



Escola de Ciências Sociais e Humanas  
Departamento de Antropologia

Nas margens e em trânsito: a saúde mental e as boas intenções numa  
IPSS nos arredores de Lisboa

Joana Catela

Tese especialmente elaborada para obtenção do grau de  
Doutor em Antropologia

Orientadora:

Doutora Chiara Pussetti, Investigadora,  
ICS - Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa

Dezembro 2017



Escola de Ciências Sociais e Humanas  
Departamento de Antropologia

Nas margens e em trânsito: a saúde mental e as boas intenções numa  
IPSS nos arredores de Lisboa

Joana Catela

Tese especialmente elaborada para obtenção do grau de  
Doutor em Antropologia

Júri:

Doutor Miguel Vale de Almeida, Professor Associado com Agregação do ISCTE - IUL

Doutora Clara Saraiva, Investigadora, Centro de Estudos Comparatistas - UL

Doutora Elizabeth Challinor, Investigadora, Universidade do Minho

Doutor Francesco Vacchiano, Investigador, ICS - UL

Doutora Cristina Santinho, Investigadora, ISCTE - IUL

Dezembro 2017



# Resumo

Procurando contribuir para um conhecimento mais aprofundado da imigração em Portugal, esta investigação foca-se na saúde mental dos imigrantes apoiados pela Associação PROSAUDESC.

A etnografia expõe o discurso de quatro utentes moradores na Urbanização Terraços da Ponte, um bairro de realojamento social localizado na periferia de Lisboa. Recorrendo a entrevistas semi-diretivas, histórias de vida e à análise de um estudo de caso, exploram-se as interseções destes indivíduos com estruturas estatais e não estatais. O espaço e as condições em que estes indivíduos habitam, bem como a história da antiga Quinta do Mocho, são centrais na análise de como as subjetividades locais se formam e negociam. Verificou-se que a capacidade destes sujeitos para afirmar a sua agência, apesar de inúmeros constrangimentos, não se deixou comprometer totalmente pelas suas condições de vida.

Os casos analisados expõem os conceitos de violência estrutural (Farmer, 2003) e de sofrimento social (Kleinman, Das, Lock, 1997) e mostram como estes se articulam através dos procedimentos de uma associação. Estas dinâmicas revelam como a doença mental foi construída neste contexto, que emanações surgiram e o tipo de ajuda empregue para aliviar o sofrimento. Funcionando como um local para refletir sobre as consequências do poder inerente a aparentes ações benéficas (Fassin, 2005, Garcia, 2010, Hanna e Kleinman, 2013), a IPSS manifestou-se como palco privilegiado de análise.

Esta pesquisa procura assim promover uma abordagem crítica ao tema, mas também contribuir para a produção de políticas de saúde adequadas à população imigrante residente em Portugal.

**Palavras-chave:** imigração, saúde mental, bairro social, antropologia médica, vulnerabilidade, sofrimento social, violência estrutural, boas intenções

# Abstract

In order contribute to a more in-depth knowledge of immigration in Portugal, this research focuses on the mental health of immigrants supported by Association PROSAUDESC.

The ethnography sets out the discourse of four users who are also residents of Urbanização Terraços da Ponte, a social housing neighbourhood on the outskirts of Lisbon. Using semi-directive interviews, life stories and case study analysis, intersections between these users and state and non-state structures are explored. The space and conditions which these individuals inhabit, as well as the history of the old Quinta do Mocho, are central in the analysis of how local subjectivities are formed and negotiated. Despite innumerable constraints, these subjects' capacity to assert their agency was not completely compromised by their living conditions (Biehl, Kleinman, Good, 2007).

The cases analysed expose the scope of the concepts of structural violence (Farmer, 2003) and social suffering (Kleinman, Das, Lock, 1997) and how these are articulated through the procedures of a non-profit organisation. These dynamics reveal how mental illness was constructed in this context, which emanations arose, and the kind of help deployed. Working as a place to reflect on the consequences of the power inherent to apparently beneficial actions (Fassin, 2005, Garcia, 2010, Hanna and Kleinman, 2013), the non-profit organisation presented itself as a stage for privileged observation.

This research thus seeks to promote a critical approach to the subject, but also to contribute to the production of appropriate health policies for the immigrant population residing in Portugal.

**Keywords:** immigration, mental health, social housing, medical anthropology, vulnerability, social suffering, structural violence, good intentions

Para o Manel e para a minha Avó Ivone.

Obrigada por tudo.



# Agradecimentos

Em primeiro lugar agradeço à minha orientadora, Chiara, por ter permitido que demorasse o tempo necessário até encontrar o meu estilo e ângulo de escrita, sem pressões, e que depois não hesitou em fornecer-me o rápido *feedback* necessário à conclusão desta tese. Sei que não sou uma orientanda fácil, por isso nada melhor do que uma orientadora compreensiva para que não me perdesse nas minhas próprias lacunas e inseguranças.

Em segundo lugar, agradeço à minha orientadora de mestrado em Cambridge, Marta, por me ter ensinado o significado da exigência e por num ano me ter transmitido mais do que aprendi em muitos.

Agradeço igualmente à Fundação para a Ciência e Tecnologia, que financiou este projeto (SFRH/BD/37673/2007), permitindo-me assim aprofundar os meus conhecimentos em Antropologia.

Obrigada à D. Virgínia, ao Sr. Cristiano e a todos os que trabalharam na PROSAUDESC enquanto realizei o meu trabalho de campo. Se não me tivessem acolhido e aceite, esta tese não teria sido possível. Obrigada à D. Lígia, à Adelaide, ao Albino e à Luki por me deixarem contar a vossa história.

Obrigada também às minhas colegas e professores da Pós-Graduação em Antropologia da Saúde pelo ambiente salutar de discussão entre pares e pelas amizades que se criaram nos anos seguintes.

Aos meus amigos que não hesitaram em ler a minha tese quando eu já não tinha olhos nem energia para a rever mais vezes. Formatarem, reviram, traduziram, digitalizaram, imprimiram e encorajaram. Um obrigada especial à Sara, sempre disponível e presente apesar da distância. Sem ti o doutoramento não teria sido o mesmo.

Aos meus irmãos - Zé Miguel, Inês, Margarida e Leonor - por serem uma inspiração constante e fazerem parte da minha vida.

Ao Che, ao Forlán e à Carlota, os melhores companheiros nas longas horas em que esta tese se desenrolou.

Obrigada ao meu marido, Manel, por toda a paciência e apoio nestes últimos anos, por ter aturado as minhas hesitações e não me ter deixado desistir.

À minha Avó Ivone, por estar sempre ao meu lado.



# Índice

<b>Resumo</b> .....	<b>i</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>ii</b>
<b>Agradecimentos</b> .....	<b>v</b>
<b>Lista de Abreviaturas</b> .....	<b>xi</b>
<b>Introdução</b> .....	<b>1</b>
Motivação.....	1
A imigração e a saúde no contexto português .....	5
Reformulação da hipótese de pesquisa.....	9
A observação participante no século XXI e a construção do objeto de estudo.....	16
Metodologia.....	20
Apresentação da tese por capítulos e objetivos.....	25
Para além do sofrimento? .....	28
<b>Capítulo 1 Uma abordagem antropológica à saúde mental dos imigrantes em Portugal</b> .....	<b>34</b>
1.1 O contributo da Antropologia Médica.....	34
1.2 Violência estrutural e sofrimento social .....	43
1.3 A “ <i>polis</i> ” e o campo.....	46
1.4 Para além da vida nua.....	51
1.5 Processos de fronteira e tecnologias de gestão da imigração na Europa .....	60
1.6 Antropologia Médica, imigração e saúde mental.....	63
1.7 Por uma Antropologia Médica crítica .....	66
<b>Capítulo 2 Na Quinta do Mocho</b> .....	<b>75</b>
2.1 Legislação e imigração em Portugal.....	75
2.2 Imigração em Loures.....	79
2.3 Na Quinta do Mocho: o nascimento do bairro antigo.....	84
2.4 Políticas habitacionais portuguesas .....	88
2.5 O PER e o governo da nação .....	91
2.6 Do Mocho para os Terraços da Ponte: diferentes perspetivas do realojamento.....	100
2.7 Os problemas das margens .....	105

<b>Capítulo 3 Na PROSAUDESC .....</b>	<b>112</b>
3.1 Antropologia dentro e fora de casa: a chegada à PROSAUDESC.....	112
3.2 A materialização de uma IPSS: das motivações ao trabalho diário .....	118
3.3 Saúde e desenvolvimento: uma perspetiva histórica e antropológica .....	128
3.4 Cuidado, moral e humanitarismo: perspetivas críticas e alternativas .....	138
3.5 “Qual é aquela palavra que eles gostam que usemos nos concursos? Ah sim, ‘empowerment!’” .....	144
<b>Capítulo 4 O quotidiano.....</b>	<b>152</b>
4.1 D. Lígia .....	152
4.2 O acompanhamento psicológico na primeira pessoa .....	162
4.3 O acompanhamento social e o desejo de autonomia.....	169
4.4 Adelaide .....	174
4.5 “ <i>Nós vemo-los sofrer e temos de fazer alguma coisa</i> ”: altruísmo pastoral numa IPSS nos arredores de Lisboa.....	189
<b>Capítulo 5 Albino .....</b>	<b>203</b>
5.1. Em busca de apoio: políticas de gestão de utentes numa Instituição Particular de Solidariedade Social .....	204
5.2. Biolegitimidade, compaixão e repressão.....	210
5.3 Breve incursão antropológica na esquizofrenia enquanto diagnóstico biomédico .....	216
5.4 A importância do método da história de vida na investigação com imigrantes.....	223
5.5 Da Banda para os Terraços da Ponte .....	227
<b>Capítulo 6 Luki .....</b>	<b>241</b>
6.1 Do Plano de Saúde Mental 2007-2016 à desinstitucionalização .....	241
6.2 Da biopolítica ao quotidiano .....	247
6.3 Etnografia e subjetividade.....	253
6.4 Dentro e fora: o internamento compulsivo e a desinstitucionalização .....	257
6.5 Trânsitos migratórios e a contribuição da Antropologia Médica.....	264
6.6 Abandono e resistência .....	267
6.7 Subjetividade e possibilidades.....	270
<b>Conclusão .....</b>	<b>275</b>
De volta à PROSAUDESC .....	275

Considerações finais .....	284
<b>Bibliografia e fontes .....</b>	<b>287</b>
Fontes Primárias: Legislação .....	302
Webgrafia .....	302
<b>Apêndice A .....</b>	<b>304</b>
Guião de entrevista semi-diretiva aos utentes da PROSAUDESC .....	304
<b>Apêndice B .....</b>	<b>305</b>
Guião de entrevista semi-diretiva às técnicas da PROSAUDESC.....	305
<b>Apêndice C .....</b>	<b>306</b>
Excertos das entrevistas à D. Lígia .....	306
<b>Apêndice D .....</b>	<b>321</b>
Excertos das entrevistas à Mariana .....	321
<b>Anexo A .....</b>	<b>333</b>
Mapa da Urbanização Terraços da Ponte .....	333
<b>Anexo B .....</b>	<b>334</b>
Registo de atendimento social .....	334
<b>Anexo C .....</b>	<b>339</b>
Projeto Dar a Mão [imagem de capa].....	339



# Lista de Abreviaturas

ACAPO - Associação dos Cegos e Amblíopes de Portugal  
ACIDI - Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural  
ACS - Alto Comissariado para a Saúde  
AML - Área Metropolitana de Lisboa  
AP - Autorização de Permanência  
APDP - Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal  
AR - Autorização de Residência  
CEE - Comunidade Económica Europeia  
CLAI - Centro de Apoio ao Imigrante  
CLDS - Contrato Local de Desenvolvimento Social  
CML - Câmara Municipal de Loures  
CNAI - Centro Nacional de Apoio ao Imigrante  
DGS - Direção Geral de Saúde  
DR - Diário da República  
DSM - Manual Diagnóstico e Estatístico de Desordens Mentais  
EUA - Estados Unidos da América  
FMI - Fundo Internacional Monetário  
GARSE - Gabinete de Assuntos Religiosos e Sociais Específicos  
GIL - Gabinete de Intervenção Local  
GIS – Grupo de Imigração e Saúde  
IEFP - Instituto de Emprego e Formação Profissional  
IGAPHE - Instituto de Gestão e Alienação do Património Habitacional do Estado  
IPSS - Instituição Particular de Solidariedade Social  
INH - Instituto Nacional de Habitação  
MPLA - Movimento Popular de Libertação de Angola  
OIM - Organização Internacional para as Imigrações  
OMS - Organização Mundial de Saúde  
ONG - Organização Não Governamental  
ONU - Organização das Nações Unidas

PALOP - País Africano de Língua Oficial Portuguesa  
PCM - Presidência do Conselho de Ministros  
PER - Programa Especial de Realojamento  
PIH - Partners in Health  
PNII - Plano Nacional para a Integração Imigrante  
PNS - Plano Nacional de Saúde  
PNSM - Plano Nacional de Saúde Mental  
Processo SAAL - Serviço de Apoio Ambulatório Local  
PROSAUDESC - Associação de Promotores de Saúde Ambiente e Desenvolvimento Sócio-Cultural  
RSI - Rendimento Social de Inserção  
SNS – Serviço Nacional de Saúde  
SS - Segurança Social  
UNITA - União Nacional para a Independência Total de Angola

# Introdução

“A verdade é o que é deixado de fora, mas também o que é incluído.”<sup>1</sup>

Jeanette Winterson (2014 [1985]: xviii)

## Motivação

Comecei o trabalho de campo do doutoramento em maio de 2010, numa altura conturbada do ponto de vista político e económico em Portugal. Há cinco anos no poder, o governo socialista enfrentava pressões europeias motivadas por indicadores socioeconómicos alarmantes: crise da dívida soberana, um défice excessivo e um desemprego galopante. Uma breve incursão pelos livros de História previa um novo resgate financeiro, à semelhança do que acontecera em Portugal tanto em 1977 como em 1983. Esta situação levou a que o governo apresentasse um plano de medidas de austeridade - o Programa de Estabilidade e Crescimento - que foi rejeitado pelo Parlamento, situação que conduziu à demissão do Primeiro Ministro em março de 2011 e à formalização de um pedido de assistência financeira à União Europeia (UE). O terceiro resgate das contas nacionais chegou finalmente a Portugal pela mão de três entidades, Comissão Europeia, Banco Central Europeu e Fundo Monetário Internacional (FMI) - a “*troika*”, como ficaram conhecidas -, e foi implementado pelo XIX Governo Constitucional eleito a 21 de junho de 2011, composto por uma coligação entre partidos de centro direita.

A minha pesquisa, sentia eu, chegava fora de prazo. Outros valores e prioridades tomavam o lugar nas preocupações intelectuais e no espaço dos jornais. O país tornava-se cada vez menos recetivo às vagas de imigrantes que nos anos anteriores despertaram o interesse do público e que motivaram também publicações antropológicas várias. Conceitos como “fluxo” (Mapril, 2006) ou “transnacionalismo” (Raposo e Togni, 2009), só para referir alguns, inundavam as publicações científicas nacionais há alguns anos, uma tendência que influenciou a minha formação universitária e posterior escolha de tema para o projeto de investigação do

---

<sup>1</sup> Traduzido do inglês. Todas as traduções são minhas. Em alguns casos pontuais e, caso se justifique, serão deixadas as expressões originais.

doutoramento. Porém, no período em que me propunha iniciar uma pesquisa sobre imigração, os próprios imigrantes procuravam voltar aos seus países de origem, enquanto que outros partiam de Portugal para lugares economicamente mais prósperos. Qual a relevância, nesta altura, de realizar uma pesquisa sobre imigrantes e as suas condições de saúde em Portugal?

Influenciada pela importância que a imigração ganhara nos últimos anos na produção académica, cedo comecei a interessar-me pelos cuidados de saúde dos imigrantes e de outros indivíduos em situação de precariedade social e económica. Em 2007 realizei uma etnografia, submetida com o intuito de me licenciar em Antropologia, numa Instituição Particular de Solidariedade Social <sup>2</sup> (IPSS) direcionada para o desenvolvimento de competências parentais de jovens grávidas e mães consideradas “em risco”. Algumas imigrantes, por vezes jovens institucionalizadas grávidas ou sozinhas com os seus filhos, compunham um grupo heterogéneo de mulheres que procuravam o apoio desta instituição lisboeta. Para além das fraldas, toalhetas, leite em pó, medicamentos ou outros bens que lhes fizessem falta, as utentes recebiam da referida instituição uma narrativa sancionada sobre a gravidez, o parto e os cuidados materno-infantis. Este “conhecimento autorizado”<sup>3</sup> transmitido pelas técnicas e voluntárias materializava-se num discurso impositivo, estabelecendo-se em parte por permitir explicar melhor o universo envolvente, mas também por se encontrar associado a determinadas forças sociais e/ou económicas hierarquicamente superiores. Quando um discurso se estabelece assim como natural e legítimo, as outras narrativas sobre o mesmo tema são renegadas e caracterizadas como sendo atrasadas, ignorantes e inferiores.

As mães em situação de precariedade socioeconómica e dependentes do apoio material (e muitas vezes também emocional) disponibilizado pela instituição analisada nesta pesquisa

---

<sup>2</sup> De acordo com a definição da identidade das IPSS presente no site da Cooperativa António Sérgio para a Economia Social: “As IPSSs são instituições constituídas sem finalidade lucrativa, por iniciativa de particulares, com o propósito de dar expressão organizada ao dever moral de solidariedade e de justiça entre os indivíduos e desde que não sejam administradas pelo Estado ou por um corpo autárquico. São designadamente objetivos destas instituições: apoio a crianças e jovens; apoio à família; proteção dos cidadãos na velhice e invalidez e em todas as situações de falta ou diminuição de meios de subsistência ou de capacidade para o trabalho; promoção e proteção da saúde, nomeadamente através da prestação de cuidados de medicina preventiva, curativa e de reabilitação; educação e formação profissional dos cidadãos; resolução dos problemas habitacionais das populações.” Informação consultada no sítio <http://www.cases.pt/identidade-das-ipss/>, acessado em julho de 2017.

<sup>3</sup> “Conhecimento autorizado”, um conceito apropriado da Antropologia do Colonialismo e posteriormente desenvolvido por Jordan (1978), critica a imposição do modelo biomédico sobre a gravidez e o parto.

encontravam-se assim numa posição chave enquanto recetoras deste discurso normalizador. Os comportamentos considerados desviantes ao ideal da instituição não só não eram muitas vezes tolerados ou aceites, como podiam dar azo a sanções, nomeadamente, à suspensão da entrega de bens alimentares ou de puericultura a bebés, mas também a repreensões verbais e ameaças por parte das técnicas durante as sessões de atendimento.

Nestes encontros as técnicas procuravam instruir as utentes quanto aos benefícios da amamentação materna, alegando ser mais “natural” e benéfica para a saúde do bebé, ao mesmo tempo que destacavam também a importância dos laços afetivos criados nesse momento de partilha e contacto. Se as mães apresentassem um comportamento considerado adequado no espectro das competências valorizadas pela IPSS, eram então felicitadas e recompensadas, frequentemente apresentadas como exemplo em oposição a outras utentes menos cumpridoras e complacentes. A maternidade nestes moldes era assim devolvida ao que consideravam ser o seu estado natural - o qual fora interrompido por uma gravidez indesejada na adolescência, por uma situação de precariedade temporária ou definitiva ou por um projeto de mobilidade malsucedido - e o “conhecimento autorizado” consolidado e vinculado. Em suma, naturalizado. Esta versão simultaneamente disciplinadora e punidora do biopoder (Foucault, 1994 [1976]), mas também orientada para que as utentes despertassem em si uma maternidade natural, traduzia-se numa reorientação de prioridades que recolocaria no topo o bem-estar dos seus filhos.

Analisando as estratégias de biopoder no Brasil, Sanabria procurou compreender as principais diferenças entre os tipos de populações e de subjetividades produzidas analisando as estratégias de marketing e as práticas biomédicas dos diferentes métodos de supressão da menstruação. Concluiu que

Onde a reprodução das mulheres de baixo estatuto económico está em causa, a falta de planeamento familiar é amplamente vista como contribuindo para a marginalidade social, para a violência e para o crime. Reduzir a taxa de natalidade dos segmentos mais pobres da população é visto como sinónimo de uma elevação da nação do subdesenvolvimento. (Sanabria, 2009: 7)

Por outro lado, a autora identificou uma tendência oposta na classe média e alta da sociedade brasileira. Aqui a indústria farmacêutica não aposta na regulação da população nem em controlar o corpo nacional através da gestão dos problemas dos pobres. No setor privado

as hormonas e os métodos de supressão menstrual procuram, alternativamente, promover o autocontrolo. Orientadas para o aperfeiçoamento do indivíduo, as hormonas prescritas atuam assim sobre os corpos destas mulheres com o intuito de regular o seu lado afetivo.

Não obstante a investigação de Sanabria ter sido realizada após a minha pesquisa, esta realidade brasileira identificada pela autora poderia ser traduzida sem esforço para o contexto português e para a realidade da IPSS sobre a qual a minha primeira etnografia se debruçou. Muitas das utentes contaram-me que durante a sua estadia no hospital e após o parto lhes fora recomendada a inserção de um implante subcutâneo hormonal de longa duração. Uma mãe adolescente partilhou comigo que estava prestes a terminar os três anos de duração do contraceptivo que lhe tinha sido colocado no braço aquando do nascimento do primeiro filho. Agora que se encontrava separada do pai desta criança queria “dar um filho” ao novo companheiro e aguardava ansiosamente pelo dia em que se veria livre do dito implante, uma prática que as técnicas identificavam como recorrente e acompanhavam com um encolher de ombros e um suspiro. Viam estes três anos como um período em que poderiam tentar mudar as mentalidades das utentes, porém este processo muitas vezes não obtinha o efeito desejado.

Todavia, ao contrário do que Sanabria identificou como sendo os níveis distintos em que as hormonas sexuais regulam diferentes segmentos da sociedade brasileira, no caso das utentes abordadas no meu estudo, estas duas dimensões cruzavam-se: se por um lado se disciplinava até que as utentes interiorizassem os comportamentos, o objetivo final prendia-se com a libertação de uma maternidade natural em que as prioridades das mães fossem normalmente restabelecidas. A instituição providenciava o empurrão necessário. Os diferentes tipos de controlo reguladores identificados por Sanabria, no contexto que analisei, encontravam-se presentes no mesmo espaço. Como Bastos afirmou, “talvez estejamos, ainda, na curva foucaultiana da disseminação dos instrumentos de controlo” (2009: 131).

Esta primeira etnografia permitiu-me concluir que o poder e os seus mecanismos reguladores operam a níveis dispersos e originais, não sendo estanques, e teimando em desvincular-se das orientações teóricas estabelecidas à partida. Concomitantemente às primeiras leituras realizadas na altura sobre poder e discursos autoritários, esta investigação franqueou-me as portas para a importância de questionar a etnografia, o trabalho de campo e a sua relação com as hipóteses teóricas erguidas, bem como para a reflexão sobre a aplicação prática da produção antropológica. Se este trabalho de campo me ajudou a aprofundar o

interesse por estas temáticas, a pesquisa do doutoramento permitiu esclarecer e atualizar conceitos, sem me afastar do universo das IPSSs e de uma população imigrante e “vulnerável” sobre a qual se procurava intervir, moldar. No fundo, dar a mão.

## **A imigração e a saúde no contexto português**

O meu interesse de pesquisa foi durante muito tempo distinto do produto final desta tese. Procurava perceber como usufruíam os imigrantes de cuidados de saúde mental num país que garante, no artigo 64º da sua Constituição<sup>4</sup>, o direito à proteção e à promoção da saúde, garantido através de um serviço gratuito e universal.

Poderia um indivíduo, devido à sua condição de “ilegal”<sup>5</sup> em que muitos se encontravam, gozar das mesmas regalias na saúde que um cidadão nascido em Portugal, como estipula a lei? Questionava-me também como o estado português trata o corpo do imigrante saudável ou doente, as suas necessidades, a sua presença e a sua “ausência legal” (Coutin, 1999: 146) e como ambas as partes lidavam com o contacto estabelecido nos serviços sob a forma da promessa de acesso a cuidados de saúde universais. Face ao que antecipava serem inúmeras dificuldades e obstáculos que teriam de enfrentar, quais seriam as estratégias adotadas por estes imigrantes e porquê? Procurariam alternativas, maneiras de conceptualizar e viver a sua doença e sofrimento, que não as propostas pela biomedicina portuguesa? E como ultrapassariam todas estas vicissitudes num contexto económico cada vez menos acolhedor aos estrangeiros?

Apesar das mudanças estruturais na sociedade, a temática da imigração e saúde continuava a despertar o interesse legislativo, institucional e académico no início do século XXI em Portugal. Em 2009 a Organização Internacional para as Migrações (OIM) organizou um encontro em Lisboa no âmbito do projeto “Assisting Migrants and Communities (AMAC):

---

<sup>4</sup> Informação consultada no sítio

<http://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx>, acedido em fevereiro de 2017.

<sup>5</sup> Este conceito não é destituído de valor ou de conotações políticas e sociais. Refere-se, em sentido restrito, à ausência de documentação que permite a estadia em Portugal de cidadão estrangeiros. Será utilizado amiúde no texto precisamente para preservar essas nuances interpretativas e resgatar os sentidos, literais e figurados, que anima e suscita.

Analysis of Social Determinants of Health and Health Inequalities”, onde se manteve destacada a preocupação com esta problemática, que desde 2007 a Presidência Portuguesa no Conselho da UE manteve na sua agenda.

Realçando a importância de incluir o acesso universal aos serviços de saúde nas políticas e estratégias de cada estado-membro, estes eram motivados a participar nos processos ativamente. Esperava-se que a UE desempenhasse também um importante papel na recolha e difusão de informação para motivar estas boas práticas, cujo objetivo último se prendia com a redução de desigualdades. Ao nível das políticas já em curso, Machado, Pereira e Machaqueiro (2010), as autoras do artigo que representou Portugal neste encontro enquanto porta-vozes do Alto-Comissariado para a Saúde (ACS), destacavam a introdução da legislação de 2001 garantindo o acesso aos cuidados por parte dos imigrantes que se encontrassem há mais de noventa dias em solo nacional. Em 2002 o Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI) instituiu o desenvolvimento de um programa para a integração dos imigrantes vocacionado para o emprego, a formação profissional, habitação, educação e saúde, com o propósito de aumentar o conhecimento e a literacia desta comunidade ao nível dos serviços de saúde, bem como o acesso a centros e hospitais com boas práticas para imigrantes. Este organismo procurou também desenvolver o interesse académico nesta temática, incentivando as publicações do Observatório para a Imigração (OI). O mesmo artigo refere ainda que o Plano Nacional de Saúde (PNS) entre 2004 e 2010 focou o envolvimento das associações cívicas e a equidade dos serviços.

Entretanto, em 2007, o Plano Nacional para a Integração Imigrante (PNII) foi finalmente publicado. Apesar de alegar que os imigrantes tendencialmente optavam por se deslocar aos hospitais em situação de doença - em parte para evitarem indagações sobre o seu estatuto legal e eventuais represálias -, o plano destacava a importância de focar o contacto ao nível dos serviços de saúde primários. Formaram-se especificamente enfermeiros no sentido de promover a proximidade com as comunidades, apoiou-se a aquisição de unidades móveis em determinados bairros de imigrantes e alguns membros das comunidades foram escolhidos para funcionar como mediadores culturais, como aconteceu na génese da associação analisada neste estudo.

O artigo reforça ainda a importância do esforço conjunto ao nível de todos os estados membros da UE no sentido de investir na prevenção e controlo de doenças, bem como na

disponibilização de meios e recursos, especialmente aos grupos mais vulneráveis, como os imigrantes são muitas vezes considerados. Para alcançar estes objetivos as autoras destacam a necessidade de colocar a integração dos mesmos - de quem a Europa, defendem, depende a nível demográfico e laboral - no topo das agendas políticas de todos os membros, disponibilizando serviços de saúde independentemente da legalidade do imigrante em questão, reduzindo a imigração ilegal e promovendo a divulgação de informação sobre os seus direitos na saúde. Concluem que o novo PNS, na altura ainda em rascunho, focaria as temáticas da cidadania, do acesso aos cuidados, da equidade e da qualidade destes mesmos serviços públicos, de importância para todos os cidadãos, mas especialmente para as famílias imigrantes estabelecidas em Portugal<sup>6</sup>.

No seguimento das prioridades estabelecidas, em setembro de 2007 foi publicado o primeiro número da *Revista Migrações* numa iniciativa conjunta entre a Presidência do Conselho de Ministros (PCM) e o ACIDI. Esta publicação justificava a necessidade de se produzirem mais estudos do género face aos desafios propostos à saúde pública provocados pelas grandes mobilizações humanas a nível global. Procurava-se conhecer o estado de saúde das comunidades de imigrantes, tanto à partida como à chegada, para que se encontrassem “políticas e estratégias de saúde integradoras e sustentadas, que produzam efeitos reais na redução de riscos e vulnerabilidade e permitam obter ganhos efetivos em saúde” (Dias, 2007: 15). A autora menciona ainda que, embora haja estudos que garantam que os migrantes são em termos gerais mais saudáveis, o encontro com a sociedade que os aguarda poderia potenciar desequilíbrios físicos, sociais e psicológicos com consequências ao nível da saúde destes indivíduos que os serviços de saúde locais não se encontravam aptos para resolver. Reforçando a situação de vulnerabilidade em que estas comunidades se encontram, Dias urge a que a comunidade científica se una no conhecimento destas situações precárias, saudando boas

---

<sup>6</sup> De acordo com informação consultada no sítio <https://www.dn.pt/portugal/interior/ministerio-extingue-alto-comissariado-da-saude-1728582.html> (acedido em julho de 2017), o ACS, criado pelo decreto-lei n.º 218/2017 de 29 de maio com o objetivo de articular a estratégia para a saúde com a programação financeira, foi oficialmente extinto no final de 2010. Consequentemente, a responsável pelo organismo e uma das autoras do estudo acima citado, Maria do Céu Machado, demitiu-se. Invocando a necessidade de contenção de custos, a elaboração do plano ficou a cargo da Direção Geral da Saúde (DGS), a qual apresentou o Plano para 2011-2016, onde ao contrário do que aconteceu no Plano 2004-2010, não existem entradas referentes à população migrante enquanto grupo populacional específico de intervenção prioritária.

práticas e exortando o poder político a juntar meios no sentido de prevenir riscos e integrar através da saúde.

Padilla e Palma (2005) já tinham alertado para as contradições inerentes ao processo excecional de regularização de imigrantes brasileiros em Portugal, referindo que estes não seriam de todo privilegiados no seio das boas relações diplomáticas estabelecidas unilateralmente por estes dois países, mas que seriam, isso sim, efetivamente excluídos e discriminados, sem acesso à saúde e à educação e dependentes de recursos provenientes da economia informal. Outros estudos acompanharam o interesse da Antropologia Portuguesa pela relação entre imigrantes e saúde, realizados também sob a tutela do ACIDI, como por exemplo a investigação de Backstrom *et al.* (2009) sobre saúde e doença entre cabo-verdianos em Lisboa. Destacam-se também os estudos de Santinho (2005, 2012, 2016) focando-se inicialmente nos imigrantes no município de Loures e posteriormente nos refugiados e requerentes de asilo em Portugal. Em 2009 Pussetti e Silva Pereira combinaram numa coletânea as contribuições de diversos antropólogos no campo da Antropologia da doença e das práticas terapêuticas, com destaque para as experiências dos imigrantes em Lisboa. Igualmente relevante na temática da migração de pessoas, terapias e doenças tem sido o trabalho de Saraiva (2010) sobre rituais afro-brasileiros em Portugal. A articulação entre saúde mental e fluxos migratórios reuniu também nos últimos anos interesse por parte da Antropologia Portuguesa (Lechner, 2009, Pussetti, 2009a, Pussetti, 2009b, Pussetti, 2009c, Ferreira e Pussetti, 2009). Mais recentemente, Challinor (2012) debruçou-se ainda sobre questões de maternidade e imigração entre mães cabo-verdianas.

Nesta altura a proliferação de diversas perspetivas no que parecia ser um terreno fértil de inquirição e de reflexão motivou o meu interesse pelo campo de estudos da Antropologia Médica e Imigração, com destaque para as questões de saúde mental. Quando iniciei a minha pesquisa de doutoramento os autores acima citados contavam-se entre alguns dos que na altura definiam este campo de estudos em Portugal. Não pretendendo, todavia, listar exaustiva e pormenorizadamente todos os contributos de colegas que demonstraram interesse nas várias dimensões de interseção entre imigração, saúde e doença, mas apenas os mais relevantes e influenciadores das minhas preferências académicas, a minha questão de partida procurava contribuir também ela para o enriquecimento deste campo de estudos que à data parecia despertar tanto interesse entre os antropólogos portugueses, sem desmérito dos colegas fora de

Portugal cujo trabalho ao nível da imigração e saúde será também objeto de análise nos próximos capítulos.

O percurso desta investigação foi, todavia, tudo menos linear, levando à reformulação não apenas da questão de pesquisa, mas a novas delimitações teóricas e geográficas do foco de pesquisa. Proponho-me agora refletir como os diferentes obstáculos e imprevistos com que me deparei desde o início da investigação foram integrados na reflexão antropológica.

## **Reformulação da hipótese de pesquisa**

Ao contrário do que a Antropologia tradicional afirmou durante anos, a etnografia não tem como objetivo confrontar o que se diz com o que se faz, mas sim a integração das formulações discursivas (Mapril e Matos Viegas, 2012). A Antropologia, que se constrói com base nas relações sociais sobre as quais se debruça, permite, isso sim, encontrar as semelhanças e não as diferenças. Não a procura do “outro”, sempre presente nas descrições etnográficas, mas sim o que de comum existe entre dois mundos distantes, sejam eles em hemisférios diferentes ou no final do eixo norte/sul que une vivências distintas no seio de uma capital europeia, como vim a descobrir.

Considerada a impossibilidade de conseguirmos apreender exatamente o que “o que é que os que nos ouvem compreendem do que nós dizemos, porque os mundos referenciais deles serão sempre diferentes dos nossos” (Pina Cabral, 2003: 113-114), esta hesitação só é ultrapassada quando estamos dispostos a permitir que os relatos de terceiros façam sentido, num exercício de “caridade interpretativa” (Pina Cabral, 2003: 118). Este reconhecimento da semelhança permite aplicar um princípio de coerência com base em factos partilhados. Na busca incessante da perceção do que é “ser humano”, os antropólogos procuram assim compreender as diferenças percorrendo caminhos comuns a ambos, investigador e interlocutor, por mais distantes que possam apresentar-se os seus mundos de referência.

Segundo Mapril e Matos Viegas (2012), devido às próprias condições de reciprocidade que se estabelecem no terreno e que obrigam a uma constante negociação e ajustamento dos métodos, a construção do objeto de pesquisa não é linear. A necessidade de explanação de hipóteses e de métodos exatos que a explorem - prática comum noutras disciplinas científicas

- não é facilmente replicada em meio antropológico. Todavia, se os antropólogos assumirem que o processo de construção do conhecimento se baseia numa constante transformação que se produz nas redes de relações sociais que compõem os terrenos etnográficos, esta intersubjetividade que se desenvolve com base em revelações partilhadas, permite a formulação constante das próprias categorias usadas para abordar a realidade estudada. Por intersubjetividade Mapril e Matos Viegas entendem não uma maneira de conhecer o que os outros têm em mente ou de participar nas suas atividades sem que nos tornemos neles, mas sim conhecer as condições de produção do saber vinculadas às relações sociais que as produzem. Os autores concluem afirmando que a experiência intersubjetiva inerente à pesquisa antropológica a transforma não num meio para alcançar um fim (o conhecimento propriamente dito), mas sim numa maneira de produzir o próprio saber. Esta dimensão da etnografia permite que, face a situações inesperadas, o pesquisador seja capaz de ajustar e redefinir a sua postura e métodos no terreno.

Apesar da standardização dos procedimentos científicos, a Antropologia, pela sua dedicação às pessoas, surge naturalmente como disciplina cujos métodos diferem dos das outras ciências, à semelhança da postura que adota face à criação de hipóteses de pesquisa, as quais pretere em função de problematizações. Biehl e Petryna (2013) defendem também que a dificuldade em replicar métodos e resultados numa Antropologia socialmente responsável coloca a etnografia em desvantagem face a práticas mais racionalistas no campo das políticas de saúde pública (as chamadas “*magic bullets*” da intervenção em programas de saúde global).

Patriarca (2012) questionou assim como e quando nos tornamos antropólogos no decorrer do trabalho de campo: somo-lo antes de partirmos para o terreno (se é que há uma partida definida no tempo e no espaço) ou é no decorrer deste que nos formamos profissionalmente? Na sua própria etnografia, ao procurar compreender como os psiquiatras aprendiam a sua profissão e face aos obstáculos constantemente levantados à sua pesquisa, Patriarca obrigou-se a redefini-la e a integrar os diversos imprevistos que lhe surgiam, reformulando-os enquanto descobertas. Por outras palavras, ao tentar perceber o que é um psiquiatra, acabou por questionar o que é um antropólogo. A dificuldade em transmitir aos seus interlocutores o porquê de ter optado pelo método etnográfico, o qual lhe respondiam ser ineficaz para representar a sua classe profissional devido à ausência de fiabilidade científica, permitiu-lhe questionar conceitos como a delimitação prévia do terreno e como se constrói o

conhecimento antropológico quando a posição do etnógrafo é constantemente rebatida. Face a estes constantes obstáculos, concluiu que

Dada a natureza do imponderável, este constitui, na realidade, um princípio de incerteza. Mas, na medida em que a incerteza é geradora de uma intencionalidade, que nunca poderemos captar por completo, dependemos sempre de outrem para fazer sentido dessa intencionalidade, dando assim origem a novas intencionalidades e novos compromissos mútuos de entendimento do mundo. Quer dizer, o conhecimento antropológico só pode produzir-se mediante uma condição de mutualidade. É esta condição que nos permite situarmo-nos por relação ao contexto de observação. A mutualidade é sempre constitutiva do lugar onde o antropólogo se posiciona. No sentido em que a mutualidade implica “estar com”, “estar na companhia de”, esta condição é, por conseguinte, co-constitutiva do outro, não lhe é nem anterior nem exterior. (2012: 592)

Qualquer antropólogo que se proponha realizar a sua investigação junto de uma organização, conhece desde logo alguma resistência inicial. Não nos fazemos acompanhar de hipóteses que pretendemos testar ajuda à desconfiança. Perdemos logo no jogo da (alegada ausência de) cientificidade dos nossos métodos e hipóteses. Não nos fazemos munir de inquéritos para que sejam aprovados previamente nem apresentarmos as conclusões compiladas em grandes volumes estatísticos de análise de dados quantitativos certamente que também não ajuda. Não existem testes a aplicar nem guiões de entrevista fechados e habilitados à comparação de formulações conclusivas. Começarmos por uma questão de partida é frequentemente visto como falta de rigor e se a redefinirmos constantemente perdemos muitas vezes alguma réstia de credibilidade que nos subsistia face à organização que nos acolhe. Se ocorrer questionarmos procedimentos - mesmo que não com o objetivo de os submeter a julgamento, mas sim de os compreender melhor e de uma perspetiva que antecipadamente não prevíamos - ou se optarmos por realizar entrevistas à porta fechada com utentes que nos podem vir a confidenciar o que não é relatado aos técnicos em atendimento, isso também pode levantar suspeitas, como tive oportunidade de experienciar nas minhas próprias pesquisas. A determinada altura pode acontecer que algumas portas nos sejam fechadas, propostas e relatórios de pesquisa que anteriormente não foram necessários sejam exigidos para dar continuidade à investigação, e o trabalho voluntário oferecido inicialmente como contrapartida deixa subitamente de bastar como moeda de troca.

No entanto, como Patriarca referiu, as incertezas provocadas por estes inúmeros

obstáculos permitem alcançar um nível superior de entendimento do terreno. Permitem questionar o porquê dos obstáculos surgirem, como são interpretados em conjunto e reavaliar o processo antropológico enquanto prática fundada em comunicação e cedências mútuas. Estas revelações partilhadas que vão surgindo dão azo a novos compromissos de entendimento e permitem reformular teorias, enriquecendo o resultado final.

Tal como Berg (2006) percebeu através da sua pesquisa multissituada em Espanha e Cuba sobre memórias políticas e políticas da memória entre cubanos expatriados, ao contrário do que as etnografias clássicas apontam como sendo a norma, a sua imersão no terreno não foi gradual até alcançar níveis invejáveis de proximidade com os seus interlocutores. Berg percorreu um percurso muito mais sinuoso, tendo-se aproximado e afastado do seu objeto e dos seus interlocutores por diversas vezes, numa constante negociação do seu papel no seio das relações que estabeleceu com os cubanos nos vários contextos da diáspora. O seu esforço constituiu assim um investimento sucessivo na construção do seu terreno de pesquisa para que este não lhe escapasse.

No decorrer da minha investigação senti por diversas vezes os mesmos obstáculos. As dificuldades em delimitar o terreno, a par de inúmeros impedimentos, foram ultrapassadas em parte pela proximidade à instituição e por uma observação participante contínua no tempo e no espaço. Noutros momentos a própria IPSS que me abrigou foi a raiz dos problemas porque inevitavelmente era apresentada como uma das suas “técnicas” e ajudava no seu trabalho, condição obrigatória de garantia de acesso aos pacientes e à vida diária da instituição. Desvincular-me deste rótulo era, por vezes, complicado e contraproducente para a minha própria investigação. Houve interlocutores de quem me aproximei mais, outros com quem tive de negociar a proximidade em diferentes momentos. Em alguma altura senti que a definição da minha posição se encontrava estanque e cada conversa, cada observação, motivava novas partilhas, novos entendimentos e novas perspetivas de pesquisa.

Tal como Berg, também iniciei a minha pesquisa seguindo uma técnica de bola de neve, em que sucessivamente fui recolhendo contactos e dados pertinentes à investigação, os quais me encaminharam para outros mais direcionados e específicos. O tema da saúde mental, já de si melindroso, a que muitas vezes se associavam questões de indocumentação na condição de imigrante, de dependência de subsídios e apoios sociais, complicaram as já de si labirínticas questões que envolvem qualquer trabalho de pesquisa em Antropologia, obrigando-me a

construir o campo interagindo e relacionando-me com os meus informantes o melhor possível dadas as circunstâncias.

Numa fase exploratória da pesquisa iniciei contactos com diferentes associações nas áreas da imigração e saúde: o Centro de Apoio Social do Pisão, a Solidariedade Imigrante, a Associação Positivo. Junto a técnicos e utentes destas associações realizei entrevistas semiestruturadas com o objetivo de melhor compreender a realidade a abordar. Concomitantemente, realizei ainda entrevistas informais junto de investigadores da imigração, assisti a debates sobre o tema e participei nos Roteiros de Saúde para Todos os Imigrantes, realizados pela Santa Casa da Misericórdia. Assisti a diversas atividades no âmbito destes roteiros, das quais destaco as formações “Imigração e Saúde” e “Lei da Imigração” da responsabilidade do ACIDI. Estas ações, destinadas a técnicos de diversos organismos públicos, permitiram-me contactar com o discurso oficial relativo às políticas de saúde destinadas à população imigrante, mas também perceber os contornos da lei e a sua aplicabilidade no debate entre os presentes.

Esta fase exploratória da investigação permitiu-me refletir também sobre os objetivos da minha investigação e esclarecer algumas premissas iniciais. Redefinida a questão de partida inicial – um processo comum e expectável, tanto em Antropologia, como noutras ciências sociais (Quivy & Campenhoudt, 1998) –, tornou-se necessário redirecionar a problemática e o modelo de análise propostos para esta investigação. Assim, optei por limitar a pesquisa às temáticas da imigração e da saúde mental privilegiando um local em concreto em que estas se entrelaçavam originalmente. Deste modo, em maio de 2010, dei início à colaboração com a Associação Promotores de Saúde e Desenvolvimento Sócio-Cultural (PROSAUDESC), uma das instituições presentes nos manuais e relatórios dos colóquios que frequentei e que possuía já um histórico positivo de relações com o meio académico. Esta IPSS localiza-se na Urbanização Terraços da Ponte, um “bairro social” em Sacavém, onde os antigos moradores da Quinta do Mocho foram realojados há cerca de uma década. Estes são, na sua grande maioria, oriundos de antigas colónias portuguesas em África.

