*[5], o *corpo social*[6] e o *corpo político*[7] – e argumentam que o que serve de mediador a estas três esferas do corpo, articulando também natureza, sociedade e o indivíduo, são as emoções.

Um conjunto de autores, como Donna Haraway (1991), tem questionado a unidade, a universalidade e a objectividade do organismo humano, assim como a sua suposta continuidade, transcendência e individualidade do *self*, e suas evidências de corporeidade e incorporação. Van Wolputte fornece um tipo de "fenomenologia social" (2004: 252) em que a premissa básica é a ideia de que a intersubjectividade está assente na corporeidade e na corporalidade. É possível dizer que as formas dominantes com que as culturas ocidentais vivem as suas experiências de doença consistem em torná-las como *diseases*[8], coisas que os médicos sabem.

[5] Que se refere a um domínio de análise fenomenológica, estuda as experiências vividas, ou incorporadas que as pessoas têm dos seus corpos (Scheper-Hughes e Lock, 1987).
[6] Em contraste com o corpo individual, relaciona-se com as formas como o corpo opera enquanto símbolo natural e ferramenta para pensar e representar as relações sociais (Scheper-Hughes e Lock, 1987).
[7] Refere-se a uma dimensão em que o poder e o controlo são também incorporados; é o corpo humano como ferramenta de domesticação e de disciplina, de identificação, sujeição e resistência (Scheper-Hughes e Lock, 1987).
[8] Ver nota de rodapé 1 para descrição do sentido de *disease*.

Recentes transformações nos cuidados de saúde e a responsabilização dos pacientes pela sua própria saúde estão em vias de desfazer estas divisões (Mol, 2002: 17). As categorias das pessoas não reflectem uma natureza acessível, são antes uma prática específica para lidar com a vida, o sofrimento e a morte (Mol, 2002: 22). Mol conclui que mesmo a experiência vivida do corpo é mediada; não é o caso de o "corpo moderno ocidental" preceder a medicina, e subsequentemente ser objectificado por ela, ambos têm uma história que pode estar ligada. Isto tornou-se particularmente visível nas narrativas de doença recolhidas, na medida em que os discursos dos sujeitos contêm o próprio idioma médico-científico incorporado. As histórias incluem fisicalidades, e as histórias de pânico são exemplo disso. É com esta estratégia etnográfica que a doença se torna algo de que os etnógrafos podem falar. Podemos dizer que a doença é performada.

Schepper-Hughes e Lock (1987) criticaram a dualidade mente-corpo que está impregnada na teoria biomédica, tendo contribuído muito para o desenvolvimento do conceito de *corpo consciente*[9]. A imagem que um indivíduo faz do seu corpo, seja num estado de saúde, de doença ou de angústia, é mediada por significados particulares do ser-se humano, definido pelo sistema cultural. O corpo serve para os indivíduos e a sociedade como um mapa cognitivo das suas concepções, e isto é visível nas expressões e metáforas pessoais empregues nas suas descrições. A doença, segundo Becker (2004), quebra o conhecimento incorporado. Quando uma doença ocorre, a sensação de todo corpóreo desintegra-se e os indivíduos lutam para recriar a sensação de continuidade corpórea de forma a restaurar o significado da vida. O sofrimento surge não só da experiência de ruptura corpórea, mas também do esforço para articular essa ruptura (Becker, 2004: 129). A incorporação, o viver através do corpo, o estado de ser incorporado, correspondem a ter o corpo como base para a constituição do mundo humano, uma forma culturalmente constituída de *ser-no-mundo*. Inspirado em Csordas e Bordieu, Becker (2004) reflecte o corpo como *locus* de prática social, e a necessidade de ver o corpo como base existencial da cultura. O processo de incorporação será onde se intersecta a experiência individual e a colectiva.

A cultura, ao fornecer um léxico para compreender e descrever sensações e experiências, pode referenciar sensações corporais particulares ou apontar a posição de uma pessoa no mundo social. Como resultado, as sensações e sintomas de pânico podem ser pensados como acontecimentos corporais primários, uma indicação de que algo está errado com o corpo, sendo os domínios cognitivos e afectivos concomitantes compreendidos como reacções ou respostas secundárias ao facto de se estar doente. Em alternativa, nas explicações sociossomáticas, o pânico pode estar directamente ligado a preocupações sociais, que por sua vez ganham manifestação no corpo. Existe *conhecimento incorporado*

[9] Do inglês *mindful body*.

que não pode ser deduzido da conversa das pessoas, está incorporado em esquemas não-verbais, em procedimentos clínicos, em aparatos (Mol, 2002: 14). Almeida (1996) reflecte que o corpo não é um objecto para ser estudado em relação à cultura, mas é antes um sujeito de cultura. Assim, com o paradigma da incorporação, anulam-se as dualidades mente/corpo e sujeito/objecto. A incorporação torna-se assim um princípio metodológico para abolir estas dualidades. Almeida (1996) reflecte ainda sobre o facto de a percepção ser considerada uma função da cognição, e raras vezes tem sido considerada em relação com o *self* e as emoções. Portanto o estudo da percepção deverá estar ligado ao da prática social.