A Associação PROSAUDESC existe desde Fevereiro de 2000 e teve como base o trabalho anteriormente desenvolvido por promotores na área da saúde, também eles residentes no antigo bairro. Com o objetivo de dar continuidade a esta iniciativa, a PROSAUDESC foi fundada e tem vindo a estabelecer as parcerias necessárias com diversas entidades para garantir

os serviços do seu objeto social. Entre outras iniciativas em rede com instituições particulares e estatais, instituiu um programa de Saúde de Proximidade através do qual realiza rastreios junto de populações consideradas vulneráveis, e desenvolveu o Projeto Dar a Mão, inicialmente destinado apenas ao apoio psicossocial a doentes de Junta Médica e seus acompanhantes.

Tendo esta associação delineado como seu propósito também dar resposta aos diversos casos de “perturbações do foro psicológico” apresentadas pelos seus utentes cada vez em maior número, como me foi comunicado no dia em que nos encontramos pela primeira vez, a minha presença enquanto investigadora nesta área foi bem-recebida. Nas semanas seguintes foram-me apresentados os utentes que se enquadravam nesta categoria e pude associar os nomes às caras. A PROSAUDESC nessa altura encontrava-se também a concorrer a um projeto financiado a quatro anos pelo ACIDI no âmbito da Saúde Mental, um dos três pilares do PNS 2011-16. Resultante deste acordo de mútuo auxílio, realizei diversos exercícios de pesquisa, tais como observações das interações entre técnicos e utentes, a par de uma ação interventiva nos atendimentos psicossociais. Mantendo um registo diário no caderno de campo das atividades desenvolvidas a par da realização de entrevistas semiestruturadas e histórias de vida a utentes cujos percursos de vida se mostraram relevantes para a minha própria investigação, durante cerca de um ano dediquei-me ao exercício etnográfico neste local designado.

Simultaneamente procurei aprofundar os meus conhecimentos na área da Antropologia Médica e refletir sobre os dados diariamente recolhidos em trabalho de campo, razão pela qual iniciei em setembro de 2010 a pós-graduação Antropologia da Saúde: Competência Cultural em Âmbito Clínico no ISCTE-IUL em horário pós-laboral. A possibilidade de recolher os dados durante o dia e de à noite poder debatê-los com colegas formadas em diversas áreas da saúde e professores especialistas no tema, revelou-se uma das mais-valias deste programa letivo, o qual certamente enriqueceu não só o trabalho de campo como a reflexão sobre as suas premissas e conclusões.

Este dia a dia que se compôs de muitas tarefas que não antecipava - como por exemplo conduzir os pacientes na carrinha da associação para consultas hospitalares e no decorrer das viagens ter oportunidade de aprofundar espontaneamente alguns temas que me pareciam mais interessantes - permitiu que o papel da associação e das técnicas se tornasse muito relevante na minha análise final. Cedo percebi que a saúde mental, os seus atores e cenários que operam num bairro social composto essencialmente por imigrantes não tinham ali um papel meramente

secundário. A associação, bem como todos os que a compõem, e a sua relação com os casos de saúde mental que me foram encaminhados criaram redes de relações francamente interessantes e difíceis de ignorar. A maneira como as técnicas lidavam caso a caso e como isso mudou a sua percepção de e no bairro influenciou também bastante as minhas conclusões e determinou o tipo de observações que realizei. Percebi como a PROSAUDESC se apresentava e que iniciativas colocava em prática promovendo novas formas de subjetividade. As forças que se desenvolveram e articularam durante vários anos para criar o bairro permitiram-me realizar uma arqueologia (Foucault, 2012 [1969]) de um bairro social, visto por dentro e por fora, mas também por alguém que chega e parte todos os dias no decorrer de um trabalho ou investigação. Os casos de saúde mental abriram-me possibilidades de análise de conceitos como violência estrutural (Farmer, 2003) e sofrimento social (Das, Lock, Kleinman, 2007) que não antecipei quando me propunha apenas perceber qual a relação de inclusão/exclusão dos imigrantes nos cuidados de saúde mental oferecidos pelo estado português.

Entender como a doença mental foi construída naquele contexto de “bairro social” através das ações sancionadas pela associação sob a máxima “dar a mão”, fosse em que condições fosse porque o importante era ajudar - uma lógica vinculada pela IPSS e aplicada quotidianamente pelas técnicas de serviço social e de psicologia - e que subjetividades potenciaram junto dos seus utentes, tanto de aceitação como de negociação, tornou-se mais central nas minhas preocupações académicas. Isso deveu-se não apenas ao ajuste diário das metodologias aplicadas, mas também às condições de mutualidade possíveis no decorrer deste trabalho. Funcionando como um local para refletir sobre as consequências do poder inerente a aparentes ações benéficas (Fassin, 2005, Garcia, 2010), a PROSAUDESC apresentou-se, pela sua história e pelos seus objetivos no terreno, como um palco de observação e de análise privilegiado.

Os investigadores podem começar com uma questão de partida, ou com o desejo de explorar as origens de um problema social específico, apenas para virem a descobrir que quando estão no terreno o problema original não é um problema para os interlocutores, ou que um tema diferente é muito mais importante do que o que aquele com o qual o investigador começou. Ou a pesquisa pode ter começado com um modelo teórico genérico ou modo de pensar sobre o mundo, apenas para vir a descobrir que esse modelo não é congruente com o modo como quem está no terreno explica o seu mundo. (LeCompte e Schensul, 1999: 7)

Esta reformulação da pesquisa faz parte do modelo cíclico da investigação antropológica analisado por Spradley (1979) e a sua especificidade permite destacar a Antropologia das outras ciências sociais em termos metodológicos. Além disso, o quotidiano na associação permitiu-me constatar o que Patriarca afirma,

Apesar da presença do antropólogo em campo ser sempre engajada numa qualquer teoria, não se vai normalmente para o campo para testar hipóteses antecipadamente pensadas. As hipóteses nascem mais tarde, não antes, depois de o antropólogo “experimental” viver com aqueles que pretende compreender, sendo por eles interpelado, num processo de mútuo entendimento do mundo, para então, sim, poder fazer da investigação uma investigação antropológica. (2012: 608)

Mais do que um método, a etnografia produz uma forma de conhecimento específico resultante do encontro entre antropólogo e os seus intermediários durante o trabalho de campo sem que haja interferência direta dos “*gatekeepers*” nem uma procura de regras universais. Procura-se estudar problemas e não mais locais e povos. É uma porta que permite o acesso ao conhecimento e que obriga a uma constante reformulação das condições da pesquisa. Com o intuito de preservar a autenticidade das histórias que me foram transmitidas e que fui recolhendo, o meu objeto de pesquisa foi também ele sendo constantemente modificado.

## **A observação participante no século XXI e a construção do objeto de estudo**

Concordo com Patriarca (2012), Mapril e Matos Viegas (2012), mas também com Pedroso de Lima e Sarró (2006), Martínez Veiga (2006) e Pina Cabral (2006) quando os autores se posicionam e justificam com as suas pesquisas o quanto a etnografia se distanciou da visão panóptica de Malinowski (1975 [1922]) fundada numa ideia de omnipresença. Embora tenha tentado garantir que recolhia o máximo de dados possíveis se estivesse diariamente na associação e acompanhasse os trabalhos aí realizados de perto, cedo percebi que o ideal romântico do etnógrafo a quem nada escapa teria de ser riscado das minhas expectativas.

Tal como afirmou Martínez Veiga (2006), a opção em seguir um caminho e não outro

durante o trabalho de campo determina também o tipo de acessos e de informações recolhidas, porque o etnógrafo não habita uma torre central que lhe permite uma postura onnipresente e onisciente. Martínez Veiga acrescenta ainda que não concorda com a postura de Malinowski n' *Os Argonautas do Pacífico Ocidental* (1975 [1922]) quando este defende que os nativos obedecem a um código de conduta cegamente, o qual não compreendem, e que cabe ao investigador lê-lo e explicitá-lo. O “pai da Antropologia” acreditava que essa metodologia, por se basear no ponto de vista de todos os seus interlocutores, lhe permitia ter uma percepção da realidade que os locais não conseguiam perceber adequadamente, cabendo-lhe a ele decodificá-la. Para Martínez Veiga o acesso a todos os aspetos e pontos de vista durante a pesquisa é impossível, estando reservado aos investigadores apenas informação parcial, aquelas pequenas verdades que lutam diariamente por alcançar.

Face ao acréscimo de estudos portugueses privilegiando investigações com imigrantes e/ou em contexto urbano, a coletânea *Terrenos Metropolitanos* (2006) editada por Pedroso de Lima e Sarró procurou responder a uma série de inquietações metodológicas e epistemológicas que surgiram no decurso destas pesquisas - à falta de melhor adjetivo - domésticas. Para estes autores uma “Antropologia em casa” problematiza o equilíbrio entre as posturas de exotização e o estranhamento que se exigem de um bom etnógrafo: “não é a distância geográfica que promove um olhar distanciado e a proximidade não é sinónimo de conhecimento” (2006: 24). Assim, enquanto que um equilíbrio ótimo destas duas atitudes permite uma problematização do real (não caindo deste modo o etnógrafo na cilada de assentir que tudo ou nada é interessante para a sua pesquisa), as pesquisas metropolitanas obrigam-no a refazer este exercício em contextos que à partida lhe seriam familiares e que lhe permitem descobrir que, afinal, não o são. No capítulo III o debate da “Antropologia em casa” será retomado no decurso da apresentação dos dados etnográficos, uma vez que se revelou central nas minhas preocupações metodológicas e epistemológicas.

O trabalho de campo, na medida em que foi desenhado por Malinowski, estabelecia determinados parâmetros: a importância do investigador estar lá, apanhando os seus informantes despercebidos e conseguindo assim captar os “*imponderabilia* da vida real” (1975 [1922]: 36); a importância de delimitar o campo de estudo, o qual se supunha ser despreendido de quaisquer influências exteriores (daí que fosse determinante a distância); e a necessidade de realizar observação participante, inserindo-se o investigador nas vivências e imergindo nelas

ao ponto de conseguir pensar como os seus interlocutores. Estes alicerces permitir-lhe-iam uma visão panótica do seu terreno e da realidade observada, uma perspectiva que os autores desta coletânea de ensaios criticaram, não só, mas também devido aos compromissos éticos que compõem a pesquisa. O investigador, ao construir o seu campo, determina o que vai deixar dentro dele e aquilo que deixará de fora, excluindo cirúrgica (ou por vezes aleatoriamente consoante as condições que lhe são impostas no decorrer da investigação) o que lhe interessa e aquilo a que os próprios interlocutores lhe darão acesso, mas também não acalenta a ilusão de que conseguirá apreender tudo se adotar uma posição inquisitiva e omnipresente.

Para os autores o campo não só corresponde ao local onde vamos, mas também o que construímos ao mesmo tempo que o analisamos. Acrescento ainda que esta análise se faz não apenas antes, mas durante e depois da recolha dos dados. O objeto de estudo, o terreno, é construído constantemente com base nas leituras, nos encontros e nas relações estabelecidas dentro e fora de campo. Esta conclusão conduz-nos a uma nova reflexão: onde começa e acaba o terreno?

À semelhança do processo analisado por Mapril (2006) ao debruçar-se sobre a imigração bangladechiana em Lisboa, esta etapa da delimitação do terreno obrigou-me a questionar os pressupostos clássicos do trabalho de campo, em que a observação participante se encontrava definida enquanto local física e simbolicamente delimitado onde o antropólogo concentrava todas as relações e interações pertinentes para o seu estudo e no qual pretendia imergir para melhor compreender as motivações dos seus interlocutores. O autor afirma, e eu concordo, que estes espaços não só não são estáticos nem se encontram isolados do mundo, como são influenciados por forças e ingerências que os animam. No seio de um mundo fortemente globalizado e considerando as pesquisas com imigrantes, considerar as redes de relações fortuitas e não delimitadas tornava-se ainda mais premente.

Mapril questiona-se então como deverá ser realizado o recorte, as classificações e fronteiras do terreno, assumindo que os relatos etnográficos são sempre parciais. Tentando expor as razões que justificaram as delimitações e lhe permitiram assim construir o seu próprio terreno, o antropólogo afirma que, em primeiro lugar, existem sempre motivações autobiográficas que o investigador deve começar por explicar - a sua motivação. No meu caso, como expliquei em cima, um contacto incipiente com a temática da imigração e saúde tem vindo a ser fulcral na delimitação dos meus interesses antropológicos, bem como no

aprofundamento dos mesmos, independentemente do contexto nacional que albergue os imigrantes residentes em Portugal.

Porém, para Mapril o olhar antropológico não só não é arbitrário, como o conhecimento adquirido é partilhado com os seus interlocutores. Esta falta de aleatoriedade o autor encontra em gerações de antropólogos que estabeleceram os trâmites da disciplina e, especialmente, da observação participante. Sendo este o ponto de partida para a formação científica, deve obedecer a determinadas regras, as quais também disciplinam o olhar e as leituras realizadas antes e depois da experiência de campo. Por outras palavras, “um terreno nunca é escolhido, mas sim produzido” (Mapril, 2006: 56).

Para Pina Cabral (2006) o trabalho de campo clássico assentava em duas premissas: de que o investigador se distanciava do seu ponto de partida e de que procurava experiências plurais e distintas da sua referência. Em contexto metropolitano, Pina Cabral questiona em que medida se aplica esta distância entendida como essencial ao exercício etnográfico. Ao contrário do percurso tradicional dos antropólogos que fundaram a disciplina, a Antropologia atualmente já não se desloca em direção a “margens simultaneamente exteriores e anteriores” (2006: 179) num sentido de procura das características essenciais do que significa ser humano. Hoje em dia o investigador desloca-se em direção a “margens interiores e permanentes [em que a] direção não é para fora, mas para dentro” (2006: 179). O autor acrescenta ainda que esse interior já não é o tradicional primitivo em oposição ao civilizado que o etnógrafo deixava para trás. Este é “plural, insondável na sua complexidade” (2006:179).

Pina Cabral defende que o investigador contemporâneo constrói o seu terreno e que essa é uma das características distintivas face ao pesquisador que embarcava em direção à Nova Guiné no início do século passado e por lá ficava meses sem fim. O dos nossos dias posiciona-se de maneira a conhecer de maneira diferente terrenos que outrora já lhe haviam sido apresentados. Este espaço, que é distintivamente público, “esconde-se não na distância, mas nas dobras” (2006: 179).

A pluralidade interior que caracteriza as atuais investigações metropolitanas é marcada por uma forte etnicidade, a qual subsiste e é construída no encontro e não na distância. A metrópole define-se ainda por um conjunto de forças centrípetas e centrífugas que colocam em relação as diferenças dos indivíduos que as habitam. O investigador, ao atravessar as fronteiras que estas diferenças marcam, sente essas forças e necessita de se posicionar constantemente

face a elas. E é nestes encontros que o etnógrafo, para ver umas coisas, necessita de fechar os olhos a outras, desmistificando assim a ideia malinowskiana de que o pesquisador necessita de ter uma perspetiva omnipresente e omnisciente face ao seu objeto de estudo.

Pina Cabral conclui criticando este ideal holístico da pesquisa etnográfica, questionando-se como seria possível abarcar todas as diferentes relações sociais num contexto urbano em que os indivíduos se encontram conectados de inúmeras maneiras. No entanto, mesmo aceitando que esta possa ser uma tarefa difícil e que obriga o etnógrafo a recorrer a inúmeras fontes, deve ser mantida sempre como ideal ótimo da investigação, como se se tratasse da sua bússola orientadora. “O facto da verdade última ser impensável não impede a procura da verdade” (2006: 191), declara o antropólogo português.

## Metodologia

No decorrer desta investigação optei por conjugar a observação participante com entrevistas, análise de estudos de caso e histórias de vida, combinando-as estrategicamente consoante as exigências do trabalho de campo. Em cada capítulo será apresentado o método escolhido e a devida justificação para a sua escolha. O foco incidiu sobre a observação, sempre que possível participante.

Embora esta tese não procure apresentar uma avaliação positiva ou negativa do trabalho exercido na e pela IPSS onde me foram apresentados os casos de saúde mental que acabei por seguir, a opção por alternar por um método de pesquisa em função de outro prendeu-se também com um quinto elemento de análise que surgiu naturalmente do terreno: a própria associação inserida num bairro de realojamento social. O dia a dia no espaço em que os utentes eram recebidos pelas técnicas e onde ofereci o meu trabalho com a contrapartida de poder realizar esta investigação, a relação com os colaboradores da PROSAUDESC (dirigentes e funcionários), a perceção das dinâmicas constitutivas da filosofia da associação e que eram transmitidas aos utentes, o tipo de serviços oferecidos, a maneira como cada caso me foi apresentado consoante a interpretação feita do meu trabalho, todos estes fatores foram tidos em consideração na elaboração desta tese.

Numa associação como a PROSAUDESC, a qual atua transversalmente nos vários

eixos dos utentes que apoia sem se demorar apenas nas questões mentais, procurei perceber como estrutura esse apoio, em que motivações se inspira e em que enquadramentos (éticos, sociais, financeiros) se apoia para orientar a sua ação. Embora desde o início me tenha sido transmitido que os casos de saúde mental aumentavam gradualmente - tendo sido esta uma das razões pelas quais o meu contributo diário na associação também foi bem acolhido - e que esse era um dos motivos que os levou a contratar também uma psicóloga, fazer uma avaliação ou julgamento de como este trabalho era realizado diariamente pareceu-me pouco honesto. Não só seria redutor das várias vertentes em que a PROSAUDESC atua, como não me cabia a mim julgar qualquer serviço, apenas tentar percebê-lo antropologicamente.

A análise da consulta do migrante já se encontrava devidamente realizada por outras antropólogas (Pussetti, 2010, Lechner, 2009) e nunca a PROSAUDESC me transmitiu que tentava instituir no leque da sua oferta um projeto etnopsiquiátrico à semelhança do existente no Centro Franz Fanon em Turim, por isso perceber apenas se a sua atuação se encontrava adequada às especificidades da comunidade imigrante seria simplista, porque se concentraria apenas numa pequena parte do que a PROSAUDESC tem para oferecer aos seus utentes. O objetivo, como muitas vezes me foi transmitido, era ajudar. Procuravam-se os meios para diminuir o desconforto e o sofrimento psicossocial dos moradores do bairro que recorriam à instituição ou que esta identificava como necessitados de ajuda. E embora os capítulos seguintes mostrem que não me desviei do interesse pelos casos de saúde mental que a PROSAUDESC permitiu que eu seguisse no decorrer da minha pesquisa, cedo me pareceu que integrar o apoio a estes indivíduos num enquadramento mais geral da filosofia da associação ajudaria também a caracterizar fielmente o que se assumiu como mais relevante no decorrer da minha pesquisa.

Apercebi-me que a participação nas dinâmicas da associação promovia simultaneamente experiências de aproximação e de retraimento que condicionaram também a minha seleção dos métodos de pesquisa. Se por vezes a observação participante era bem recebida - como quando não existia quem conduzisse um utente a uma consulta no hospital e eu aproveitava para colocar algumas questões relevantes para a etnografia ou era necessário transportar um membro da direção a uma reunião na qual depois tinha oportunidade de assistir e participar também -, noutros casos optei apenas por observar e anotar as interações entre técnicas e utentes. Em outras ocasiões fui convidada a assistir a encontros com entidades, como

o Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF) por exemplo, na condição de colaboradora da PROSAUDESC, ou assisti a debates entre associações de doentes em que era importante haver um representante da IPSS.

Sempre que um morador entrava no espaço da associação, procurando auxílio com algum assunto, fosse ele uma informação sobre como navegar um circuito burocrático que lhe permitia garantir um documento importante à estadia ou à saída do país (como aconteceu com o pedido de retorno voluntário de um dos utentes e que será um tema abordado em profundidade no capítulo V), ou uma simples fotocópia ou fax necessário para responder a uma formalidade burocrática, eu ocupava o meu papel de colaboradora da PROSAUDESC. Sentava-me na minha secretária, computador à frente, e resolvia com telefonemas ou outras diligências situações pontuais. Noutras ocasiões observava o trabalho das técnicas e da D. Virgínia, vogal e mulher do presidente, o Sr. Cristiano, inteirando-me deste modo das dinâmicas da associação.

Se necessitava de aprofundar um tema em concreto, especialmente relativamente aos estudos de caso ou histórias de vida que identificara como sendo pertinentes à minha investigação, sentava-me com o interlocutor em questão, em sua casa ou na associação quando esta se encontrava desocupada. Gravava as entrevistas, semi-diretivas e não direcionadas, compostas por algumas questões gerais que me ajudavam a enquadrar a conversa. Estas foram transcritas e analisadas, prestando particular atenção à análise do conteúdo mais relevante, como os apêndices no final da tese o demonstram. Porém, de todas as metodologias, a observação participante permitiu-me uma abordagem mais próxima e enriqueceu o trabalho etnográfico para além de qualquer outro método, especialmente em casos em que se afigurou impossível realizar entrevistas marcadas, como aconteceu com os dirigentes da PROSAUDESC.

A presença contínua no terreno permitiu-me ter uma visão mais abrangente e constante, estar atenta aos discursos, à comunicação verbal e não verbal, às incongruências e contradições, às continuidades e às ruturas, a registar o quotidiano e o ordinário no caderno de campo (Sanjek, 1990), a selecionar estrategicamente o passo seguinte de análise e de metodologia a empregar. A observação participante permitiu-me estar lá, viver durante vários meses a realidade da PROSAUDESC e consolidar os meus conhecimentos. O guião semi-diretivo (Beaud e Weber, 2007) com as questões chave a abordar - o qual permitia que os meus interlocutores se sentissem livres para dar relevância a temas que para eles seriam importantes e que me

obrigariam a rever as linhas orientadoras da minha pesquisa - foi por várias vezes revisto, mas também colocado de parte sempre que o discurso dos meus interlocutores se apresentou mais relevante do que as minhas preocupações incipientes.

Especialmente quando nos focamos em ambientes de fragilidade física e emocional dos indivíduos - as quais pesam na sua autodefinição enquanto sujeitos -, todo o cuidado é pouco. A experiência da licenciatura repetiu-se na metodologia escolhida e num contexto semelhante: surgiram novamente as mesmas questões éticas, a mesma necessidade de gestão do espaço que ocupava como voluntária na associação, mas também como investigadora. Foram várias e constantes as negociações do meu papel face à direção da IPSS, aos utentes e às técnicas que faziam daquele espaço o seu local de trabalho diário. A estas somaram-se as exigências que me eram impostas em virtude da minha disponibilidade como voluntária e que me permitiam apoiar uma associação debatendo-se constantemente com problemas financeiros e técnicos. Neste sentido não posso senão agradecer todas as vezes em que a D. Virgínia me apresentou como colaboradora da instituição, tanto aos moradores do bairro como aos funcionários de outras entidades com as quais a PROSAUDESC dialogava numa lógica de mútuo apoio na procura de capitalizar e distribuir recursos. Os agradecimentos estendem-se ao Sr. Cristiano que tantas vezes se disponibilizou para conversar comigo em momentos que surgiram espontaneamente e que me deixou acompanhá-lo a reuniões de moradores, encontros com entidades estatais e comunitárias. No meio das suas inúmeras responsabilidades, profissionais, associativas e pessoais, conseguiram roubar sempre alguns minutos para me esclarecer dúvidas, responder a questões, deixar que os acompanhasse a diversos compromissos. Agradeço também os convites para participar nas festas do bairro, os quais me permitiram observar como a Urbanização Terraços da Ponte se reinventava para o exterior, como se tentasse purgar a anterior imagem da Quinta do Mocho que teimava em não sair definitivamente.

Da mesma maneira, a D. Virgínia foi responsável por me alertar para os utentes que, no seu entender, seriam interessantes para a minha pesquisa e que se materializaram nos exemplos ilustrativos que desenvolvo nesta tese. A Adelaide<sup>7</sup>, uma santomense doente de Junta

---

<sup>7</sup> Todos os utentes, bem como as técnicas estagiárias, encontram-se protegidos por anonimato, tendo sido produzidos nomes fictícios para os identificar nesta tese. A PROSAUDESC e os seus dirigentes mantêm os nomes originais, uma vez que não foi pedida confidencialidade.

Médica cujo percurso de vida a encaminhou para os Terraços da Ponte como moradora a tempo inteiro, e para uma situação de regulação de poder parental interrompida por internamentos nas alas do Hospital Júlio de Matos. A D. Lígia, vítima de um crime de violência doméstica que lhe roubara a visão e a substituíra por um medo compreensível de se ausentar de sua casa, cujo acompanhamento psicológico me permitiu obter uma noção mais concreta do tipo de serviços ao nível de saúde mental prestados pela PROSAUDESC, entre o que desejariam e o que era efetivamente possível de oferecer aos utentes. As histórias destas duas utentes, a par das suas interações com as técnicas (o que não aconteceu praticamente com os outros dois moradores presentes nesta etnografia e que também servirá de reflexão), serão apresentadas detalhadamente no decorrer do capítulo IV. Dos exemplos etnográficos conta-se também o problemático Albino, protagonista do sexto capítulo, cuja voz grave e discurso atropelado invadiam a associação provocando alvoroço e que contrastavam com os sussurros usados para abordar a situação de “ilegalidade” em que se encontrava, tanto no país como no espaço do bairro em que morava. E, por último, a Luki, presente no sexto e último capítulo etnográfico, uma guineense catalogada como esquizofrénica pelos diferentes psiquiatras que a recebiam nas urgências e a medicavam nos períodos de crise que atravessava ciclicamente, mas também pela sua família que procurava na associação o apoio possível para gerir estes episódios.

Consequentemente o escopo da investigação focou-se sobre a atuação da PROSAUDESC entre 2010 e 2011, de acordo com a primeira e a última inscrição no caderno de campo. Seguiram-se algumas visitas pontuais e contactos esporádicos posteriormente com funcionários e utentes da associação, mas o trabalho de terreno com observação participante a tempo inteiro decorreu neste espaço de tempo. Os dados recolhidos aplicam-se a este período temporal, as entrevistas foram agendadas no decorrer destes meses e todas as interpretações devem ser contextualizadas neste intervalo. Não querendo com isto afirmar que não poderão ser retiradas ilações mais abrangentes, mas as condições que permitiram a recolha dos dados, a escolha daqueles interlocutores específicos em detrimento de outros, o agendamento daquelas entrevistas, gravadas em determinadas condições e com direito às respostas obtidas, devem ser consideradas condicionantes deste trabalho.

Gellner e Hirsch (2001), baseando-se em Bate, afirmam – e acrescentam com base nas suas próprias pesquisas – que uma boa etnografia transmite a ideia de que o investigador esteve efetivamente no terreno, produzindo conclusões inesperadas que repercutem a polifonia dos

informantes. Estas vozes devem ser sempre contextualizadas num panorama mais geral onde operam negociações de poder que têm como consequência a soberania de um discurso (por vezes até mais do que um) em função de outros. A etnografia deve também conseguir captar e transmitir aos leitores as relações entre práticas e representações, tendo sempre consciente a importância da sua presença e de que formas esta pode influenciar tanto a sua relação com os informantes como as conclusões finais da sua pesquisa. Espero que esta tese demonstre o quanto procurei ser fiel aos ensinamentos de Gellner e Hirsch.

## **Apresentação da tese por capítulos e objetivos**

No decorrer da investigação fui-me apercebendo que os sujeitos analisados são produzidos de acordo com determinados eixos que os definem, mas que estes não constroem totalmente as suas vivências. São identificados como pertencendo a uma faixa da população pobre, vulnerável e marginal (o que os enquadra como recetores dos planos de realojamento e de intervenção municipal). Compõem a comunidade que habita a Urbanização Terraços da Ponte, a qual carrega ainda o estigma da antiga Quinta do Mocho, e que é vista como homogénea em alguns contextos, mas heterogénea noutros. A maioria é de origem imigrante e muitos sofrem com problemas de saúde motivados pelo ambiente em que se inserem, mas também com outras condições que não controlam - umas melhores, outras piores - mas às quais resistem e com a quais negociam. A impossibilidade de um trabalho de proximidade leva a que a autarquia (mas também as entidades estatais) delegue muita da responsabilidade na PROSAUDESC, que por sua vez se inspira nas diretivas institucionais e as reinterpreta. Assenta e justifica a sua ação na sua experiência no terreno para concorrer a novos projetos sociais e celebrar parcerias com outras instituições, debatendo-se sempre com inúmeros constrangimentos financeiros.

Esta dissertação encontra-se organizada numa introdução, seis capítulos e uma conclusão. A primeira parte apresenta o percurso pessoal e antropológico que definiu (e redefiniu) o objeto de pesquisa e que permitiu também levantar a hipótese científica que orienta esta investigação. Consideram-se também questões metodológicas e a sua relação com os pressupostos teóricos. A apresentação dos conteúdos da tese desenvolve-se partindo de um

quadro mais geral para o particular, das formulações teóricas da disciplina, passando pelo enquadramento no local físico em que a associação se estabeleceu, para o quotidiano das interações das técnicas com os utentes, até se deter em dois casos específicos.

No primeiro capítulo, “Uma abordagem antropológica à saúde mental dos imigrantes em Portugal”, inaugura-se a discussão nos campos da Antropologia Médica e da Imigração, às quais esta tese pretende entregar o seu contributo. Apresenta-se o estado da arte da produção antropológica e uma abordagem conceptual que enquadram teoricamente a etnografia presente nos capítulos seguintes, apresentando as leituras e os autores chave que inspiraram a elaboração desta monografia. Não tendo como objetivo apresentar uma revisão exaustiva da literatura nem me posicionar criticamente em relação ao ponto de vista de todos os autores que definem o campo da Antropologia Médica, este capítulo procura somente definir as abordagens teóricas e apresentar as contribuições mais relevantes nos temas específicos desta investigação.

O segundo capítulo, “Na Quinta do Mocho”, expõe o local onde a investigação foi realizada, não apenas no presente etnográfico, mas tendo em consideração uma análise histórica do mesmo e das condições que levaram à criação dos populares “bairros sociais” e de realojamento em Portugal, especialmente na Área Metropolitana de Lisboa (AML).

O terceiro capítulo, “Na PROSAUDESC”, cinge a investigação à organização que acolheu esta pesquisa. Aqui apresentam-se a história, missão e objetivos da associação, mas também o modo como esta providencia os seus serviços aos utentes que serve. Inserido numa análise do assistencialismo e das Organizações Não Governamentais (ONG) num contexto neoliberal, este capítulo tem como objetivo enquadrar o funcionamento da PROSAUDESC em lógicas macroestruturais.

No capítulo seguinte, intitulado “O quotidiano”, a narrativa foca as lógicas inerentes ao desenvolvimento do trabalho das técnicas da associação. Serão analisados os casos de duas utentes em relação com o serviço providenciado pelas estagiárias de psicologia e de serviço social para perceber como no quotidiano lógicas de humanitarismo e de intervenção em nome da compaixão e da solidariedade se articulam com as políticas da associação. Esta busca de um suposto bem-estar, que pode também ter consequências nefastas, será central na análise. Adicionalmente será ainda aberto espaço para apresentar o quotidiano na instituição, realçando as relações entre dirigentes, utentes e as técnicas. Mais importante do que julgar objetivos ou comportamentos, pretende-se descrever e expor situações diárias que ilustram as motivações e

as regras explícitas e implícitas do funcionamento desta instituição.

O quinto capítulo, como mencionado anteriormente, centra-se no estudo de caso do Albino, um imigrante angolano diagnosticado com alcoolismo e esquizofrenia num hospital público português. O seu caso foi abordado com base em entrevistas semi-diretivas organizadas de acordo com questões pré-formuladas, mas livres o suficiente para permitir que o sujeito se expressasse sem constrangimentos. Este capítulo discute o seu desejo de modernidade, a produção da sua subjetividade e as questões de sofrimento provocadas pela imigração, as quais foram disfarçadas sob o manto da patologia e da categorização psiquiátrica. Esta é repetida e reforçada por terceiros no contexto das relações interpessoais do bairro e da associação. A análise da história de vida do Albino, um utente da PROSAUDESC identificado dentro da associação enquanto passível ou não de ser auxiliado, permitiu perceber quais as dinâmicas inerentes à produção de sujeitos numa lógica de apoio por instituições não pertencentes ao estado, mas cujo funcionamento se gere pelos mesmos valores de referência. Apesar dos constrangimentos, a aplicação de métodos etnográficos, nomeadamente da metodologia da história de vida (Lechner, 2007, 2009, 2014), permitiu enquadrar os moldes em que o Albino negoceia a sua agência e se reposiciona face ao mundo.

O sexto capítulo centra-se num estudo de caso específico e determinante no rumo desta investigação focado no internamento compulsivo da Luki. Um episódio ocorrido com esta moradora do bairro e que motivou a sua institucionalização no hospital Júlio de Matos permitiu-me percorrer os contornos burocráticos que encaminham um indivíduo em crise em direção a um internamento. Este capítulo reflete sobre o Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM) 2007-2016 e um dos seus pilares, a desinstitucionalização. Todavia, não só o acompanhamento externo acontece com diversas falhas, como o caso da Luki demonstrará, como todo o desenrolar do processo de institucionalização carece de reflexão. Descerrar o debate sobre a legislação vigente em relação aos cuidados em saúde mental permitirá também revelar preocupações mais gerais sobre práticas neoliberais e o seu enquadramento no contexto português.

Esta tese encerra com questões e conclusões provisórias. Não considero um insucesso o desvio da rota inicialmente estipulada com o projeto de doutoramento reformulado, mas um decorrer usual do que significa fazer etnografia, um exercício de questionamento contínuo e de ajustes constantes. Estar presente, observar, participar e inquirir, permitiu-me também

reformular e refinar não só os instrumentos, mas também as bases da pesquisa. A ideia pré-formulada com que abordei o terreno presta-se a discussão, porque é parte integrante da sua natureza, mas também porque revela o protagonismo que os antropólogos cedem ao terreno e seus atores, e não aos enunciados. Consequentemente, a conclusão remete a discussão não para a saúde mental dos imigrantes como tema central, mas para o papel que a associação assumiu no decorrer de todas as interseções observadas. Através de uma visita posterior à associação, apresentam-se as alterações decorridas no período de ausência e que permitem refletir sobre o funcionamento da associação e o futuro dos casos acompanhados. Todos estes temas captaram o meu interesse e permitiram-me perceber o que significa, naquele contexto, “dar a mão”.

Nas considerações finais abordam-se questões éticas e pessoais que remontam ao início do meu percurso como estudante de Antropologia e que se mantêm atuais nas minhas pesquisas. Concluir definitivamente esta tese seria colocar um ponto final nas questões com as quais diariamente me debati no decorrer do trabalho de campo e que ainda me inquietam. Concluir nesses moldes seria errado porque esse tipo de finalização não foi alcançado. Da mesma maneira que o percurso iniciado em 2001 na licenciatura em Antropologia se iniciou com formulações mais tarde revisitadas, também esta tese não é um trabalho com um fim definitivo. É mais um capítulo.

## **Para além do sofrimento?**

O contributo que se pretende oferecer com esta dissertação à disciplina não se esgota em mais uma “Antropologia em casa”, na aceitação de que a observação participante e o campo não são mais o que eram nos tempos de Malinowski, que os terrenos metropolitanos e os fluxos migratórios enriquecem a reflexão antropológica contemporânea ou que o corpo do migrante serve para repensar categorias psiquiátricas consideradas estanques. Nem tão pouco serve para ilustrar o enunciado, em bom português, de que “de boas intenções está o inferno cheio”. Esta tese procura também fornecer alguma reflexão sobre o impacto que as estruturas possam ter na subjetividade dos indivíduos, acima de tudo entendidas como sendo plásticas e inacabadas, mas também contribuir para um debate que ultimamente se tem mantido aceso na disciplina, focado na discussão entre uma “Antropologia do Sofrimento” em oposição a uma

“Antropologia do Bem”.

Num artigo recente Ortner (2016) identificou as três grandes tendências na disciplina a partir dos anos oitenta: em primeiro lugar, um foco no que apelidou de “Antropologias Sombrias”; em segundo, nas “Antropologias do Bem”; e, por último, em “Antropologias de Crítica, Resistência e Ativismo”. A autora defende que a disciplina nas últimas décadas se ressentiu do forte impacto que o neoliberalismo, o fim do sonho americano e o “*subprime*” de 2008 tiveram nas suas narrativas. Este estilo antropológico centrou-se maioritariamente nas consequências negativas que estes acontecimentos tiveram nos indivíduos, desde o desemprego e desigualdade, à predominância de depressões e perda de esperança generalizada, bem como nas condições históricas e estruturais que as motivaram. Ortner assume que, embora o seu artigo seja escrito de uma perspetiva americana e que o neoliberalismo não possa ser entendido como um fenómeno homogéneo, tendo impactado de maneiras diferentes zonas distintas (Ong, 2005), ressalva também a influência que a produção académica dos Estados Unidos da América (EUA) teve no resto do mundo. A autora chama ainda a atenção para a existência de fenómenos locais relacionados com desigualdades intrínsecas que, embora independentes do neoliberalismo global, não deixam de se relacionar com este de maneiras originais.

Ortner destaca a influência que autores como Marx e Foucault (os primeiros anos especialmente) tiveram na emergência desta corrente, nomeadamente a importância que as formulações sobre capitalismo, desigualdade e exploração das condições laborais de Marx e a difusão do poder em todas as dimensões da vida de Foucault marcaram o trabalho dos antropólogos preocupados com estas questões. Característico deste período e fortemente relacionado com a problemática do poder e da desigualdade estrutural encontram-se também as etnografias pós-coloniais, especialmente depois de Talal Asad e Edward Said terem publicado as suas obras. A partir desta altura a divisão de poder e riqueza mundial passaram a ser analisadas numa lógica de herança colonial e histórica que as procurava explicar.

O estudo das formulações subjetivas do neoliberalismo nos indivíduos teve, na perspetiva de Ortner, o seu início oficial a partir da publicação da obra *The Weight of the World: Social Suffering in Contemporary Society* de Bourdieu, um estudo baseado nos testemunhos de trabalhadores franceses e imigrantes em França sobre o impacto que as condições de trabalho tiveram nas suas vidas. A tendência marcou a produção de outros autores. James Ferguson realizou uma análise semelhante para a Zâmbia, Anne Allison sobre a precariedade no Japão e

nos EUA foram também vários os antropólogos a debruçar-se sobre o impacto económico na vida dos indivíduos, por outras palavras, na deterioração da “boa vida”, no sentido que Aristóteles lhe atribuiu na sua *Política*. Concomitantemente a estes movimentos a intervenção estatal diminuiu, o seu papel ao nível dos apoios sociais também e a “guerra contra os pobres” ganhou força. Estes foram ativamente culpados da sua incapacidade em manter-se interessantes para serem contratados pelas empresas e, conseqüentemente, responsáveis pelo seu desemprego e pela sua dependência do estado providência.

Por seu lado, trabalhos que tratam da produção do sujeito neoliberal têm-se dedicado à temática da governamentalidade (Burchell, Gordon e Miller, 1991), tal como Foucault a formulou, referindo-se à arte de governar dispersa em técnicas de controlo e de disciplina que se abatem sobre o indivíduo e a gestão da população. Não se restringindo ao estado, este modo de governar produz e condiciona tanto comportamentos como o social. As investigações focadas neste conceito centraram-se na eficácia dos mercados sob a égide neoliberal e em perceber como os sujeitos - responsáveis pela sua autogestão e pelas suas escolhas - são produzidos de acordo com estes processos.

Em oposição às etnografias sombrias produzidas num passado recente, Ortner aponta uma contra tendência a que apelidou de “Antropologias do Bem”. Esta nova predisposição surgiu com o contributo de Thomas Kelly, responsável pela reflexão sobre até que ponto a análise da violência não se terá tornado de certa maneira pornográfica e “voyeurista”. Esta visão da Antropologia corresponde a uma tendência mais recente, a qual Robbins (2013) identifica como pertencendo a um paradigma centrado nos valores, na moralidade, no bem-estar, na imaginação, na empatia, no cuidado, na esperança, no tempo e na mudança. Robbins, num artigo que se aproxima das preocupações de Ortner, aprofunda as implicações para lá deste sujeito sofredor, defendendo que o interesse da Antropologia dos anos noventa com o tema da globalização e fluxos migratórios teve por base modificações na disciplina que se iniciaram anteriormente, em que os antropólogos desviaram o seu interesse no “outro” e na “diferença” e o focaram no sujeito sofredor e oprimido. Esta preocupação privilegiou uma conexão empática e moral baseada na afirmação de uma humanidade comum e partilhada. Robbins defende que uma das obras fundamentais para identificar a mudança de paradigma é *The Empire of Trauma* de Fassin e Rechtman (2009), onde, curiosamente, o trauma funciona enquanto fator de união, transpondo fronteiras e diferenças, expondo assim a vulnerabilidade

e os valores humanos universais.

Ao sofrimento e às alternativas ao mesmo constata-se rapidamente a existência de potencial para que sejam entendidos enquanto duas faces da mesma moeda. As diferentes maneiras utilizadas pelos indivíduos para fazer o bem e para escapar ao sofrimento capacitam-nos para uma vida orientada para uma noção de devir. Para Robbins, *Vita - Life in a Zone of Social Abandonment* (2005) de Biehl, caracteriza a chegada à maioria da “Antropologia do Sofrimento”. A narrativa sobre a experiência de Catarina, a protagonista da obra de Biehl, corresponde na íntegra à descrição do sujeito sofredor identificado por Robbins. Biehl analisou a situação não apenas recolhendo os episódios que motivaram a sua exclusão, mas também as maneiras em que Catarina provou a sua capacidade de não se deixar definir pelos acontecimentos. Apesar de sobremedicada e confinada a uma cadeira de rodas, Catarina interagiu ativamente com o antropólogo, interpelando-o e mostrando-se interessada em partilhar com ele a sua história, através de entrevistas e mostrando-lhe os seus diários. Biehl identifica esta resiliência como sendo um exemplo de “poder plástico”, no sentido que lhe foi atribuído por Nietzsche. Esta plasticidade ou resiliência dos indivíduos indica uma capacidade para se eximirem das condições que lhes são impostas, criando novas relações simbólicas com o passado e com o futuro.

Como alternativa a esta tendência, Robbins identifica uma reorientação da pesquisa antropológica nos últimos anos: do sujeito sofredor para uma “Antropologia do Bem”, focada nos conceitos de moralidade, bem-estar, empatia, cuidado, esperança e mudança. Para Robbins, após a obsessão com o sofrimento do sujeito e o clímax que a etnografia sobre Catarina representou, uma nova Antropologia tem surgido no sentido de canalizar as preocupações dos investigadores para outro tipo de prioridades, fugindo à temática sombria com que Biehl sobrecarregou a disciplina.

Voltando novamente a Ortner, a autora refere também que, para além do recente interesse na temática da felicidade, a nova corrente antropológica tem vindo a preocupar-se bastante com questões de moralidade. Em 2010 Michael Lambek editou a coletânea *Ordinary Ethics* afirmando que em qualquer etnografia os antropólogos se deparam com sujeitos debatendo-se com questões morais, porém esses mesmos antropólogos preocupam-se mais em analisar questões estruturais, de poder e de desigualdades. Acrescento ainda o contributo que Fassin (2012a, 2012b) tem fornecido numa análise do cuidado, da moral e do humanitarismo

nos últimos anos, abrindo um campo de questionamento em Antropologia que obriga a que a própria disciplina analise cuidadosamente as suas intenções. Ortner, todavia, chama a atenção para a importância de integrar tanto a primeira perspectiva como a segunda - as questões morais individuais e as estruturais que as influenciam - não as separando radicalmente. Para esse efeito sugere a leitura do artigo de Das presente na coletânea de Lambek, onde a autora se foca nos pequenos gestos em que a moralidade se sobrepõe em contextos propensos a antagonismos. Terminando, Ortner adiciona à discussão uma questão pertinente: qual o objetivo de conhecer os meandros do neoliberalismo se não se encontrarem formas melhores de viver no presente e no futuro?

A investigação que realizei junto da PROSAUDESC na Urbanização Terraços da Ponte, pela sua preocupação com questões de violência estrutural, de sofrimento social e de aparentes consequências não solicitadas das ações benéficas (Hanna e Kleinman, 2013), poderia ser incluída nesta análise que acusa a Antropologia de expor o mal-estar do mundo sem fornecer alternativas viáveis. Embora não partilhe desta postura niilista e não acredite que as estruturas sejam definitivas na formação das subjetividades dos indivíduos, assumo o meu posicionamento na linha da perspectiva defendida por Biehl em *Vita* (2005) quando o antropólogo opta por reabrir a discussão sobre questões de agência e estrutura. O conceito de biopoder, tal como desenvolvido por Foucault, foi alvo de críticas devido ao aspeto normalizador da sua atuação sobre os corpos e subjetividades. Uma crítica semelhante poderia ser dirigida ao conceito de violência estrutural, tal como descrito na obra de Farmer (2003, 2004). A riqueza dos sujeitos da análise antropológica permite-nos questionar os paradigmas vigentes e propor outras hipóteses de pesquisa. No entanto, acredito que apenas uma etnografia minuciosa seja capaz captar a plasticidade das subjetividades e devolver a voz aos indivíduos a quem os diagnósticos biomédicos ou processos macroestruturais retiraram.

Das (2015a) junta-se a este debate sobre a validade de revisitar o sofrimento na disciplina. Respondendo diretamente a Robbins, a autora defende que a sua obra não pretende tomar partidos na questão de se a Antropologia se encontra a deslizar para o interior de um “*suffering slot*”, como alguns alegam, ou se a disciplina não deveria interessar-se antes em procurar o bem na vida humana em vez de obsessivamente denunciar o sofrimento. Para Das, a questão nem se coloca, uma vez que estes dois modos de fazer Antropologia nunca deveriam ser colocados em oposição.

Concordo com Das. Embora os pressupostos morais e éticos da disciplina devam ser constantemente criticados, torna-se impossível construir alternativas ao sofrimento sem que se exponham as condições em que este teima em perpetuar-se. E isto implica mostrar como as estruturas não são definitivas e como a agência dos indivíduos não repousa na recepção passiva das suas obrigações. Como disse Foucault, “onde há poder, há a possibilidade de resistência” (1998 [1976]: 102).

# Capítulo 1

## Uma abordagem antropológica à saúde mental dos imigrantes em Portugal

“A ascensão da ciência empurrou o homem para túneis de conhecimento especializado. A cada passo em frente no saber científico, menos claramente ele conseguiu ver o mundo como um todo ou mesmo a si próprio.”

Milan Kundera (1984: 15)

Este capítulo apresenta uma introdução ao campo da Antropologia Médica, privilegiando as principais correntes, paradigmas e evolução da disciplina desde que esta se afirmou como campo de estudo específico dentro da Antropologia, acompanhando o seu percurso dos anos 70 até às abordagens mais recentes. Seguidamente discute-se a pertinência da pesquisa sobre saúde mental e da imigração em conjunto, expondo igualmente os estudos mais relevantes publicados sobre esta temática. Mostra-se ainda como esta área se tornou alvo de interesse no contexto da Antropologia Portuguesa em anos mais recentes. Procura-se assim apresentar os conceitos operatórios mais significativos para um melhor entendimento da disciplina antropológica em que se enquadra esta investigação de doutoramento.

### 1.1 O contributo da Antropologia Médica

A Antropologia Médica, ou a disciplina que “indaga os processos através dos quais fenómenos socioculturais, políticos e biológicos se determinam reciprocamente” (Pereira e Pussetti, 2009: 17) surgiu apenas como disciplina autónoma no final dos anos setenta. Até esta altura as preocupações com corpo, doença e saúde não tinham ainda despertado o interesse isolado dos cientistas sociais, embora aparecessem nas suas teses. Convém, todavia, excluir desta afirmação o contributo notável de Marcel Mauss quando em 1934 (1974) apresentou à Sociedade de Psicologia o seu ensaio sobre “As técnicas corporais”. Neste tratado o antropólogo debruçou-se sobre os modos culturalmente aprendidos que permitiram aos indivíduos servir-se dos seus corpos como instrumentos. Apesar do objetivo universalista e

comparativista da sua investigação, que procurava conhecer as referidas técnicas em todos os contextos até alcançar o princípio abstrato organizador desta instrumentalização, o seu contributo foi relevante na medida em que demonstrou uma preocupação incipiente com o corpo, não o assumindo apenas como unidade passiva e imutável aquém de questionamento antropológico.

Décadas mais tarde, pela mão do antropólogo e psiquiatra Arthur Kleinman (1978) da Universidade de Harvard, o foco incidiu sobre a problematização da biomedicina. A sua contribuição ajudou a que a medicina ocidental começasse a perder o seu estatuto hegemónico no seio da Antropologia, passando a ser entendida como mais uma das presentes no leque farto das etnomedicinas. Identificou a sua principal característica com a preocupação que esta reservava às dimensões biofísicas da doença. Entender este sistema médico enquanto sistema cultural, de acordo com Kleinman, permitiria compreender não só a saúde, mas também a doença e a cura enquanto elementos pertencentes a um conjunto sociocultural distinto passível de ser comparado transculturalmente. Os sistemas médicos encontrar-se-iam deste modo carregados de valores simbólicos, significados e normas de comportamento elaborados de acordo com um idioma cultural específico. O antropólogo não entendia a doença apenas enquanto realidade natural, mas como um conjunto determinado de regras culturais inserido no idioma dos problemas médicos.

Partindo destas premissas, Kleinman distinguiu dois modelos explicativos: “*disease*” (a patologia física<sup>8</sup> que corresponde às alterações orgânicas) e “*illness*” (a experiência pessoal e culturalmente construída de não estar bem, onde se inclui o sofrimento sentido pelo indivíduo). O problema surgiria no decorrer do encontro clínico, altura em que estes dois modelos explicativos entrariam em conflito. Para Kleinman, cabia ao antropólogo médico a função de mediar este momento crítico através da promoção de um terreno comum onde o diálogo fosse alcançado e a terapia se tornasse assim eficaz, promovendo deste modo a competência cultural tão necessária para alcançar a cura.

Uma vez reduzida à condição de mais uma etnomedicina, a eficácia da biomedicina poderia idealmente ser equiparada à das restantes. Todavia, como estas se dedicavam exclusivamente à “*illness*”, ou seja, à reorganização da experiência de sofrimento para

---

<sup>8</sup> Os termos “*illness*”, “*disease*” e “*sickness*” foram propositadamente não traduzidos para enfatizar as nuances entre as diferentes escolas antropológicas envolvidas, respeitando os termos originais no cerne do debate.

alcançar a cura, à biomedicina seria reservada a dimensão patológica da doença, o que criava conflitos no encontro médico e a inevitável ineficácia terapêutica. Por outras palavras, a eficácia dos outros sistemas estaria reservada ao cuidado que empregariam no tratamento da “*illness*”, enquanto que à biomedicina continuaria reservado o campo do corpo físico e da “*disease*”.

No entendimento de Kleinman, “*illness*” permitia a reorganização da experiência do sofrimento, uma postura que valeu à Escola de Harvard críticas por continuar a ser muito influenciada ainda pela proeminência da biomedicina e por um culturalismo marcado pela omissão da importância das forças sociais, económicas e políticas enquanto componentes essenciais a um eficaz entendimento de saúde, doença, corpo e sofrimento. Embora Kleinman tenha sido pioneiro na crítica à biomedicina, especialmente no que respeita à sua proposta de comparação entre diferentes sistemas médicos (em que saúde, doença e cura seriam analisadas enquadradas no contexto histórico-social em que emergiram), acabou por repetir a antiga fórmula que epistolava a sua soberania e, conseqüentemente, foi também visado por não problematizar a “*disease*”. Entendida enquanto entidade natural, objetiva e pré-social, a ausência de questionamento desta dimensão da doença impediu que a própria Escola de Harvard ultrapassasse as premissas da própria biomedicina, de acordo com as principais vozes críticas que se ergueram em oposição a esta postura epistemológica.

O paradigma na Antropologia Médica que se impôs em oposição à Escola de Harvard centrava-se na análise de uma terceira categoria, a “*sickness*”, tendo sido Allan Young (1982, 1997) um dos percursores desta perspetiva.

“*Sickness*” é redefinida enquanto o processo através do qual a comportamentos preocupantes e sinais biológicos, em particular os originados por doença física [“*disease*”], são atribuídos significados sociais, i.e., são transformados em sintomas e resultados sociais significativos. Cada cultura possui regras para traduzir sinais em sintomas, para relacionar sintomatologias com etiologias e intervenções, e para usar as evidências providenciadas pelas intervenções para confirmar traduções e legitimar resultados. O caminho que uma pessoa segue da tradução para o resultado social significativo constitui a “*sickness*”. A “*sickness*” é, assim, um processo para socializar “*disease*” e “*illness*”. (Young, 1982: 270)

Propondo uma análise das relações sociais de produção do saber e das práticas biomédicas, Young avançou uma análise arqueológica dos conceitos de normal e patológico

de inspiração marcadamente foucaultiana. O antropólogo focou-se nas relações de poder que distinguem as formulações saudável e doente para enfatizar como estas são produzidas em contexto social, impostas até serem naturalizadas por forças institucionais.

Conrad e Schneider (1992) explicaram como se estabelece a supremacia do diagnóstico no ato clínico e como este define e se impõe na interação médico-paciente, o qual permite demarcar as fronteiras profissionais e institucionais onde opera o controlo social realizado através das práticas médicas. O diagnóstico permite assim que normal seja distinguido de desviante, as fronteiras entre quem cura e quem necessita de tratamento sejam definidas e também que o controlo social se imponha, especialmente entre aqueles que mais dificilmente conseguem resistir a estas imposições de poder.

A partir de uma análise das perturbações mentais classificadas no Manual Diagnóstico e Estatístico de Desordens Mentais (DSM), os autores tentaram destrinçar como são produzidas culturalmente as categorias das doenças mentais. Conrad e Schneider defenderam que a terceira edição desta obra é de inspiração claramente biomédica e baseada na psiquiatria defendida por Emil Kraepelin, o qual defendia que as doenças mentais possuem todas uma razão biológica ou genética. Por outro lado, o diagnóstico permitiria ainda que as empresas farmacêuticas identificassem as doenças participáveis financeiramente, o que causou um aumento exponencial do volume do referido manual nas edições posteriores. A perceção de como é produzida esta obra permite entender como a atividade psiquiátrica, as suas categorias e classificações resultam mais de processos e pressões sociopolíticas do que propriamente de demarcações naturais e orgânicas de determinadas doenças. Uma vez que a biologia, as práticas sociais e os significados culturais interagem no processo de construção da doença, este resulta de diversas relações de poder.

No caso das doenças mentais, a divisão entre “*illness*” e “*disease*” perde também a sua importância uma vez que não existem provas de que as perturbações psiquiátricas possuam uma componente biológica. Devido à ausência de estatuto ontológico, aplicam-se modelos com o intuito de descrever comportamentos específicos em contextos socioculturais determinados. Não existindo testes ou marcadores biológicos, orgânicos ou analíticos, as doenças mentais assentam nas interpretações dos psiquiatras que assistem os pacientes, podendo mesmo ser equiparadas a juízos de valor. Assim, conclui-se que os sintomas não são entidades objetivas ou indissociáveis dos contextos culturais que os produzem, adquirindo um significado através

da classificação nosográfica incorporada e partilhada pelos médicos e outros profissionais de saúde.

Esta razão demonstra como é importante realizar um trabalho arqueológico de mapeamento das condições de produção históricas dos diagnósticos de maneira a que se consiga perceber como estes ganharam autoridade e predominância face a outras interpretações da realidade. As relações de poder responsáveis pela produção tanto dos diagnósticos, como do conhecimento médico e da interpretação de sintomas que posteriormente são codificados em doenças, não podem ser alienadas de uma abordagem antropológica da medicina, uma vez que esta permite descodificar as intenções inerentes e em constante mutação. Não sendo as categorias psiquiátricas emanações de distúrbios orgânicos, determinados comportamentos assumidos como psicóticos, errantes ou desviantes poderão ter interpretações diferentes consoante o enquadramento interpretativo em que o indivíduo que os demonstra se encontra.

Em contexto migratório, como veremos, esta interpretação implica consequências por vezes bastante complexas que nem sempre correspondem à eficácia terapêutica expectável, cumprindo antes outro tipo de funções de controlo social ou de normalização de comportamentos que, à falta de melhor palavra, poderiam ser apenas qualificados como diferentes e não necessariamente perigosos ou desviantes. Este discurso classificatório ou nosológico corresponde ao que Foucault definiu como sendo a base para distinguir normal de patológico e para diferenciar os comportamentos subversivos, os quais necessitariam igualmente de contenção e intervenção técnica.

Em cada um destes movimentos de emancipação, Foucault descobriu um processo que apelidou de “normalização”, um estreitamento e empobrecimento das possibilidades humanas. Embora um efeito primário das instituições que analisou nos seus trabalhos seja a exclusão social de determinados indivíduos nos asilos, prisões e categorias de desvio, o principal objetivo destas instituições seria a vinculação de homens e mulheres a um aparato de normalização. O propósito das análises genealógicas de Foucault permitia revelar que, apesar da sua aparente necessidade e naturalidade, estas instituições nasceram de contingências históricas específicas. Mostrou que estas não são o único modo de lidar com o conflito social e abriu a possibilidade de novos modos de interação humana.” (Bernauer e Mahon, 2003: 151)

Este sistema classificatório permite não só aumentar a cientificidade do discurso psiquiátrico, mas também assumi-lo enquanto garantia de verdade pela sua conexão a alegadas entidades naturais, objetivas e reais. As condições de produção destas categorias eludem a uma

análise do DSM como a realizada por Conrad e Schneider, os quais alternativamente as colocaram nos seus contextos histórico, económico e político de produção. Ao serem assumidas enquanto universais, as categorias psiquiátricas - que nas últimas décadas, como vimos, parecem esforçar-se por medicalizar todos os comportamentos disfuncionais, como se o sofrimento não fosse parte integrante da vida humana - despolitizam os comportamentos, retirando-os das condições que os produziram.

Uma maneira eficaz de perceber como os diagnósticos se manifestam resulta de uma arqueologia da classificação das doenças mentais, à semelhança da investigação realizada por Young sobre a síndrome pós-traumática. Young (1997) mostrou como, face à impossibilidade de encontrar marcadores biológicos ou mesmo testes clínicos que comprovem a existência das doenças mentais, o diagnóstico se baseia nos sintomas apresentados pelos pacientes. Esta aferição carrega consigo uma forte carga de subjetividade e de variabilidade. Uma análise da construção do diagnóstico permite perceber como o conhecimento biomédico condiciona e limita assim a nossa interpretação da realidade social, o que tem efeito não apenas ao nível do encontro clínico, mas também nas maneiras como os indivíduos se relacionam. A doença impõe-se assim em sociedade como facto natural, disruptivo e desordenador face à qual apenas a biomedicina parece dispor das armas indicadas para combater e restaurar a normalidade. Com o intuito de desmistificar as construções médicas, a introdução da categoria “*sickness*” permitiu aos antropólogos analisar os processos de construção do saber e das patologias, a qual inclui uma particular atenção aos interesses políticos e económicos envolvidos.

Porém, também este paradigma revelou limitações. A preocupação com os processos e relações sociais de produção dos saberes médicos impediu que os antropólogos dedicassem tempo e energia à análise das dimensões pessoais do sofrimento. A “*disease*” também não foi problematizada, assumindo-se o corpo única e exclusivamente enquanto entidade biofísica e natural e, novamente, aquém da análise antropológica.

Da Universidade de Berkeley começaram a surgir as primeiras críticas, especialmente pelas mãos das antropólogas Lock e Scheper-Hughes (1987, 1990) inspiradas pelos escritos de Csordas (1990). De acordo com o novo paradigma emergente problematizava-se o corpo, o qual não mais era entendido enquanto mero recipiente onde a cultura seria plasmada acriticamente, mas impunha-se enquanto entidade consciente, relacionando-se ativamente com o mundo social. Neste encontro a doença surgiria enquanto forma de resistência, o modo

encontrado corporalmente para exprimir o descontentamento com a realidade. O sofrimento, na perspetiva da incorporação, representava uma forma de crítica à hegemonia dominante e a doença apresentava-se como único instrumento de denúncia dos politicamente débeis.

Tentando ultrapassar a dicotomia cartesiana corpo/mente, mas também o binómio “*disease/illness*”, as autoras afirmaram que a medicação resultaria da tentativa da biomedicina em confundir corpo individual com social, substituindo assim o domínio do social pelo do biológico. O paradigma da incorporação propôs resolver estes dilemas, inclusivamente a interpretação somatológica do sofrimento. A somatização, apesar de tentar superar a dicotomia corpo/mente, reproduz essa mesma distinção na medida em que se funda sobre a ideia de que o corpo seria uma base natural sobre o qual se manifestam os sintomas psicológicos. No paradigma da incorporação todas as doenças seriam assim psicossomáticas, por se fundarem na unidade indistinguível entre corpo e mente e na capacidade do corpo em produzir experiências e significados. De acordo com as autoras, uma análise apropriada do corpo não se cingiria à sua dimensão natural, prestando-lhe atenção enquanto produto social também ele fruto de processos de construção. Tentando romper com a noção de que possuímos um corpo, Lock e Scheper-Hughes defenderam que acima de tudo somos corpos que vivem e se relacionam com o mundo através de dispositivos culturalmente produzidos.

As autoras (1987) defenderam a existência de três corpos na análise antropológica ao longo dos tempos: 1) o individual, aquele que é experienciado por si só, a matéria; 2) o social, o qual funciona como símbolo para refletir sobre a natureza, sociedade e cultura; 3) e o político ou politizado, em que este é entendido enquanto objeto de regulamentação e controlo. De acordo com este nível de análise, o corpo encontra-se sujeito a relações de poder, podendo ser controlado de modo a cumprir determinados propósitos políticos. Por exemplo, se no passado o corpo alheio era explorado pela escravatura, atualmente as políticas relacionadas com sexualidade, questões de género e controlo da natalidade podem ajudar-nos a perceber como essas práticas se exercem. Apoiando-se em Foucault, Lock e Scheper-Hughes explicam como nos dias de hoje o poder exercido sobre os corpos é mais subtil e procura promover a produção de corpos dóceis, ao contrário das técnicas empregues no passado que se baseavam na ostentação de atos de violência empregues com o intuito de desmotivar comportamentos desviantes.

O corpo como local de impressão das políticas de controlo, mas também de resistência

às mesmas, permitiu uma abordagem inovadora aos “ataques de nervos” estudados por Lock e Scheper-Hughes (1987). As antropólogas perceberam como algumas mulheres da classe trabalhadora manipulavam o significado e os proveitos que poderiam retirar deste mal-estar. Estas estratégias serviam para legitimar a sua condição de vítimas através do consumo de fármacos e para expressar emoções socialmente condenáveis numa explosão incontrolável de nervos. Para Scheper-Hughes, perceber o alcance destes ataques, isto é, tomar em consideração as três dimensões em que se apresenta o corpo socialmente, levou-a a concluir que os parâmetros em que se move a medicina ocidental não lhe permitem responder adequadamente a este fenómeno. Assim, apelou a uma Antropologia Médica que desnaturalizasse o corpo, investindo-o de novos significados e percebendo as políticas a que este está sujeito.

Low (1981) partilha da preocupação de Lock e Scheper-Hughes, defendendo as antropólogas em uníssono a importância do estudo das emoções numa nova abordagem ao corpo. As primeiras, porque comportam sentimentos e conhecimentos, mas também ideologias morais e culturais, repartem-se entre o domínio público e privado, o coletivo e o individual, podendo ser expressas ou reprimidas.

Enquanto que as emoções acarretam tanto sentimentos como orientações cognitivas, moral pública e ideologia cultural, sugerimos que elas fornecem um importante elo perdido capaz de aproximar corpo e mente, indivíduo, sociedade e corpo político. Como Blacking (1977: 5) referiu, as emoções são o catalisador que transforma conhecimento em entendimento humano, e que trazem intensidade e compromisso à ação humana. (Lock e Scheper-Hughes, 1987: 2 8-29)

Ao contrário de Kleinman, que alguns anos antes afirmara que as crenças criam, mas também matam, as autoras postularam uma alternativa ao modelo psicossomático advogado pelo psiquiatra americano: “As emoções matam, as emoções curam.” (1987: 29).

O paradigma da incorporação remete as relações de interpretação do sofrimento para um lugar de destaque, não relegando a importância da experiência histórica das relações sociais e de poder. A doença, neste caso, funcionaria enquanto saber incorporado e, portanto, a pesquisa antropológica deveria procurar compreender os seus sentidos através da análise da realidade histórica expressa através dos corpos das pessoas em sofrimento.

Recentemente as neurociências têm avançado propostas que enriqueceram o paradigma da incorporação. A obra do neurocientista António Damásio, *O Erro de Descartes* (1994)

revisitou a dicotomia cartesiana propondo a existência de uma mente incorporada e de uma continuidade entre processos fisiológicos, emocionais e cognitivos permitindo uma compreensão holística do organismo. Ao passo que as antropólogas de Berkeley e restantes construcionistas não validaram o alcance dos aspetos biológicos das emoções nas suas formulações, as neurociências permitiram avançar na compreensão dos mecanismos bioquímicos responsáveis pelo controlo das respostas emocionais, defende Pussetti (2015).

Esta abordagem baseia-se na noção de que o cérebro humano constituiu uma entidade dinâmica moldada não apenas pelo ambiente, mas também pela experiência individual capaz de criar diariamente novas conexões neuronais. Sendo caracterizado pela sua especificidade e plasticidade, pesquisas recentes sobre o cérebro humano permitiram ultrapassar não só a dicotomia natureza e cultura, mas também o binómio corpo/mente, com o qual as ciências se têm vindo a debater há décadas.

Sem especificidade, conceito que designa ao nível ontogenético o processo de desenvolvimento invariante do cérebro dentro de um ambiente flutuante, o cérebro não seria capaz de desenvolver no momento certo os próprios circuitos neurais. Sem plasticidade, isto é, as variações que se desenvolvem como adaptação a contingências ambientais, o sistema nervoso em desenvolvimento não seria capaz de modular a sua resposta aos aspetos mutáveis do mundo, de forma a criar no cérebro uma representação deste mundo e um plano sobre como agir e interagir com ele. (2015: 25)

Este cérebro plástico, capaz de se adaptar dinamicamente ao ambiente e à experiência individual criando novas configurações, é também incompleto à nascença necessitando destas interações para se formar. Porém, como existem demasiadas variáveis na formação encefálica de cada indivíduo, o processo de incorporação cultural é extremamente complexo. Isto permite que os humanos se tornem não apenas recetores de conteúdo cultural, mas também produtores ativos de significados, construindo ativamente os ambientes que necessitam para se completar. As neurociências propõem assim uma dialética eficaz entre seres construídos (processos antropopoiéticos) e a capacidade de se construir a si próprio (processos autopoéticos), dirimindo umas das questões que o paradigma da incorporação não conseguiu satisfatoriamente resolver.

## 1.2 Violência estrutural e sofrimento social

O conceito de incorporação em Antropologia Médica tem servido de referência para melhor compreender as interações entre corpo e sociedade. Embora o sofrimento humano tenha sido muitas vezes renegado para o campo dos sentimentos universais e pré-sociais, uma abordagem cuidada deste fenómeno demonstra que é extremamente circunstancial e contingente. Neste sentido os antropólogos médicos têm-se dedicado a tentar explicar este fenómeno devidamente enquadrado num contexto de dinâmicas políticas e históricas.

Farmer (2003, 2004), baseando-se no seu trabalho como médico no Haiti e influenciado pelo filósofo Johan Galtung, desenvolveu o conceito de violência estrutural aplicando-o à disciplina antropológica. Este tipo de agressão adquire diferentes formatos e caracteriza-se por dispensar a ação direta do sujeito, manifestando-se indiretamente sobre os indivíduos com efeitos igualmente nefastos. Sobrevivendo na própria estrutura social, causando vítimas através das desigualdades perpetuadas e criando um sistema que autoriza que vários indivíduos vivam à sua margem, restringindo-lhes tanto escolhas como possibilidades, a violência estrutural adquire assim contornos e consequências tóxicas para aqueles sobre os quais se abate.

As violações dos direitos humanos não são acidentais; estas não são arbitrárias nem em distribuição nem em consequências. As violações dos direitos são sintomas de patologias mais profundas de poder que estão intimamente ligadas às condições sociais que tão frequentemente determinam quem sofrerá abusos e quem será protegido de injúrias. Se os ataques à dignidade não são aleatórios na sua distribuição ou rumo, servem os interesses de quem ao sugerir-se que não passam de acontecimentos acidentais? (Farmer, 2003: 7)

Esta mesma violência, localizada nas estruturas simbólicas que permitem a perpetuação da opressão, marginalidade e dependência, encontra-se naturalizada em comportamentos corriqueiros e muitas vezes aparentemente inócuos que uma Antropologia Médica do tipo interventivo urge a que sejam desmascarados. O tipo de sofrimento causado não se limita à dimensão corpórea do mal-estar sentido por um indivíduo, podendo afetar famílias e comunidades, sendo que muitas vezes as instituições sociais destinadas a responder a estas situações podem vir a prejudicar ainda mais estas condições negativas, seja através de burocracias desnecessárias que atrasam a implementação de processos terapêuticos, seja pelo desajuste das mesmas à realidade em que são aplicadas. O sofrimento social surge assim

enquanto conceito responsável pela eliminação da distinção histórica entre problema de saúde e problema social, uma vez que enquadra simultaneamente as condições causadoras de mal-estar e a componente inter-relacional que as motiva.

Como Das, Lock e Kleinman (1997) afirmaram, este fenómeno reúne um conjunto de problemas humanos resultantes de profundas fraturas estruturais. “O sofrimento social resulta do que o poder político, económico e institucional faz às pessoas e, reciprocamente, como estas formas de poder influenciam as respostas a esses mesmos problemas.” (1997: ix). Em oposição à interpretação biomédica do sofrimento, a qual atribuía uma mera explicação individual à doença e o localizava em disrupções orgânicas, a noção de sofrimento social visa ultrapassar esse arquétipo dominante. Reposicionando o mal-estar experienciado numa lógica interpessoal, a noção de doença é abandonada enquanto fenómeno isolado e visada a sua dimensão social.

Farmer (2003, 2004), através do seu testemunho das injustiças a que assistiu, optou por não ignorar esta violência sobre os direitos sociais incorporada pelos indivíduos. Para o autor, manter as explicações biomédicas do sofrimento que isolam o sofrimento e atribuem a responsabilidade da cura ao indivíduo ou mesmo a conviência com as instituições que - mesmo que orientadas para o alívio do mal-estar - não o endereçam corretamente tornando mais complexas ainda as situações dos indivíduos a quem se propõem “dar a mão”, permitem que os antropólogos legitimem e perpetuem essas mesmas estruturas. Não querendo ser mais um cúmplice deste tipo de violência (ou de qualquer outra) a qual naturaliza o sofrimento dos indivíduos cuja agência se encontra estrangida por estruturas e relações de poder aos quais são completamente alheios, Farmer adotou uma postura crítica sobre as condições que permitem a perpetuação da mesma. Este tipo de culturalismo em Antropologia, defende, permite que a violência estrutural se sedimente em patologias, limitando a capacidade de ação dos sujeitos. Em alternativa, Farmer sugere que se analisem as biografias dos sujeitos para compreender o verdadeiro alcance da violência estrutural, analisando as histórias que correspondem à vivência nas margens, em que os indivíduos não conseguem negociar os termos da própria existência. Para o antropólogo este apresenta-se como o método por excelência para destrinçar os meandros em que se dissimula a violência estrutural.

Esta restrição à liberdade de escolha foi igualmente analisada por Sen (2005, 2009) ao desenvolver o conceito de capacidade. O economista defendeu que o desenvolvimento

corresponde à capacidade de ser livre, nomeadamente, à possibilidade de fazer escolhas e de que estas não sejam limitadas por contingências sociais, históricas ou económicas. Quanto maior a possibilidade de tomar decisões alternativas à postura dominante em sociedade, maior será também a liberdade dos sujeitos. Consequentemente, quanto mais intensa for a violência estrutural e o sofrimento social que esta origina, menor será também a capacidade dos sujeitos e a perspectiva de desenvolvimento efetivo.

Igualmente crítico da posição neutra que muitos antropólogos adotam, seja por se escudarem atrás do relativismo cultural ou por evitarem averiguar as componentes dinâmicas e sociais na origem do sofrimento, tem sido a postura de Fassin (Fassin, 2001). A investigação da relação entre processos históricos e sociais e as experiências de mal-estar e de sofrimento permitiu que Fassin desenvolvesse o conceito de “incorporação da história” (2007) através da sua análise à epidemia da SIDA na África do Sul. Com o intuito de compreender a expansão desta doença no contexto sul-africano com as condições particulares que lhe são inerentes, Fassin procurou analisá-la enquanto experiência do corpo, tentando perceber de que modo o passado deixou aí a sua marca e que consequências advieram de séculos de relações sociais fraturadas. Esta abordagem procurou explicar como o social se inscreve no corpo e como este relata a memória histórica em si materialmente sedimentada, extravasando a dimensão histórica individual (Pussetti e Silva Pereira, 2009).

O conceito de “incorporação da história” apresenta-se igualmente relevante na avaliação do sofrimento dos imigrantes, permitindo captar assim como as doenças funcionam enquanto saber incorporado e interveniente no meio que o rodeia.

Uma ligação histórica dolorosa e difícil, uma “verdade colonial” que é geralmente omitida – como sustenta Homi Bhabha (2001) – mas que emerge através do sintoma, através da linguagem do corpo e do sofrimento. Neste sentido, o corpo doente aparece como um arquivo histórico, e os sintomas como histórias incorporadas que estabelecem a relação entre o nível individual e o coletivo, o presente e o passado. (Pussetti, 2009: 34)

Fassin (2005) foi também particularmente crítico do papel que os serviços de apoio social assumiram ao procurarem cuidar das populações marginalizadas, alertando para os efeitos negativos e para o tipo de violência - aparentemente benévola e aprovionada de boas intenções - causadora de sofrimento na vida dos indivíduos afetados. Como será repetido ao

longo desta tese “a compaixão não conhece inimigos” (Pussetti e Barros, 2012a: 47), uma conclusão inspirada na reflexão de Fassin sobre os serviços de apoio aos imigrantes e refugiados em França e à qual retornaremos amiúde.

O trabalho de Fassin sobre imigrantes ilegais e posteriormente também sobre os refugiados baseia-se na reflexão filosófica de Agamben, a qual abordaremos sucintamente de um ponto de vista crítico no próximo subcapítulo para melhor enquadrar o contributo do antropólogo francês, antes de retomarmos a discussão sobre biolegimitação (Fassin, 2001). Este conceito, tal como os de violência estrutural e sofrimento social, revelaram-se determinantes enquanto instrumentos de análise orientadores da pesquisa etnográfica apresentada nos próximos capítulos, razão pela qual foram eleitos como protagonistas no quadro teórico da investigação e merecem o interesse que lhes é reservado nestas páginas. Não são isentos de crítica e, tal como qualquer conceito em Antropologia, saem enriquecidos sempre que devidamente debatidos e se usados com parcimónia.

### 1.3 A “*polis*” e o campo

Na sua introdução à obra *Homo Sacer* a propósito do “que nós entendemos por vida” (1998: 11), Agamben discutiu as abordagens de Hannah Arendt e de Michel Foucault sobre este conceito. Realçando a complementaridade do trabalho de ambos, Agamben referiu a importância atribuída por Arendt à vida biológica enquanto tema central da vida política, ao passo que Foucault, anos depois, recuperou o tema alegando que o fundamento do poder soberano deveria ser encontrado na importância crescente conferida à vida biológica e ao estado da saúde da população. Anos mais tarde, no segundo volume desta temática, intitulado *Estado de Exceção* (2005 [2003]), Agamben desenvolveu o conceito de soberania e de campo, igualmente determinantes na sua filosofia.

Numa perspetiva foucaultiana, a maneira de governar característica da modernidade relaciona-se com um tipo de poder político, ou biopoder, que impregnaria todos os aspetos da vida humana, disciplinando os corpos através de diferentes técnicas com o intuito de produzir indivíduos “normais”, passivos e subjugados, inconscientes do alcance deste mesmo poder. Este governo dos homens, da população devidamente classificada e analisada com recurso a

diversas técnicas e disciplinas sociais, aprofundou igualmente o conhecimento sobre o corpo, causa e consequência da proliferação de novas ciências do homem. Agamben concluiu assim que, seguindo a perspectiva foucaultiana, “o ingresso da *zoe* [simple ato de viver, comum a todos os seres vivos] na esfera da “*polis*”, a politização da vida nua enquanto tal, constitui o acontecimento decisivo da modernidade” (1998: 12).

Não obstante, Agamben interroga-se em que momento poderia Foucault afirmar que os dois aspetos do poder se cruzam efetivamente, referindo-se às técnicas de individuação subjetivas e aos processos de totalização objetivos. Isto é, não podendo as duas análises ser separadas, e sendo que a entrada da vida nua na esfera política constitui o núcleo originário do poder soberano, Agamben afirmou ser a produção de um corpo biopolítico o ato original do poder soberano. Deste modo, a política existe porque o homem é o ser vivo que mantém com a sua vida nua uma relação de exclusão inclusiva, tal como habita a “*polis*” deixando que nela se excetue a sua própria vida nua.

Agamben sugere assim uma correção à tese de Foucault: o que caracteriza a política moderna não é a inclusão da “*zoe*” na “*polis*”, como defenderam Aristóteles e Foucault, mas sim o facto de que por todo o lado esta exceção se afirma enquanto regra da democracia contemporânea. Ou seja, o espaço da vida nua vai convergindo sucessivamente com o espaço político, embora à partida se considerasse que este se encontrava na margem da mesma, tornando “*bios*” e “*zoe*” indistinguíveis na prática.

O estado de exceção em que a ordem excluía e ao mesmo tempo se apropriava da vida nua, constituía, com efeito, na sua separação, o fundamento escondido em que se repousava todo o sistema político; quando as suas fronteiras se esbatem e se indeterminam, a vida nua que aí habitava liberta-se na cidade e torna-se ao mesmo tempo o sujeito e o objeto da ordem política e dos seus conflitos, o lugar único quer da organização do poder estatal, quer da emancipação em relação a ele. (Agamben, 1998: 18).

Compreender esta contradição inerente ao próprio sistema político permite, na perspectiva de Agamben, perceber o porquê do declínio da democracia moderna, e neste caso em concreto, compreender em que medida questões de cidadania e de imigração são debatidas nas sociedades ocidentais. Para Agamben o campo de concentração criado pelos nazis é o exemplo máximo da atuação absoluta do poder do soberano, onde o estado de exceção (2005 [2003]) deixa de ser uma situação temporária, tornando-se na condição permanente porque os

sujeitos que aí habitam se encontram desprovidos de todos os seus direitos.

Em 2003 Mbembe debruçou-se sobre os temas centrais discutidos por Agamben, avançando com o conceito de necropolítica. Discutindo o corpo teórico de Foucault também, Mbembe alegou que a necropolítica tinha como objetivo a exposição à morte. Ao contrário da noção de biopoder de Foucault - ou seja, o domínio da vida sobre o qual o poder exerce controlo - que Mbembe considerou revelar-se atualmente ineficaz para explicar o enquadramento político contemporâneo - no conceito de necropolítica prevalece a subjugação da vida ao poder da morte, a qual afirma ter reconfigurado as relações entre sacrifício, resistência e terror. O necropoder permite explicar as variadas maneiras em que as armas são atualmente utilizadas para criar mundos de morte, ou seja, novas formas de existência social em que populações inteiras são sujeitas ao estatuto de “mortos vivos”. O autor centrou a sua atenção não nos projetos de soberanos que se ocupam do exercício da autonomia individual, mas sim naqueles cujos objetivos passam pela instrumentalização da existência humana e pela destruição de populações. Estes não correspondem a uma simples execução de impulsos insanos, mas à materialização da lei no espaço político em que vivemos atualmente.

Procurando a relação entre subjetividade e morte enquanto essência do poder soberano, Mbembe encontrou no período tardio da ocupação colonial as bases para desenvolver a teoria do necropoder, altura em que a presença militar se tornou a norma para dominar os indivíduos. Baseando-se na descrição de Franz Fanon sobre a ocupação colonial, Mbembe estabeleceu um paralelo com a sua formulação de necropoder. Para Fanon a espacialização funcionou como o pilar da ocupação colonial. A divisão do espaço em compartimentos, criando demarcações e fronteiras internas marcadas pela linguagem da violência e da força, transformou a zona ocupada pelos colonizados naquela onde estes viviam e morriam em condições sub-humanas. Assumidas as diferenças entre colonizador e colonizado, o território dominado pela metrópole equiparava-se a um espaço onde as garantias de justiça e lei poderiam ser suspensas, onde o estado de exceção poderia operar ao serviço da “civilização”. Equiparados a selvagens pela sua proximidade à natureza e pelo receio que instigavam à metrópole, o direito soberano de matar nas colónias poderia ser aplicado a qualquer momento, sobre qualquer um. O terror colonial mantinha-se assim como uma constante não com o objetivo de conquistar a paz, mas sim como premissa dominante e eterna. “Neste caso, a soberania significava a capacidade de definir quem tem valor e quem não o tem, quem é dispensável e quem não o é” (Mbembe,

2003: 26). Por outras palavras, não se trata apenas do poder de morte a constituir a soberania, mas sim de um total controlo sobre a vida que conduz à dominação, em que a autoridade de matar se encontrava distribuída pela sociedade. “Exercer soberania equivale a exercer controlo sobre a totalidade e definir a vida como a implantação e manifestação do poder” (2003: 12).

Fassin (2009) concorda com Agamben, afirmando que o conceito de “vida” se mantém relativamente à margem, sendo a “população” o verdadeiro objeto da biopolítica no pensamento de Foucault. Fassin avança que, no caso do debate francês em torno das contradições presentes no tratamento da imigração ilegal e dos valores republicanos sobre os quais se funda a democracia deste país, “o corpo racializado tornou-se o objeto mais ilegítimo de diferenciação social, cuja existência não mais poderá ser negada” (Fassin, 2001: 4). Face a este racismo latente e manifesto, a sociedade francesa confrontou-se com o facto de o corpo se ter tornado por excelência o local onde a políticas migratórias se inscrevem mais incisivamente, o que o autor chamou de “biopolíticas da alteridade”<sup>9</sup>.

Ao mesmo tempo que as reivindicações cívicas dos refugiados e imigrantes (especialmente ilegais) foram sendo gradualmente afastadas, por razões humanitárias e de saúde, estrangeiros sofrendo de patologias graves ou que não pudessem receber tratamento médico adequado no seu país de origem, viram aumentar as autorizações temporárias de residência que reivindicavam. O autor conclui que “esta maior importância é atribuída ao corpo em sofrimento do que ao corpo ameaçado e o direito à vida vai sendo deslocado da arena política para a humanitária.” (Fassin, 2001: 4). Esta lógica moral que reconhece o corpo como origem da legitimidade define o direito de viver ou não legalmente em solo francês.

Os requerentes de vistos de residência escrutinam assim os seus corpos, procurando sintomas de doenças, patologizando, no fundo, as suas reivindicações. Neste sentido, a sua existência reduz-se à sua manifestação física, ou vida nua, na aceção de Agamben (1998). A análise de Fassin aproxima-se assim do pensamento do filósofo italiano, considerando que atualmente o corpo do imigrante se assemelha à condição do “*homo sacer*”, cuja existência é incluída na ordem jurídica apenas sob a forma da sua exclusão e cuja existência é reduzida à vida nua. Este pode ser caracterizado como aquele que pode ser morto, mas não sacrificado, ou seja, compreende em si mesmo uma dupla exceção, tornando-se sagrado, como estipulava

---

<sup>9</sup> “*Biopolitics of otherness*”, no original.

a antiga lei romana. Fassin afirma assim que a democracia francesa moderna assenta nesta contradição, em que por um lado o corpo em sofrimento se apresenta como o último recurso para justificar a atribuição de vistos de residência, e por outro, em que este corpo racializado introduz novas hierarquias discriminatórias promotoras da desigualdade entre os indivíduos.

Embora o antropólogo francês concorde com Agamben na sua apreciação da vida nua, discorda do filósofo quando este afirma que apenas existem duas formas de organização social contemporâneas, a “*polis*” e o campo, sendo que o último tomou primazia enquanto modelo paradigmático do ocidente (Fassin, 2005). Resgatando esta discussão, Fassin analisa etnograficamente o campo de refugiados de Sangatte, a poucos quilómetros de Calais, afirmando que, de acordo com a formulação agambiana, este poderia ser um exemplo ideal para ilustrar a sua teoria. Para Fassin, todavia, o tratamento a que são destinados os refugiados neste local não se baseia unicamente na separação entre “humanitário” e “político”, mas sim numa confusão entre os dois. Como consequência a compaixão tornou-se a moeda de troca por excelência na apreciação dos casos em que diferentes indivíduos requerem estadia permanente em França. O seu estatuto de vítimas permitiu igualmente que os seus direitos políticos fossem ultrapassados por um sentimento de compaixão e de dever moral humanitário.

O reconhecimento do estatuto de refugiados pelas nações europeias surge como um ato de generosidade da parte da comunidade nacional a um “estranho em sofrimento” (Butt, 2002) em vez do cumprimento de uma dívida política para com os “cidadãos da humanidade” (Malkki 1994). Construídos enquanto imigrantes ilegais e comumente qualificados como clandestinos, os requerentes de asilo oscilam entre objetos de repressão e de compaixão. (Fassin, 2005: 376)

Porém, para Fassin, o tratamento reservado em campos como o de Sangatte, não pode ser equiparado sem reservas aos campos de extermínio nazis apontados por Agamben. Apesar das condições em que os refugiados sobrevivem em locais como este em França e noutros países europeus, estes continuam a ser espaços à margem da sociedade, onde aqueles que se apresentam como ameaça - real ou imaginária - são retidos indefinidamente. Fora da “*polis*”, a construção social e política destes indivíduos enquanto perigosos para a ordem permite perceber as diferenças entre os campos atuais e os erigidos pelas forças germânicas e seus aliados durante a Segunda Guerra Mundial. Se por um lado podemos encontrar a UE - um espaço que justifica a sua proteção face aos estrangeiros que pretendem entrar através da

construção de uma série de fronteiras, como dispositivos policiais, políticos, burocráticos ou classificatórios (Fassin, 2011, Balibar, 2010, Spijkerboer, 2007), as quais permitem o condicionamento de pessoas com o objetivo de conservar o modelo produtivo neoliberal e uma identidade europeia -, por outro temos os estranhos alegadamente responsáveis por ameaçar o sistema de segurança social e a segurança dos europeus. Esta diferenciação não transforma o espaço social num enorme campo de extermínio, de acordo com Fassin, mas permite a construção de espaços de exceção, tolerados por estas ideologias que os sustentam.

Seguiu-se uma redefinição da economia moral contemporânea, em que humanitário e político se confundiram e integraram. Este arranjo original entre políticas que mantêm a ordem e políticas de gestão do sofrimento permitiram a proteção dos que habitam a “*polis*” através do tratamento compassivo face aos que sobrevivem nos campos. A crença numa humanidade comum manteria, assim, a tensão precária entre ambos os universos, os quais se alimentam mutuamente, de acordo com o antropólogo francês.

## 1.4 Para além da vida nua

A abordagem de Agamben tem vindo a ser objeto de crítica nos últimos anos em Antropologia, após um período em que muitos antropólogos a adotaram em várias das suas pesquisas. Enquanto que alguns se apoiaram na perspetiva agambiana, outros aprofundaram-na, e outros ainda refutaram-na, como vimos com Fassin.

Das (2011) criticou a noção de vida avançada por autores como Arendt, Foucault, Benjamin, Fassin e outros, os quais colocaram no centro das suas discussões duas categorias distintas: a vida biológica e a vida social e política. Entre estes autores permanece uma consonância no que diz respeito ao poder de exceção de que o soberano foi investido e que lhe permitiria reduzir a existência de alguns indivíduos a um estado de “vida nua”, despida de direitos e que poderia ser ceifada por iniciativa do soberano. Assim, as reivindicações de alguns mais fracos reduzir-se-iam a um tipo de humanitarismo sentimental que os obrigaria a lutar pela sobrevivência, já que o campo dos direitos cívicos e políticos se lhes apresentaria totalmente distante das suas aspirações. Das questiona-se se no caso dos pobres eles poderiam eventualmente interagir com o estado para além dos apelos humanitários, como Fassin

defendeu.