As noções mais complexas de emoção referem-se a sequências ou padrões culturais de interacção que ocorrem em contextos sociais específicos. Assim, disposições específicas de relações íntimas, de vida familiar e dinâmicas de poder reflectem mundos sociais culturalmente moldados. A proeminência do mundo social na compreensão das emoções pode levar as pessoas a experienciar o pânico não apenas como um acontecimento corporal, mas com uma sensação de se estar preso num predicamento social sem saída. O grau a que um idioma de sofrimento é compreendido e experienciado como sintomas reais, varia não só entre indivíduos num determinado contexto, mas também para o mesmo individuo em diferentes cenários (Kirmayer e Blake, 2009: 39).

A interpretação cognitiva das sensações e sintomas tem um papel-chave em gerar conjuntos de sintomas que as pessoas reportam em cenário clínico. Porque as mudanças corporais associadas com o medo são propagadas e as sensações são muitas vezes ambíguas, os indivíduos podem focar-se em diferentes aspectos. A atenção selectiva e sua subsequente interpretação são guiadas pelos esquemas cognitivos que, por sua vez, reflectem conhecimento acerca do corpo (Kirmayer e Blake, 2009: 41). Como refere Mol (2002), tem de haver uma abordagem semântica quando falamos quer de fisicalidades quer de emoções, pois paciente e médico ou psicólogo estão todos inseridos num mundo de significado. A doença ou a perturbação podem estar no corpo, mas o que se diz delas não. Não são apenas os pacientes que têm uma perspectiva, os profissionais de saúde também, pois têm de atribuir sentido e interpretar o que acontece aos corpos e à vida dos outros.

Inspirando-se no trabalho de Butler (1990 *in* Mol, 2002), em que a identidade não é dada mas praticada, não é algo que se dá no tempo e fica lá como um pedaço inerte de linguagem, Mol (2002) afirma que performar identidades não é uma questão de ideias e imaginações desprovidas de materialidade. Os corpos não se opõem às *performances* sociais, mas são parte delas. As *performances* são sociais, mas também materiais. Tomam parte na forma como as pessoas encenam as suas identidades. Mas, uma vez que os objectos estão no palco, podemos investigar as suas identidades também. E aqui, o pânico assume, muitas vezes, o teatro da vida destes indivíduos.

Considerações finais

Uma vez estabelecida como uma entidade "real" no DSM-III, a perturbação de pânico criou um espaço para as agendas da investigação biologicamente orientadas e dos tratamentos farmacológicos que só recentemente foram suplantados pela agenda mais psicologicamente ou psicanaliticamente orientada, em contraste com a antes mencionada agenda de investigação mais biologicamente, ou neurobiologicamente orientada.

A investigação a nível dos processos cognitivos e dos contextos culturais tem um papel-chave nesta perturbação e dá um apoio considerável para estratégias de tratamento direccionadas para alterar as cognições de quem sofre de pânico.

Os sintomas de pânico são uma parte conspícua da experiência psicológica de pessoas que sofreram nas suas histórias de vida, potenciando angústias vividas no corpo, manifestadas em sintomas físicos, traduzidas em episódios consecutivos de terror e catástrofe pessoal. Falar do pânico é parte de uma mais vasta ideologia cultural da pessoa que muitas vezes enfatiza o autocontrolo, a contenção emocional e o autodireccionamento racional (Kirmayer e Blake, 2009:42). O idioma do pânico fornece às pessoas formas de compreender sentimentos intensos de angústia e sofrimento, mas também marca estas formas de angústia como distintas e dignas de atenção médica. Quando se fala da perturbação de pânico, fala-se também de emoções, de como se constroem significados.