Para Das os pobres não alcançam apenas visibilidade através do registo da sua precariedade e carência, qualidades que lhes são atribuídas apenas através de ações governamentais de enumeração, classificação e de outras tecnologias destinadas a governar a sua existência. Estas formas de governamentalidade criam novas políticas, defende, as quais se realizam em mundos sociais nos quais os indivíduos já se encontram inseridos através das relações sociais que os unem. Por outro lado, Das também afirma que o estado é responsável pela criação de práticas complexas que transformam o legal e o ilegal em categorias instáveis<sup>10</sup>.

Apoiando-se em Wittgenstein e Cavell e no cuidado que presta ao detalhe e ao quotidiano, Das tem também atacado fortemente a noção de biopolítica e de como esta falha em distinguir a exposição de algumas vidas à aniquilação mais do que outras (Deutscher, 2016). Fassin (2010) elogiou esta postura de Das e o seu retorno à minúcia da etnografia, o que permite, acima de tudo, evitar uma utilização abusiva em ciências sociais e humanas da noção de vida, seja ela nua ou política. Para o antropólogo francês os sociólogos e antropólogos correm o risco de se desviar da complexidade das reflexões filosóficas em que se inspiram, confundindo-as. Os problemas agravam-se à medida em que

os preconceitos normativos subjacentes à avaliação das formas de vida e da política da vida, quando generalizados numa coleção de factos sociais indiferenciados, acabam privando os agentes sociais de legitimidade, voz e ação. O risco é, portanto, tanto académico quanto político. Ele exige atenção ética. (Fassin, 2010:93)

É neste sentido que Fassin elogia a contribuição de Das, afirmando que a confusão entre os modelos que opõem vida biológica e política acabam por reduzir a complexidade humana à sua dimensão mais natural (e, conseqüentemente, dispensável) devido às forças macroestruturais que a constroem. Perde-se assim entre os dois polos da dicotomia as maneiras originais em que os indivíduos iludem esses mesmos constrangimentos e transformam a existência física em política.

Para a antropóloga indiana existe mais para além dos binários legal/ilegal,

---

<sup>10</sup> No caso português, como alguns autores notaram, a diferença entre estar ou não estar legal pode ser um documento que expirou do qual o imigrante não tem conhecimento (Baptista e Índias Cordeiro, 2002).

governado/governo, população produzida governamentalmente/comunidade moral, sociedade civil/sociedade política. Estes conceitos influenciam-se mutuamente e foi aí que a autora procurou compreender as reivindicações dos pobres ao estado enquanto maneiras de reclamar a sua cidadania, não necessariamente através dos apelos humanitários e da luta pela sobrevivência. Seguindo a interpretação da obra de Wittgenstein por Cavell, Das defende a mútua absorção do social e do natural que definem a vida e as formas emergentes de políticas da vida nestas áreas. Os conceitos centrais de vida, lei e exceção encontram-se em relações dinâmicas que pressionam e definem as condições das reivindicações cívicas dos pobres urbanos, de acordo com o que pôde registar etnograficamente. Sugerindo que a cidadania é uma reivindicação e não um estatuto, o qual um sujeito tem ou não tem, a autora pretende demonstrar a precariedade e a promessa de pertença associadas a uma política.

Das critica ainda Foucault quando este argumentou que a emergência do estado biopolítico do século XVIII ao XIX marcou um novo entendimento da ideia de vida enquanto entidade gerida pelo estado. Rabinow e Rose (2006) explicaram como numa perspectiva foucaultiana o movimento do biopoder para a biopolítica se exerceu entre dois polos: na anátomo-política do corpo humano e nos controlos regulares sobre as populações. A vida tornou-se um objeto político tendo como base os controlos exercidos em nome das reivindicações pelo direito à vida e do corpo à saúde. A biopolítica refere-se assim ao poder do estado refletido na lei, mas também inclui discursos de verdade, estratégias de intervenção na existência coletiva em nome da vida e da morte e modos de subjetivação através dos quais os indivíduos atuam sobre si mesmos com o objetivo de preservar a sua saúde.

Ao contrário desta perspectiva centrada na vida biológica, Das avança o conceito de “formas de vida” em que o social e o natural se absorvem um ao outro. Estas formas referem-se às dimensões das convenções sociais, instituições, etc. As noções de vida e as noções de lei fluem de umas para outras sem serem notadas, no que a autora considera constituir o quotidiano, conceito central da sua obra.

Das concorda com Agamben que em determinados casos de violência um determinado tipo de ação pode ser encontrado, mas discorda da utilização lata nos vários exemplos que enuncia e nos quais aplica. Avança alternativamente com a noção de *apaddharma*, ou as leis que devem ser seguidas em tempos de crise quando as tradicionais se encontram suspensas. Nos casos mais graves de risco de vida, encontram-se leis substitutas ou alternativas, como se

a ideia de formulação de uma lei e de a colocar de parte estivessem unidas à partida na imaginação. Assim, em casos em que tanto a vida do indivíduo como da comunidade precisam de ser preservadas, este imaginário permite que um novo conjunto de leis sejam formuladas, uma situação diferente da suspensão das leis em que os indivíduos seriam reduzidos a um estado de “vida nua”. É neste fluxo de vida e leis que se interligam mutuamente que se formam as reivindicações morais. Neste sentido, a cidadania pode ser vista enquanto uma reivindicação moral.

Porém, para Das esta formulação sobre a vida é diferente do tipo de existência como foi formulada em termos biológicos por Foucault ou Agamben. Esta não se refere apenas ao que é gerido pelo estado, caso contrário muitos seriam os que cairiam na categoria de “deixar morrer”. Igualmente também não preenchem o critério dos que representam apenas vida nua que pode ser ceifada a qualquer momento. Aqui a vida é reconhecida enquanto aquela que pode apenas ser vivida em comunidade. O quotidiano constitui-se assim como um espaço não apenas onde se podem observar rotinas e hábitos, mas onde está subjacente também uma luta em que o trabalho da lei pode ser usado para alcançar objetivos melhores ou piores.

Deutscher, por seu lado, reconfigura e recontextualiza as contribuições de Foucault na biopolítica, afirmando que Das poderia encontrar nelas a mesma inspiração que busca em Cavell e nas suas leituras de Wittgenstein. Referindo-se às limitações que a antropóloga encontra na obra do filósofo francês, nomeadamente em *Vigiar e Punir* (Foucault, 2010 [1975]), Deutscher refere o quanto a Das desagradam as “dimensões subjugantes da formação do sujeito” (2016: 202), considerando-as limitativas. Deutscher, alternativamente, sugere um entrelaçamento das perspetivas dos diferentes filósofos, e não que se escolha entre um ou outro, bem como uma nova leitura do conceito de biopolítica, o qual não é, na sua opinião, tão limitativo como Das o considera.

Outros autores nos últimos anos procuraram igualmente produzir uma argumentação crítica face ao uso indiscriminado da filosofia agambiana em Antropologia. Comaroff (2007), baseando-se no seu trabalho de campo na África do Sul sobre a SIDA, apresentou as associações realizadas entre esta doença e África, destacando a facilidade com que se associa o continente com um desejo poderoso e indomável onde a biomedicina se mostra incapaz de conter a epidemia. Estas imagens conheceram o seu apogeu numa altura crítica na história da África do Sul, em que as grandes instituições do estado moderno se encontravam em contração,

sendo substituídas gradualmente por parcerias público-privadas e pelo trabalho voluntário e humanitário. Como consequência, a noção de cidadania enquanto categoria baseada nas noções de nação, território e classe foi investida nos corpos biológicos e no perigo que alguns consistiam para o estado-nação.

Caminhando em direção a sul, a SIDA fez reaparecer no continente africano fantasmas de um período colonial. Tal como já acontecera no passado, a imagética africana despertou o espírito aventureiro e humanitário europeu, ao mesmo tempo que nos autóctones lembrou memórias de violência e negligência médica do passado. Como consequência desta dialética, cedo surgiram suspeitas acerca das iniciativas humanitárias endereçadas ao continente africano e que se propunham erradicar a epidemia.

No entanto, Comaroff notou que a SIDA em África deu origem a diversos significados e a formas de sociabilidade que não apenas as impostas por modelos externos. Argumentando contra Agamben, Comaroff afirmou que as políticas morais da SIDA ajudam a desmentir a formulação do filósofo, uma vez que este insistiu em colocar a morte sacrificial no conceito central da sua tese. A particularidade soberana em poder excluir, suspender a lei e despir a vida humana da sua existência, direitos cívicos e valor social, corresponde a uma premissa que, na opinião de Comaroff, pode conduzir à sobre-simplificação dos conceitos.

Aqui, numa zona de exclusão e de eliminação, a vida nua impõe uma conexão persistente a uma existência socialmente significativa. Face à morte social suportada por várias vítimas da SIDA, a vontade de fazer valer a sua visibilidade, dignidade, parentesco e pertença motiva a tarefa da sobrevivência diária. A insistência numa vida positiva - vida imbuída do ordinário, de expectativas orientadas para o futuro - é palpável nas formas de mobilização que pressionam por reconhecimento da doença. Assim, uma vez mais, rejeitando uma morte nua. (Comaroff, 2007: 209-2010)

Partindo de uma análise sobre os efeitos das forças capitalistas numa era neoliberal, Comaroff argumentou que a antiga soberania se encontrava estrangida pelos efeitos desta nova pressão económica. Pegando no exemplo brasileiro analisado por Biehl (2005), Comaroff apontou como estados frágeis se subjugaram às pressões do mercado, incapazes de controlar as suas economias e de dotar os seus cidadãos de direitos plenos de cidadania. Uma vez que tanto a biotecnologia como a indústria farmacêutica dispõem dos meios para garantir a sobrevivência dos indivíduos, estas características garantiram-lhes um lugar de destaque nas

forças soberanas que operam a nível global, razão suficiente para que os ativistas interagissem diretamente com elas, ultrapassando assim os limites dos estados-nação e explorando as incoerências dos regimes neoliberais usando-as contra eles mesmos.

Muitos ativistas tornam claro que, se existe uma política redentora da vida, uma que conecte novamente o “*homo sacer*” ao reconhecimento cívico e a uma existência ética, ela precisa de encontrar maneiras inovadoras de contestar o monopólio sobre a essência da vitalidade; por conseguinte, centram o seu interesse nos direitos sobre patentes e propriedade intelectual e na retórica que equipara vida a lucro. (2007: 213)

Argumentando contra uma visão da política e da vida nua demasiado simplista e monolítica, Comaroff lembrou os regimes coloniais. Estes também operaram na base da separação dos indivíduos dos meios de sobrevivência, tentando reduzi-los a uma vida onde as diferenças físicas distinguiam aqueles cuja existência se poderia reduzir à sua biologia e que, sendo assim, poderiam ser facilmente descartados. Porém, Comaroff conclui que mesmo nessa altura o exílio não foi absoluto, razão pela qual aconselha reserva na absorção dos ensinamentos agambianos de maneira inequívoca e acrítica.

Lemke (2005), por sua vez, analisou detalhadamente as diferentes definições de biopoder tal como foram formuladas por Agamben e Foucault, avaliando as potencialidades e constringências de cada contributo. Para Foucault biopoder corresponde a duas dimensões distintas, mas interligadas. Por um lado, a disciplina sobre o corpo individual, por outro, a regulação social e populacional. A biopolítica corresponde à maneira como a vida e todos os seus mecanismos foram alvo de cálculos explícitos e o conhecimento-poder usado como agente de transformação da vida humana. Esta nova forma de política encontrava-se diretamente relacionada com o advento do capitalismo, na medida em que neste enquadramento o ponto central de interesse se prendia na exploração do potencial do corpo e do biológico. Lemke lembra que Foucault realçou a importância da capacidade produtiva do poder, a qual se distingue de uma interpretação do “jurídico-discursiva” em que este era exercido sob a forma de interdições e repressões. Este último, que se resumia à capacidade de mandar matar, distingue-se do novo biopoder, o qual se foca na administração da vida, incitando-a, reforçando-a, monitorizando-a e otimizando as forças que controla.

Para Foucault existiu uma viragem em direção à biopolítica, a qual localizou na

viragem do século XVII para o XVIII. Embora Foucault distinga biopolítica de soberania, Agamben insiste na sua ligação, uma vez que para este filósofo a biopolítica se encontra no centro do poder soberano. Assim, a modernidade geraria e radicalizaria cada vez mais a matriz política original, não correspondendo a um período histórico de rutura com a tradição anterior. Porém, subsistem diferenças: enquanto que nos tempos pré-modernos a vida nua podia ser encontrada nas margens da vida política, atualmente ocupa aqui cada vez mais espaço.

Embora para Agamben toda a política seja biopolítica, uma vez que se baseia no estado de exceção, a modernidade corresponde ao período biopolítico por excelência porque apenas nesta altura exceção e regra se tornaram indistinguíveis. Para o autor, enquanto que para os nazis os *“homines sacri”* estavam circunscritos a um conjunto específico de indivíduos indesejáveis, atualmente qualquer sujeito tem o potencial para se tornar num *“homo sacer”*.

Para Lemke esta formulação peca por ser demasiado vaga. Para este autor a inexistência de diferenciação entre os graus em que cada indivíduo pode ser um *“homo sacer”* não estabelece os mecanismos de diferenciação que permitem distinguir entre diferentes valores da vida, uma crítica semelhante à apontada por Fassin quando este identificou a falácia no argumento de Agamben na sua distinção das diferentes noções de campo. Para Lemke esta dramatização exagerada gera uma sobre-simplificação da hipótese apresentada por Agamben porque o filósofo italiano se encontra demasiado interessado na nudez da existência para se preocupar com a vida e a sua importância para a política. Este interesse redireciona o seu interesse de uma política sobre a vida para uma política sobre a morte (*“thanatopolitics”* ou necropolítica), fazendo regredir a sua interpretação às hipóteses já rebatidas por Foucault sobre poder e soberania e, acrescento, aproximando a sua formulação da contribuição de Mbembe (2003), fortemente marcada pelo niilismo e fatalismo.

O poder soberano em Foucault não é de todo soberano, já que é legitimado por uma microfísica de poder, enquanto que para Agamben a soberania produz e domina a vida nua. Para Agamben o poder encontra-se limitado à sua vertente repressiva e redutora, um enquadramento já ultrapassado por Foucault, e não se detém no lado descentralizado e produtivo do poder, aproximando a sua teorização mais de Carl Schmidt do que da visão de Foucault. Para Schmidt o poder soberano torna-se visível quando decide sobre o estado de exceção e na suspensão da lei, enquanto que para Foucault o poder se foca na produção de normalidade.

Ademais, Lemke considera que Agamben não valorizou a deslocação da atenção da soberania. Enquanto que no início do séc. XX os programas eugenistas concentraram a atenção do estado no controlo da saúde da população ou na higiene da raça, atualmente a biopolítica é cada vez mais responsabilidade dos sujeitos soberanos. Estes funcionam como pacientes autónomos, consumidores ativos e responsáveis procurando eles mesmos as melhores opções médicas e biotecnológicas. A capacidade decisiva encontra-se cada vez mais nos sujeitos e menos no estado decisor e regulador, dos quais se espera que façam escolhas informadas sobre a sua saúde. O poder atualmente é exercido através de uma multiplicidade de agentes e técnicas que pouco se assemelham aos órgãos formais do estado. Se por um lado Agamben concebe a política como uma posição soberana que não aceita um exterior que mais não seria do que uma exceção, por outro a sua representação de soberania está totalmente limitada à decisão do estado de exceção sobre a vida nua que deve ser aniquilada. Para Lemke a vida não se encontra apenas nestes domínios, mas nas artes de governo defendidas por Foucault que nos orientam enquanto sujeitos morais.

Cunha (2008) forneceu igualmente uma crítica acutilante a *Vigiar e Punir* (2010 [1975]). De acordo com a antropóloga portuguesa, Foucault preocupou-se mais em enumerar as características da sociedade disciplinar do que em definir a prisão em si, debruçando-se sobre as técnicas pedagógicas orientadas para a reeducação dos indivíduos. “Punindo, a cadeia deveria operar a transformação dos indivíduos, o que implicaria, em primeiro lugar, conhecê-los, classificá-los e fazer variar, em consequência, a aplicação da pena.” (Cunha, 2008: 70). Porém, a autora nota como este objetivo último da instituição penitenciária se perdeu, não cumprindo a profecia de Foucault.

Atualmente as prisões procuram manter a ordem e não se imiscuir na mente dos sujeitos que visam transformar a longo prazo. Em alternativa, orientam-se pela busca de um efeito rápido, nomeadamente, garantir a segurança imediata dos que se encontram extramuros. Acrescenta ainda que as prisões contemporâneas não só não prescindiram das uniformizações modernistas, como mantêm alguma da violência pré-moderna. Os modelos distinguidos por Foucault absorvem-se mutuamente, embora o próprio também não os tenha delimitado no tempo e no espaço a régua e esquadro, como Cunha faz questão de referir. Refere, todavia, que Foucault falhou em prever o fim do encarceramento, sendo que atualmente este se tem expandido exponencialmente, à semelhança de outros meios de controlo penal.

Para Cunha o principal contributo de Foucault prende-se não quando se detém no indivíduo, mas na gestão populacional. Porém, discorda que o objetivo tenha sido apenas conhecer a população para a mudar, defendendo que o que se observa nos dias de hoje é o imperativo da contenção do risco a qualquer custo. Mantendo os grupos perigosos à distância e confinados, os problemas dos restantes encontram-se minimizados e o estado seria capaz de manter a ordem. Esta sim, seria a sociedade de segurança que o filósofo falhou em prever, em que “o controlo passou de facto a ser mais importante do que as disciplinas, ainda que em sentidos não antevistos por Foucault.” (Cunha, 2008: 79).

No decorrer da minha pesquisa etnográfica na antiga Quinta do Mocho, pude verificar que, embora a distância física e simbólica dos seus moradores do centro da cidade certamente ajudaria a mitigar medos de uma possível ameaça não identificada, os esforços mantidos pela IPSS com a qual trabalhei não se esgotavam em manter à margem os seus utentes. Alguns casos mais complexos, como veremos seguidamente, eram efetivamente considerados irresolúveis, pelo menos em território português ou com base nos recursos de que dispunham. Quanto aos outros, pelo contrário, procurava-se ajudá-los a abraçar um estilo de vida mais próximo do que consideravam ser o melhor para si, mais “normal”, salvando-os deles próprios através do recurso aos meios disponíveis.

Não sendo linear nem a apreciação nem o consenso entre académicos sobre o valor das contribuições de Foucault e de Agamben, a discussão das suas formulações revela-se enriquecedora do ponto de vista antropológico, desde que a elas não se recorra abusivamente. Durante o meu percurso pessoal e académico – que começou na Faculdade de Ciências Sociais e Humanas e continuou pelo mestrado na Universidade de Cambridge antes de chegar ao doutoramento no ISCTE – estes autores têm-se revelado ferramentas de análise úteis na investigação, na medida em que me têm permitido aprofundar a vertente etnográfica com reflexões sobre os temas que mais me inquietam: o poder e como ele se manifesta nos indivíduos e nas populações, submetendo-os ou sendo refratado. Um uso acrítico ou irrefletido, como Fassin (2010) tão bem refere, não ajuda em nada ao avanço da Antropologia ou das outras ciências humanas.

Porém, o espólio que os antropólogos herdaram de Foucault - apesar de ele não partilhar da mesma estima que muitos de nós nutrimos por ele... – permite alcançar, se possível, um dos seus mais importantes legados, o do debate das premissas que se tinham como universais e

estáveis. É neste sentido que Santos (2006) exorta a que não se enclausure Foucault num formato – logo ele que gostava tão pouco de grades e de muros... – e antes que se valorize o seu “projeto orientado para o nosso desconhecimento do que fazemos, para a discussão e problematização do que é adquirido e também do que é o nosso trabalho” (2006: 7). É esta capacidade transformativa da sua obra que nos permite não nos agarrarmos por defeito às nossas “certezas” enquanto disciplina científica e continuarmos à procura de respostas, a debater as suas premissas e, milimetricamente, a avançar o nosso conhecimento.

## **1.5 Processos de fronteira e tecnologias de gestão da imigração na Europa**

O trabalho dos autores acima citados contribui para uma melhor perceção de como o conceito de “*homo sacer*” se traduz na realidade dos refugiados e dos imigrantes ilegais na Europa. Uma absorção acrítica da perspectiva de Agamben sobre biopolítica e produção de “*homini sacri*” peca por desconsiderar outras organizações de poder e agenciamentos possíveis que os indivíduos consigam gerar, mesmo face a situações extremamente constrangedoras.

Shinkel (2009) demonstrou como num mundo globalizado, marcado pelo declínio da importância da noção de espaço e do estado-nação, os imigrantes ilegais se encontram reduzidos a esta instância. Tentando redefinir-se nesta nova realidade, as nações tentam desvincular-se das suas funções sociais, transformando-se em estados penais que encarceram imigrantes porque se encontram indocumentados nos seus territórios. No seio da “crise identitária atual em que se encontra”, como Balibar defendeu (cit. in Schinkel, 2009: 799), a Europa produz um coletivo de vidas inúteis e desperdiçadas que armazena em não-lugares, os já conhecidos campos de detenção. Embora esta situação tenha as suas vantagens do ponto de vista económico para os estados europeus - mão de obra barata, flexível e legalmente invisível - estes imigrantes incorporam a ausência de estado dentro do próprio estado. A vida dos imigrantes cumpre assim uma função política, se aceitarmos a tese de Agamben que defende que a política moderna ocidental se funda sobre a ideia da exceção. Esta matriz escondida permite não só um maior controlo territorial, mas também o avanço de medidas predatórias sobre alguns indivíduos. A questão que Schinkel levanta prende-se com a tentativa de perceber

se este tipo de imigração ameaça efetivamente os estados-nação, ou se permite que estes se reafirmem e justifiquem as medidas penais adotadas. O autor conclui que esta maneira de endereçar os imigrantes ilegais, acima de tudo, outorga a que a identidade nacional saia reforçada da equação e o estado revigorado pela maneira como manipula a dicotomia da inclusão/exclusão.

Tentando avançar um pouco mais o argumento de Agamben, Shinkel apropria o conceito de heterotopia de Foucault. Para o filósofo francês, as heterotopias são locais onde a ordem normal do dia a dia é invertida. Não só existem em todas as culturas como cumprem com funções específicas.

Pressões globais sobre o estado e sobre as relações económicas globais são comprimidas e representadas no centro de detenção, porém são invertidas marcando uma reversão heterotópica da ordem, uma vez que o estado de exceção que refletem, na formulação paradoxal de Agamben, é o exterior do estado que se encontra no interior. (2009: 799)

Esta transversão das normas permite que se realize não só uma depuração e a produção de uma imagem ilusória da união nacional, como que o estado de exceção se mantenha invisível nas malhas sociais. Igualmente também se reforça a noção do imigrante legal, documentado e cumpridor. Embora Balibar (2010) sugira que a solução para esta situação em que a Europa se encontra deva ser encontrada numa identidade comunitária fluida e não estanque e classificatória, os países têm optado sucessivamente por medidas mais repressivas (que a recente crise terrorista tem agravado...), funcionando refugiados e imigrantes como bodes expiatórios das crises sociais e económicas dos últimos anos. Assim a Europa tem-se consolidado cada vez mais como uma fortaleza com elevados custos humanos ao nível do controlo das fronteiras (Spijkerboer, 2007), ao mesmo tempo que os estados-nação não abdicam da sua superioridade moral na exclusão de imigrantes do seu território sagrado.

Por seu lado, Inda (2006) procurou debruçar-se sobre como o policiamento das fronteiras tem funcionado enquanto tecnologia profilática na medida prevenindo que os imigrantes indocumentados se tornem problemas sociais, impedindo à partida a sua entrada em território norte-americano. O autor defende que, desde o 11 de setembro, os imigrantes são governados através de uma lógica penalizadora com o objetivo último de guiar a conduta dos outros. Não só se propaga a mentalidade de que os indivíduos irresponsáveis devem ser

responsabilizados pelos seus atos, como que os indivíduos “normais” devem proteger-se e ser protegidos destes “anti-cidadãos”. Consequentemente, ao nível da fronteira com o México, tem havido um aumento sucessivo da vigilância e um investimento acentuado em muros e proteções justificada pela guerra ao terrorismo e à imigração ilegal.

Embora o contexto geográfico não seja o mesmo, podemos encontrar uma mentalidade semelhante aplicada no contexto da “Fortaleza Europeia”. Na Europa medidas semelhantes são adotadas, embora atualmente o objetivo seja impedir à partida que os imigrantes deixem os países origem através da deslocação das fronteiras europeias para países africanos, os quais são motivados a evitar ativamente a saída de imigrantes.

Servindo-se da noção foucaultiana de tecnologia e do aprofundamento deste conceito por Rose (1999), In da defende que estas tecnologias se dispersam não só através do aumento de conhecimento prático, proliferando também através de arranjos arquitetónicos, tipos de autoridades e instrumentos com o objetivo calculado de conduzir o comportamento humano para determinados resultados. Por outro lado, estas tecnologias procuram moldar a conduta dos indivíduos e das populações aumentando o risco social e a insegurança, justificando a adoção de medidas preventivas destinadas a combater estas ameaças, sejam elas reais ou imaginárias.

Sob a máxima “Liberdade, Segurança e Justiça”, introduzida pelo Tratado de Amesterdão em 1997, a União Europeia definiu como sendo o seu objetivo assegurar a livre circulação de pessoas conjugada com o controlo das fronteiras, asilo e imigração. Com o intuito de prevenir e combater a criminalidade, a Europa delimitou o seu espaço de cidadania e valores a manter e a proteger. Face às falências económicas dos últimos anos motivadas pelo modelo neoliberal e pela globalização que resultaram no enfraquecimento do contrato e do estado social, a responsabilização foi atribuída gradualmente aos indivíduos, a insegurança aumentou e a atribuição da culpa devidamente explorada e alocada a bodes expiatórios externos.

Em 1999 o Conselho Europeu reuniu-se extraordinariamente em Tampere, na Finlândia, para discutir a criação deste espaço, o qual procurava gerir mais eficazmente os fluxos migratórios, combater a imigração clandestina na fonte e o tráfico de seres humanos, mas também incrementar os serviços de controlo de fronteiras e possibilitar o retorno voluntário. Procurava-se construir assim uma comunidade imaginada em solo europeu produzindo um inimigo comum - o imigrante ilegal - sem se refletir sobre os processos e efeitos das práticas que criaram esta condição. Estas decisões políticas permitiram tanto a seleção

como a filtragem de imigrantes, mas especialmente a delimitação da fronteira enquanto espaço de produção de classificações hierárquicas e de categorias morais, criando um discurso de verdade sobre a realidade da imigração que apaga as condições e os interesses que esta alimenta. Estas margens onde as práticas do estado (Das e Poole, 2004) se encontram excessivamente presentes através de dispositivos legislativos, administrativos, burocráticos e de segurança, produzem ativamente a alteridade e tentam encapsular a subjetividade dos indivíduos em categorias naturalizadas por estes mesmos aparatos. Revisitaremos este tópico mais à frente na etnografia.

## **1.6 Antropologia Médica, imigração e saúde mental**

A proliferação de estigmas, estereótipos e lógicas criminalizadoras e/ou de prevenção que rodeia os imigrantes não é específica nem deste século nem da Europa, tendo mesmo a medicalização e higienização dos seus corpos servido para fomentar discursos de formação da nação na fronteira entre EUA e México desde 1910 até aos dias de hoje (Stern, 1999, In da, 2000). Porém, no contexto europeu contemporâneo, a realidade afigura-se particularmente negativa para estes indivíduos em termos de condições de saúde.

Segundo a declaração de Amesterdão os imigrantes não recebem cuidados de saúde ao mesmo nível do que a média da população – em termos de diagnóstico, tratamento e serviços preventivos – e os serviços de saúde não são suficientemente recetivos às necessidades específicas das minorias. Os profissionais da saúde não possuem a preparação cultural adequada para se relacionar com utentes provenientes de outros contextos, e quase não existe colaboração interdisciplinar entre ciências médicas e sociais. As sondagens europeias sublinham a alta percentagem de mal-entendidos entre operadores da saúde e pacientes imigrantes, mesmo quando estejam presentes mediadores linguísticos; e realçam como o uso da categoria “imigrante”, proposta nestes programas terapêuticos homogeneiza experiências e vivências que podem ser completamente diferentes. (Pussetti, 2009a: 29)

A autora discorre citando Sayad na sua reflexão sobre a tríade imigração, saúde mental e sofrimento, questionando até que ponto os problemas alocados aos imigrantes serão efetivamente deles ou representam questões não resolvidas das sociedades de acolhimento. Vistos muitas vezes como sendo contagiosos, imorais, básica e essencialmente diferentes, a

“dupla ausência” de quem está e não está em lugar nenhum, mas “suspensão entre dois mundos” (Nathan, cit. in Pussetti, 2009a: 31) encerra uma série de suspeitas e de ameaças à ordem moral e social. Funcionando como bodes expiatórios perfeitos por não se conseguirem defender efetivamente, os imigrantes acabam demonizados e renegados para as margens, relembrando a sociedade de acolhimento da sua presença e da falência da multiculturalidade e da integração.

No domínio da saúde mental a urgência destas situações torna-se mais gritante. Os diagnósticos psiquiátricos funcionam como meios de controlo, ao mesmo tempo que se assiste a uma progressiva medicalização e patologização da diferença cultural (Pussetti, 2006), empurrando os migrantes para uma invisibilidade política, social e moral. As causas que provocam sofrimento psíquico são distratadas contribuindo para que esse mal-estar se manifeste sob a forma de sintomas que tendem a agudizar-se.

Diferentes autores afirmaram que é exatamente a “invisibilidade social” ou a liminaridade da experiência migratória, amplificada pelas contradições das políticas migratórias e pelas barreiras burocráticas, que acabam por gerar perturbações emocionais e patológicas mentais. A “psicopatologia” identificada no migrante seria nesta visão o resultado da passagem árdua entre uma cultura e a outra, da falta de integração na sociedade de acolhimento, da crise identitária, da discriminação: será a tentativa de uma mestiçagem impossível; a geradora de patologias psíquicas (Nathan, 1994), assim como a ambivalência da posição do migrante (Risso e Frigessi, 1982), a laceração insanável entre utopia e saudade (Bordonaro e Pussetti, 2006), entre ilusões e sofrimento (Sayad, 1999). (Pussetti, 2009a: 32-33)

Pussetti relembra como esta noção de vulnerabilidade da experiência migratória tem vindo a ser progressivamente distorcida no seio da biomedicina, chamando à atenção para a inclusão da síndrome de Ulisses como categoria psiquiátrica no DSM-V. Este diagnóstico pretende traduzir a experiência migratória numa mera psicopatologia caracterizada por stress intenso e crónico, anulando assim todas as condições económicas, sociais e políticas que o provocaram. A solução para este tipo de casos, como foi sugerido pelo psiquiatra Joseba Achotegui, passaria por medicar o mais rapidamente o migrante, salvando-o assim do mal-estar inerente à viagem e mudança de vida que este se propõe fazer. Esta imposição biomédica tem o potencial de anular totalmente a subjetividade dos indivíduos, em primeiro lugar porque a reduz a uma interpretação bioquímica do sofrimento individual e social, e em segundo lugar porque desvirtua a importância que o discurso social tem nas representações individuais e na

capacidade que os sujeitos possuem para criar discursos alternativos. A prova de que esta perspectiva do sofrimento migrante se está a tornar hegemónica pode ser encontrada, de acordo com Pussetti, na necessidade que o ACIDI sentiu em incluir no seu sítio da internet uma descrição deste fenómeno, como que alertando para a prevalência desta síndrome entre aqueles que optam por escolher Portugal como seu destino.

Esta necessidade de classificar e de descobrir a natureza das pessoas corresponde à génese da própria psiquiatria enquanto disciplina, como Foucault explicou detalhadamente na *História da Loucura* (2010 [1972]). Na realidade estes processos correspondem não à descoberta, mas à produção ativa de discursos de verdade que se naturalizam apoiados em premissas de cientificidade. De acordo com Pussetti (2009b), esta lógica encontra-se na base da criação dos chamados “*culture-bound syndromes*”, os quais correspondem à identificação da diferença cultural enquanto fator de risco. Estas doenças são descritas pela sua especificidade, localidade e exotismo, e distinguem-se das consideradas como sendo universais pela disciplina psiquiátrica. Foram incluídas no DSM-IV e desnaturalizam as condições sociais que produzem mal-estar psíquico. Tornaram-se assim o objeto de estudo da psiquiatria transcultural, a qual permite que a psiquiatria convencional, por seu turno, se autorrepresente como disciplina preocupada com fenómenos biológicos e universais em exclusivo. Este “ramo” da medicina psiquiátrica, de inspiração kraepeliana, assenta na ideia de uma unidade biopsíquica partilhada transculturalmente em que as variações apenas adquirem interesse como relíquias exóticas a acrescentar à já longa lista de perturbações do DSM.

Nestes termos, a psiquiatria transcultural impõe globalmente a sua hegemonia “científica” através da suposta autoridade dos seus manuais, categorias diagnósticas e modelos terapêuticos. A cultura constitui meramente, segundo este ponto de vista, um fator influenciador que atenua ou regulamenta uma expressão emotiva que é na essência universal, filtrada por regras de exibição locais; ou condiciona a sua interpretação por intermédio dos “óculos opacos” das crenças particulares. E pela sua imposição de significados, categorias e explicações, a psiquiatria transcultural dissimula as relações de força e poder que o seu saber exerce, revelando assim alguma ligação com a psiquiatria colonial. (2009b: 45)

De acordo com Pussetti, a etnopsiquiatria de Nathan surge como alternativa à psiquiatria transcultural, na medida em que reconhece a validade dos saberes locais enquanto sistemas de cura, atesta o carácter de etnopsiquiatria também à psiquiatria e psicologias

ocidentais e procura melhorar as suas interações terapêuticas junto dos pacientes. Este paradigma explora outras significações do corpo, do sofrimento e da doença, integrando-os no seu léxico de saberes para melhor adaptar a terapêutica ao indivíduo em questão, ao mesmo tempo que defende caber a cada paciente encontrar o significado simbólico da sua doença. Para os etnopsiquiatras e etnopsicólogos treinados por Nathan no Centre Georges Devereux, as emoções são enquadradas numa formulação fundamentalmente distinta da defendida pela psiquiatria transcultural, na medida em que se crê que sejam construções sociais, histórica e culturalmente específicas, sujeitas a atribuições de sentido variáveis.

Esta postura demasiado radical, como relembra Pussetti, valeu aos seus seguidores críticas severas, uma vez que a sua inflexibilidade inviabiliza a possibilidade de comensurar a experiência humana e de um apoio eficaz aos migrantes. A censura agrava-se quando os etnopsiquiatras são acusados de confundir raça, cultura e etnia no decorrer do seu trabalho e consultas. O problema de assentarem em noções datadas de cultura permite reificações e guetizações dos imigrantes. Estas noções também constroem os indivíduos e as suas potencialidades, uma vez que os enclausuram em noções fechadas, herméticas e que oferecem poucas soluções num cenário onde essencialismo cultural e relativismo absoluto caminham de mãos dadas. A cultura de origem, entendida assim enquanto facilitadora singular de processos terapêuticos, permite uma “naturalização ou des-historicização das diferenças” (Vacchiano e Taliani, cit. in Pussetti 2009b: 65). Localizada no polo oposto da psiquiatria transcultural, a qual como vimos considera apenas a validade da biomedicina e de um universalismo biopsíquico transversal a todos os indivíduos, a etnopsiquiatria peca pelo seu excesso de flexibilidade, tornando-se também ela, paradoxalmente, rígida nas explicações que adota e nas terapias que persegue. São assim negadas as nuances, os fluxos, os trânsitos, as mutações, os diálogos e os silêncios a que os imigrantes (e não só) se sujeitam nas diversas combinações que estabelecem tanto na doença como na cura. Como vimos anteriormente, as neurociências parecem trabalhar no sentido de encontrar um campo comum onde biologia e cultura consigam dialogar para melhor compreender as emoções.

## **1.7 Por uma Antropologia Médica crítica**

Na mesma obra, depois de expor inúmeras críticas não só ao modelo biomédico, mas também as limitações tanto da psiquiatria transcultural como da etnopsiquiatria, Ferreira e Pussetti (2009) detêm-se no esclarecimento de uma alternativa a estas posturas. A Antropologia Médica crítica, de inspiração etnopsiquiátrica sensível, procura alertar para como a doença depende de formações discursivas e se constitui no seio das relações de poder locais, em que os encontros clínicos não se manifestam sem que haja negociações de ambas as partes. Esta disciplina caracteriza-se por um exercício constante de autojulgamento, não só dos termos e das categorias empregues, mas também dos modelos teóricos que os informam. Significa, acima de tudo, questionar o que tomamos como certo, natural e normal e, em oposição, debater as influências etnocêntricas dessas noções, com o intuito

de considerar os pacientes imigrantes enquanto sujeitos políticos e morais, sem os forçar a transformar-se naquilo que é valorizado por “Nós”: em mentes e corpos domesticados por práticas sócio-sanitárias, modelos de “pessoa” e representações da normalidade, tecnologias de cidadania e valores morais. (2009:197)

Na procura de um entendimento mais eficaz com os imigrantes manifestando sofrimento através de sintomas, cabe aos antropólogos médicos não procurar nas culturas de origem o foco e a explicação para o mal-estar nem as traduzir à letra para o idioma comum ou para categorias biomédicas, mas sim procurar incorporar os saberes, as práticas, diferentes manifestações de doença e saúde e representações alternativas do corpo e dos sintomas que este exprime. Significa abandonar os modelos teóricos, as formulações estruturadas e as expectativas de causa-efeito e optar por uma metodologia alternativa de compromisso com o ajuste das estratégias terapêuticas às histórias pessoais e sociais dos pacientes.

Este método, conhecido por “*person-centered ethnography*” (2009: 201) privilegia a posição negocial do corpo, não só no registo de memórias passadas, mas na sua capacidade criativa para produzir maneiras originais de se relacionar com o que o rodeia. Centrado no indivíduo, não desvirtua a importância que o social adquire na formação de narrativas subjetivas de resistência, em que o corpo não mais é entendido enquanto entidade passiva, mas produtor de interpretações próprias das condições que lhe são apresentadas (Lock e Schepers-Hughes, 1987).

Os autores salientam ainda o aspeto político, ativista e aplicado de uma Antropologia

Médica crítica, que se fortalece no diálogo interdisciplinar e na investigação contínua das suas condições de produção. Procurando aplicar os conhecimentos adquiridos a um debate mais profundo sobre as vicissitudes da experiência migratória, mas sem se abandonar a discursos que colocam a primazia na vulnerabilidade e na medicalização dos indivíduos, uma Antropologia Médica crítica procura também apresentar medidas concretas de aplicação no terreno os seus ensinamentos para que se consiga alcançar uma competência cultural (ou competência...) ao nível clínico que ainda escapa ao SNS português. Procura compreender e destrinçar as condições sociais, económicas e históricas que provocam doença e sofrimento nos indivíduos que se apresentam nas consultas, obrigando a que se reflita como as próprias regulamentações de saúde poderão potenciar situações de violência estrutural desnecessária, mesmo que as suas intenções sejam as melhores. Uma intervenção baseada única e exclusivamente no desejo de dar a mão na vulnerabilidade poderá em si conter os meios de perpetuação de desigualdades sociais e económicas que, se não devidamente endereçadas, poderão prejudicar ainda mais indivíduos e comunidades já em sofrimento.

Como Pussetti explicou ao debruçar-se sobre a depressão entre africanos (2009c) muitas vezes o recurso aos psicofármacos para lidar com questões de saúde mental procura esconder essas mesmas estruturas desequilibradas, obrigando a que haja uma intervenção no indivíduo, cujo corpo é responsabilizado pela produção das doenças, se se seguir restritamente o modelo biomédico de inspiração biológica e genético. Isto obriga a que os indivíduos se responsabilizem única e exclusivamente pelo seu bem-estar e a sua suposta “normalidade”, o que se encontra muitas vezes garantido através da ingestão dos referidos antidepressivos, mas que inversamente acaba por propagar e projetar no outro as nossas noções de bem-estar através de intervenções sanitárias moralizantes e de carácter pedagógico. Talvez seja útil agora lembrar as palavras de Saint-Évremond, citado por Foucault: “A loucura é um momento difícil, porém essencial, na obra da razão; através dela, e mesmo em suas aparentes vitórias, a razão se manifesta e triunfa. A loucura é, para a razão, sua força viva e secreta.” (2010 [1972]: 41)

Não obstante, alcançar resultados que primem por um tratamento igualitário dos pacientes, não é de todo uma empresa fácil. Em primeiro lugar, existe o problema das já referidas boas intenções, que por vezes se revestem de práticas danosas e cujos resultados ficam muito aquém dos esperados. Em segundo, prevalecem queixas de racismo institucional

que, por exemplo, no sistema de saúde brasileiro ameaçam a equidade dos cuidados clínicos (Kalckmann *et al.*, 2007), enquanto que noutros contextos a comunicação entre pacientes de minorias e os seus médicos se baseiam em estereótipos, assimetrias linguísticas e perceções de práticas discriminatórias que ameaçam aplicações simplistas de modelos de competência cultural em qualquer cenário (Perloff *et al.*, 2006).

Estas situações registadas empurram outros autores a sugerir alternativas para cuidados de saúde mais competentes, como foi o caso de Shim que avançou com o conceito de capital cultural de saúde, definindo-o como “o repertório de habilidades culturais, competências verbais e não-verbais, atitudes e comportamentos e estilos de interação, cultivados por pacientes e clínicos, que, quando implantados, podem resultar em melhores cuidados de saúde” (2010: 1). Outros defendem que a solução para os serviços de saúde brasileiros se encontra numa maior humanização com base na empatia, no afeto e na alteridade (Scholze, Duarte Junior e Silva, 2009). Por seu lado, em Portugal, com base numa pesquisa com refugiados e requerentes de asilo, Santinho (2012) salientou como a ausência de competência cultural tem efeitos nefastos sobre a saúde destes indivíduos, exacerbando o seu sofrimento e eventuais traumas sofridos, afastando-os assim de uma integração eficaz na sociedade de acolhimento.

Os interstícios, as ambiguidades e os obstáculos presentes na implementação de um olhar antropológico crítico aos cuidados de saúde são inúmeros. Garcia (2010), na sua etnografia sobre consumidores de heroína nos EUA, relata um momento em que a sua investigação foi severamente criticada pelas autoridades de saúde. Apesar do seu material etnográfico ter sido considerado interessante e comovente, foi igualmente creditado como sendo impossível de ser traduzido e transportado para outras realidades. Numa lógica de produção de planos de saúde, os médicos e legisladores assumiram que a metodologia etnográfica seguida pela antropóloga e as conclusões a que esta a conduziram poderiam conduzir os burocratas ao niilismo e ao desespero, ao mesmo tempo que os esforços empregues na recolha de dados seriam impossíveis de replicar. Na opinião destes especialistas, a “medicina e a política têm limites” (2010: 203).

Garcia, em oposição a esta postura, apresenta como as famílias lidam com estas situações. Mesmo que um plano de cuidados de saúde não possa ser desenhado respeitando os dados recolhidos, foi isso mesmo que a antropóloga verificou que os familiares faziam diariamente uns pelos outros no cuidado dos seus entes consumidores de heroína. Na sua

opinião, se as famílias o faziam e cada vez mais devido à retração do estado das suas funções sociais, isto certamente poderia ser replicado em cuidados de saúde, apesar das atribuições que pudesse provocar.

Talvez uma das etnografias que mais saliente a fragilidade do encontro clínico entre indivíduos que partilham referentes culturais distintos tenha vindo de fora da academia, o que só atesta a importância da interdisciplinaridade nestes assuntos. Acreditarmos que a Antropologia faz milagres pela sua suposta “sensibilidade cultural” em casos complexos como aqueles com que por vezes nos deparamos é simplesmente falso, e cruzar as fronteiras epistemológicas apenas enriquece o nosso entendimento. Seguidamente apresenta-se uma dessas situações para ilustrar como o recurso a uma Antropologia Médica crítica poderá ser útil no terreno.

Fadiman (1997) debruçou-se sobre a história de uma criança filha de pais refugiados Hmong nos EUA, Lia Lee, vítima de epilepsia. Na altura do primeiro ataque os pais não o valorizaram negativamente visto que, tradicionalmente entre os Hmong, quando estas crises ocorriam eram identificadas como sinais de que a criança iria evoluir até se tornar numa poderosa xamã. Esta “chamada divina” despertava um dom e por isso não deveria ser ignorada ou desvalorizada. Porém, mais tarde e com o agravamento dos sintomas, os pais acabaram por encaminhá-la para as urgências de um hospital norte-americano, onde foi seguida por uma equipa médica até ter entrado em estado vegetativo após um ataque particularmente violento.

O livro acompanha não só o percurso desta criança e da sua família, fazendo também um relato das condições histórico-políticas que motivaram a ida de milhares de Hmong para os EUA e o modo como foram recebidos e se ajustaram à sociedade de acolhimento. Tendo-se refugiado durante vários séculos nas montanhas asiáticas de Laos, Tailândia e China onde subsistiram praticando agricultura e pecuária de autossustentação, essencialmente arroz para consumo e ópio para venda, a comunidade e não o indivíduo foram durante séculos a unidade base da organização social dos Hmong.

A partir dos anos cinquenta, com o objetivo de travar a influência comunista na zona do Laos e Vietname, os EUA, por intermédio da CIA, treinaram militarmente e armaram um exército clandestino Hmong. Com o avanço da guerra e a derrota eminente, estes acreditaram que todos seriam salvos de retaliações por parte dos vencedores e emigrariam para os EUA. Porém esta “promessa” nunca foi cumprida na totalidade, sendo que foi dada prioridade aos

militares e ex-combatentes. Conscientes que ficariam para trás, os Hmong sobreviventes abandonaram as suas aldeias, as suas casas, os seus animais e muitas vezes também aqueles que não podiam acompanhá-los ao mesmo ritmo em direção à Indochina, procurando alcançar o campo de refugiados de Ban Vinai. Aqui viveram cerca de uma década até conseguirem vistos para outros países que os receberam. Uma das famílias que escapou do campo e foi aceite nos EUA foram os Lee.

Os Hmong acabaram distribuídos por diferentes cidades norte-americanas, muitas vezes desconhecendo totalmente a língua e o modo de vida dos seus anfitriões e sem contacto com outros membros da sua comunidade que os pudessem ajudar a adaptar-se. O sistema de apoio aos refugiados dispersou-os pelos diferentes estados desrespeitando o seu modo de vida, a sua organização social, trancando-os em apartamentos nos quais não sabiam como viver e afastados de locais onde pudessem fazer a única atividade que durante anos praticaram e que os ligava à natureza e ao universo: a agricultura. Viviam dependentes de cheques da segurança social e impossibilitados de trabalhar para se sustentar, visto que não dominavam a língua (o que os qualificava apenas para trabalhos desqualificados e mal pagos) e não podiam acumular com a sua principal fonte de rendimento. Assim viviam os Lee, uma das famílias Hmong, em Merced na Califórnia, onde os apoios estatais aos refugiados eram também mais elevados e que motivaram uma das grandes migrações secundárias para este estado.

A partir do momento em que Lia começou a ser assistida no hospital por uma dedicada equipa de pediatras após o diagnóstico de epilepsia, ergueram-se barreiras e o choque cultural tornou-se inevitável. A inexistência de tradutores que permitissem uma comunicação fluida entre médicos e pais, a ignorância face aos imperativos culturais de ambas as partes e a desconfiança face às terapias preferidas pelos dois lados resultaram numa relação tensa que se refletia nas passagens sucessivas pelo hospital. A medicação à base de diferentes anticonvulsivos, devido às suas doses variáveis, à enorme quantidade de gotas e comprimidos, a incompreensão dos pais em relação ao tratamento prestado e a sua incapacidade e objeção de cumprir com a medicação como recomendado pelos pediatras, originou diferentes problemas de saúde a Lia. Os diferentes e nefastos efeitos secundários que a medicação lhe provocava aumentaram ainda mais a desconfiança dos pais face à terapêutica sugerida e tornaram-nos alvo de um “diagnóstico” de incumprimento que resultou no afastamento da criança e a sua colocação num lar adotivo por vários meses.

De acordo com os pais, os médicos que trabalhavam no hospital dedicavam-se apenas a resolver problemas físicos, do corpo e do sangue. Para eles o problema de Lia era essencialmente espiritual e por isso necessitava de ser abordado com “*neeb*”, ou espírito de cura. Demasiada medicação cortaria os efeitos do “*neeb*” e por isso os pais tinham dificuldade em aceitar o rol de medicamentos que lhes eram receitados no hospital. Eram perfeitamente capazes de interpretar a doença de Lia e de entendê-la, infelizmente em modos completamente distintos dos médicos, o que estes também identificavam como sendo a raiz do problema.

Para melhor tentar compreender o problema da família Lee, Fadiman recorreu à Antropologia Médica de Kleinman (1988), o qual identificou a situação de Lia enquanto narrativa ou história pessoal e não de acordo com um conjunto de patologias. Kleinman desenvolveu um questionário com oito questões com o objetivo de revelar o modelo exploratório dos doentes que se revelou bastante útil à autora: 1) Como chama ao problema? 2) O que pensa que causou esse problema? 3) Porque pensa que começou naquela altura? 4) O que acha que a doença faz? Como é que esta funciona? 5) Quão grave é a doença? Acha que terá curta ou longa duração? 6) Que tipo de tratamento acha que o paciente deve receber? Quais os resultados mais importantes que espera receber deste tratamento? 7) Quais são os principais problemas causados pela doença em questão? 8) O que mais teme acerca desta doença?

Quando Fadiman se encontrou com Kleinman e lhe apresentou as respostas como se tivessem sido os próprios Lee a responder ao questionário, o antropólogo deixou-lhe uma série de apontamentos importantes. Em primeiro lugar aconselhou-a a abandonar o termo “não cumprir” porque este carrega consigo uma carga de hegemonia moral que sugeriria aos Lee uma ordem e não a desejada discussão de ideias e conceitos úteis a este caso. Em segundo lugar, Kleinman sugeriu que se procurasse um modelo de mediação em vez de um coercivo. Para tal seria necessário localizar um antropólogo médico ou membro da comunidade Hmong que pudesse ajudar à negociação (e não à mera tradução linguística) e a encontrar uma situação de compromisso entre ambas as partes. Aqui seria importante identificar o crítico e desvalorizar tudo o resto. Por último, Kleinman sugeriu que Fadiman, à semelhança do que fez com a cultura Hmong (toda a sua história, emoções, ambiguidades e poderes), refletisse do mesmo modo sobre a cultura da biomedicina, a qual carrega em si um determinado peso cultural e como tal deve ser também objeto de escrutínio.

Num capítulo referente à inserção dos Hmong no “*melting pot*” norte-americano, a

autora menciona o caso do Sr. Thao, um refugiado Hmong que ao consultar-se com um médico se queixava de um problema de costas. O médico percebeu que não se tratava esse do mal que o afetava, diagnosticando-lhe antes uma depressão. Sofria de agorafobia que se manifestava num medo paralisante em sair de casa, temendo não ser capaz de encontrar o caminho de volta. Para o médico esta fobia agia como uma metáfora do trauma pelo qual passou enquanto refugiado de guerra. Nas palavras do médico, ele mais não pôde fazer por este paciente do que receitar-lhe um antidepressivo. Apesar da evidente empatia deste médico para com a situação deste seu paciente, podemos identificar um paralelismo entre esta situação (medicar uma ausência) e a patologização/medicalização de um problema, como nos casos identificados pelo psiquiatra catalão Joseba Atxotegui através da síndrome de Ulisses. O médico dos Hmong, provavelmente bem-intencionado, poderia ter sido seduzido por este possível diagnóstico se se deparasse com ele numa edição do DSM.

Sabendo nós à partida que a experiência migratória é muito mais do que uma patologia que pode ser diagnosticada à distância, sem sequer dialogar com as pessoas que chegam, sem perceber as contingências que marcam o seu trajeto e as formas em que se manifestam e que o sofrimento a que estes indivíduos são muitas vezes sujeitos não se resume a um desequilíbrio bioquímico (mas a uma sucessão de acontecimentos históricos, económicos e políticos na interseção dos quais tantas redes migratórias se enrolam), não poderá também ser aberta uma linha de diálogo com estas tentativas de patologização da diferença quando os médicos confessam, “Tudo o que pude fazer foi prescrever um antidepressivo” (Fadiman, 1997: 204)?

Não tendo o tempo, os meios nem os conhecimentos antropológicos que lhes permitem perceber como a diferença é produzida, mas percebendo e querendo ajudar, qual a alternativa que um médico tem nestas condições quando no contexto de uma consulta muitas vezes apenas pode recorrer, para aliviar o sofrimento alheio, a um bloco de receitas? Sabemos que muitas vezes se abusa deste método para evitar custos com terapias ou por desconhecimento de maneiras alternativas de alcançar a cura. Porém, não podemos ser levados a acreditar que subsista um intuito óbvio de prejudicar desvinculando os migrantes das condições sociais e económicas que provocaram o seu sofrimento por parte dos médicos que medicam quando também eles apenas querem “dar a mão”. Todavia, nem uma postura nem a outra resolve o problema satisfatoriamente. Proponho assim, juntando-me a outros autores, que se adotem caminhos alternativos, como o recurso aos instrumentos que a Antropologia Médica crítica

coloca ao dispor de todo um sistema clínico. Esta tese propõe, assim, contribuir para o já longo leque de etnografias que compõem o corpo da disciplina, alargando uma visão dos problemas de saúde dos imigrantes e mostrando como as instituições com as quais lidam podem piorá-los, mesmo com as melhores intenções.

# Capítulo 2

## Na Quinta do Mocho

“Ao invés de levarem em conta os erros cometidos nos anos 1960 e 1970 e procurarem modelos próprios, as políticas portuguesas reproduzem, no PER a habitação social europeia do pós-guerra, produzindo pequenos guetos nos subúrbios das áreas metropolitanas.”

Rita Ávila Cachado (2013b: 148)

Este capítulo apresenta a realidade da antiga Quinta do Mocho e dos seus habitantes, contribuindo para uma caracterização do antigo e do novo bairro. Procura-se, em primeiro lugar, colocar em evidência políticas legislativas para caracterizar a realidade migratória em Portugal (à data da elaboração da pesquisa) e o impacto que os imigrantes tiveram no concelho de Loures. Apresentam-se seguidamente duas publicações da responsabilidade da CML e do GARSE (Gabinete de Assuntos Religiosos e Sociais Específicos) para ilustrar como ao nível autárquico as comunidades imigrantes se encontravam envolvidas e representadas.

Serão analisados também a história da edificação da antiga Quinta do Mocho e o processo de realojamento que lhe sucedeu, inseridos numa discussão sobre os “bairros de construção informal” na AML. Para além da dimensão material procurar-se-á ainda ilustrar este espaço recorrendo a dados estatísticos e sociais com o intuito de descrever a população que tem vindo a habitar esta localidade, informal e formalmente.

### 2.1 Legislação e imigração em Portugal

É comum referirmo-nos a Portugal notando a variação de fluxos migratórios. Outrora um país de emigrantes no período antecedendo o 25 de abril com destino à Europa Central, altura em que Portugal “exportava” mão de obra menos qualificada e exilados políticos opositores do regime ditatorial, a partir dos anos oitenta do século XX este panorama alterou-se e a balança migratória inverteu-se. Portugal, juntamente com outros países do sul da Europa, beneficiaram da estabilidade económica e política da unificação europeia, tendo-se verificado

um acréscimo da imigração na década 1981-91<sup>11</sup>.

De acordo com a investigação de Baganha e Góis, citada por Machado (2009: 28), a entrada na UE provocou alterações no setor secundário, nomeadamente na construção civil. O impacto que esta indústria teve na alteração do quarto migratório refletiu-se em dois aspetos determinantes: primeiro, no investimento de fundos europeus destinados ao desenvolvimento de infraestruturas e, segundo, na consequente subcontratação de mão de obra imigrante para realizar estes empreendimentos, especialmente população de ascendência africana, facilitada pela libertação das ex-colónias ultramarinas.

A partir de 1981 o quadro legal alterou-se permitindo regular não apenas a mobilidade dos migrantes em território nacional, articulado com as prioridades da UE (decreto-lei n.º 264-B/1981), como a aquisição da nacionalidade por nascimento em território nacional ou casamento, como previsto na lei n.º 37/81. Os autores referem ainda que a alteração do quadro legal potenciou também o desenvolvimento de redes migratórias, na sua maioria ilegais, em oposição aos fenómenos mais pontuais de imigração individual e voluntária. A adesão à Convenção de Schengen em 1995 e a promulgação do decreto-lei n.º 244/98 referente à revisão da entrada, permanência, saída e afastamento de estrangeiros, foram apontados como sendo os responsáveis pelo incremento e consolidação destes movimentos.

Os imigrantes oriundos dos PALOPs foram os principais afetados por esta alteração legal, criando um tipo de “discriminação positiva” que se refletiu no seu estatuto diferenciado de imigrantes em território nacional. Como estipula o artigo 85º do decreto-lei n.º 244/98 de 8 de Agosto, o direito à autorização de residência (AR) permanente destes indivíduos após seis anos de permanência legal em Portugal encontrava-se garantida, em oposição a todos os outros imigrantes que apenas poderiam fazê-lo findos dez anos de permanência. Machado acrescenta

---

<sup>11</sup> Góis e Marques (2009) defendem que a ascensão exponencial da imigração nos últimos trinta anos tem camuflado uma exportação de mão de obra nacional contínua, o que dissimula o papel do país ao nível da sua integração nos principais sistemas migratórios globais, nos quais participa em graus diferentes. Para os autores, a presença de Portugal nessas redes é melhor explicada se for considerado como o berço de uma sociedade semiperiférica, na medida em que participa da UE mantendo simultaneamente características de países centrais e limítrofes. A importância da participação portuguesa na migração lusófona leva a que Góis e Marques interpretem a situação nacional como mantendo propriedades inerentes às duas realidades, permitindo-lhe manter-se conectada a fluxos migratórios emissores e recetores em diferentes alturas e consoante também os interesses económicos dos países intervenientes.

ainda, citando as teses defendidas por Feldman-Bianco e Silva sobre a imigração brasileira, que esta legislação propiciou a proliferação simbólica de “discursos ideológicos baseados nas metáforas de parentesco” (2009: 30), expandindo paradoxalmente a ideia do anterior império lusófono ao invés de a contrair, como seria de esperar no âmbito do projeto europeu.

Para além da autorização de residência ao fim de seis anos para os imigrantes oriundos dos PALOPs, a legislação portuguesa instituiu também a autorização de permanência (AP), a qual

dava ao requerente aprovado direitos civis completos (menos direito de voto), que eram extensíveis à sua família [...] concedia a maioria dos direitos como acesso à saúde pública, mas negava o direito à residência permanente, pois limitava a estadia do imigrante ao máximo de cinco anos. A lei previa a reunião familiar e exigia do imigrante um contrato de trabalho. Para legalizar-se o imigrante precisava desse contrato de trabalho, concedido pelo empregador. Além disso, precisava da autorização do Instituto de Emprego e Formação Profissional, que anualmente elaboraria uma lista com previsão da mão-de-obra deficitária nas categorias específicas. (Machado, 2009: 31)

Com o objetivo de legalizar trabalhadores já em Portugal, num quadro semelhante ao de uma amnistia, em 2001 foi concedido um número extraordinário e elevado de autorizações de permanência abrangendo todos aqueles em situação ilegal com contrato de trabalho, independentemente da sua área de exercício da profissão. Após este período a conjuntura alterou-se e contraiu-se: seguiu-se a intenção de limitar os trabalhadores estrangeiros às necessidades do mercado português.

Esta data assinala uma mudança na legislação (e provavelmente de mentalidade também), em que se estabeleceram condições menos favoráveis à permanência de imigrantes em território nacional. Por exemplo, como se pode verificar na promulgação do decreto-lei n.º 4/2001 de 10 de janeiro, o qual veio substituir alguns pressupostos do decreto-lei n.º 224/98. Com esta alteração, a autorização para residir legalmente em Portugal passou a exigir a existência prévia de um visto. Esta mudança foi também determinante do ponto de vista das razões humanitárias necessárias para requisição de uma AR. Machado afirma que o decreto-lei n.º 4/2001 dificultou a possibilidade dos imigrantes requererem estatuto definitivo de permanência na medida em que:

antes, com seis anos (imigrantes dos PALOP e brasileiros) e com dez anos (demais imigrantes), os

imigrantes poderiam adquirir o estatuto de residente permanente. Em seguida, foi preciso passar por cinco anos de AP. Ou seja, para conseguir o estatuto de residente permanente, o imigrante (que não tivesse um filho/a com português/a) precisaria de onze anos no caso dos falantes de português e quinze no caso dos demais. Porém, em termos de legalização, a nova lei facilitou a vida daqueles na ilegalidade, mesmo que o estatuto da AP fosse mais inseguro para os imigrantes. (Machado, 2009: 32)

De acordo com Baganha, citado também por Machado, o quadro migratório alterou-se em Portugal devido, essencialmente, a este decreto-lei. Em 2001 a população imigrante residindo legalmente em território nacional aumentou 64% devido à concessão de 122.966 autorizações de permanência. Esta população caracteriza-se por ser jovem, na faixa etária dos 25-34 anos de idade, exceto os imigrantes do leste europeu que se encontravam entre os 35 e os 54 anos e que se dispersaram pelo país em vez de se concentrarem apenas na AML. A maioria dos indivíduos detentora de AP encontrava-se economicamente ativa, ao contrário dos imigrantes com AR, cerca de 50% inativos, embora se encontrassem em situação de precariedade laboral devido à prevalência de contratos a termo certo. Ocupavam-se em profissões pouco qualificadas, especialmente na construção civil e obras públicas.

No quadro geral da imigração, o autor destaca três grandes períodos: entre 1980 e 1998, altura em que Portugal funcionava maioritariamente como exportador de mão de obra; no intervalo entre 1992 e 1996, em que o país passou de 1,2% para 2,2% de imigrantes; e 2001, quando se registaram 3,3% de imigrantes legalizados, embora se contabilizarem apenas os indivíduos com AR, sejam apenas 2,16%. Com a nova figura legal da AP, a imigração em Portugal ascendeu aos 163,9% em apenas um ano, de acordo com os dados oficiais do INE citados por Machado. No primeiro período, a imigração aumentou 250%, devido às duas legalizações extraordinárias, tanto em 1992 como em 1996. Como resultado deste aumento exponencial, em 2001 Portugal possuía cerca de 3,3% de imigrantes legalizados, sendo que com o regime de AP a imigração aumentou para 163,9%. Apesar de neste período o número de imigrantes oriundos da Europa de Leste ter sofrido o maior acréscimo, em que passou a ser o segundo maior grupo, a legislação refletia uma discriminação positiva para os imigrantes oriundos do antigo império colonial.

A tendência, como referido acima, inverteu-se com a crise económica em Portugal. Os

números do INE<sup>12</sup> mostram claramente esta tendência. Sendo que a população imigrante em Portugal é maioritariamente exterior à UE, se em 2008 totalizava 29.718 indivíduos, em 2011 descera para os 19.667.

Com a promulgação da lei n.º 23/2007 de 4 de julho, também conhecida como “lei da imigração”, foram reguladas e estabelecidas as condições e procedimentos de entrada, permanência, saída e afastamento de estrangeiros, mas também o estatuto de residente de longa duração em Portugal. Na Constituição Portuguesa encontra-se garantido ainda o acesso universal aos cuidados de saúde aos cidadãos, sejam eles estrangeiros ou não, através do Despacho do Ministério da Saúde n.º 25 360/2001. Todavia, apenas os estrangeiros com autorização de permanência ou de residência ou visto de trabalho podem requerer o cartão de utente do SNS, um documento que todos devem apresentar quando requerem a prestação de cuidados de saúde. A lei portuguesa também estabelece que todos os estrangeiros que efetuem descontos para a SS estejam abrangidos pelo mesmo esquema de comparticipação dos cidadãos nacionais, enquanto que os que não os efetuem necessitam de pagar as despesas realizadas em saúde (ACIDI, 2009).

## **2.2 Imigração em Loures**

De acordo com um documento elaborado e publicado pelo GARSE da CML (s.a.) os imigrantes de Loures, com base nos Censos de 2001, representavam cerca de 7% do total da população do concelho, distribuindo-se tanto pelas zonas mais rurais da autarquia como pelas mais urbanizadas. A publicação demonstra, recorrendo à mesma fonte, que a origem dos imigrantes tem vindo a diversificar-se, embora os moradores de ascendência africana sejam em maior número (cerca de 80% dos recenseados), especialmente os provenientes de Cabo Verde e de Angola. Nos últimos anos registou-se também um aumento de imigrantes brasileiros e do leste da Europa, motivado por questões económicas e políticas. Ao nível da distribuição por género, o estudo não ressalta grandes diferenças, apontando o agrupamento familiar e a antiguidade dos imigrantes no concelho como causas prováveis para a distribuição equitativa. O mesmo não acontece com os imigrantes de leste, essencialmente homens e na maioria recém-

---

<sup>12</sup> Informação consultada no sítio [www.ine.pt](http://www.ine.pt), acedido em maio de 2017.

chegados que à data ainda não se tinham reunido com as suas famílias em Portugal.

De acordo com o vereador autor do editorial da referida publicação, a multiculturalidade do concelho motivou a criação de espaços onde estes moradores pudessem ativar a sua cidadania mais eficazmente. Assim, o GARSE foi denominado como responsável pelo desenvolvimento desta dimensão da vida dos estrangeiros residentes em Loures com o objetivo último de melhorar a sua qualidade de vida e de aproximar as condições de vivência dos cidadãos estrangeiros à dos nacionais, no que à participação cívica diz respeito. Através da organização de eventos, do apoio a associações locais direta e indiretamente, mas também na celebração de parcerias com universidades e na publicação de relatórios científicos, o GARSE tem vindo a destacar-se enquanto meio interposto destas dimensões da vida concelhia.

O documento referido ressalta ainda a representação da diversidade cultural e social de Loures em todo o território concelhio (embora com maior incidência na zona oriental) através da presença de um elevado número de associações locais, as quais funcionam como intermediários entre as populações que representam e os órgãos administrativos. No total existiam à data vinte e oito associações, que o estudo procurou ajudar a divulgar também, entre as quais se encontrava a PROSAUDESC, destacada junto de outras oito associações ativas na mesma localidade.

Na zona de Sacavém, composta por sete freguesias distintas, encontra-se mais de 50% do total da população imigrante censeada em Loures, num total de 87.362 moradores. Especificamente em Sacavém, a freguesia onde se localiza a antiga Quinta do Mocho e atual Urbanização Terraços da Ponte, habitavam à data de publicação do estudo 17.659 moradores, sendo que 14,9% correspondiam a imigrantes. Destes, 2.497 eram de origem africana, num total de 2.626 imigrantes, sendo a razão apontada pela publicação a presença do bairro de realojamento e a proximidade a Lisboa, a qual permite a deslocação diária de trabalhadores para o centro da cidade. Os imigrantes provêm essencialmente de Angola (852), de São Tomé e Príncipe (817), da Guiné-Bissau (406) e de Cabo Verde (395). Apesar de ser a freguesia com mais angolanos e santomenses - como se verifica pela presença e participação associativa -, é também nesta freguesia que curiosamente mais imigrantes chineses se encontram a habitar no território de Loures.

No dia 17 de novembro de 2001, a CML promoveu um encontro através do GARSE, para debater as comunidades imigrantes em Loures, o que originou a publicação de um estudo

com as atas do encontro, a qual deu também nome à mesma publicação. Este encontro realizou-se quando o processo de realojamento na Urbanização Terraços da Ponte se encontrava na fase final. Foram assim organizadas várias mesas de debate onde os funcionários do GARSE se reuniram num ambiente familiar e informal com os representantes das associações locais e cultos religiosos sob o mote do convite endereçado pelo Vereador a todos: “a aceitação da diversificação das práticas culturais, de culto e de cidadania, [a qual] permitirá usufruirmos de um conjunto de saberes plurais do qual resultará, por certo, o enriquecimento coletivo.” (CML, 2001: 4).

O encontro iniciou-se com o painel 1, no qual se discutiu “A aceitação das diferenças e a universalidade dos direitos humanos”. Começou com a intervenção de Cristina Santinho, antropóloga, na altura funcionária do GARSE, a qual apresentou a sua comunicação sobre diversidade cultural e igualdade na cidadania com respeito pela diferença. Exortou a que cada indivíduo fizesse uma autorreflexão para compreender os seus próprios limites e pré-conceitos, mas pediu também que a escola ajudasse na tarefa de educar para estas questões mais abrangentes. Na mesma medida elogiou o trabalho das associações locais, sem antes alertar para que estas não se apoiassem demasiado na CML que amiúde não dispunha nem das competências nem das responsabilidades muitas vezes exigidas pelas instituições referidas. Apelando a que as associações trabalhassem em parceria e contribuíssem para a melhoria das condições de vida dos imigrantes, elogiou a comunidade católica da Quinta do Mocho, a Associação Templo de Shiva e a comunidade islâmica por servirem de bastiões de preservação de conhecimentos e valores tradicionais, educando positivamente os seus membros. Referiu ainda o alheamento que muitos jovens sentem face aos referentes culturais dos pais e do país onde vivem, apelando a que os primeiros se dediquem mais à educação dos filhos para evitar que estes incorram em atos marginais.

Ao nível da autarquia, a antropóloga destacou a disponibilidade demonstrada pela CML em fornecer a sua população com as infraestruturas necessárias à melhoria das suas condições de vida de maneira a que esta possa também participar na construção da sua cidadania. Através dos projetos de intervenção comunitária, a CML dispunha-se assim a intervir diretamente no sentido de

dar voz e dar poder ao morador anónimo ao líder da associação, para que ele possa apontar alternativas para o seu próprio mal-estar social ou da comunidade que representa e ser ele, juntamente com os parceiros,

a estabelecer o caminho que há a percorrer e a tornar-se assim o principal ator nos processos de mudança. (GARSE, 2001: 13)

No segundo painel do mesmo evento, desta vez subordinado ao tema “Contributos para a integração das comunidades imigrantes na sociedade de acolhimento” reuniram-se líderes de organizações locais, entre os quais o Sr. Cristiano, à data representante da Associação Unida e Cultural da Quinta do Mocho, uma organização à qual presidiu antes da PROSAUDESC. Esta associação resultou da criação de comissões por etnias na antiga Quinta do Mocho para que os habitantes melhor pudessem reivindicar infraestruturas e condições de vida adequadas nesse bairro. As principais ações organizadas prenderam-se com a valorização do núcleo residencial através da ação social, cultural e dinamização desportiva, mas também a consolidação do saneamento básico, eletricidade e água canalizada. Atuando sempre em parceria com a CML e com outros órgãos administrativos centrais, a Unida e Cultural auxiliou na legalização extraordinária nos anos noventa e encontrava-se na altura em vias de implementar projetos de intervenção local.

Sustentando o elevado grau de vulnerabilidade dos habitantes a que esta associação dava apoio, o Sr. Cristiano apontou o desemprego e a falta de documentação como fatores determinantes causadores de instabilidade entre as famílias moradoras, as quais se sentiam assim abandonadas pelos órgãos competentes que poderiam ajudar a nivelar estas desigualdades. Este panorama levou-o a questionar que futuro efetivamente poderia a Quinta do Mocho ter. “Fala-se efetivamente da inserção, mas para que haja inserção é necessário, do meu ponto de vista, que haja um enquadramento, para que as pessoas possam sentir bem-estar.” (2001: 69). A inexistência de condições após o realojamento, na sua perspetiva, não permitiria que houvesse uma mudança da anterior imagem da Quinta do Mocho ou oportunidades concretas para quem habitaria no novo bairro. No fundo, uma integração real à imagem das expectativas projetadas pelos órgãos autárquicos.

De acordo com a comunicação em jeito de resposta da coordenadora do GARSE, este gabinete dependia diretamente do executivo da CML, tendo sido criado em 1993. No entanto, devido à importância que questões de saúde se revestiam nas comunidades imigrantes e religiosas com as quais o GARSE lidava, o Gabinete de Saúde, inaugurado em 1990, encontrava-se à data sob a tutela da mesma coordenadora e os esforços eram empreendidos em conjunto. Tendo desenhado o objetivo de melhorar as condições de vida das populações locais

através da intervenção comunitária junto de grupos específicos, este gabinete dirigiu a sua ação para dois eixos, o do desenvolvimento local e o de estabelecimento de parcerias a nível económico, político, social, cultural e ambiental.

Neste sentido a coordenadora exortou novamente para a necessidade de interajuda e que cada indivíduo atuasse enquanto agente de mudança, não delegando na autarquia toda a responsabilidade dos resultados auferidos. Destacou ainda que a questão da acessibilidade aos serviços de saúde não era específica da comunidade imigrante, mas um problema geral do concelho. Referiu que tanto o Centro de Saúde de Sacavém como o de Loures tinham cinco mil inscritos sem acesso a médico de família. Apontou esse problema ao facto da democracia portuguesa ser muito jovem, não conseguindo distribuir equitativamente os bens e serviços pela população. Para a coordenadora do GARSE,

os imigrantes não podem pensar no seu caso como sendo dos imigrantes, há muitos portugueses a viver mal, há muitos portugueses sem acesso à saúde, há muitos portugueses que não conseguem pagar os estudos dos seus filhos nas universidades, e quando estamos a trabalhar em conjunto, e quando estamos a fazer parcerias, estamos a sentar-nos à mesa para termos consciência que há problemas, e que estes problemas são da competência de um quadro legal do serviço a, b ou c, mas também da competência de todos nós cidadãos, com os nossos saberes, as nossas experiências, com a nossa capacidade para tentarmos obter outras respostas e outros compromissos por parte daqueles a quem confiamos mandatos aos diferentes níveis, do local e do central. (2001: 121)<sup>13</sup>

---

<sup>13</sup> No decorrer do meu trabalho de campo tive oportunidade de me encontrar com alguns membros do GARSE que se encontravam presentes neste evento (em 2010 a Doutora Cristina Santinho já não era funcionária deste gabinete). O motivo da reunião agendada surgiu após a D. Virgínia ter demonstrado interesse em efetivar uma parceria entre a PROSAUDESC, o Grupo de Imigração e Saúde (GIS) e o GARSE. O GIS manifestara desejo em desenvolver junto dos técnicos da CML workshops e formações no âmbito da sensibilização cultural para a saúde em conjunto com associações locais e a autarquia. Quando, na referida reunião, referi o intuito deste projeto, as funcionárias do GARSE avisaram que já tinham sido realizadas várias intervenções e que os imigrantes também se encontravam devidamente informados, pelo que nesse âmbito já não havia muito mais a fazer. Ao nível do acesso aos cuidados de saúde, repetiram o que se encontra também nas atas do evento já citadas: o problema não é específico dos imigrantes, é da população em geral. Embora não se negue este problema e as falhas do SNS, no entendimento do GARSE a questão pareceu já se encontrar devidamente encaminhada. Quando referi especificamente questões de saúde mental que necessitariam de ser abordadas cuidadosamente por profissionais formados neste sentido, nomeadamente o internamento compulsivo de uma moradora dos Terraços da Ponte, o qual será abordado no sexto capítulo, responderam-me: “Ainda bem que o Centro de Saúde não internou quando o problema não passava de solidão e saudades da família.”

A análise destes dois documentos publicados pela CML permite alcançar algumas conclusões provisórias para este estudo. Se por um lado existia interesse em dialogar e cooperar com as comunidades migratórias - depois de devidamente identificadas e classificadas mediante estudos estatísticos... -, bem como divulgar a existência de associações presentes na zona que poderiam servir de intermediárias entre o poder local e os imigrantes, por outro os representantes associativos requeriam mais intervenção da parte da autarquia na defesa dos interesses das comunidades. Nem sempre os interesses de ambas as partes pareciam encontrar-se sincronizados e nesse sentido a responsabilidade era invariavelmente devolvida aos principais visados.

Novamente parece útil interromper aqui a narrativa e dar a palavra a Foucault para que se consiga uma reflexão aprofundada dos dados etnográficos e se perceba qual o alcance e a motivação por detrás dos testemunhos presentes nas atas deste encontro. Antes de passarmos ao exemplo específico da Quinta do Mocho e da ideologia por detrás da edificação deste bairro, relembremos a definição do conceito de governamentalidade enquanto arte do governo composta por estratégias e táticas para melhor administrar a população e de criar sujeitos mais facilmente geríveis por si. Foucault, a respeito desta temática, afirmou:

A população representa agora mais o objetivo do governo do que o poder do soberano; a população é o alvo das atenções, das aspirações, mas também é o objeto nas mãos do governo, consciente, face ao governo, do que pretende, mas ignorante do que lhe está a ser feito. Interesse ao nível da consciência de cada indivíduo que faz parte da população, e cujos interesses se consideram ser os da população independentemente dos interesses particulares e aspirações de cada indivíduo que a compõem, este é o novo alvo e o instrumento fundamental do governo da população: o nascimento de uma nova arte, ou a qualquer custo de um conjunto de novas táticas e técnicas. (Burchell, Gordon e Miller, 1991: 100)

## **2.3 Na Quinta do Mocho: o nascimento do bairro antigo**

A antiga Quinta do Mocho, em Sacavém, foi durante décadas considerada um dos

maiores bairros de construção informal do país<sup>14</sup>. Localizada em Loures, município integrante da AML, pertencia à zona urbana deste concelho e estimava-se que fosse habitada por quase quatro mil indivíduos, a maioria adulta e de origem africana.

Analisando o contexto da Quinta da Vitória Cachado (2013a) mapeou a fixação geográfica das comunidades migrantes na AML. O processo de realojamento dos moradores da Quinta do Mocho na Urbanização Terraços da Ponte é bastante anterior à realização desta etnografia, razão pela qual se procurou encontrar paralelismos em alguns artigos de Cachado. A sua obra é rica, extensa e mergulha profundamente no contexto da Quinta da Vitória, focando as políticas habitacionais do qual foi alvo e analisando o realojamento de diversos ângulos, inserindo-o em políticas municipais, nacionais e internacionais igualmente relevantes para esta investigação nos Terraços da Ponte. Não se pretende aqui assumir que o contexto da Quinta do Mocho e da Quinta da Vitória são iguais apenas porque se tratam ambos de “bairros de construção informal”, sendo importante destacar as suas especificidades e diferenças (especialmente considerando a prevalência de hindus neste bairro, ao contrário do que acontecia na Quinta do Mocho onde a maior parte dos moradores era de ascendência africana). Realça-se, porém, a pertinência e a valiosa contribuição da investigação de Cachado para este campo do saber antropológico, utilizando como referência de análise os pontos em que se aproxima da situação da Quinta do Mocho, a qual não acompanhámos durante a sua existência.

A Quinta do Mocho, tal como outros bairros de construção informal que foram alvo de políticas de realojamento a partir da década de noventa, ergueram-se no que a antropóloga apelidou de “antigas trincheiras da Estrada Militar” (2011: 4). Esta escolha de local para construção de habitações informais promoveu uma certa confusão entre quem teria o direito de a impedir - se as autoridades militares ou as civis -, originando a proliferação do edificado informal ao longo deste trilho sem que qualquer um dos poderes envolvidos interviesse ou o bloqueasse. A Estrada Militar manteve assim o seu perfil de linha de defesa do centro da cidade face a estas comunidades que se fixavam no espaço urbano, delimitando simbolicamente as fronteiras da capital.

---

<sup>14</sup> Adota-se aqui a designação “bairros de construção informal” avançada por Cachado e não “bairros de barracas” destacando, no entanto, a importância de discutir a complexidade deste tipo de habitação, de não reproduzir a “cultura da pobreza” a ele associada e das diferentes conotações que adquire consoante o contexto geográfico (Cachado, 2011, 2013b).

Pelo menos em dois artigos diferentes, Cachado discute questões de acesso à cidade, bem como os conceitos de segregação e de exclusão dos moradores. A autora descreve o apoio prestado pelo Grupo de Trabalho “Direito a Habitar” da Associação Solidariedade Imigrante nas reivindicações dos moradores por uma habitação condigna. A antropóloga destaca que, apesar das características físicas e simbólicas do bairro o colocarem numa posição de margem face ao centro urbano, a etnografia realizada na altura da intervenção da associação na comunidade permitiu-lhe concluir que “a segregação não tem sempre de ser entendida como um fator negativo” (Boal, cit. in Cachado, 2007: 8). Citando também White, a autora defende que “a exclusão é um conceito relativo” (Cachado, 2007: 8), na medida em que os grupos que o poder político entendia como excluídos poderiam desenvolver estratégias criativas de exercício da sua participação e de cidadania no espaço público.

Contribuindo para a discussão sobre a complexidade destes fenómenos, a autora, baseando-se no trabalho do sociólogo Manuel Castells, defende que, apesar dos imigrantes moradores dos bairros localizados nas trincheiras da Estrada Militar não estarem geograficamente muito distantes do centro, do ponto de vista simbólico (pela falta de acesso a infraestruturas e na participação efetiva nas decisões, por exemplo), encontravam-se apartados do centro de produção de poder simbólico.

As populações estabeleceram-se assim em antigas quintas - como o Mocho e a Vitória - construindo à medida das suas possibilidades.

Na realidade, nos processos de imigração recente tudo parece indicar que a instalação num determinado território, entendido aqui ao nível do concelho, decorre mais de fatores estritamente circunstanciais, do que de opções evidentes. A proximidade de Lisboa, a oferta de trabalho e de habitação relativamente barata (incluindo aqui a possibilidade de autoconstrução e de realojamento), a prévia existência de redes de suporte de parentesco, de conterrâneos ou conhecidos, facilitadores de uma inserção residencial e laboral, parecem ser alguns dos fatores determinantes na direção dos fluxos migratórios - razões de atração migratória partilhadas pela maior parte dos concelhos da área metropolitana de Lisboa.

A existência, em Loures, de uma diversidade grande de imigrantes, provenientes de várias origens, sociais e geográficas, que ocupam tanto as suas áreas menos povoadas como as mais densas, leva-nos a considerar que [...] este município constitui, sem sombra de dúvida, um lugar de observação privilegiado - uma espécie de laboratório onde o aprofundamento do estudo do fenómeno imigratório é, não só possível, como desejável. (Cachado, 2007: 40-41)

Angolanos, santomenses, cabo-verdianos, guineenses, moçambicanos, mas também

algumas famílias da Europa da Leste, estabeleceram-se entre os anos setenta e noventa em quatro torres inacabadas, fruto de um investimento imobiliário mal conseguido, na antiga Quinta do Mocho. A este respeito, Baptista e Índias Cordeiro notam que

no segundo processo de regularização de estrangeiros (de 11/06 a 11/12 de 1996), dada a importância da população imigrante aqui instalada, o concelho de Loures teve um centro de receção de pedidos, entre os 16 situados na área da grande Lisboa, que contou com cerca de 13% (3.871) dos pedidos da Direção Regional de Lisboa. Destacaram-se, então, os pedidos de angolanos, guineenses e, em menor quantidade, cabo-verdianos, santomenses, indianos e paquistaneses. (2012: 24)

Quando em 1974 esta urbanização foi repentinamente abandonada ainda por concluir devido à insolvência da empresa responsável, começaram a chegar os seus primeiros moradores. A afluência aumentou exponencialmente no período das grandes obras públicas do início dos anos noventa, época de crescente necessidade de mão de obra pouco qualificada que trabalhasse nesses empreendimentos.

Procurando fugir ao processo de descolonização e atraídos por melhores condições de vida do que as que possuíam à partida, estes moradores ocuparam inicialmente as quatro torres, de um total de doze que inicialmente a construtora projetara edificar no local. Os poços dos elevadores vazios, as paredes nuas e a falta de condições mínimas de habitabilidade contrariaram-se com engenho. Areia, tijolos e azulejos foram trazidos pelos próprios moradores (visto que muitos encontravam trabalho na construção civil) tentando colmatar o esqueleto dos prédios onde se instalaram provisoriamente e onde acabaram também por se estabelecer até ao realojamento na nova urbanização.

Em torno das torres começaram a surgir vários tipos de construções para albergar aqueles que não conseguiram instalar-se nos andares abandonados. Nasceu também algum comércio, pequenos cabeleireiros de bairro, mercearias e cafés que serviam a comunidade. Alguns destes espaços foram ocasionalmente também arrendados a recém-chegados que tomarem posse em fases posteriores da ocupação das torres devolutas. A procura manteve-se apesar das condições, num local que durante vários anos albergou quase quatro mil pessoas, não obstante a escassez de eletricidade, de água canalizada e de uma rede de esgotos operacional.

## 2.4 Políticas habitacionais portuguesas

A Quinta do Mocho desapareceu oficialmente em 2001. O projeto de reestruturação deste espaço englobou a demolição das torres e a construção da Urbanização Terraços da Ponte, um bairro de rendas controladas onde os antigos moradores se estabeleceram com o aval da Câmara, a qual usufruiu do apoio providenciado pelo Programa Especial de Realojamento (PER) - instituído pelo decreto-lei n.º 163/93 de 7 de maio - para a sua construção.

A propósito das políticas habitacionais públicas, Cachado (2013b) realizou uma genealogia de como este processo decorreu em Portugal, notando que desde o início do séc. XX o objetivo higienista que estas medidas procuravam alcançar se perdia frequentemente nos meandros do excesso de processos burocráticos que o constrangiam. Verificou também que, curiosamente, os mesmos objetivos e obstáculos identificados no início do século passado acabaram por ser repetidos nos anos noventa com a chegada do PER, como se ciclicamente as mesmas intenções e impedimentos estivessem destinados à reiteração, apesar de um contexto político totalmente distinto.

Cachado localizou o aparecimento do termo “bairro social” na I República, em 1918. Este foi posteriormente substituído pelo “Programa das Casas Económicas” durante o período do Estado Novo, ao qual se lhe juntou em 1938 o “Programa das Casas Desmontáveis”, destinado a todos aqueles que não conseguissem ser incluídos no projeto anterior. É importante destacar alterações determinantes que, a partir de 1959, marcaram o espírito das políticas de realojamento (apenas interrompidas pelo Processo SAAL, de inspiração totalmente distinta, como veremos seguidamente) focando-se “[n]a nova residência como *locus* privilegiado para mudança de estilo de vida.” (2013b: 138).

A habitação, enquanto núcleo onde o estado poderia agir sobre a sociedade e o tipo de intervenção esperada dos municípios neste processo, foram temas recorrentes e determinantes na orientação política desde a I República até aos anos noventa, altura em que se tentava consolidar Portugal no sonho europeu. Independentemente da inclinação política do partido no poder, a problemática da habitação foi sempre transversal aos governos portugueses no século passado, embora com intuítos e mentalidades diferentes.

De acordo com o Secretário de Estado da Habitação e Urbanismo do Segundo Governo Provisório, o qual se instalou após a revolução democrática de abril

A verdade é que, de certo modo, a habitação e, sobretudo, “as barracas”, foram sempre a grande bandeira reivindicativa ao longo de todo o pós-25 de abril; já era, de resto, antes do 25 de abril, uma das maneiras privilegiadas e das poucas admitidas ou toleradas de dizer mal do governo. (Portas, 1986: 635)

Por conseguinte, providenciar habitação, especialmente condigna, tornou-se um dos alvos prioritários dos executivos no poder após a queda do Estado Novo, uma vez que os governos anteriores não tinham conseguido resolver adequadamente esse problema.

Antes do 25 de abril a habitação e o apoio a famílias carenciadas caíam no escopo das instituições de solidariedade social e a construção informal era vista como “solução” para este problema. Porém, tal como Rodrigues (2012) apontou, os governos provisórios posteriores colocaram-no no cerne das suas preocupações privilegiando a colaboração direta e participativa das comunidades. Decididamente, uma orientação distinta dos caminhos previamente traçados pelos governos anteriores que visavam a problemática sem considerar o envolvimento local.