Um contributo antropológico crítico é fundamental para a compreensão deste fenómeno. Como diz Kleinman sobre o contributo da antropologia: "a antropologia [...] pode libertar o psiquiatra das vendas de um modelo profissional demasiado estreito, encorajando uma perspectiva mais alargada, integradora, flexível e sensível à diversidade, pluralismo e aspiração das experiências individuais [...] a antropologia oferece uma imagem mais crítica, mas também mais humana, sobre a condição humana" (Kleinman, 1988a: 153). O trabalho de Kleinman está repleto de sugestões para mudanças no que diz respeito ao ensino médico, nomeadamente que a psiquiatria devia adoptar o estudo das determinantes sociais do comportamento, de forma a não estar totalmente subordinada à investigação e terapêutica biomédica. Como reflecte ainda Kleinman, os psiquiatras biológicos raramente se interessam em descobertas de psicanalistas ou dos psiquiatras sociais, assim como behavioristas ignoram aspectos fisiológicos das perturbações mentais.

O importante será reter que há que reconhecer as bases múltiplas para o conhecimento psiquiátrico das perturbações de ansiedade, das de pânico e das restantes perturbações mentais. Por último, importante é considerar como esta *realidade psicopatológica* de pânico reflecte complexas forças, tendências e dinâmicas sociais do que é viver-se hoje num contexto de globalização. Há dois aspectos importantes nesta análise: por um lado, reflectir as dimensões do que significa ser-se humano hoje; por outro lado, se estarão os médicos psiquiatras a

tratar problemas que são da estrutura social, traduzidos em sofrimento corporal e emocional, portanto, um *sofrimento social*, enquanto epifenómeno do *status quo* ocidental contemporâneo vigente.

Bibliografia

ALMEIDA, Miguel Vale (1996) "Antropologia do corpo e da incorporação", in Miguel Vale Almeida (org.) *Corpo Presente*. Oeiras, Celta: 1-22.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2002), *DSM-IV-TR Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*, 4.ª edição, Lisboa, Climepsi Editores.

BECKER, Gay (2004), "Phenomenology of health and illness" *in* Carol R. Ember; Melvin Ember (orgs.), *Encyclopedia of Medical Anthropology: Health and illness in the world's cultures*. Springer: 125-136.

FRANKLIN, Sarah (1995), "Science as culture, cultures of science". *Annual Review of Anthropology*, 24: 163-84.

FUREDI, Frank (2004), *Therapy Culture: Cultivating vulnerability in an uncertain age*. London and New York, Routledge.

GIDDENS, Anthony (1991), *Modernity and Self-Identity: Self and society in the late Modern Age*. Cambridge: Polity Press.

GOOD, Byron (1994), *Medicine, Rationality and Experience*. Cambrige: Cambridge University Press.

GOOD, Byron; HINTON, Devon E. (2009), "Introduction: Panic disorder in cross-cultural and historical perspective" *in* Devon E. Hinton; Byron J. Good (orgs.), *Culture and Panic Disorder.* Stanford, California, Standford University Press: 1-31.

HARAWAY, Donna (1991), *Simians, Cyborgs and Women: The reinvention of Nature*. New York, Routledge.

KIRMAYER, Laurence; BLAKE, C. (2009), "Theoretical perspectives on the cross-cultural study of Panic Disorder" *in* Devon E. Hinton; Byron J. Good (orgs.), *Culture and Panic Disorder.* Stanford, California, Standford University Press: 31-56.

KLEINMAN, Arthur (1988a), *The Illness Narratives: Suffering, healing, and the human condition*. New York, Basic Books.

KLEINMAN, Arthur (1988b), *Rethinking Psychiatry: From cultural category to personal experience*. New York, The Free Press.

LAMBERT, Lumey (1996), "Medical anthropology" *in* Alan Barnard; Jonathan Spencer (orgs.). *Encyclopedia of Social and Cultural Anthropology*. London and New York, Routledge: 358-361.

LOEWE, Ron (2004), "Illness narratives" *in* Carol R. Ember; Melvin Ember (orgs.) *Encyclopedia of Medical Anthropology: Health and illness in the world's cultures*. Springer: 42-49.

MOL, Annemarie (2002), *The Body Multiple: Ontology in medical practice*. Durham and London, Duke University Press.

QUARTILHO, Manuel (2001), *Cultura, Medicina e Psiquiatria: Do sintoma à experiência*. Coimbra, Quarteto.

SANTOS, Boaventura Sousa (2001), "Os processos da globalização" in B. S. Santos (org.), *Globalização: Fatalidade ou utopia?* Porto: Afrontamento, 31-106.

SANTOS, Boaventura Sousa; MENESES, Paula; NUNES, João Arriscado (2004), "Introdução: para ampliar o cânone da ciência: A diversidade epistemológica do mundo", in Boaventura Sousa Santos (org.), *Semear Outras Soluções*. Porto: Afrontamento, 23-101.

SCHEPPER-HUGHES, Nancy; LOCK, Margaret (1987), "The mindful body: A prolegomenon to future work in medical anthropology". *Medical Anthropology Quarterly*, 1 (1): 6-41.