Foi neste espírito que entre 1974 e 1976 o Processo SAAL se desenvolveu sob a tutela da Secretaria de Estado da Habitação (Vieira e Coutinho, 2014). Baseado num estreitamento de relações entre o poder central e as comunidades afetadas, este projeto arquitetónico e urbanístico de forte cariz social, surgiu e pôde desenvolver-se graças à conjuntura política do pós-25 de abril. Este processo surgiu em resposta à constatação da existência de fracas condições de habitabilidade de cerca de 23% da população portuguesa na década de setenta, situação essa que piorou após a revolução de abril com a chegada dos retornados e ex-colonos em fuga das guerras pela independência.

O Processo SAAL apresentava-se também como uma alternativa às políticas de controlo social do Estado Novo que incidiam, não só, mas também na habitação, e que reforçavam o caráter controlador e disciplinador do aparelho estatal, afastando as classes operárias do centro das cidades e remetendo-as para zonas periféricas onde a sua influência poderia ser menos prejudicial ao poder. Às casas unifamiliares e aos edifícios coletivos erigidos nas periferias das cidades e patrocinados pelo Estado Novo, o SAAL respondeu com um processo alternativo marcado pela interação, participação e proximidade às comunidades locais.

Quando a 6 de agosto de 1974 foram instituídos por diploma os poderes e funções do SAAL, este estabeleceu a sua atuação em quatro pilares fundamentais (Vieira e Coutinho,

2014): 1) no estreitamento de relações entre o estado e a sociedade civil, promovendo a descentralização de poderes; 2) na articulação entre aspetos funcionais e urbanísticos com expectativas e necessidades dos moradores; 3) no reconhecimento do direito dos residentes a estabelecerem-se nos locais onde já habitavam, mas com melhores condições; 4) e na possibilidade de utilizar os seus recursos para melhorar a eficácia do investimento estatal nas suas casas. Estes, em conjunto com as associações com as quais se organizaram, trabalharam em conjunto com as brigadas técnicas do SAAL, compostas por equipas multidisciplinares de arquitetos, cientistas sociais e dirigentes políticos.

No artigo onde revisita o Processo SAAL, bem como o momento político que simultaneamente propiciou o florescimento deste movimento e motivou o seu fim, o ex-Secretário de Estado Portas (1986) relembra este momento histórico que protagonizou e sublinha afirmando que uma das condições mais importantes para a concretização do projeto foi a existência de condições políticas capazes de despoletar a vontade dos interessados em lutar por melhores condições de habitabilidade. A partir do momento em que estas estruturas se encontraram implantadas e aptas para corresponder às reivindicações e expectativas, tornou-se possível que o estado, como detentor de parte dos meios necessários, negociasse com os moradores os princípios em que se baseariam as políticas habitacionais. Ao contrário dos projetos urbanísticos tradicionais, o SAAL procurou uma abordagem “de baixo para cima”, nomeadamente, partindo primeiro da consulta com os bairros na projeção da cidade, e não o oposto. Uma medida que, como veremos, não teve repercussão nas decisões políticas futuras sobre habitação.

A suspensão do SAAL deveu-se em parte à participação exigida aos moradores, de acordo com o arquiteto. Sem tradição de movimentos associativos, o SAAL esbarrou na falta de capacidade dos visados em coordenar os seus esforços. Esperava-se que os moradores atuassem sincronicamente, agindo como grupos de pressão sobre o governo, o qual legislava em função das experiências no terreno. A falta de capacidade associativa, herança de anos de ditadura, poderá também ser apontada como um dos fatores propiciadores para esta falta de organização cívica.

Dos moradores esperava-se também que investissem parcialmente, com tempo e dinheiro, na construção das suas casas. Em alguns casos o estado contava mesmo delegar competências financeiras nas associações que poderiam desenhar e construir as novas moradas,

que com o auxílio das brigadas técnicas no terreno dispensariam mais intervenção estatal para além da estritamente necessária. Desde as intervenções programadas para as periferias de Lisboa, à resposta aos movimentos de apropriação de casas desocupadas no centro do Porto, estimava-se auxiliar com este programa cerca de 40.000 famílias, porém nenhum projeto ficou oficialmente concluído no período em que o SAAL tentou determinar as políticas habitacionais no país.

No espírito do experimentalismo em que se inspiraram os governos provisórios, o SAAL correspondeu a uma das iniciativas mais inovadoras no sentido de desburocratizar os sistemas de implementação de projetos no terreno, de romper com o alheamento dos moradores (e cidadãos) face ao processo de decisão, de promoção de diálogo entre técnicos e locais e da apresentação de uma alternativa aos projetos estandardizados baseados num modelo político racional. A estes, construídos pela administração central e visando a aplicação cega dos seus princípios em qualquer terreno e desprezando características locais específicas, o SAAL respondia com iniciativas baseadas no trabalho de proximidade com as comunidades e distanciado dos gabinetes estatais (Cachado, 2013b).

Com o fim do Processo SAAL e com a transmissão das suas competências para as Câmaras Municipais, as associações de moradores viram-se também elas desprovidas das funções até então desempenhadas. As autarquias desenvolveram a partir dessa altura programas de autoconstrução para terminar as habitações iniciadas pelo SAAL, em que os moradores se responsabilizariam pela mão de obra e materiais destinados aos interiores das casas em regime de arrendamento controlado. O facto de se ter instituído um programa estatal acabou por enviesar as iniciativas de autoinvestimento já existentes, acabando as contradições do próprio projeto por refletir as falhas do mesmo.

## **2.5 O PER e o governo da nação**

Nos anos noventa vários foram os fatores contributivos para que a construção informal fosse alvo de políticas distintas das que o Processo SAAL tentara delinear e implementar. Destacam-se dois: a construção de vias essenciais à circulação no interior da capital (e que se projetaram para zonas onde várias famílias habitavam clandestinamente); e a organização de

dois eventos culturais em Lisboa que focavam os olhares do público (especialmente estrangeiro) na cidade e, conseqüentemente, nos problemas de construção urbana precária que, como acima anunciados, se arrastavam há várias décadas sem que qualquer governo conseguisse resolvê-los com sucesso. “Lisboa Capital Europeia da Cultura” e o projeto da Expo 98 agendado para quatro anos depois promoviam um imaginário da cidade moderna e globalizada que se pretendia divulgar e promover, mas que contrastava com a realidade urbanística da capital povoada de bairros de construção informal. Para além destes dois eventos, a expansão da cidade de Lisboa para as suas zonas limítrofes devido a fenómenos de suburbanização e de metropolização, aumentou consideravelmente o valor dos terrenos onde as comunidades construíram clandestinamente as suas habitações, levando a que os seus donos pressionassem os moradores e os poderes decisivos a uma evacuação célere (Cachado, 2011).

Estes bairros presentes nas duas maiores cidades portuguesas - Lisboa e Porto - proliferaram graças a migrações internas e externas de indivíduos procurando trabalho onde este se concentrava, tendo acelerado após a descolonização, como já referido acima. O acordo de Portugal com o FMI visando diminuir o endividamento nacional e recuperar o país da bancarrota obrigava também ao corte no investimento público. Este fator contribuiu decisivamente para que a construção informal se tornasse mais frequente durante este período, em oposição às iniciativas de carácter estatal já mencionadas (Cachado, 2013a).

Contrapondo a este movimento de contração nos cofres nacionais, a intervenção apoiada por fundos comunitários após a entrada de Portugal na Comunidade Económica Europeia (CEE) motivou a criação do PER. A análise do discurso subjacente a este programa demonstra o inspirador espírito paternalista das medidas implementadas:

Além de pretender a erradicação das barracas, o PER tinha o objetivo de diminuir a exclusão social por via do acesso à habitação condigna, alcançável através da habitação social. Este objetivo parece decorrer de uma estigmatização apriorística sobre a vida e as condições socioculturais dos moradores dos bairros degradados, que sugere a sobreposição das condições habitacionais deficitárias e de supostas más condições sociais. Contudo, os habitantes dos bairros degradados revelam, como foi já sobejamente demonstrado através de sucessivos estudos produzidos tanto pelas universidades como pelos municípios, práticas socioculturais de valor idêntico a outros contextos residenciais que estejam dentro dos padrões das chamadas condições condignas de habitação. Nesse sentido, o realojamento em habitação social em bairros mais afastados dos centros urbanos vem acarretar uma segregação inesperada face às pretensões iniciais. Sob o desígnio da melhoria das condições habitacionais, as condições sociais parecem ter sido proteladas.

(Cachado, 2011: 8)

O PER permitiu também um cruzamento entre conhecimentos científicos e técnicos. Para além da implementação do projeto em si, motivou-se um diálogo crítico sobre o programa. Os investigadores sociais operaram em diversos “terrenos”: produzindo estudos a pedido de instituições estatais, envolvendo-se na colocação em prática dos processos de realojamento, intervindo em conferências. Em diálogo com cientistas franceses onde políticas habitacionais semelhantes já haviam sido aplicadas e de onde poderiam retirar ilações a transpor para o contexto português, estes autores alertaram para os efeitos nocivos dos programas que desconsiderassem as especificidades locais, em oposição ao que se pretendia fazer em Portugal com o PER (Cachado, 2013).

No dossier *Sociedade e Território* editado em 1994, os cientistas sociais chamados a investigar e escrever sobre as políticas de habitação portuguesas não alinhavam com o poder político, alertando para os perigos deste programa. Este apresentava “à partida todos os ingredientes para o desastre: construção massiva, realojamentos concentrados, populações de grande precariedade económica e com graves problemas sociais, serviço de administração burocratizados”. (Fonseca Ferreira, cit. in Cachado, 2013b: 143)

Cachado destaca no mesmo artigo no ano 2000 a publicação *Cidades, Comunidades e Territórios*, a qual se debruçou também sobre as consequências do realojamento em bairros no âmbito do PER, baseando-se nos dados recolhidos em alguns locais onde este programa já se encontrava implementado. Um dos principais obstáculos realçados neste dossier prendia-se com as dificuldades de comunicação entre técnicos autárquicos e habitantes, a insatisfação destes últimos com o processo e habitações que lhes foram atribuídos e as experiências das vivências dos moradores nos novos bairros, onde muitas vezes “questões étnicas” foram relegadas para segundo plano na projeção dos espaços partilhados. Para além da produção científica foram organizados colóquios onde os técnicos das autarquias puderam testemunhar sobre os impedimentos à concretização do PER, em que os técnicos, apesar das preocupações inerentes à aplicação do programa, concluíram haver uma satisfação generalizada entre as pessoas, satisfação essa intuída no momento em que os beneficiários recebiam a chave da casa nova.

Apesar do cuidado em ouvir cientistas sociais e intervenientes locais, o PER manteve a sua narrativa niveladora e homogeneizadora. Os beneficiários de habitação social foram

entendidos como vítimas do ambiente em que habitavam. As condições materiais que os rodeavam assumidas enquanto propiciadoras de criminalidade e de subdesenvolvimento, o corpo social comparado a uma ferida aberta e o seu estilo de vida analisado de uma perspetiva “de cima para baixo” que levou à aplicação de medidas políticas habitacionais e sociais independentemente das especificidades locais ou de uma consulta prévia com a população. Claramente, uma mentalidade oposta à promovida pelo Processo SAAL.

O crescimento exponencial dos “bairros de barracas” a partir da década de setenta nos concelhos circundantes de Lisboa, como são o caso da Amadora, Loures e Oeiras, ordenou a uma atuação política imperativa nestes territórios. A preocupação com “a erradicação das barracas, uma chaga ainda aberta no nosso tecido social, e conseqüente realojamento daqueles que nelas residem impõem a criação de condições que permitam a sua total extinção”, tal como vem expresso no decreto-lei 163/93, inseria-se no âmbito do Programa Nacional da Luta Contra a Pobreza inaugurado pelo XII Governo Constitucional em 1991.

Esta vertente do texto legislativo do PER traz implícita uma estigmatização social dos “bairros de barracas”, chegando mesmo a sublinhar a relação direta entre condições de habitação degradadas e o florescimento de comportamentos desviantes, empolando a importância da ação social sobre eles, e reproduz o conceito de cultura da pobreza. Esta circunstância não é singular no caso português; ela manifesta-se em vários países da União Europeia, sobretudo em virtude do Quarto Programa de Bases da Comissão das Comunidades Europeias (1994), que elabora documentos sobre a falta de controlo de indivíduos e grupos específicos socialmente excluídos ou discriminados (referido por White, 1998, p. 148) (Cachado, 2013b: 142)

A equiparação da nação a um corpo doente permitiu a produção de um inimigo interno, o qual se escondia no seio da comunidade nacional. Devidamente identificado, era sobre este que o estado se propunha agir, como um cirurgião sobre a ferida aberta, curando racional, patriótica e paternalisticamente o problema em questão. Como Aretxaga defendeu no seu artigo póstumo (2003), a missão do estado em situações semelhantes justifica-se restabelecendo a nação ferida e reforçando a manutenção das narrativas de harmonia nacional.

Detetado o problema da habitação como sendo um dos que mais afetava a qualidade de vida da população e simultaneamente o mais longe de ser resolvido, a legislação foi promulgada com o objetivo de garantir habitação condigna aos moradores. Foram tomadas medidas consideradas prioritárias nas zonas consideradas mais problemáticas e com maior

incidência de construção considerada clandestina, nomeadamente nos centros urbanos de Lisboa e Porto.

A crescente patologização dos comportamentos com base nas condições habitacionais precárias e a utilização da arquitetura como instrumento de educação pública são características comuns ao discurso modernista. A perceção da sociedade como um corpo que podia e deveria ser curado pelos educadores estatais utilizava a arquitetura enquanto um dos instrumentos privilegiados de atuação sobre o tecido social. Mudando as condições habitacionais acreditava-se que se disciplinariam também as vidas dos visados pelos programas. Alternativamente, este tipo de medidas poderiam ser interpretadas enquanto instrumentos utilizados pelas elites políticas de forma a dirigir o seu poder e estender o seu controlo sobre os corpos e comportamentos dos cidadãos.

A produção de uma nova nação após a revolução democrática do 25 de abril e o período de instabilidade política que se lhe seguiu, também impulsionou este espírito de produção de um novo discurso sobre a nação que visava atuar sobre uma população devidamente classificada, analisada e reformada pelos educadores públicos. Esta arte de governar, ou governamentalidade como Foucault a definiu, começava pela aplicação de técnicas de investigação sobre o conjunto dos indivíduos que compunham o tecido social:

(...) o governo tem como seu propósito não o ato de governar propriamente dito, mas sobre o bem-estar da população, na melhoria das suas condições, no aumento da sua riqueza, longevidade, saúde, etc.; e os meios que o governo utiliza para alcançar estes fins são eles próprios imanentes à população; é na população que o governo age diretamente através de campanhas a grande escala, ou indiretamente através de técnicas que tornarão possível, sem o completo conhecimento das pessoas, a estimulação das taxas de natalidade, a direção dos fluxos populacionais para certas regiões ou atividades, etc. (cit. in Burchell, Gordon e Miller., 1991: 100)

A noção de biopoder, desenvolvida por Foucault permite explicar como as instituições da modernidade definiram, contaram e dividiram o mundo, disciplinando as suas populações. Esta mudança no poder político e como ele foi exercido dos reis até aos governos democráticos define o poder sobre a vida e a morte dos indivíduos. Enquanto que a demonstração do poder soberano servia a função simbólica de assegurar a hierarquia do poder em sociedade exercendo a sua capacidade disciplinadora sobre os perpetradores, com a chegada da modernidade este carácter disciplinador foi abrindo espaço a outro tipo de poder mais coercivo inspirado na

imagem do panótico, um instrumento criado para garantir a vigilância contínua dos prisioneiros, fazendo com que estes se autodisciplinassem sem exigir a aplicação de força nem demonstrações de violência. Este modelo foi subtilmente sendo transposto para outras áreas da vida social e inaugurou uma nova era de governação.

Foucault identificou no tempo o aparecimento desta tendência no seguimento de uma revolução nacionalista focada na quantificação e documentação de vários aspetos da vida através do surgimento de ciências que permitissem consolidar o poder sobre a vida dos sujeitos, definindo-os, como foi o caso do desenvolvimento da estatística e dos censos. Grandes iniciativas de contagem e controlo da saúde e do bem-estar das populações levaram ao surgimento da governamentalidade: o poder do estado imiscuindo-se nas vidas e nos corpos dos indivíduos, controlando e produzindo sujeitos mais fáceis de gerir. As instituições moldavam os sujeitos, os quais moldavam os programas. O biopoder atuaria ao nível da população e dos indivíduos, regulando os processos biológicos e as tecnologias disciplinadoras ao nível individual. Administrando, otimizando e multiplicando o conhecimento sobre as populações, submetendo-as a controlos precisos e regulações compreensivas. Realiza censos, publica estudos científicos. Cria conhecimento sobre o conhecimento que adquire sobre a vida.

As nuances locais no âmbito do PER para Lisboa e Porto foram reduzidas a conceitos operacionais - pobreza, delinquência, criminalidade - e as políticas habitacionais materializaram-se enquanto medidas de atuação sobre a população. Este tipo de ação, que pretendia “aliviar o sofrimento dos sujeitos definidos como vulneráveis e que frequentemente resultam na sua intensificação [...] que classificam os sujeitos em categorias rígidas, através de mecanismos complexos de patologização, criminalização e exclusão social” (2011: 468), corresponde a um fenómeno de sofrimento social analisado por Pussetti e Brazzabeni. Baseando-se na tese desenvolvida por Kleinman, Lock e Das (1997), as autoras defenderam que o sofrimento não é individual nem inato, mas deve ser enquadrado no seio das dinâmicas sociais, políticas e económicas que o definem. Estabelece-se assim a atuação da violência estrutural quando um conjunto de forças distintas atuam sobre os indivíduos de maneiras diferentes consoante as relações de poder desiguais que se encontram em jogo. Como vimos anteriormente, estas forças restringem o poder de escolha dos indivíduos, constringendo o seu livre arbítrio e a sua agência, impedindo-os de alcançar o seu pleno potencial. Por vezes acontece que as próprias instituições e programas criados para se oporem às diversas formas

em que estas forças sociais atuam acabam por exacerbar ou até mesmo causar novos tipos de sofrimento social, afetando não apenas o indivíduo em si, mas também a sua família e a comunidade em que se insere. Os programas destinados aos “pobres” e “vulneráveis” acabam por perpetuar estereótipos e uma cultura de pobreza em que os principais destinatários são vistos como parte integrante de uma franja debilitada da população. Por outras palavras, como recetores ideais das políticas que visam combater e emponderar estas populações.<sup>15</sup>

O PER, enquanto discurso homogeneizador e operacional, desqualificava as opiniões dos moradores sobre o seu próprio bairro. Spira, numa recensão crítica sobre a obra de Cachado, equipara a atuação do estado na Quinta da Vitória às declarações de uma antiga prefeita de São Paulo, a qual pretendia “tirar a favela de dentro das pessoas” (2012: 3). Este discurso patologizante e dominador acaba por reproduzir as mesmas relações de poder que propunha revogar. Voluntariamente ou não, anula outras vozes e promove uma retórica de “vulnerabilidade”, bem como iniciativas políticas “de cima para baixo” e não “de baixo para cima”, como o exemplo do SAAL acima descrito se propunha realizar. Concomitantemente a estes processos, a imagem dos bairros em questão acaba por se reduzir a uma cultura de pobreza, que se encaminha para uma incorporação de um estigma da própria pobreza. Este funciona como efeito secundário do discurso do PER, apesar do mesmo não ter sido perceptível anteriormente pelos moradores do bairro (Cachado, 2013a), não significando, todavia, que gerações depois não seja assumida como normal e que não transforme a auto e heteroimagem das comunidades que habitam nesses espaços (Marôpo, 2014).

Cachado (2011) descreve ao pormenor as dificuldades dos técnicos municipais em interagir com as populações no terreno: desde o recenseamento que começou por ser a porta de entrada nos bairros às expetativas criadas com a promessa de uma casa nova. Fosse devido à falta de autonomia no processo ou à desinformação acerca das decisões políticas, os técnicos autárquicos que incorporaram a malha de funcionários presentes no Gabinete de Intervenção Local (GIL) - a figura administrativa criada pelo município para executar localmente o PER - queixavam-se frequentemente do excesso de trabalho burocrático na Quinta da Vitória. Esta

---

<sup>15</sup> A vulnerabilidade, a precariedade e a exclusão social não são factos isentos de construção social. Os sociólogos Berger e Luckmann (1966) defenderam a tese de que os hábitos e práticas passados de geração em geração acabam por se naturalizar e legitimar. Esta institucionalização do conhecimento e das normas por parte de instituições ganha crédito enquanto fonte de autoridade e exerce controlo sobre os indivíduos.

perceção da realidade através dos processos administrativos e não do contacto efetivo com as comunidades sobre a qual as equipas designadas atuam corresponde a um fenómeno que o sociólogo Weber apelidou de “jaula de ferro da racionalidade” (cit. in Hanna e Kleinman, 2013: 25).<sup>16</sup>

Como consequência do excesso de burocratização do processo, mas também devido aos atrasos inerentes à construção de novas casas, a autora notou que o controlo sobre a população aumentou exponencialmente por parte dos técnicos da câmara. Foi assim que em contextos como o estudado em pormenor por Cachado e como aconteceu na Quinta do Mocho também, o registo das famílias acabou por funcionar como instrumento de controlo e vigilância, para além do aspeto prático de instrumentalização do programa, e a atribuição de casas foi usada enquanto moeda de troca nas assimetrias de poder entre autarquia e realojados (Spira, 2013).

No decorrer do PER o estado responsabilizou-se pela criação de mecanismos legais diligentes na cooperação entre a administração central, poder local e os cidadãos com o intuito de eliminar na totalidade as barracas existentes no território nacional. O Instituto de Gestão e Alienação do Património Habitacional do Estado (IGAPHE) e o Instituto Nacional de Habitação (INH) disponibilizaram os recursos financeiros para a aquisição e levantamento de infra-estruturas nos terrenos, mas também para a construção de novas habitações. Aos municípios foi imposto a realização de levantamentos rigorosos das habitações clandestinas existentes nos seus concelhos, bem como das necessidades mais urgentes: caracterização dos núcleos de barracas, identificação dos moradores e dos seus rendimentos anuais brutos, bem como dos proprietários dos terrenos onde estas se encontravam instaladas (Cachado, 2013b).

Concomitantemente, municípios e IPSSs com capacidade para cumprir com os objetivos propostos pelo governo, teriam também ao seu dispor programas de inserção das comunidades no combate a problemas considerados vinculados ao da habitação e da exclusão social (toxicoddependência, criminalidade, prostituição...). A estas instituições foi também dada a possibilidade de celebrar acordos com o Ministério do Emprego e da Solidariedade Social

---

<sup>16</sup> Na explanação dos conceitos sociológicos fundamentais, Weber defende a existência de uma autoridade racionalista e legal, a qual funciona num contexto de burocracia. A instituição funcionaria assim como o “*locus*” do poder no século XX, regendo-se pelos princípios da quantificação, generalização, produção de predições e eficácia. Weber previa, neste contexto da modernidade, que a racionalidade técnica se introduzisse em todos os aspetos da vida, tomando o lugar das emoções, da espontaneidade e das tradições. Estas seriam substituídas por uma “jaula de ferro da racionalidade” caracterizada por inúmeras regras e pela perda de valores humanos.

orientadas para a promoção da inserção social dos realojados. Reforçando assim a intervenção estatal na problemática da habitação, o estado procurou intensificar a sua área de atuação em populações consideradas vulneráveis e marginais, e nos problemas sócio-económicos tidos enquanto inerentes a esta realidade, como o demonstra o decreto-lei n.º 163/93.

As ONGs e as IPSS, devido aos instrumentos de que o estado os dotava, tornaram-se assim capazes de aceder a locais que o poder central teria mais dificuldade de alcançar, estendendo o seu raio de ação. As associações realizavam deste modo o trabalho do estado nas suas margens, fossem elas territoriais ou simbólicas, impondo subtilmente uma determinada maneira de pensar e de agir.

Rodrigues afirma no seu artigo que a estatização nestes assuntos foi intensificada com a entrada de Portugal na Comunidade Económica Europeia:

Os Programas e Estratégias Europeus de combate à exclusão social substituem gradualmente a noção de pobreza pelo conceito de exclusão social, fenómeno multidimensional que comporta a astenia participativa, e prescrevem o envolvimento ativo dos destinatários das políticas sociais no seu próprio “processo de inserção” de forma a combater o “assistencialismo” pelo empoderamento (“*empowerment*”), entendido enquanto “capacidade de gerir a própria mudança” (Bureau Internacional do Trabalho, 2003). (Rodrigues, 2012: 5).

É no âmbito da lógica destes investimentos comunitários que as autarquias saem reforçadas no plano da intervenção na habitação, à semelhança do que acontece com as associações que atuam no local. Estas agem como agentes de socialização devido à sua proximidade aos destinatários destas políticas, desenvolvendo projetos que ultrapassam, mas que simultaneamente procuram também colmatar problemas sociais e económicos que se assumem como tangenciais à questão habitacional. De acordo com Rodrigues, esta perspetiva “de cima para baixo” permite alinhar os objetivos do estado com o das associações que reproduzem o seu discurso, as mesmas que concorrem aos fundos europeus, os recebem e aplicam quando assinam os Contratos Locais de Desenvolvimento Social (CLDS).

Os indivíduos participam, mas não mobilizam, são mobilizados. [...] os moradores destituídos de poder decisório e executivo recebem a chave na mão e são alojados em bairros onde posteriormente as organizações de moradores convivem com as organizações de solidariedade social, e é essencialmente a estas que cabe a prestação de apoio direto à população e a “ativação da sua participação”, com um duplo

objetivo de redução de riscos e controlo social. (Rodrigues, 2012: 6)

As funções dos municípios não se extinguíam no registo rigoroso das moradas clandestinas e dos seus habitantes, prolongavam-se no policiamento e fiscalização da ocupação, mantendo atualizados estes dados, garantindo que novas barracas não fossem novamente erigidas e que todas as existentes fossem demolidas. Caso estas condições não fossem cumpridas, o IGAPHE reservava-se o direito de reduzir ou suspender o financiamento a municípios e IPSSs. Os novos fogos atribuídos manter-se-iam como propriedade dos municípios e a sua intransmissibilidade reservada por quinze anos e sujeita a registo, num regime de renda apoiada, de acordo com os artigos 13 e 14 do decreto-lei n.º 163 de 7 de maio de 1993. O regime de policiamento das comunidades estendia-se assim ao policiamento das próprias autoridades responsáveis pela aplicação das políticas e do programa. Caso as comunidades não se soubessem autorregular, o regime policial e disciplinador seria instituído para fazer com que os objetivos do projeto fossem devidamente alcançados e cumpridos. Os fins justificavam os meios e, caso os locais não fossem capazes de representar o seu papel no PER, os mecanismos de controlo seriam reinstituídos. Nestes locais, como será demonstrado seguidamente, à falta dos resultados desejados através de medidas pacíficas, rapidamente se recorria a outras menos agradáveis.

## **2.6 Do Mocho para os Terraços da Ponte: diferentes perspetivas do realojamento**

Os recortes de jornais referentes ao realojamento na nova urbanização relatam um processo de transição para as novas moradas envolto em reivindicações e conflitos entre as autoridades locais e moradores. O jornal *O Público* (Alemão, 2001)<sup>17</sup> anunciava o início do processo de realojamento a 28 de fevereiro de 2001, expondo as situações de moradores que dificultavam a mudança motivados por conflitos com a autarquia de Loures. O mesmo artigo aponta para casos pontuais de difícil resolução, à semelhança de outros jornais que expõem a

---

<sup>17</sup> Informação consultada no sítio <https://www.publico.pt/local-lisboa/jornal/realojamento-da-quinta-do-mocho-comeca-hoje-155215>, acedido em fevereiro de 2017.

mesma situação. O blogue “Jugular”,<sup>18</sup> (Anon, 2008) expõe numa reportagem detalhada publicada na altura na “Notícias Magazine” os confrontos entre realojados e autoridades locais. Com base em testemunhos recolhidos pelos jornalistas, vários periódicos apresentavam a versão dos moradores, a maioria destes expressando a injustiça face ao processo de atribuição de casas.

Novamente pegando no exemplo etnográfico da Quinta da Vitória por motivos de comparação, Cachado (2013a), apoiando-se na teoria do “registo escondido” de James Scott, defende que os moradores deste bairro resistiram subtilmente à aplicação do PER, até ao momento em que publicamente lhes foi dada voz através do apoio de movimentos ativistas pelo direito à habitação condigna. As práticas hegemónicas aplicadas pelas diretrizes do PER, o excesso de burocracia que limitava a atuação dos próprios técnicos autárquicos, bem como mudanças estruturais inerentes às políticas nacionais que se refletiam nos ciclos de realojamento a que este bairro foi sujeito, foram subvertidas e anuladas em surdina pelos moradores da Quinta da Vitória durante os longos anos em que este processo decorreu. O registo escondido transformou-se em registo aberto encontrando meio e eco nos canais de comunicação, como foi o caso dos media, quando a altura se revelou propícia à revelação deste tipo de resistência, outrora menos explícita.

Estes recortes de jornais selecionados para exemplificar as mudanças estruturais na Quinta do Mocho aquando do realojamento apresentam ainda os critérios aplicados pela autarquia para conduzir e mediar o processo de realojamento. Em declarações aos jornais citados, a vereadora do pelouro da habitação da CML sublinhou a importância de determinar as fronteiras entre quem poderia ou não usufruir deste programa. O processo de atribuição das novas casas na urbanização dos Terraços da Ponte assentou sobre princípios equitativos: apuraram-se e contabilizaram-se rendimentos familiares e número de menores a cargo e foram também tomados em consideração o imposto sobre o rendimento de pessoas singulares e o último recibo de vencimento. Do ponto de vista qualitativo, para garantir que o máximo de pessoas merecedoras de casa seria abrangido, não foram determinantes sinais exteriores de riqueza como critério para atribuir habitação ou a existência de um fiador. Para além da despesa com a renda apoiada, também ela determinada em função dos mesmos critérios quantitativos

---

<sup>18</sup> Informação consultada no sítio <http://jugular.blogs.sapo.pt/272387.html>, acedido em fevereiro de 2017.

para a atribuição de casa, os moradores foram alertados para que cumprissem com os pagamentos de água, luz, gás, tendo-lhes sido para o efeito fornecido um dossier onde os recibos dessas contas deveriam ser guardados, para além da chave da casa no momento efetivo do realojamento.

De acordo com a mesma vereadora atendeu-se também a que questões como a não separação das famílias e a incompatibilidades étnicas e culturais estivessem refletidas na atribuição das novas habitações. No entanto, as associações de moradores alertaram na altura que existiriam vários problemas por resolver no momento do realojamento e que os cerca de 680 núcleos familiares abrangidos excluía situações de imigrantes ilegais ou indivíduos sem contratos de trabalho, os quais face aos despejos e à destruição das antigas torres não teriam outro local onde morar.

A preocupação em garantir casas para todos os moradores recenseados no decorrer do PER apresentou-se acompanhada da necessidade de demolir as antigas habitações, condição imposta pelo Estado no financiamento aos municípios. No dia marcado para a entrega das novas casas as autoridades policiais apresentaram-se na Quinta do Mocho com o intuito de garantir que a demolição das antigas construções decorresse pacificamente. O contingente policial armado apresentou-se, o que muitas descrições transmitem como sendo não apenas característica deste dia, mas parte integrante do retrato diário da Quinta do Mocho. Esperando resistência por parte dos moradores - tanto daqueles a quem lhes fora atribuída uma nova habitação, mas também dos que se sentiram excluídos do processo de recenseamento de 1993, o qual determinou o direito a alojamento para os anos seguintes - o contingente policial apresentou-se no local devidamente armado e preparado para atuar caso surgissem os conflitos que já se adivinhavam tendo em conta o longo, moroso e precário processo de recenseamento e realojamento da população.

Estes testemunhos demonstram ter havido uma perpetuação de estruturas já existentes e que os contornos do realojamento - presença de um forte contingente policial, acareações entre moradores e técnicos da autarquia... - viessem favorecer o aparecimento de um ambiente propício a manifestações públicas de desagrado, à semelhança do que acontecera na Quinta da Vitória e que Cachado (2013a) analisou à luz da teoria do “registo escondido” de Scott. Por outras palavras, os jornais mostram a lógica subjacente a quem seria merecedor ou não de apoio estatal numa habitação de renda controlada, estabelecendo-se assim os pressupostos de um tipo

de economia moral (Fassin 2005) que diferenciava aqueles dignos de tratamento compassivo daqueles para quem uma abordagem mais despidosa estava destinada, ao mesmo tempo que se desenhavam novos mapas de exclusão e inclusão.

O reflexo dos imigrantes e moradores clandestinos alojados sob o escrutínio de um forte contingente policial e autárquico que se propagou nas notícias é ainda hoje constantemente reproduzida nos meios de comunicação, influenciando a imagem que os moradores acabam por ter de si e do seu bairro, e reproduzindo também sentimentos de insegurança entre quem lá não mora. O medo dos imigrantes (Bastos, 2009), alimentado por “narrativas de crime”, reais ou imaginárias (Caldeira, 2000), reforçam a imagem do corpo do imigrante enquanto personificação da doença ou do mal a ser erradicado. Desprezando as causas estruturais que conduziram a problemas pessoais e sociais e omitindo completamente a importância do corpo do migrante enquanto força de trabalho barata e precária que alimenta a máquina económica nacional (e que foi essencial nos anos de grandes obras), geraram-se contradições que propagam uma moral dupla na sociedade produzindo “pânicos sociais” (Goode e Ben-Yehuda, 1994). Estes justificaram a edificação de muros simbólicos, mas também reais, como os enclaves fortificados de São Paulo objeto de estudo de Caldeira (2000), que supostamente ajudariam a diminuir o medo criado pelos marginais e excluídos, mas a mesma lógica pode ser encontrada nos relatos e registos passados e contemporâneos relativos à antiga Quinta do Mocho. Esta racionalidade permite que se distraia simultaneamente não só do problema real como de outro tipo de medidas repressivas que o estado possa direcionar para classes mais desfavorecidas, funcionando estas como eficazes bodes expiatórios de situações criadas por outrem (Bastos 2009). Procura-se assim conter o que a lei excluiu, incorporando sem reconhecer os direitos dos imigrantes (exceto por razões humanitárias, como veremos abaixo), enfatizando a retórica da ameaça e o aumentando a culpa associada, em prol de interesses económicos. Esta medicalização social e clínica permite conter as margens de onde se propaga a ameaça, mas de cujas medidas a manutenção do poder estatal também depende para reforçar o seu poder.

Na antiga Quinta do Mocho o processo de despejo e de realojamento obrigou a que as casas situadas do topo dos prédios fossem desocupadas em primeiro lugar e imediatamente seladas para evitar que novas famílias aí se instalassem. A demolição total das antigas torres, garantia de que mais ninguém voltasse a instalar-se naquele local, permitiu assim que a Câmara

de Loures cumprisse com o compromisso de erradicar as construções clandestinas e assegurasse uma das condições do financiamento público garantido pelo PER. Os antigos terrenos abandonados foram adquiridos por uma empresa construtora com o intuito de aí construir habitações para venda, conseguindo várias décadas depois concluir o projeto de edificar uma urbanização no local, mas destinada à classe média e média alta. Esta mesma empresa comprometeu-se também a erigir o novo bairro onde os moradores da Quinta do Mocho vieram a ser realojados. Ambas as urbanizações foram erigidas simultaneamente, como duas faces da mesma moeda, partilhando entre si apenas o nome e o usufruto de supermercados, lojas e equipamentos que mais tarde vieram a surgir naquele local para servir populações tão distintas.

O jornal *O Público*<sup>19</sup> (Alemão, 2000) relatava também problemas de articulação entre os esforços da autarquia e da Administração Central na finalização dos novos Terraços da Ponte, nomeadamente o número elevado de imigrantes em situação irregular e a falta dos referidos equipamentos, como uma escola, uma esquadra da polícia e um centro de saúde. À data do início do realojamento a inexistência destes espaços condicionava o normal funcionamento do novo bairro, promovendo a sua exclusão em moldes semelhantes aos que determinaram o abandono da população da Quinta do Mocho, como alguns indivíduos dos dois lados da barricada descreviam a situação. Os testemunhos no jornal destacam que estes equipamentos ajudariam a evitar a exclusão social do novo bairro, que se pretendia que fosse erigido tentando evitar os erros do passado. Porém não apenas a população realojada, mas também a restante população de Sacavém, carecia destas estruturas.

O centro de saúde, uma escola e uma esquadra da polícia, os quais se encontravam ainda fora dos projetos de financiamento da administração central, levaram a que a vereadora do pelouro da habitação de Loures temesse vir a comprometer o trabalho realizado pela autarquia no sentido de garantir que o realojamento da população da antiga Quinta do Mocho fosse algo mais do que dar novas chaves de casa às pessoas que anteriormente habitavam nas torres degradadas. Como se verifica pelos testemunhos no artigo, o espírito de renovação social através da habitação que alimentava o decreto que inaugurou o PER mantinha-se presente no discurso público desta autarca, mesmo vários anos depois da sua instituição. Agir sob a

---

<sup>19</sup> Informação consultada no sítio <https://www.publico.pt/local-lisboa/jornal/estado-esquece-equipamentos-da-quinta-do-mocho-140670>, acedido em fevereiro de 2017.

habitação equivalia a atuar sobre os males que afligiam a população, remendando o tecido social.

Encontra-se também ausente nos documentos oficiais e nos testemunhos públicos informação que pudesse levar a crer que os moradores tivessem em algum momento sido consultados relativamente aos moldes em que a urbanização onde estariam destinados a habitar no futuro seria construída. Foram assumidos determinados pressupostos, estabelecidos parâmetros quantitativos e qualitativos, ignorados “sinais exteriores de riqueza” e o novo bairro desenhado e erigido de acordo com estas premissas. Aos moradores, apenas recipientes das novas políticas, bastaria no dia mudarem-se e considerarem-se devidamente emponderados com as novas casas que lhes estavam a ser atribuídas.

## **2.7 Os problemas das margens**

Como autores contemporâneos salientam, uma melhor compreensão dos fenómenos nas margens (considerando que a Quinta do Mocho se encontrava física, económica e simbolicamente na periferia do centro de poder e da capital) deve partir de um afastamento da perspetiva analítica weberiana que concebe o estado como uma forma de organização política fruto de administração racional que se vê enfraquecida no seguimento dos seus limites sociais e territoriais. Ao invés, Das e Poole (2004), as autoras responsáveis pela coletânea de textos que refletem sobre esta problemática, propõem uma Antropologia das margens do estado que conceptualiza os seus limites enquanto parte necessária da vinculação ao mesmo, tal como a exceção é uma componente necessária da regra. Assim, as margens funcionariam como periferias ou contentores naturais para os indivíduos considerados não suficientemente socializados dentro da lei.

Os destinatários das intervenções sociais têm efetivamente poucas formas de acesso às respostas do estado. Por um lado, estão relegados para as margens, sendo ao mesmo tempo vítimas e ameaças da estrutura; por outro, é exatamente esta posição de exclusão e marginalização que os torna recetores de intervenção social. A única forma que eles têm de aceder a uma modernidade individualizante é apresentar uma patologia social: Nguyen (2008) define esta condição como “cidadania humanitária”, isto é, a constituição de sujeitos detentores de direitos e responsabilidades na base de uma específica condição social. (Pussetti e Brazzabeni, 2011: 473)

Neste contexto, a questão colocada pelas autoras acima citadas, prende-se com a necessidade de conhecer quais as tecnologias de poder (no sentido foucaultiano) utilizadas pelos estados para manipular ou pacificar estas populações através da força e pedagogia da conversão com o intuito de transformar sujeitos insubordinados em indivíduos cumpridores da lei do estado. A margem seria assim um espaço entre corpos, lei e disciplina, em que a produção de biocorpos se constituiria como a atividade primeira do poder soberano. As margens apresentar-se-iam como um ponto vantajoso de onde observar a produção de categorias patológicas através de táticas que são consideradas danosas à lei, mesmo quando estas mesmas estratégias empregues retiram os seus repertórios de ação da própria lei.

Miagusko (2014), na sua etnografia sobre Beatriz, uma moradora “sem-teto” em São Paulo ocupante clandestina de uma antiga prisão abandonada onde fixou a sua morada, reflete que a trajetória das instituições com as quais a sua interlocutora se cruzava e cujo objetivo seria melhorar o seu estatuto socioeconómico enquanto moradora de uma habitação clandestina, acabavam por definir também o seu estatuto nestes mesmos termos, naturalizando-o e solidificando-o. As tecnologias adotadas pelos programas e políticas públicas destinadas às populações vulneráveis funcionariam assim também com o propósito de produzir as mesmas situações que idealmente se destinavam a combater. A existência do poder fundava-se deste modo sobre a necessidade de constantemente produzir esta condição marginal em que Beatriz e tantos outros se encontravam.

Como refere no seu artigo:

as relações entre o que se considera ordem e desordem são mais entrelaçadas e produzidas pelas práticas desse mesmo estado do que comumente se concebe. Tanto a simples classificação de invasão ilegal que cobra do estado umas ações para coibir essas práticas e restabelecer uma determinada ordem ou a perspectiva de uma ausência do estado como agente de uma política de habitação impedem a perceção do jogo modulado que resulta das práticas desse estado em suas margens e como estas são ressignificadas pelas populações que são objeto dessa ação. (Miagusko, 2014: 34)

As margens são consideradas territórios inquestionáveis de controlo e legitimidade estatal, onde a natureza é imaginada como selvagem e fora de controlo, mas ao mesmo tempo onde o estado encontra sucessivamente maneiras e justificações para manter a ordem e criar a

lei. Inspirando-se na obra de Agamben (1998), os investigadores interessados nesta temática justificam etnograficamente vários casos em que a exceção faz parte da norma. Estes locais não se definem apenas territorialmente, mas enquanto espaços onde a lei e outras práticas do estado são colonizadas por outras formas de regulação que emanam das necessidades urgentes das populações que procuram assegurar a sua sobrevivência económica e política, como é o caso dos imigrantes. São assim incluídos apenas como exceção, não como sujeitos detentores de plenos direitos cívicos. Garante-se apenas a sua sobrevivência biológica, não a sua permanência sustentável na vida da cidade<sup>20</sup>. Assim, nas democracias modernas, o que se encontrava tradicionalmente excluído da vida política, atualmente consiste na norma. O desvio tornou-se lei.

O desejo moderno de reforma parece ter abandonado meras formas de confinamento dos excluídos da comunidade sociopolítica. O campo enquanto forma de exclusão e de controlo total parece ter substituído a prisão foucaultiana como o modelo total de controlo sobre a vida. Porém um controlo absoluto sobre a vida e a morte apenas torna mais aguda a presença de terríveis formas de intimidade. (Aretxaga, 2003: 404)

Ong (2005) refere que em casos mais extremos alguns indivíduos só podem mesmo ser incluídos enquanto vida nua, visto que a retórica da globalização opera a uma escala demasiado vasta para lidar com casos específicos e situados. Estas populações não têm direitos porque estão escondidas ou vivem em estados falhados, ou porque como imigrantes são desprovidos destes no momento em que mudam de local.

Ong refere estas zonas de exclusão na sua crítica ao popular modelo defendido por

---

<sup>20</sup> De acordo com a formulação clássica de Aristóteles (1995 ([350 a.C.]) a vida política encontra-se definida em termos de inclusão e exclusão da vida nua (“*bios*”), ou seja, desprovida de direitos. O cidadão orientava-se pela procura de uma vida plena, a qual Aristóteles acreditava que apenas seria alcançada quando o homem se afastasse da sua natureza animal e se integrasse na cidade. A “*polis*” funcionaria assim como meio para alcançar um estado de “*eudaimonia*”, ou bem-estar, articulando-se todos os seus componentes no sentido de alcançar o bem comum. Aristóteles defendia que a formação da “*polis*” seria algo natural e os humanos que a compunham deveriam organizar-se espontaneamente em famílias, que por sua vez se associariam em vilas que dariam azo a cidades-estado. Assim surgiu uma das máximas da teoria aristoteliana: o homem é um animal político. A cidade serviria assim para que o homem alcançasse o seu potencial ou para que vivesse de acordo com a sua verdadeira natureza: o homem precisava da “*polis*”, caso contrário seria um projeto inacabado. Todas as associações orgânicas da cidade favoreceriam este fim: garantir os meios físicos, materiais, de lazer e educativos que permitissem aos cidadãos abraçar uma vida virtuosa.

Anderson sobre comunidades imaginadas. Este autor relacionou uma ideia de nação estado a um território geograficamente definido, embora teoricamente os direitos dos cidadãos dependessem da pertença a um estado-nação. Todavia, contemporaneamente, na prática verifica-se que as reivindicações se processam ao nível de contingências globais fortemente influenciadas pelo mercado. Ao desvincularem-se dos estados, os direitos articulam-se a interesses capitalistas, agências transnacionais, elites globais e populações marginais.

De acordo com o modelo defendido por Anderson, todos os cidadãos possuiriam direitos iguais face ao estado. No entanto, à medida que os mesmos direitos se articulam com critérios neoliberais, estes podem até ser retirados aos cidadãos e oferecidos a não-cidadãos, de acordo com a tese de Ong. A questão da existência ou não dessas garantias torna-se um conceito cada vez mais difuso na medida em que a territorialização de direitos é constantemente contestada por reivindicações localizadas para além das fronteiras dos estados, motivadas mais por interesses de mercados do que por pertenças nacionais. Aqui a prerrogativa geográfica defendida por Anderson torna-se obsoleta em explicar estes casos.

Ong defende a existência de diversos processos que interferem com estas mutações na cidadania. Sugere a emergência de novos espaços políticos, na confluência de regimes com critérios neoliberais, em que a mobilidade dos indivíduos permite o surgimento de oportunidades várias para a mobilização política. Estes novos espaços incluem a cidade, mercados laborais regionais ou o ciberespaço, entre muitos outros. Para Ong, o espaço dos encontros (*“assemblages”*, no original) torna-se por excelência o local preferido de novas mobilizações políticas e reivindicações, e não o território da nação estado. Se em zonas de hipercrescimento o critério neoliberal de conhecimento e empreendedorismo se transforma em ideais de cidadania rivalizando com os limites legais, também novos espaços políticos estão a tornar-se rapidamente locais de articulação de reivindicações de recursos para lá do poder do estado. À fixidez das fronteiras e dos princípios estáticos de cidadania, Ong responde com a fluidez dos mercados e das prerrogativas de valores.

Os valores neoliberais de empreendedorismo têm assim diferentes implicações para a cidadania, consoante interações com ambientes políticos diferentes. Enquanto que nos EUA e em Inglaterra existe um foco no autogoverno e nas capacidades empreendedoras dos indivíduos enquanto participantes individuais na sociedade civil, nas zonas de crescimento asiáticas este discurso é articulado como contribuição para a sociedade ou para a comunidade nacional.

Ao contrário do que acontece nestas zonas, nas franjas da sociedade a inclusão de alguns indivíduos e as suas reivindicações apenas encontram eco se se basearem em pedidos baseados em doenças e apelos humanitários. O excesso de medicalização de situações motivadas por episódios de violência estrutural incorporados só encontram resposta nos programas políticos se reafirmarem essas mesmas políticas niveladoras e homogeneizadoras. Propagam-se os discursos humanitários e a resposta aos problemas daqueles apoiados por políticas compassivas e instituições repetem até à exaustão o mesmo discurso. Ong cita Fassin (2001) para explicar como os excluídos alcançam voz apenas na sua narrativa enquanto vítimas, mas podemos acrescentar a contribuição de Miagusko (2014) a esta retórica. Ong defende que estes processos em específico ocorrem preferencialmente em zonas de exclusão. Nestes territórios as reivindicações políticas centram-se preferencialmente não nos direitos legais, mas sim nos direitos dos indivíduos enquanto humanos que procuram a sua sobrevivência biológica.

Embora existam casos em que os indivíduos não têm como se impor senão pela sua identidade enquanto vítimas, Han (2012), como veremos num dos capítulos seguintes, mostrou através da sua etnografia em Santiago do Chile como esta situação não constitui norma inequívoca, sendo contingente a determinados contextos. Aliás, no caso estudado por esta antropóloga, os seus interlocutores encontravam maneiras originais de se afirmar, chegando mesmo a utilizar estratégias neoliberais em seu benefício, não em seu prejuízo. Como se tentará também demonstrar no decorrer desta tese, nem sempre a agência dos indivíduos é limitada ao seu papel de vítima, tal como nem sempre as estruturas neoliberais (ou outras) são responsáveis por anular por inteiro as suas reivindicações.

O aumento exponencial de ONGs dedicadas aos direitos humanos responde a estas situações de vitimização. Os indivíduos são agrupados em função das suas necessidades e doenças, como é o caso das instituições responsáveis por conter os efeitos da epidemia de HIV na Costa do Marfim. Este é um exemplo de “cidadania terapêutica” (Nguyen, 2005, cit. in Ong, 2005: 699), uma demonstração de como as reivindicações éticas se articulam em termos das necessidades básicas de sobrevivência dos indivíduos. Por outro lado, no caso por exemplo das organizações que apoiam a melhoria das condições de vida das empregadas no sudeste asiático, as ONG articulam o estatuto moral e os direitos humanos destes imigrantes enquanto seres humanos, focando-se mais neste aspeto do que na dimensão laboral da sua condição. Nestes

agregados globais, organizações como ONGs, corporações e religiões atuam como defensoras da humanidade, fazendo com que este discurso humanitário se torne prevalecente sobre outros.

Por seu lado, Rose (1999, cit. in Ong, 2005:698) defende que os indivíduos não são governados através de mecanismos opressivos de controlo, mas do exercício da sua liberdade, realizando escolhas em seu próprio benefício. Os governos não se interessam em tomar conta de cada cidadão, informando-os sim sobre como melhor deverão atuar como sujeitos livres capazes de tomar decisões informadas, calculadas e racionais. Do controlo das populações há agora um foco no autogoverno dos indivíduos e associações como a PROSAUDESC permitem alcançar esse objetivo, reforçando no local as políticas determinadas pelos órgãos decisores.

Como referiu Rodrigues,

As pressões comunitárias vão ter reflexo nas políticas sociais e nos programas de realojamento. Apesar de manterem uma abordagem marcadamente estatizada, a crescente articulação com as políticas de combate à exclusão social tem vindo a promover a implementação de projetos de intervenção social nos bairros. A responsabilidade pela execução destes projetos é delegada, essencialmente, nas organizações de solidariedade social, que além de prestarem apoio direto às populações carenciadas e representarem os seus interesses junto do poder local e central, assumem um claro papel socializador. A formação em competências pessoais e o apoio ao associativismo surgem como ações a implementar por via dos projetos. O tipo de envolvimento proposto não implica a transferência efetiva de poder e recursos para os moradores, mas sim a sua mobilização para ações devidamente enquadradas ao nível político-administrativo, geralmente de carácter lúdico-recreativo ou relacionadas com a manutenção das habitações e espaços comuns. (2012:3)

Este tipo de atuação das associações não é efetivamente do tipo “de baixo para cima” reproduzindo as decisões executivas ao nível local e implementando nestas margens sociais projetos que nem sempre convergem com os interesses dos moradores. Muitas vezes estas mesmas associações reproduzem o discurso assente na vulnerabilidade individual e em questões humanitárias, as quais motivam o desenvolvimento de programas em que se procura garantir a sobrevivência dos recipientes da ajuda, sem que se questionem verdadeiramente as causas ou se resolvam os problemas inerentes que os provocam, reproduzindo assim fenómenos de violência estrutural.

Quando o altruísmo é possível, ou seja, quando a ação desinteressada é recompensada num contexto onde prevalece um “*habitus*” (disposições, reflexos e formas de comportamento socialmente adquiridos) a ela

favorável, a reduzida participação dos destinatários dos serviços e políticas sociais na sua conceção, execução e avaliação, propicia uma noção de “bem” que não é a sua mas a daqueles que controlam as políticas e serviços ou neles trabalham: aquilo que os agentes políticos e os dirigentes e técnicos das organizações de solidariedade social consideram como sendo bom para os destinatários não coincide necessariamente com o que estes consideram que é bom para si próprios.

Este facto pode propiciar dinâmicas de manipulação mútuas: das organizações em relação aos beneficiários, ao tentarem encaminhá-los para ações e serviços que consideram benéficos ou que têm a responsabilidade de implementar, mas que não são do interesse destes; e dos beneficiários em relação às organizações, ao adotarem uma postura que acreditam corresponder àquilo que é percecionado pelos técnicos como sendo adequado, mas que não corresponde à sua verdadeira forma de estar e ser. (Rodrigues, 2012: 8)

Embora Rodrigues reitere que a democracia portuguesa, especialmente ao nível habitacional, não consegue alcançar a população que se encontra mais vulnerável envolvendo-a e aos seus interesses nas decisões que a afetam, gostaria de aprofundar esta discussão no capítulo seguinte. De que maneira uma IPSS laborando nestes espaços onde a democracia aparentemente demora a chegar constrói a vulnerabilidade da população que serve e como é que este discurso fundamenta as práticas em que assenta o seu trabalho?

# Capítulo 3

## Na PROSAUDESC

“As pessoas sabem o que fazem; elas frequentemente sabem porque o fazem e o que fazem; mas elas não sabem o que é que o que elas fazem, faz.”

Michel Foucault (cit. in Heller, 1996: 87)

Este capítulo apresenta a associação PROSAUDESC - Promotores de Saúde, Ambiente e Desenvolvimento Sócio-Cultural - localizada na Urbanização Terraços da Ponte não só através do seu enquadramento no bairro, mas partindo da apresentação que a própria instituição faz de si própria. A noção de “Antropologia em casa” será relevante na discussão de como se construiu um objeto de pesquisa não só metropolitano, mas também geograficamente próximo, e os objetivos do funcionamento da associação serão igualmente enquadrados num quadro mais geral que procura perceber como IPSSs operam em locais onde o estado parece mais ausente. O intuito deste capítulo não se prende com o julgamento das políticas da própria associação, mas sim providenciar um espaço de reflexão no cruzamento de teorias antropológicas preocupadas com o assistencialismo e com a produção de uma população considerada vulnerável num contexto de mudanças macroeconómicas estruturais.

### 3.1 Antropologia dentro e fora de casa: a chegada à PROSAUDESC

Uma investigação que cruza temas da Antropologia tão distintos como a imigração e a saúde (especialmente a mental), torna difícil de circunscrever o campo da pesquisa, não apenas ao nível metodológico, mas também teórico. Como Índias Cordeiro refere “a delimitação de um terreno de pesquisa que acaba por coincidir, em larga medida, com a delimitação do próprio objeto de estudo” (2010: 111) é um dos problemas centrais da Antropologia Urbana, tendo sido também um dos primeiros obstáculos com que me deparei no decorrer desta investigação.

Embora a cidade não tenha sido necessariamente o meu foco de pesquisa e esta tese pretenda contribuir para o campo de estudos da Antropologia Médica - embora a ablação seja

prática cirúrgica corriqueira, os antropólogos teimam em pilhá-la, como se a realidade social fosse tão fácil de amputar e reconstruir como a anatomia humana... -, a análise de como se construiu aquela “margem da cidade” que é a Urbanização Terraços da Ponte e que herdou muito do estigma da antiga Quinta do Mocho, tornou o espaço um dos elementos chave da reflexão, como procurei demonstrar no capítulo anterior. Esta investigação distancia-se das práticas e preocupações específicas explanadas no artigo de Índias Cordeiro e que são características da génese e desenvolvimento da Antropologia Urbana. Não obstante, algumas das inquietações que me detiveram corresponderam às que ditam os caminhos da disciplina em questão, especialmente na delimitação do objeto de estudo e terreno de pesquisa e, como tal, recorri aos seus ensinamentos sempre que se revelou oportuno galgar as fronteiras internas da Antropologia. Procurar um olhar de perto e de dentro, em que “a cidade deve ser olhada como um pano de fundo sobre o qual se analisam casos particulares, tão diversificados quanto possível, de modo a deixar transparecer as conexões e cruzamentos (redes de redes) que compõem a cidade” (2010: 114), tornou-se, assim crucial no enquadramento das experiências dos protagonistas que animam esta tese.

Cheguei assim à associação por volta das nove e um quarto da manhã em finais de maio. Estávamos em 2010. O doutoramento tinha começado oficialmente no ano anterior com as disciplinas curriculares para aperfeiçoamento do projeto, hipótese de pesquisa e metodologia a aplicar, e uma série de imersões preliminares tinham-me permitido delimitar aquele que seria o meu campo: reuniões com associações de apoio a populações consideradas vulneráveis na saúde, entrevistas com imigrantes, assistência de encontros destinados à formação e sensibilização de técnicos do ACIDI, exploração dos Roteiros da Saúde Imigrante por toda a cidade... Várias foram as tentativas de encontrar um local que reunisse as condições que procurava e que me permitisse, simultaneamente, também construir a minha hipótese de pesquisa face à realidade que me era apresentada.

Se teoricamente as fronteiras dos terrenos são bastante móveis e fluidas, do ponto de vista geográfico e prático, a escolha da PROSAUDESC como local privilegiado mostrou-se relativamente descomplicada. Após alguns contactos iniciais com a D. Virgínia, vogal, e com o Sr. Cristiano, presidente da associação, mostrei interesse em desenvolver a minha pesquisa para o doutoramento na PROSAUDESC, uma IPSS localizada na Urbanização Terraços da Ponte, em Sacavém. Situada na zona oriental do concelho de Loures e a poucos quilómetros de

Lisboa, Sacavém é uma cidade que usufrui da proximidade à capital, justificando assim o seu crescimento populacional nos últimos anos entre diferentes estratos socioeconómicos. A existência destes contrastes na composição de Sacavém revelou-se imediatamente à minha chegada para a primeira reunião com a D. Virgínia e o Sr. Cristiano.

Desconhecendo o caminho para o local onde a PROSAUDESC estabeleceu provisoriamente a sua sede a poucos metros da casa onde os seus responsáveis habitam - com o objetivo de ficar mais perto da população que serve até que lhe seja cedido o espaço definitivo pela Câmara de Loures, como muitas vezes me lembraram no decorrer do trabalho de campo -, optei por me familiarizar previamente com o caminho de minha casa até ao destino inserindo “Urbanização Terraços da Ponte” numa pesquisa online. O Google ajudou-me a traçar o percurso e, uma vez que não sou uma condutora experiente nem possuidora de um sentido de orientação exemplar, segui religiosamente as suas indicações até ao referido local.

O meu esforço em manter-me focada nas direções foi apenas parcialmente recompensado: se por um lado cheguei aos Terraços da Ponte sem desvios ou imprevistos, a urbanização que o motor de busca me indicou não se parecia em nada com a imagem que construíra na minha mente daquele bairro social, em parte motivada pelas inúmeras aparições da antiga Quinta do Mocho nos meios de comunicação, mas também devido à minha experiência anterior em investigação etnográfica. A defunta Quinta do Mocho ainda paira na memória de todos aqueles que a associam ao realojamento, contribuindo assim para uma antecipação - não necessariamente fidedigna - do que poderá aguardar quem visita este espaço. A curta distância indicada pelo Google e que percorri na Segunda Circular terminou numa urbanização de construção moderna, cujos apartamentos pintados por fora de cores claras e varandas amplas evocavam classe média alta e não uma urbanização de rendas controladas e de habitação social, como inicialmente esperara. Por um milionésimo de segundo pensei que este se tratava de um realojamento muito bem-sucedido.

De acordo com as indicações do meu roteiro encontrava-me defronte da Urbanização Terraços da Ponte, disso não parecia haver qualquer dúvida. Não me enganara a seguir as direções e estava frente a frente com o destino que pesquisara no Google. Então só podia ser preconceito meu. Esta imagem não correspondia ao cenário que conhecera num bairro de características similares quando fizera trabalho de campo com outra IPSS sobre mães jovens e imigrantes, onde as casas se encontravam separadas por tijolos nus apensos uns aos outros e o

bairro emparedava uma série de problemas sociais, económicos e políticos que as estatísticas dificilmente refletiam e que os telejornais seletivamente ignoravam para transmitir imagens de violência, rugas e apreensões de droga. Teria a famosa antiga Quinta do Mocho, um “bairro de lata” dos anos setenta composto por quatro torres de construção embargada ocupada por angolanos, santomenses, cabo-verdianos e moçambicanos que aí estabeleceram as suas moradas, dado lugar a este condomínio? Parecia-me impossível e efetivamente não estava enganada.

Exatamente do outro lado da estrada, construído em frente ao terreno anteriormente ocupado pela Quinta do Mocho onde os antigos prédios de dez andares deixados ao abandono e as barracas proliferavam, encontrava-se a Urbanização dos Terraços da Ponte que procurava, aquela que o Google falhara em identificar como sendo o meu destino. O motor de busca assumira que eu procurava um condomínio para a classe média, ao qual o destino ironicamente dera o mesmo nome que ao conjunto de habitações seu homónimo. O Google antecipara alguns dos obstáculos com os quais mais tarde viria a cruzar-me no decorrer do meu trabalho de campo. Para além da denominação, mais tarde vim a constatar que os dois bairros nada mais partilhavam. De um lado a urbanização para a classe média, do outro, a urbanização para a classe baixa. E não podiam, exteriormente, ser mais diferentes. Nem a cor da pele dos seus moradores, nem o mesmo estatuto socioeconómico, nem as mesmas oportunidades. Apenas as mesmas vias públicas, alguns serviços como o centro de saúde e a fila do supermercado quando era impossível alguns dos moradores não se cruzarem na hora de reabastecerem as suas despensas.

Do outro lado da estrada estava o “bairro social” cuja imagem construíra previamente na minha cabeça com base em experiências anteriores e em imagens dos média: um conjunto de prédios pintados de um amarelo desmaiado, onde já se notavam claros sinais de degradação, cortados por estradas que uniam os diferentes blocos de edifícios. O resto da paisagem compunha-se de algumas árvores despontando em quadrados de relva não tratados, de lixo que se acumulava por todo o lado e de novelos de fios elétricos que se soltavam das paredes nas entradas das casas.

Entre as duas urbanizações alongava-se uma estrada ampla - a Avenida das Comunidades -, separando como regra e esquadro os dois bairros. Ao fundo desta estrada, numa rotunda, estabelecera-se num edifício mais moderno a Casa da Cultura, onde os funcionários

da CML, tais como psicólogos, assistentes sociais e antropólogos, prestavam assistência aos moradores da antiga Quinta do Mocho em assuntos tão diversos desde a regularização do seu estatuto de imigrantes ao apoio em litígios familiares e de vizinhança. Também aqui se realizavam algumas reuniões e performances, nas quais mais tarde tive oportunidade de participar e de assistir também. Era em cooperação com a Casa da Cultura que muitas das iniciativas se realizavam no bairro. A mesma dispunha de sala de espetáculos onde mais tarde assisti algumas moradoras a representar - como se estivessem inseridas num exercício psicodramático - as situações peçadas de preconceitos e obstáculos pelas quais passavam sempre que se dirigiam aos gabinetes da SS ou procuravam emprego. Da mesma maneira a Casa da Cultura possuía também gabinetes onde os técnicos sociais se encontravam individualmente com os seus utentes com hora marcada e salas de reuniões onde uma vez pude participar numa ação de formação do SEF onde nos foi apresentado o Serviço SEF em Movimento. Durante a mesma os seus funcionários prestaram-se a esclarecer uma série de situações típicas do seu quotidiano e também nos alertaram para a importância de verificarmos sempre os documentos necessários em cada caso consoante as particularidades legais de cada país e o motivo de entrada em Portugal. A Casa da Cultura funcionava assim como uma âncora dos serviços para imigrantes no bairro, atuando em parceria com as restantes estruturas governamentais e autárquicas, e com as associações presentes no local.

A rodoviária - como vim mais tarde a descobrir através dos vários papéis colocados nos prédios e paredes depois de uma ação conjunta que procurava alertar para mais uma das discriminações de que os moradores eram alvo - não tinha carreiras que passassem no bairro. Os táxis também não entravam e muitos nem aceitavam levar clientes cujo destino final fosse a "nova" Quinta do Mocho. Algumas oficinas, uma churrasqueira e outros serviços localizavam-se nas imediações e, pouco depois da minha chegada, foi inaugurada uma enorme "loja do chinês" perto dos supermercados.

Conduzi o meu carro à procura da sede provisória da PROSAUDESC onde já me aguardava o casal que dirige esta associação. Desci até à rotunda da Casa da Cultura, virei à esquerda na Estrada Militar percorrendo o exterior do bairro. Subindo esta estrada, do lado direito apareceu um descampado onde aqui e ali espreitavam construções clandestinas e pequenas hortas. Uma matilha de cães rafeiros escolheu também este local para se estabelecer entre caixotes e lixo espalhado. Os lugares de estacionamento estendiam-se em frente aos

edifícios pintados de amarelo sujo e com portas de cor contrastante. Virei à esquerda na rua 24 de setembro, uma via batizada para comemorar a independência da Guiné-Bissau de Portugal em 1973, a qual cruza com a rua Pêro Escobar, navegador português que “descobriu” as ilhas de São Tomé e Príncipe no século XV. Esta via divide o bairro sensivelmente a meio paralelamente à rua Agostinho Neto, primeiro presidente angolano. A urbanização não poderia estar mais carregada de simbologia contraditória, celebrando tanto o passado de ocupação portuguesa como a independência das colónias.

Desenhando um triângulo, a Urbanização Terraços da Ponte divide-se em nove blocos de edifícios contendo supermercados, a Casa da Cultura, um centro de saúde, várias lojas de comércio local exploradas pelos moradores (mercearias onde se podem encontrar vários produtos africanos, cabeleireiros, cafés e tabernas...), uma igreja e uma mesquita que partilham o mesmo espaço em horários diferentes, templos, associações e IPSSs, como o Projeto Esperança e a PROSAUDESC, creches e infantários. A sensivelmente quinze minutos de Lisboa pelas vias principais de acesso e circulação na cidade - Segunda Circular e Eixo Norte-Sul - a “nova Quinta do Mocho”, apesar de geograficamente perto, à primeira vista não me pareceu que pudesse estar mais distante da capital. Não admirava que o Google não me tivesse querido ali.

Fazer “Antropologia em casa” levantou imediatamente algumas questões preliminares que fui colocando sobre a validade da minha própria investigação. Estaria a corresponder às expectativas de uma pesquisa ao nível do doutoramento cingindo-me a uma viagem de cerca de trinta minutos que separava a minha casa do meu terreno de pesquisa? Seria a Urbanização Terraços da Ponte exótica o suficiente? Deveria apanhar um avião que me levasse para um local afastado de mim para encontrar aquele outro?

Peirano (1998) reflete sobre a prática da Antropologia no Brasil refutando a premissa tradicional de que o etnógrafo deve ausentar-se do que lhe é próximo para confrontar o “outro” sobre o qual assentará a sua pesquisa. Como a autora afirma,

casa irá, sempre, incorporar vários significados, e a Antropologia manterá, na sua pretensão paradigmática, um objetivo sócio-genético por uma valorização e compreensão da diferença. Em alguns casos, a diferença será um caminho para o universalismo teórico pela comparação; noutros, surgirá à superfície como uma denúncia do exotismo ou uma negação do seu encanto. (1998: 105)

A reorientação do foco de interesse da Antropologia pelo local de partida dos seus investigadores apresenta-se como uma prática revolucionária para alguns, enquanto que para outros foi entendida como uma evolução expetável da disciplina. Sendo o interesse da mesma a diferença, onde ela poderia ser encontrada geograficamente não se apresentou para estes como sendo um problema. A utilidade em investigar a própria sociedade e aqueles que se encontram simultaneamente incluídos e excluídos desta pelas suas diferenças permitiu também refletir sobre a premissa avançada por Émile Durkheim, que afirmou ser o interesse da Antropologia no outro não o seu valor intrínseco, mas sim a procura de respostas para o que nos é íntimo e próximo. O afastamento funcionaria assim como mecanismo para refletir sobre questões referentes a si e não propriamente ao outro.

Foi com estas inquietações em mente que me apresentei na associação munida do meu projeto de doutoramento, um pouco mais tranquilizada de que o “terreno” fisicamente próximo da minha morada, mas simbólica e materialmente muito distante, e uma “Antropologia em casa” já muito debatida não seriam obstáculos na definição do meu objeto de pesquisa. As dificuldades surgiriam depois.

## **3.2 A materialização de uma IPSS: das motivações ao trabalho diário**

Após o primeiro contacto telefónico com a direção da PROSAUDESC, finalmente encontrado o destino no percurso que me levou à sua sede provisória e terminadas as apresentações formais, a reunião teve início por volta das dez da manhã do dia 25 de maio de 2010 com uma introdução ao trabalho desenvolvido pela associação. Na sala ampla, o equivalente ao espaço idealmente ocupado por uma loja térrea, encontrava-me eu, a D. Virgínia, o Sr. Cristiano e as duas novas técnicas selecionadas para um ano de estágio através de um programa de contratação temporária do centro de emprego, ambas recentemente licenciadas em assistência social<sup>21</sup>.

---

<sup>21</sup> Cerca de um mês mais tarde uma destas assistentes sociais teve de ser substituída por uma psicóloga, também ela recém-licenciada, com o intuito de assim aumentar a oferta de serviços da PROSAUDESC. A IPSS contara sempre com técnicas formadas em Assistência Social e de preferência com carta de condução para serem capazes

O espaço da sede encontrava-se separado em duas áreas funcionais. Mais perto da entrada, onde nos sentámos, encontrava-se a mesa redonda de reuniões, onde tantas vezes mais tarde me sentei com as técnicas da associação a almoçar, mas também onde as entrevistei formalmente para melhor enquadrar as conversas casuais que tínhamos no dia a dia. Este era também o local onde algumas moradoras se reuniam para coser ao mesmo tempo que rezavam e cantavam tarde dentro, num projeto informal e espontâneo que buscava evitar o isolamento social e providenciar atividades a senhoras doentes apoiadas pela associação. Por outras palavras, os workshops de costura.

Numa área mais privada encontravam-se as quatro secretárias de trabalho: uma por cada técnica social que o Centro de Emprego autorizara contratar, uma terceira mais reservada do público onde acabei por ocupar o meu posto, e de frente para a entrada a secretária da direção onde pontualmente a D. Virgínia ou o Sr. Cristiano se sentavam para responder a pedidos, revitalizar parcerias com uma chamada telefónica, desenhar novos projetos aos quais pretendiam concorrer ou responder às inúmeras solicitações que lhes chegavam por correio eletrónico. Estas visitas concentravam-se ao final do dia e nem sempre coincidiam com o horário das técnicas, que seguia das nove às cinco, visto que tanto a D. Virgínia como o Sr. Cristiano se dedicavam paralelamente a trabalhos a tempo inteiro. No caso deste último, podia também estar a conduzir a carrinha da associação duas tardes por semana para realizar os rastreamentos de saúde em zonas consideradas vulneráveis, com o apoio da Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (APDP). O resto do espaço compunha-se de uma pequena casa de banho, algumas estantes carregadas de dossiers e uma impressora/scanner/fotocopiadora disposta ao lado de um aparelho de fax.

Tendo em conta a importância de que se revestem os documentos para os imigrantes e os afetos contraditórios que estes suscitam - uma vez que estes constituem um elo de ligação ao estado e à condição facilmente transitável de legal para ilegal (Navaro-Yashin, 2007) -, cedo me apercebi do protagonismo de que esta impressora multifunções acabou por se revestir. Poucos foram os dias em que, nos intervalos dos acompanhamentos psicossociais e das visitas

---

de levar os utentes aos diversos compromissos, as quais eram substituídas anualmente no âmbito destes contratos de estágio orientados para a inserção profissional e para o encontro do primeiro emprego. Todavia, devido às necessidades ao nível da saúde mental que a IPSS identificara na população, tornou-se relevante que a equipa fosse multidisciplinar e assim uma das assistentes sociais acabou por ser substituída por uma psicóloga.

a tribunais, SEF, hospitais, delegações da Segurança Social, entre outras incumbências várias, não nos foi pedido que fosse reproduzido digitalmente um documento pessoal para compor os dados de um processo, que fotocopiássemos um passaporte ou auxiliássemos no envio e preparação de documentação para o estrangeiro ou para ser apresentada oficialmente a outra entidade. Uma associação de apoio a imigrantes funciona como local privilegiado para se observar como os documentos se transformam em mercadoria que circula de mãos em mãos e cuja importância transcende o papel em que é impresso. Neste sentido, aquele multifacetado aparelho que nos permitia fotocopiar ou digitalizar as informações básicas - mas ao mesmo tempo determinantes na vida dos utentes, que facilmente por falharem um prazo ou se esquecerem de apresentar alguma informação no SEF passavam de imigrantes legais a ilegais num ápice, com as consequências várias que essa metamorfose implicava - acabou por ocupar um papel determinante na minha investigação e na vida de muitos utentes que passaram pela PROSAUDESC.

As interações subjetivas entre os utentes e os documentos que nos passavam diariamente pelas mãos constituem o que Navaro-Yashin declarou serem “os procedimentos legais e os regulamentos da Europa Central, ou da União Europeia num sentido mais lato, que estimulam afetividades àqueles nas suas margens, as quais não são representadas ou imaginadas em retratos formais da “lei” na Europa.” (2007: 81). A autora, que estudou as cargas afetivas dos documentos numa interpretação que excede a perspetiva construcionista tradicionalmente adotada por outros cientistas sociais e as análises que privilegiam perceber como as subjectividades dos indivíduos se projetam nesses mesmos documentos, procurou focar-se em como estes e outros objetos materiais da lei e do governo são “capazes de carregar, conter ou incitar afetividades quando transacionados ou colocados a uso em redes específicas de relações sociais” (2007: 81).

Embora não seja este o objeto desta tese, é importante salientar como documentos de vários tipos adquiriam importância central na vida dos indivíduos que procuravam apoio na PROSAUDESC e como se relacionavam com eles, uma vez que a sua posição face ao estado se encontrava sempre dependente da manutenção de variada documentação válida, o que era só por si uma ocupação a tempo inteiro nas preocupações diárias dos imigrantes que fui conhecendo. Esta fronteira entre o legal e o ilegal facilmente transponível orienta muito dos esforços de qualquer entidade que se dedique ao trabalho com imigrantes. Este aspeto ressalta

uma das várias modalidades em que os moradores dos Terraços da Ponte interagiam com o estado, nomeadamente através da sua documentação, uma das materialidades que mais produz afetos relacionados com a legalidade e a ilegalidade. Como referiu Navaro-Yashin, “Se os documentos parecem ser mais benignos do que a polícia, acredito que do ponto de vista dos afetos que geram entre aqueles que lidam com eles, especialmente de posições marginais, não o são.” (2007: 83).

Durante a minha estadia na PROSAUDESC foram inúmeros os casos que se tornaram legíveis no dia a dia face à necessidade urgente de obter este ou aquele documento. Determinantes para conseguir um contrato de trabalho que por sua vez seria essencial para garantir uma autorização de permanência ou residência em Portugal, os documentos ganhavam vida própria nos trâmites em que circulavam, carregados de poder e significado. Esta preocupação e ansiedade em conseguir reunir toda a documentação teve o seu clímax quando acompanhámos numa manhã inteira uma utente que nos visitava amiúde, a Adelaide - iletrada, com problemas cognitivos e cardíacos e poucos meios para se deslocar - a uma marcação no SEF no centro de Lisboa. Apesar dos esforços para garantirmos toda a documentação - médica e legal - e do processo ter sido consultado por pelo menos dois funcionários antes da reunião final, mesmo assim este carecia de toda a documentação. Após quatro horas de espera em cadeiras desconfortáveis, das quais nos levantámos apenas algumas vezes para renovar o parquímetro que autorizava o estacionamento da carrinha da associação numa rua próxima, aqueles documentos e a ausência de tudo o que representavam tiveram um impacto tremendo em quem dependia deles.

Este aspeto mais fantasmático e menos racional do estado (Aretxaga, 2005) deve também entrar nas análises antropológicas sobre a imigração e durante esta pesquisa foram evidentes não só o papel central dos documentos em questão (ou em falta) como todos os meios para celebrar a relação entre imigrantes e estado, mesmo que esse meio fosse apenas uma impressora ou um faxe.

Na PROSAUDESC, onde a impressora multifunções - reais e fantasmáticas - ocupava lugar central física e simbolicamente, o resto da decoração da sala era bastante austera e bradava o seu estatuto provisório: o espaço era frio, os objetos não necessários no momento (como cadeiras e mesas) e as doações que temporariamente surgiam empilhavam-se nos cantos à medida que iam chegando, e os dossiers necessitavam de ser novamente etiquetados. A maior

parte dos processos dos utentes encontrava-se arquivada digitalmente na rede partilhada, sendo que a organização administrativa coubera à anterior técnica social.

Dias depois da nossa reunião inicial a anterior estagiária Aurora deslocou-se à associação para nos inteirar dos casos pendentes e de como costumava conduzir as suas tarefas diariamente, já que as novas técnicas deveriam dar-lhe continuidade na sequência do término do seu contrato de estágio. Segundo percebi este processo repetia-se todos os anos apesar do “*feedback*” positivo que esta e outras assistentes sociais recebiam tanto da PROSAUDESC como dos utentes. Esta passagem de testemunho quase que adquiria um carácter de ritual de passagem em que sentimentos contraditórios se debatiam e eram manifestados: infelicidade e frustração por mais um estágio que terminava quando ainda havia tanto por fazer (o trabalho no bairro parecia sempre inacabado e árduo), a par de um sentimento de hospitalidade e esperança depositados nas novas estagiárias que chegavam. Porém, devido às contingências de funcionamento da própria associação, a possibilidade de continuidade era inviabilizada anualmente.

Uma vez que vários processos pela natureza do apoio prestado se revestiam de contornos melindrosos ou mesmo confidenciais que requeriam um trato mais delicado, a anterior técnica deslocou-se aos Terraços da Ponte a pedido da instituição para “passar o testemunho”, tanto às suas substitutas como à direção. O facto dos dirigentes não se encontrarem também a tempo inteiro no local devido aos seus compromissos profissionais, mas também porque da competência dos estágios se exigia que houvesse um acompanhamento psicossocial diário que contrastava com as responsabilidades diretivas, tiveram também peso decisivo na ida da assistente social à associação pouco depois da apresentação formal das novas técnicas.

Na nossa reunião inicial a D. Virgínia apoiou-se numa apresentação em “*Power Point*” criada anteriormente para expor o trabalho da PROSAUDESC durante as comemorações do Dia da Saúde, data coincidente com a celebração dos dez primeiros anos do trabalho da associação. No seguimento de um projeto piloto iniciado na extinta Quinta do Mocho foram contratados mediadores culturais entre os moradores deste bairro, a sua maioria de origem africana, para intervir na área da saúde junto da população.

De acordo com informação vinculada no site da PROSAUDESC<sup>22</sup>, e que complementa as explicações fornecidas pela D. Virgínia durante a sua apresentação, as condições de vida precárias dos antigos moradores da Quinta do Mocho motivaram a promulgação do despacho a 17 de abril de 1997 pelo Conselho de Ministros. Este nomeava e incumbia uma Comissão Interministerial (composta por membros dos Ministérios da Saúde, Educação, do Trabalho e Segurança Social, bem como do ACIDI) a realizar um levantamento das necessidades neste bairro. As questões urgentes conduziram à criação de um grupo de “promotores de saúde”, entre eles técnicos e enfermeiros oriundo dos PALOPs, identificados como “mediadores culturais” pelo seu conhecimento dos hábitos e costumes culturais dos moradores, de maneira a melhor intervir nas situações, como assim foi determinado pelo documento que instituiu este programa.

Quando o período oficial de implementação terminou, esses mesmos promotores viram necessidade de dar continuidade ao trabalho iniciado. O desejo de fornecer serviços contínuos, e não pontuais e excepcionais que lidassem com as referidas questões mais urgentes, motivou a criação de uma Associação de Promotores de Saúde e Desenvolvimento Sócio-Cultural. Nasceu assim a PROSAUDESC em fevereiro de 2000, tendo adquirido o seu estatuto jurídico em abril do mesmo ano.

No artigo publicado pela associação no número temático dedicado à imigração e saúde do OI, intitulado “Juntar as mãos para promover e defender a saúde pública”, a PROSAUDESC expunha sucintamente os seus objetivos essenciais: “a promoção e defesa da saúde pública e a ação social voltada para o “empowerment” das comunidades mais desfavorecidas e vulneráveis.” (Bernardo e Neto, 2007: 189). O foco na necessidade de ajudar a comunidade fragilizada com a qual diariamente lidava e que pretendia fortalecer é transversal aos esforços empregues por outras associações suas congéneres.

As atividades da PROSAUDESC repartiam-se em quatro grandes áreas, as quais lhe dão o nome: saúde, apoio social, ambiente e educação. Apesar do investimento claro na saúde, a associação constituiu o seu objeto social nestes quatro eixos que se entrecruzam, desdobram e materializam nos diversos projetos que coloca em funcionamento com o auxílio do trabalho dos seus sócios, técnicas sociais, voluntários e parceiros.

---

<sup>22</sup> Informação consultada no sítio <http://www.prosaudesc.pt/>, acedido em dezembro de 2016.

Tendo em conta o contexto da sua emergência – um bairro degradado com ambiente insalubre por falta de saneamento básico, água canalizada e eletricidade, nem condições para garantir uma boa higiene urbana – a ação da PROSAUDESC focalizou-se na Educação para a Saúde, informação e sensibilização dos moradores para a prevenção primária, a higiene doméstica e a preservação de um ambiente saudável dentro e fora de casa. (2007:189)

As iniciativas neste âmbito desdobram-se em debates, palestras, workshops, jornadas e seminários. Dinamizando continuamente parcerias e concorrendo a projetos que visam financiar as suas atividades, a IPSS tem conseguido estabelecer-se como entidade de referência nos bairros aos quais dá apoio, direta ou indiretamente. Entre 2007 e 2008 a associação instituiu o programa “Informações Saudáveis” orientado para a promoção de informação sobre as condições de acesso ao Serviço Nacional de Saúde (SNS) junto daqueles que procuram imigrar para Portugal. O objetivo último prendia-se com a criação de uma rede de apoio envolvendo consulados, estruturas governamentais, ONGs e hospitais para que a informação fosse comunicada mais eficazmente aos potenciais interessados. Como resultado foram realizados os “Encontros de Profissionais de Saúde da Diáspora Angolana em Portugal” com o objetivo de desenhar propostas de trabalho concretas nos dois países, sempre com o apoio financeiro e material dos parceiros.

Concomitantemente a este esforço no âmbito da educação para a saúde, a PROSAUDESC intervinha ativamente junto da comunidade jovem do bairro, promovendo campanhas de sensibilização para a prevenção do VIH/SIDA em parceria com a Liga Portuguesa Contra a Sida. Desde 2004 que a associação geria o Projeto Esperança do Programa Escolhas, tendo-se tornado também membro da Plataforma Portuguesa das Organizações Não-Governamentais para o Desenvolvimento.

De acordo com informação vinculada no site da IPSS, o principal impacto ao nível da comunidade prendia-se com a diminuição dos obstáculos no acesso ao SNS, auxiliando os seus utentes na obtenção da documentação necessária, na marcação de consultas e na deslocação às mesmas. Privilegiando os cuidados de saúde primários, a associação apoiava-se na sua unidade móvel de saúde para promover não só os serviços acima identificados, mas também para prestar cuidados de enfermagem, rastreios e na divulgação de informação necessária vocacionada para a prevenção. Nos casos em que a intervenção ultrapassasse o seu campo de ação, a PROSAUDESC viabilizava os encaminhamentos necessários para parceiros ou para os serviços adequados.

Para além das diversas atividades realizadas com a comunidade na área da saúde, a IPSS também promovia dinamização sócio-cultural e ambiental. Entre as suas várias iniciativas contavam-se o projeto “Lixo no Caixote” (2000/1), financiado pelo Programa Saúde XXI, focado na prevenção de hábitos e estilos de vida saudáveis entre comunidades africanas em fase de realojamento. Este projeto, cuja vertente mais marcante se prendeu com o trabalho pedagógico junto de crianças, promoveu também a limpeza dos lotes e atualmente sobrevive ainda no clube de jovens moradores encarregues de preservar e conservar o ambiente.

Na mesma medida, a PROSAUDESC também se responsabiliza pela organização de datas temáticas e religiosas: o Dia do Bairro, a Festa da Nossa Senhora da Nazaré, entre outros. Para o primeiro foi criado um hino do bairro pelas igrejas locais e que é cantado nessa celebração onde todas as comunidades participam com bancas onde vendem comida e artesanato local. Decorre geralmente no último domingo de setembro, enquanto que a Festa da Nossa Senhora da Nazaré se realiza no início do mesmo mês e corresponde a uma celebração santomense de carácter religioso. As mulheres vestem os trajes tradicionais e passam a noite em claro a confeccionar a comida para a festa. Abundam as iguarias da gastronomia santomense, como calulu, cuscuz e iza quente, mas outras comunidades trazem também pratos típicos dos seus países que partilham no almoço realizado “trás da igreja”.

Embora a festa siga um protocolo semelhante ao do país de origem, cá foram introduzidas algumas variáveis: começa-se cedo às nove da manhã com rastreios ao colesterol e diabetes, aos quais se seguem a missa campal, a procissão de velas, o almoço tradicional e atividades culturais e recreativas. A PROSAUDESC, sendo a associação santomense com mais destaque no bairro, divulga e mantém vivas não só as tradições em contexto migratório, como cumpre com os objetivos da instituição: promoção da saúde e desenvolvimento sociocultural. Depois do momento religioso e da refeição comunitária, iniciam-se as atividades profanas, nomeadamente a festa com música e danças. Atuam artistas convidados pela associação, os quais muitas vezes vêm de São Tomé privilegiando da rede de contactos do Sr. Cristiano. Estilistas africanos aproveitam a oportunidade para confeccionar vestuário com tecidos tradicionais santomenses, os quais são desfilados no palco por moradores do bairro de todas as idades. O Sr. Cristiano tem várias fotos do evento que me mostrou com orgulho referentes a um dos anos em que não participei na festa. Alguns grupos de jovens interpretam as danças dos seus países e outros cantam e passam música mais moderna, embora também se verifique

um grande investimento nas danças e músicas tradicionais que agradam especialmente aos mais velhos. À volta do palco reúne-se um grupo procurando um melhor ângulo de visão para assistir aos artistas a atuar. Perto do palco sentam-se os convidados mais “ilustres” em cadeiras dispostas pela organização (houve um ano em que me sentei nesse mesmo local junto do padre do bairro e da assistente da vereadora, mas no segundo tal era a afluência de “VIPs”, não consegui um lugar privilegiado) e abre-se um espaço para que as pessoas possam dançar.

A interação entre PROSAUDESC e o poder local sempre foi contínua e próxima. Em parceria com a CML e o IEFP, entre 2003 e 2005 a associação organizou cursos de formação de ajudantes domiciliárias. Entre as candidatas encontravam-se mulheres moradoras no bairro em situação de desemprego ou beneficiando do RSI, cuja formação de dezasseis meses focada no apoio a doentes acamados, deficientes motores e portadores de VIH/SIDA e suas famílias, permitiu a sua reintrodução no mercado de trabalho, nomeadamente nas instituições onde estagiaram e na PROSAUDESC.

Orientada para o cuidado dos outros, a PROSAUDESC justificava a sua existência na diminuição do sofrimento de indivíduos carenciados e marginalizados, focando-se primeiramente nos “doentes de Junta Médica”<sup>23</sup>. A identificação da falta de apoios dos estados envolvidos nos acordos de cooperação aos doentes que se deslocam a Portugal para cuidados de saúde conduziu a associação à criação de um dos seus projetos pioneiros, “Dar a Mão”<sup>24</sup>.

---

<sup>23</sup> Encontram-se em vigor Acordos de Cooperação Internacional celebrados entre Portugal e os PALOP, cuja existência se fundamenta nos “laços históricos, culturais, sociais e económicos” que unem estas comunidades. Com base em Programas Indicativos de Cooperação trienais, os Planos de Ação de Cooperação que os executam promovem a assistência médica em Portugal de cidadãos africanos de língua oficial portuguesa: internamento hospitalar, assistência em ambulatório, acesso a meios de diagnóstico terapêuticos e de transporte em ambulância do aeroporto para o hospital. Por outro lado, os países africanos envolvidos nestes acordos comprometem-se a garantir o transporte de ida e volta para o local de origem, alojamento a doentes não internados, medicamentos, funerais e repatriamentos de corpos e a fornecer próteses quando necessárias. Informação consultada no site <http://www.dgs.pt>, acedido a 23 de dezembro de 2016.

<sup>24</sup> Henriques (2012) identifica alguns dos principais obstáculos presentes na realidade dos doentes que procuram assistência médica em Portugal. Após efetuar um levantamento exaustivo de investigações sobre imigração e saúde, a autora verifica a ausência de estudos sobre os doentes de Junta Médica, ao mesmo tempo que se propõe refletir na aparente contradição presente na vida dos pacientes que entrevista nas salas de espera e corredores do Hospital Dona Estefânia, nomeadamente, a inexistência de condições básicas de sobrevivência em Portugal, o que, paradoxalmente, também não os faz desejar regressar rapidamente ao país de origem. Identifica assim quatro

Este projeto orienta-se para a formação pessoal e social, bem como para a dinamização de atividades lúdicas no combate ao isolamento e exclusão social destes utentes. O foco nos doentes de Junta Médica foi sendo progressivamente deslocado para imigrantes ilegais e outros moradores do bairro que careciam de apoio semelhante aos primeiros. Para além do apoio psicológico e social (para o qual as técnicas são contratadas), muitos utentes beneficiam de alimentos, roupa, brinquedos, utilidades domésticas, medicamentos ou passe social. Oficialmente também são auxiliados na marcação e transporte para consultas, nos contactos com as entidades oficiais que permitam desbloquear situações burocráticas ou encaminhados para os parceiros da PROSAUDESC que melhor poderão auxiliá-los. O Projeto Dar a Mão beneficiou de apoio financeiro de diferentes entidades, como a Fundação Calouste Gulbenkian, ACIDI e a Fundação EDP.

O trabalho da PROSAUDESC tem sido anualmente participado financeiramente pelo ACIDI, embora existam acordos celebrados com outras entidades e fundações. Por exemplo, através do protocolo realizado com a APDP, a PROSAUDESC garantiu uma carrinha que duas tardes por semana realiza os rastreios em bairros sociais de Lisboa e Loures, com o apoio de uma enfermeira designada pela associação parceira. Estes “promotores de saúde”, como se autointitulam os membros da PROSAUDESC que transitaram do projeto na Quinta do Mocho, ainda hoje mantêm um programa centrado na proximidade através de rastreios junto de populações consideradas vulneráveis, tanto por eles como pelos programas que os financiam. Diariamente a associação realiza atendimentos de casos pontuais na sede,

---

dos principais obstáculos vividos por estes indivíduos: a dificuldade no processo de seleção dos doentes a evacuar, o tempo de espera no país de origem e questões de financiamento da viagem propriamente dita. À chegada as condições são particularmente difíceis, os apoios das embaixadas escassos e as condições de habitabilidade precárias. Consequentemente, muitos destes indivíduos necessitam de contar com o apoio de amigos e familiares já estabelecidos em Portugal, os quais lhes garantem os cuidados necessários, uma vez que a sua situação legal excecional não lhes permite trabalhar, quer sejam doentes a receber tratamento médico ou acompanhantes. O artigo conclui referindo o papel que as associações de imigrantes desempenham no suprimento destas lacunas e de outras. Em concertação com entidades públicas como o ACIDI, que no âmbito do Plano de Integração de Imigrantes realiza parcerias com instituições várias, são aprovados projetos como é o caso do “Dar a Mão”, mas também do Programa de Apoio a Doentes Estrangeiros. Existe também a possibilidade de alguns pacientes se estabelecerem em Portugal com uma autorização de residência nos termos da alínea g) do art. 122 da Lei 23/2007; por outras palavras, isenta o indivíduo de requerer um visto para residir em território português, visto que o retorno poria em risco a sua saúde.

articulando com outros órgãos e entidades presentes na área, auxiliando ao nível da intervenção e mediação, especialmente em questões de habitação e emprego.

No final da apresentação da missão, objetivos e projetos passados e em curso da PROSAUDESC, tanto eu como as técnicas fomos formal e pessoalmente apresentadas aos funcionários da Câmara a trabalhar no bairro. Na tarde do meu primeiro dia na PROSAUDESC, eu e uma das assistentes sociais, a Carla, fomos ao ISCTE-IUL assistir à apresentação de um estudo sobre refugiados. Esta atividade incluía-se no que a PROSAUDESC considera ser uma prática comum (as “saídas”), as quais promovem o encontro da associação com a comunidade (científica, leia-se neste caso, mas também nouro tipo de atividades externas).

### **3.3 Saúde e desenvolvimento: uma perspetiva histórica e antropológica**

Como Keshavjee (2014) afirmou na sua etnografia focada numa ONG cuja principal missão se prendeu com o apoio ao povo afegão em medicamentos e alimentos após décadas de conflito, o objetivo do etnógrafo a trabalhar junto de uma organização deste cariz não se prende com a emissão de julgamentos nem com a diminuição do valor ou da validade dos esforços empregues pelas associações que atuam em condições complexas. O objetivo do investigador, esse sim, implica perceber como as necessidades urgentes acabam enquadradas em objetivos maiores com motivações económicas (e morais), infiltrando-se assim nos programas de desenvolvimento no terreno. “Estas forças não são sempre más: frequentemente tomam a forma de indivíduos bem-intencionados, organizações bem-intencionadas, caridades, grupos religiosos e grupos solidários. Muitas vezes as decisões são tomadas por razões meramente pragmáticas.” (2014: 82), afirmou o autor. Porém, analisar as forças que atuam por detrás destas decisões ajuda a perceber como um discurso se assume como dominante e também como lógicas de “mercado se tornam o nivelador de todas as coisas sociais e morais” (2014: 279).

O interesse que estas dinâmicas poderão ter na formação dos recipientes de cuidados de saúde conduziu Keshavjee a uma análise histórica das condições económicas que as produziram. Analisando como as teorias dos prémios Nobel Milton Friedman e de Friedrich von Hayek influenciaram o pensamento económico mundial, Keshavjee percebeu como estas

definiram e influenciaram determinantemente a vida política. Os autores defenderam que a democracia só seria possível de alcançar quando o mercado fosse livre de maneira a permitir que os atores económicos agissem racionalmente, como se esperava que o fizessem, pelo que a interferência do estado na economia era desprezada e equiparada ao socialismo e totalitarismo que marcaram o conflito da 2ª Guerra Mundial. Esta teoria situava-se em oposição direta ao pensamento do economista John Maynard Keynes, o qual defendeu a importância da interferência do estado na estabilização económica de maneira a alcançar os objetivos comuns determinantes em sociedade. A eficácia do mercado e a relevância do consumo individual conduziu à privatização de bens do estado, uma vez que estes passaram a ser entendidos como sendo capazes de se autorregular. Os indivíduos, vistos agora enquanto seres racionais capazes de escolhas ponderadas, indiretamente influenciariam as leis da oferta e da procura, conduzindo assim a um equilíbrio ótimo entre ambas as forças, de acordo com as teorias económicas defendidas por Friedman e von Hayek.

Baseando-se no conhecimento dos paradigmas económicos apresentados, Keshavjee analisou em detalhe as condições históricas que permitiram a materialização deste pensamento em leis que moldaram o mundo de acordo com as premissas neoliberais. Apoiando-se na teoria da mudança social de Gramsci - na qual o filósofo defendeu que as mudanças no campo económico só se tornam eficazes e efetivas mediante a transformação da dimensão psicológica (nomeadamente, alterações nas rotinas, o seu impacto nas publicações de jornais, universidades, etc.), naturalizando-as na ordem social - Keshavjee refletiu no papel protagonista que a Sociedade de Mont Pèlerin<sup>25</sup> teve na implementação destes princípios neoliberais. Esta ideologia envolveu a disseminação dos valores de mercado a todas as instituições e imiscuiu-se na ação social, influenciando a arquitetura dos ajustamentos estruturais adotados a partir da década de oitenta pelo Banco Mundial e por outras estruturas

---

<sup>25</sup> Esta sociedade foi fundada numa estância na Suíça onde se encontravam os dois prémios Nobel acima citados juntamente com cerca de trinta políticos e intelectuais. Estes membros reuniram-se em abril de 1947 no rescaldo da Segunda Guerra Mundial, numa altura em que se refletia sobre o rescaldo do conflito. Procuravam defender e debater os valores ocidentais que, acreditavam, se encontravam em declínio. Urgia protegê-los e para alcançar tal efeito definiu-se rigorosamente o papel que o estado deveria ter na intervenção económica. Ou seja, o mínimo possível, deixando que o mercado se tornasse o principal protagonista. A sociedade foi assim organizada de acordo com os princípios neoliberais que sustentavam o projeto político, social e económico defendidos pelos membros deste encontro.

de poder, as quais, por sua vez, influenciaram as instituições criadas após o conflito bélico.

Citando Ong, Keshavjee afirma que o neoliberalismo pode redefinir as relações entre cidadão e estado, organizando os indivíduos de acordo com a sua capacidade de participar no mercado. A rentabilidade de cada indivíduo, despido da sua dimensão moral, torna-se num dos princípios organizadores desta ideologia. Esta produção de sujeitos, de formas de cidadania e de comportamentos reformula a organização social, um princípio avançado pelo filósofo Michel Foucault nas suas palestras no Collège de France. A institucionalização das normas e das regulações conduzem a alterações na conduta dos sujeitos. O estado controla e dirige os indivíduos sem ser responsável por estes - o mercado e as suas escolhas tomam aqui o protagonismo. Esta crença na racionalidade dos indivíduos estende-se a todas as decisões, desde o que consomem ao tipo de cuidados de saúde que adotam.

O FMI adotou esta ideologia e, na distribuição de fundos para recuperar economias nacionais falidas, como foi o caso português já por duas vezes, obrigou os países a introduzir também a mesma racionalidade na repartição do capital que lhes foi atribuído pelos diferentes programas apoiados pela instituição. A ideia de que os cuidados de saúde, para serem sustentáveis, teriam de ser vendidos como comodidades ou mercadorias, e que mesmo os indivíduos mais pobres teriam de ser responsáveis financeiramente pelos que adquiriam (de maneira a não abusarem também dos seus direitos), infiltrou-se por todo o mundo, especialmente em locais que requereram ajuda estrutural. Fazer com que os pobres gerissem a sua doença, não abusassem dos serviços públicos e pagassem pela sua saúde, cedo se tornou numa norma difundida por muitos países, especialmente entre aqueles que dependeram da ajuda financeira destas instituições mundiais.

Baseando-se na premissa que a saúde gera riqueza, o compromisso moral com a primeira intensificou-se nos programas do pós Segunda Guerra Mundial onde o mundo, sob a égide dos EUA e em vésperas da Guerra Fria, era fortemente influenciado pela hegemonia deste país tanto a nível económico como institucional. Então acreditava-se que o planeta podia ser dividido em módulos e que soluções técnicas poderiam ser aplicadas para resolver problemas complexos. A importância de alcançar objetivos tangíveis e de medir os indicadores de progresso moldaram a maneira de aplicar no terreno a visão da ONU. Este mundo, agora tornado legível através de estatísticas e de quantificações, viu-se alvo de programas inspirados numa racionalidade técnica que o dividiu em desenvolvido e subdesenvolvido. Os responsáveis

por estas ingerências preocuparam-se apenas em ler os números e desprezaram as diferenças locais. A pobreza, apontada como causa para o subdesenvolvimento impedia os países de serem considerados modernos, e os países pobres foram reunidos em grupos que permitissem que as grandes instituições os gerissem mais eficazmente (Basilico *et al.*, 2013).

Diferentes programas foram implementados na segunda metade do século XX - Plano Marshall, “*The Basic Needs Approach*”, “*Primary Health Care Movement*”, “*Selective Primary Health Care*”... - os quais, articulados com os apoios financeiros do Banco Mundial que procuravam promover estabilidade através de empréstimos com a contrapartida de ajustes estruturais, originaram um foco na saúde tão redutor como o DALY (“*Disability Adjusted Life Years*” ou Anos de Vida Ajustados para a Incapacidade), o qual define a carga global da doença. Por outras palavras, esta métrica calcula os efeitos da doença na qualidade de vida dos indivíduos e das populações, bem como a perda da sua produtividade. Aqui a moeda prevalecente é a do valor económico dos indivíduos, criando uma desumanização do direito à saúde e uma distribuição dos recursos de acordo com a importância dos indivíduos na economia global.

De acordo com Biehl e Petryna (2013) a saúde enquanto valor essencial para o desenvolvimento tornou-se assim uma prerrogativa a partir do ano 2000 quando as Nações Unidas estabeleceram os seus objetivos para o desenvolvimento. Esta reordenação veio substituir a tendência do século anterior em que os planos eram implementados pelos estados-nação articulados com a OMS e estabeleceram novas formas de colaboração entre os diferentes intervenientes. A partir do momento em que a ONU tomou o protagonismo foram estabelecidas cooperações e articulações públicas e privadas entre diversas entidades para alcançar os referidos objetivos. Nos últimos anos estas parcerias têm vindo a crescer e a moldar as intervenções de saúde sob a égide do humanitarismo, do desenvolvimento e da segurança.

Com o intuito de analisar as implicações destas decisões em ação, Keshavjee investigou a atuação de uma ONG sob a tutela da Fundação Aga Khan na província afegã de Badakshan<sup>26</sup>.

---

<sup>26</sup> O programa introduzido no Badakshan pela ONG que procurava fornecer medicação a uma população malnutrida inspirou-se num projeto conhecido por Iniciativa Bamako. Este remonta a 1987, quando os representantes da UNICEF e da OMS se reuniram em Bamako, no Mali, com os ministros da saúde africanos cujos países se encontravam em crise financeira. Estes foram encorajados, apesar da sua situação já bastante precária, a aderir a um pacote de cuidados de saúde para os pobres em que o consumidor pagaria por esses mesmos cuidados quando se encontrasse doente. O objetivo seria recuperar os custos e financiar os cuidados de saúde

Destruída por uma série de conflitos militares, as populações desta localidade encontravam-se sem acesso a cuidados de saúde e a bens essenciais quando a organização iniciou o seu trabalho. Depois do colapso da antiga União Soviética em 1991, os serviços de saúde públicos que chegavam ao Afeganistão, apesar de não serem perfeitos, desapareceram por completo. O hiato causado pelo fim do socialismo e as necessidades urgentes desta população motivaram a chegada de organizações como esta tanto ao Badakshan como a outros locais. Nestes locais limítrofes estas ONGs substituíram o estado providenciando bens essenciais e cuidados de saúde a uma população bastante fragilizada pela guerra, pobreza e doenças. Como afirma Keshavjee, “as ONGS transformaram-se nos veículos preferidos para a provisão de serviços, o que os especialistas do desenvolvimento Edwards e Hulme referem como sendo “substitutos deliberados do estado” (2014: 267).

Para além dos cuidados de saúde Keshavjee verificou que existia outro motivo por detrás da missão destas organizações: uma mudança de mentalidades no acesso aos cuidados de saúde. O autor verificou existir uma relação entre a propagação das ONGs e uma nova agenda económica e política. Influenciadas pela lógica neoliberal que equipara a participação no mercado a uma prática democrática e que defende que os interesses privados funcionariam melhor na oferta de serviços sociais, estas organizações servem de instrumento na obtenção destes resultados. Os pilares dos planos de atuação destas ONGs financiadas por doações internacionais concentram-se em torno da necessidade de instaurar taxas de utilização que garantam a sustentabilidade dos serviços e que transformam os pacientes em consumidores. Por outro lado, o facto destas ONGs atuarem de uma posição supraestatal permite que alguns observadores afirmem que conseguem ser mais eficazes a alcançar as populações vulneráveis, como Keshavjee observou através da sua investigação. Todavia, os donativos dos quais dependem e que financiam os planos aplicados no terreno retiram a componente democrática ao fornecimento dos seus serviços, funcionando como jugos - conscientes ou não - da mentalidade que se procura difundir. As ONGs aproximam-se assim mais da ideologia dos dadores do que das necessidades das comunidades que servem. A emergência desta nova lógica, a qual se impõe como ideologia dominante, permite que as práticas sejam codificadas

---

através da participação de todos. Estes programas seriam assim considerados sustentáveis e, apesar dos resultados não terem sido os mais famosos, acabaram replicados em vários países em situações económicas semelhantes, desprezando as suas diferenças locais.

através dos projetos suportados financeiramente. Para o antropólogo esta mentalidade torna-se irresistível em parte por ser invisível tanto aos recetores como aos mediadores, os quais, mesmo bem-intencionados, desconhecem os motivos impulsionadores destes programas. Por outro lado, devido a um exercício já conhecido de governamentalidade que tem como objetivo último a produção de sujeitos, são formados os cidadãos e as instituições que os servem.

Influenciado por Ferguson (1994), um dos principais investigadores do desenvolvimento em Antropologia, Keshavjee propõe-se assim analisar as falhas e os insucessos destes programas, os que chama de seus efeitos colaterais ou “cegueira programada”. No caso do Badakshan o antropólogo verificou que o insucesso do programa implementado, mais especificamente, a ineficácia dos medicamentos chegarem aos pacientes que deles necessitam, pode ser visto como um sucesso ideológico para um doador: a penetração do pensamento neoliberal num contexto remoto, o qual subverte assim a relação dos indivíduos com o estado. Para Keshavjee é esse o verdadeiro objetivo destas iniciativas, as quais visam aplicar globalmente uma retórica que visa impor-se como discurso dominante, anulando todos os outros possíveis e uma multiplicidade de vozes.

Com as ONGs a funcionar como mecanismos de transplante, nenhum local é tão remoto que não possa cair sob o alcance ideológico neoliberal ou sentir o seu impacto. (...). Em várias maneiras, o discurso do desenvolvimento internacional - rigorosamente ligado à ideologia do neoliberalismo na última parte do século XX - está na vanguarda da globalização. E com isso chega uma mudança cognitiva significativa que está a ser formada primeiramente por um contexto mais lato de certos sistemas de valores, crenças, aspirações que procuram manter uma determinada ordem mundial. É na transformação do sistema de valores - na calibragem do mundo moral e dos enquadramentos éticos que o governam, que os pacientes se tornam consumidores e os mercados os distribuidores de bens sociais - que as subtilezas do discurso neoliberal têm o maior impacto no Badakshan. (Keshavjee, 2014: 250-251)

Será relevante inaugurar aqui algum espaço de debate crítico sobre o neoliberalismo. Apesar das inúmeras falências já apontadas a este sistema económico e enumeradas também as diversas maneiras evasivas em que se imiscui, moldando as subjetividades, não é aceite sem reservas nem todas as suas potencialidades podem ser consideradas apenas pelo seu lado negativo.

Ferguson (2009), antropólogo que se destacou pela sua investigação sobre desenvolvimento e as implicações do neoliberalismo no sul do continente africano, alertou

recentemente para os perigos de uma leitura muito rígida dos riscos desta ideologia. Os seus trabalhos recentes analisam os programas de apoio social instaurados em países onde estes se encontram nas mãos de grandes organizações, como por exemplo a Gates Foundation, responsáveis por programas de intervenção em locais onde os estados estão tão fragilizados que se substituem totalmente a estes no que à distribuição de subsídios sociais diz respeito (Ferguson, 2010). Conclui assim que uma leitura desta situação que o equipara a novas formas de imperialismo ou o condena por destruir cegamente a soberania dos governos africanos não é de todo construtiva. Ferguson apela a que a reflexão antropológica discorra para além da dicotomia trabalhador/estado-nação ou mesmo que não se posicione sempre contra práticas neoliberais, as quais esta procura incessantemente denunciar.

Para Ferguson o neoliberalismo surge frequentemente nas discussões académicas através da inclusão de alguns elementos:

a valorização da iniciativa privada e a desconfiança face ao estado, a par do que por vezes é chamado de “fetichismo do mercado-livre” e uma advocacia da eliminação de taxas, desregulação da moeda, e o desenvolvimento de “modelos de iniciativa” que permitiriam que o próprio estado fosse “gerido como um negócio” (2010:170).

O antropólogo propõe que se façam leituras mais aprofundadas de um fenómeno tão complexo como este. Para Ferguson uma análise do neoliberalismo que se alinhe com a ideia de que este se equipara a uma força exterior que irrompe sobre os modos de vida locais, destruindo-os, ou que a iguale a uma espécie de racionalidade que através de mecanismos específicos governamentais se dedica unicamente à produção de sujeitos, é extremamente redutora. Nesse sentido o autor apresenta o exemplo por si estudado em África, em que os pacotes de ajuda estrutural conduziram estes estados fragilizados a alterações económicas, mas não necessariamente à produção de sujeitos no sentido foucaultiano que autores, como por exemplo Rose (1999), utilizam.

Ferguson transporta o seu argumento para a temática do rendimento básico, o qual desvirtua os argumentos da direita política, baseados na premissa de que subsídios sociais criam obrigatoriamente dependência do estado. A narrativa que apoia esta iniciativa baseia-se no princípio de que tornar acessível este subsídio a todos permitirá que os pobres se transformem em verdadeiros sujeitos neoliberais, empreendedores, e em que a renda lhes

permita tomar riscos. Por exemplo, os defensores do rendimento básico afirmam que o serviço social sul africano propaga julgamentos morais acerca dos pobres não merecedores dos apoios concedidos, exigindo em troca que estes sejam policiados e inseridos nas normas sociais, estigmatizando-os. O rendimento básico seria, por outro lado, entregue a todos, não discriminando, não emitindo julgamentos de valor, não escrutinando as motivações pelas quais cada um concorre, nem orientando sobre como esse capital deveria ser investido. Estes defensores são da opinião de que quem recebe estes subsídios sabe melhor do que um burocrata como gastá-los e por isso fá-lo em consciência. O estado deixaria assim de ter de dar a mão porque cada um seria capaz de melhor se ajudar a si próprio.

Por outro lado, estes subsídios não seriam também utilizados como suporte para alturas em que os indivíduos mais necessitassem, nomeadamente quando se vissem desempregados. Pelo contrário, o rendimento básico é visto como uma condição normal num mundo onde o emprego como o conhecíamos deixou de ser uma realidade. Marcado por uma extrema flexibilidade e precariedade, o rendimento básico permitiria suprir as carências que estas situações provocam e que, aparentemente, não são temporárias. Estes apoios serviriam para impulsionar a produtividade e empreendedorismo dos indivíduos, orientados para as reais necessidades de quem mais deles precisa e desmistificando a ideia do “neoliberalismo que adoramos odiar” (2010: 178).

Ferguson nota ainda que estes exemplos não são necessariamente bons nem maus, uma vez que todos requerem situações de não intervenção do mercado, mesmo que servindo fins positivos para os pobres, mas também em que o estado intervenha como distribuidor de rendimentos. Ferguson afirma que a relação entre política e economia pode ser mais polimórfica do que as ciências sociais a têm colocado, e que o neoliberalismo interage com as normas locais de maneiras mais frutuosas do que apenas destruindo-as à sua passagem.

Por outro lado, Han (2012) procurou perceber como no rescaldo da reconstrução do Chile após a ditadura de Pinochet são organizadas as relações no quotidiano. A investigação de Han concentrou-se no bairro pobre de La Pincoya na periferia urbana de Santiago do Chile. Quando nos anos noventa se começou a transição para um regime democrático, o novo projeto de estado manteve a ideologia neoliberal aplicada ao mercado, mas assumiu uma dívida face à sociedade, esperando recuperar socialmente um país destruído por quase vinte anos de uma ditadura violenta marcada por desaparecimentos sucessivos dos opositores do poder. O estado

assumiu-se assim como devedor dos pobres, os quais foram os mais atacados pelas desigualdades criadas pelo regime ditatorial. Procurou-se assim expandir os programas contra a pobreza e fazer um investimento na recuperação da imagem face às sucessivas violações de direitos humanos. Tornou-se essencial no alcance destes objetivos uma reconciliação com o passado da nação, produzindo-se assim novas subjetividades políticas e morais.

Han verificou durante a sua pesquisa que os valores neoliberais acima identificados circulavam livremente, alguns deles mais facilmente assimilados por alguns dos moradores de La Pincoya, outros menos devido ao seu passado de oposição ditatorial. Porém, devido à pobreza e ao acesso facilitado ao crédito, muitos destes opositores contraíam dívidas sucessivas, em parte para melhorar a sua condição de vida, mas também para ajudar parentes ou vizinhos. O crédito transformou-se assim numa ferramenta empregue no cuidado do outro. Os atos de bondade (por exemplo, ajudar um parente a pagar uma hipoteca em atraso) demonstram como os valores de mercado neoliberais não se limitam a desfragmentar famílias. Han verificou que em alguns casos o crédito servia mesmo para comprar tempo para cuidar daqueles que padeciam de doenças mentais. O cuidado saía assim reforçado, no contexto familiar, devido ao acesso a estas estratégias de mercado.

Han procurou assim perceber como é que estas iniciativas são experimentadas pelo sujeito, questionando-se como é que estes projetos se refratam no quotidiano. Serão estas políticas assim tão taxativas e definidoras do seu dia a dia? O cuidado é analisado pela antropóloga enquanto problema no quotidiano, não como categoria com fronteiras definidas e que se encontra relacionado com diferentes instituições. A dimensão moral foi entendida não enquanto julgamento, mas sim analisando como se encontra implicado com os outros. No caso do Chile, Han encontrou as mesmas tecnologias disciplinadoras e uma produção de sujeitos/cidadãos que se pretende que se autorregulem e se autonomizem do apoio do estado. Os pobres são vistos como estando em permanente dívida e destinados a cumprir com esse pagamento - que mais do que uma dívida financeira, é moral - observando os pressupostos estabelecidos.

Para Han o sujeito encontra-se enredado em múltiplos modos de relacionalidade que se encontram também eles emaranhados nas dificuldades económicas e nos padrões de trabalho precários. Por exemplo, e descartando teorias recentes em Antropologia que apontam o dedo ao papel desfragmentador das relações familiares devido ao uso de antidepressivos, Han

verificou que em La Pincoya a circulação destes medicamentos através de redes informais segue as redes de crédito e da precariedade laboral. Estes medicamentos são utilizados esporadicamente para tratar ou amenizar alterações somáticas decorrentes da interseção entre a escassez económica e as configurações afetivas dos lares. A sua circulação efetiva-se nos “modos de cuidado, mas também de negligência e violência que emergem das inter-relações e disjunções dos programas estatais, da procura dos mercados, e das relações íntimas” (Han, 2012: 205). Criticando Biehl (2005), quando o antropólogo afirma que os psicofármacos são utilizados numa lógica de deixar viver ou deixar morrer no meio doméstico e que funcionam como extensões neoliberais, para Han diferentes indivíduos recebem os medicamentos de maneiras diferentes, ganhando força e dinâmica em configurações singulares. Por exemplo, no caso de Gladys e Jorge, dois dos moradores de La Pincoya, os psicofármacos funcionavam como uma força vital à qual recorriam em momentos críticos. Quando adquiridos, muitas vezes através de crédito, nem sempre são todos consumidos pelo casal, sendo partilhados com amigos e familiares que também deles precisam. Os psicofármacos, neste contexto, funcionam como meios de cuidar dos outros, reforçando também as relações entre os indivíduos.

Han conclui que os laços de parentesco são mais fortes que a unidade familiar em La Pincoya. As relações são vividas consoante os graus de intensidade e não necessariamente numa base de tudo ou nada de presença e ausência. Para Han a etnografia foi fulcral no esclarecimento dos arranjos institucionais específicos do estado e do mercado para perceber como estes são vividos através dos modos relacionais, intensificando sentimentos de obrigação ou tornando essas relações insuportáveis. Os programas anti-pobreza, os quais assentam na noção do indivíduo como estando ligado a uma família que o ajuda a recuperar a dignidade perdida, procuram uma moralização constante em que o papel da mãe é apontado como o responsável pelo bem-estar dos seus membros e a culpa recai na família que não consegue controlar os comportamentos desviantes de um dos seus membros.

A este constrangimento, intensificado por pressões económicas, se assumirmos que apenas o mercado determina as respostas das famílias a estes cenários, então a conclusão recai na lógica do abandono e a vida do dia a dia torna-se insuportável. Han assume que a possibilidade do desligamento e da fragmentação dos laços está sempre presente, porém defende que estes não se estabelecem numa base radical e fragmentária. As relações estão sempre a atualizar-se e a fracassar. Quando se ativa apenas a dicotomia individualismo

“*versus*” relações sociais na compreensão destes fenómenos, acabamos com um quadro extremamente redutor que a etnografia dilacera, mostrando as múltiplas relações possíveis, bem como as suas mudanças no tempo.

### **3.4 Cuidado, moral e humanitarismo: perspetivas críticas e alternativas**

Em resposta e contrastando com o cenário niilista do consumo de serviços de saúde avançada por Keshavjee, Kleinman (2009) destaca a importância do cuidado no bom funcionamento das políticas de saúde global. Este cuidado refere-se a uma atenção mais emotiva, solidária e moral com os pacientes e contrasta com a atuação mecânica e centrada numa lógica financeira que tem dominado a medicina nos últimos anos. É também baseado no princípio da reciprocidade: o médico ganha e aprende igualmente no encontro com o paciente e sua família. Kleinman, baseando-se na filosofia chinesa que atesta que os homens não nascem completamente humanos, afirma:

o cuidado é também uma prática moral explícita. É a prática empática da imaginação, responsabilidade, testemunho e solidariedade com aqueles que mais necessitam. É uma prática moral que cria cuidadores, e às vezes também quem dele necessita, mais presente e, portanto, integralmente humana. (2009: 293)

Do ponto de vista médico, noutro artigo o mesmo autor (2012) lamenta que as faculdades ensinem atualmente apenas aos seus alunos os aspetos técnicos e que lhes transmitam conhecimento biomédico sem considerar outros aspetos biopsicossociais do corpo e do sofrimento. Para Kleinman a dimensão moral do cuidado acrescenta ao invés de retirar valor ao trabalho dos seus colegas de profissão. Essa componente - o reconhecimento do sofrimento alheio, a empatia, a escuta ativa, o engajamento e a presença - corresponde assim a uma experiência interpessoal e relacional que encontra eco tanto nas preocupações do cuidador como do indivíduo em sofrimento.

O que está em jogo é o ato de fazer o bem, pelos outros e por si mesmo, se for preciso, apesar dos custos emocionais e materiais. De facto, as recompensas - não expressas ou implícitas - podem ser transformativas, direcionadas ao coração de quem nós somos e do que conseguimos oferecer, ou suportar.

(2012: 1551)

Diametralmente oposto às práticas hegemônicas da biomedicina criticadas por Kleinman apresenta-se o trabalho desenvolvido pela “*Partners in Health*” (PIH), uma ONG que atua no terreno garantindo cuidados de saúde a populações fragilizadas e que pauta a sua ação pelos contributos das disciplinas biológicas e sociais. O seu trabalho permitiu que tanto no Haiti como no Ruanda, onde atuou, fossem abordados os problemas macroestruturais mais profundos que funcionavam como obstáculos à saúde das suas populações (Farmer *et al.*, 2013). A compreensão das especificidades locais, mas também as investigações histórica, económica e etnográfica permitiram que entre os ativistas se passasse da teoria à prática e que se trabalhasse em conjunto com parceiros locais para implementar modelos de desenvolvimento eficazes focados no incentivo das estruturas públicas para garantir as condições necessárias a que esta intervenção fosse eficaz a longo prazo. Este modelo, diametralmente oposto ao apresentado por Keshavjee, teve sucesso mesmo em locais tão pobres e instáveis como o Haiti ou o Ruanda. Os autores defendem que os modelos atuais de intervenção na saúde de populações em países carenciados - influenciados pelo impacto que o neoliberalismo tem tido na saúde global - levaram a uma construção social da escassez que por sua vez resultou num menor investimento nos problemas de saúde. Estes programas, desenhados numa lógica “de cima para baixo”, acabam por não obter os resultados esperados e, ironicamente, culpam os próprios pacientes pelo seu insucesso.

Por outro lado, os antropólogos e médicos, influenciados pela noção do impacto que a violência estrutural tem nas comunidades - gerando pobreza, racismo, desigualdades de género... - e como esta se imiscui nos seus corpos com consequências para a saúde, adotam uma postura distinta. Sabendo até que ponto as instituições - sejam elas globais ou locais - podem piorar os problemas destas populações criando ainda mais sofrimento social pela inadequação dos programas que visam implementar ou optando por não intervir de todo por não encontrarem uma relação positiva entre custos e benefícios, os membros do PIH perspetivam a sua atuação de modo radicalmente diferente. Enquanto que as práticas neoliberais que influenciam as políticas globais de saúde acabam por enfraquecer o estado e as instituições de saúde públicas, muitas vezes dependendo demais da intervenção das ONGs - as quais por sua vez dependem também elas do financiamento das grandes instituições -, o PIH atua utilizando as infraestruturas do estado, reforçando-as. Os cuidados de saúde pública são

restabelecidos e os custos com a saúde não são imputados aos pacientes.

Kleinman *et al.* (2013) propõem uma visão da saúde centrada na articulação das instituições não estatais, comunidades, filantropias e não necessariamente focada no papel cimeiro do estado-nação enquanto garantia dos cuidados, como o fazia o que chamam de “antiga saúde internacional” e “medicina tropical”. Esta abordagem, que coloca o cuidado do indivíduo ao mesmo nível do cuidado da população, permite que se ultrapasse a visão redutora dos programas onde o foco da eficácia dos mesmos se concentrava na responsabilidade individual. Adotando um ponto de vista mais prático e menos complexo e assumindo a necessidade de estabelecimento de uma disciplina baseada na análise biossocial, esta postura revela-se útil a alunos de diferentes campos do saber, podendo ser a resposta mais completa a situações de sofrimento social e de violência estrutural e sendo capaz de levar cuidados de saúde a quem mais precisa. Este novo enquadramento da saúde global que considera não apenas a recuperação dos pacientes, mas também a importância de atuar sobre as condições económicas e sociais que as originaram, capacita o campo da medicina e das entidades no terreno que lidam com situações complicadas para que tenham sucesso no seu trabalho (Kleinman, 2008). Tal como o sofrimento social surgiu na literatura como estratégia para deitar abaixo as fronteiras das disciplinas da saúde pública, medicina e Antropologia, a perspetiva biossocial procura respostas mais holísticas para os problemas de saúde a nível mundial com vista a alcançar equidade.

Do ponto de vista da interação com as ONGs, o trabalho de organizações como a PIH poderão estabelecer uma relação de intermediários entre os seus clientes e os direitos legais providenciados pelos estados, mas nunca tentando substituí-los, apresentando assim uma alternativa ao modelo vigente no que diz respeito à atuação no terreno por parte destas associações.

Para Kleinman a componente financeira e técnica da prática médica tem obturado esta dimensão moral essencial da profissão. Esta redução ao modelo de mercado tem conduzido a medicina a uma prática desprovida das suas dimensões morais e humanas, as quais Kleinman lamentavelmente não questiona e que equipara uma à outra, ao contrário de autores como Fassin que se propuseram a discutir moral e humanitarismo (2012a, 2012b) do ponto de vista antropológico. Enquanto que Kleinman urge a que se volte a reintegrar estes dois aspetos nas discussões éticas do campo da Medicina e da Antropologia, instigando a que se reflita sobre as

implicações do cuidado para que a tônica seja recolocada no projeto partilhado da humanidade, Fassin adota uma postura crítica face a este imperativo do bem e da moral. O antropólogo foca a sua crítica nos valores que facilmente se constituem como universais e em como a aplicação do imperativo da ajuda se torna inquestionável.

Seguindo esta linha de raciocínio inaugurada por Fassin, percebi que, mesmo na ausência de orientação clara, o espírito do que deve ser feito, do bem, animava as práticas diárias na PROSAUDESC. Em função de uma humanidade comum e de uma impossibilidade de cruzar os braços face ao sofrimento alheio, a compaixão surgia como denominador e nivelador geral. Importando mais agir face à crise, alimentar uma família cujo frigorífico se encontrava vazio com o que se pudesse trazer de casa, ou diminuir a angústia do momento permitindo que uma utente desabafasse já que pouco mais havia a fazer para ajudar na sua situação, eram ações que permitiam revelar o sofrimento inerente e ouvir os excluídos e marginalizados. Como o antropólogo francês argumentou, “os trabalhadores sociais face ao sofrimento dos outros, sentindo a sua impotência para a remediar, experienciam eles também um sofrimento vicário” (2012a: 39).

Carregadas de boas intenções e suscetíveis à dor alheia, as narrativas individuais funcionavam como fonte de informação fidedigna impondo assim os modelos de ação, de preferência rápida e, se não sustentável no tempo, pelo menos imediata na sua função de alívio. Apoiando-se no trabalho de Rose (1999), Fassin questiona os tipos de governo da subjetividade que surgem em função dos aparatos estatais sobre o controlo do eu que se focam na incorporação, formação e regulação. Este interesse pelo sofrimento que controla as preocupações contemporâneas funciona, para Fassin, não como exemplo de uma manifesta preocupação com o outro, mas sim como maneira adotada pelos “modos de governo que se esforçam para tornar as vidas precárias suportáveis e iludir as causas sociais que as causaram.” (2012a: 42).

Todavia, tanto Fassin como Rose foram criticados por uma leitura demasiado rígida dos textos de Foucault onde se inspiraram para dissertar sobre o conceito de subjetivação, não considerando os equilíbrios de poder. Como Vacchiano relembra citando Judith Butler (1997) sobre a relação entre sujeito e poder: “A “sujeição” é, sim, um poder exercido sobre um sujeito, mas, no entanto, é também um poder assumido pelo sujeito, assunção esta que constitui o mesmo instrumento de se fazer do sujeito.” (2014: 27). Este paradoxo da subjetivação

evidencia como a disciplina coerciva é parte integrante da vida em sociedade e não anula totalmente tentativas de agenciamento por parte dos indivíduos intervenientes nestas relações de poder.

A visão do imperativo moral da medicina defendida por Kleinman difere da postura crítica adotada por Fassin, o qual optou por investigar as economias morais que estabelecem quem merece ser cuidado e quem é excluído. O imperativo moral apenso à atividade clínica que o psiquiatra americano pretende restabelecer baseando-se na ideia de que o sofrimento é transversal (embora incida mais sobre populações vulneráveis) e que decorre inevitavelmente das formações estatais modernas e de desigualdades globais (Kleinman, Das e Lock, 1997) foi criticado por outros autores.

Apesar de desenvolvimento, direitos humanos e humanitarismo não poderem ser confundidos, muitas vezes estes aparecem associados, como defenderam Bornstein e Redfield (2010). Enquanto que o primeiro se foca nos fins da aplicação das políticas económicas com o intuito de imprimir progresso às situações em que se aplicam, as reivindicações pelos direitos humanos direcionam-se para as consequências políticas e legais destas intervenções. “A justiça define o bem-estar” (Bornstein e Redfield, 2010: 6) e a investigação de erros passados promete corrigi-los no futuro. Por outro lado, o humanitarismo enfatiza as dimensões físicas e psicológicas do sofrimento, adotando uma linguagem moral e médica nas suas mais variadas vertentes e aplicações globais.

Muitas organizações no terreno encontram-se subordinadas a diferentes tipos de doações dependentes da aplicação dos fundos em doenças específicas e de acordo com intervenções técnicas onde o cumprimento de prazos e a sincronização com uma lógica de custo-efeito se impõem como regra, consubstanciando-se em programas de aplicação vertical (“de cima para baixo”). Este “*ethos*” do cuidado, que Bornstein e Redfield tiveram o cuidado de dissecar e de contextualizar historicamente para explicar o funcionamento de “uma indústria da ajuda que se promove e reproduz efetivamente” (2010: 4), procura a promoção da saúde de acordo com uma lógica humanitária (Fassin, 2012) cujas raízes podem ser encontradas no século XVIII. Referindo-se às motivações do humanitarismo contemporâneo e distinguindo-o de outras manifestações seculares e religiosas, Bornstein e Redfield mostram como a resposta humanitária ao terramoto de 1755 em Lisboa e a formação da Cruz Vermelha Internacional em 1863, a par da abolição da escravatura e do fim da responsabilidade dos administradores e

missionários cuidarem das populações coloniais, foram cruciais no surgimento desta nova forma de cuidar da dor dos outros. A par dos valores Iluministas que proliferaram nesta época, estes acontecimentos encaminharam os oitocentistas para uma justificação humanitária orientada para a ação e para a proteção do corpo contra a violência, contra a doença e contra a fome. Várias décadas depois, no rescaldo da Segunda Guerra Mundial, a ONU ramificou-se por fim numa série de agências que se expandiram à medida que o colonialismo retrocedeu.

Como os autores afirmam,

Humanitarismo neste sentido é várias coisas ao mesmo tempo: uma estrutura de sentimento, um aglomerado de princípios morais, uma base para reivindicações éticas e para estratégias políticas, e uma chamada para a ação. Embora a forma contemporânea seja mundana, e se posicione como um benefício secular, evocam categorias religiosas e legados do sagrado. Ademais, tanto em termos nominais como operacionais define-se em torno da figura coletiva do humano, medido através de necessidades básicas e de dignidade. (2010: 17-18)

Os autores defendem ainda que as universidades estão cheias de jovens nos seus vinte e poucos anos despertos para as várias crises e que pretendem “fazer algo”. Se por um lado alguns começam os seus estudos com o intuito de encontrar emprego na indústria da ajuda, outros chegam às aulas já com um currículo rico em experiência humanitária, sem falar das inúmeras oportunidades que são oferecidas a que o cidadão comum de alguma maneira intervenha no mundo (comprar uma caneta biodegradável, consumir café do mercado justo, voluntariado nas férias em África ou no Banco Alimentar, só para enumerar algumas). O foco mantém-se na preocupação ética e na necessidade de agir: “claramente o desejo de parecer - e de ser - um indivíduo moral mantém-se forte” (Bornstein e Redfield, 2010: 27).

As fronteiras entre desenvolvimento, direitos humanos, humanitarismo são tão frágeis quanto a sua relação com questões éticas e políticas e a Antropologia poderá ajudar a trazer alguma clareza a estas nuances, bem como oferecer alternativas. Tanto Bornstein e Redfield (2010) como Biehl e Petryna (2013) concordam que a Antropologia poderá ter um papel mais determinante na análise do funcionamento destas ONGs e das lógicas humanitárias, ressaltando também como a etnografia poderá ser útil neste sentido. Não só os antropólogos podem funcionar como especialistas locais, como a sua visão mais holística das causas e consequências do sofrimento poderão ajudar não apenas em alturas de crise como no dia a dia da ajuda. Por outro lado, o discernimento das práticas etnográficas permite alcançar a

heterogeneidade social melhor do que planos de ajuda fundados em soluções técnicas, rompendo-se com a tradição dos projetos “de cima para baixo” e aproximando as intervenções das reais necessidades dos destinatários.

### **3.5 “Qual é aquela palavra que eles gostam que usemos nos concursos? Ah sim, ‘empowerment!’”<sup>27</sup>**

O uso de uma linguagem específica aparece como condição essencial na relação entre organizações que dependem de financiamento externo e pode ser determinante na obtenção do capital necessário à aplicação de projetos. No decorrer do meu trabalho de campo tive oportunidade de assistir aos constrangimentos decorrentes da espera por uma nova tranche da entidade financiadora - que permitia pagar salários ou atestar o tanque de gasóleo da carrinha que realizava os rastreios e transportava os pacientes para o hospital -, tal como prestei auxílio na elaboração e tradução de projetos a que frequentemente a PROSAUDESC concorria para custear as despesas.

Um destes concursos a que a associação se candidatou permitia financiar a expansão da atividade da PROSAUDESC ao campo da saúde mental. Este visava promover a saúde em diferentes vertentes - investigação, apoio domiciliário, população imigrante e capacitação do cidadão - não apenas na Urbanização Terraços da Ponte, mas também no Bairro do Zambujal em São Julião do Tojal, uma vez que um dos objetivos da missão da PROSAUDESC sempre fora a sua expansão a bairros limítrofes com carências semelhantes. Baseando-se nos resultados apresentados anteriormente no decorrer do Projeto Dar a Mão e que constavam do relatório final de atividades de 2008<sup>28</sup>, a IPSS propunha-se agora intervir noutro bairro, expandindo assim os conhecimentos adquiridos no decorrer da aplicação deste projeto e procurando alinhar-se com o PNSM 2011-2016, do qual a desinstitucionalização é um dos pilares.

---

<sup>27</sup> Retirada das notas de campo, esta citação refere-se a um episódio na sede da PROSAUDESC em que a D. Virgínia se encontrava a preencher um formulário para concorrer a um financiamento destinado a um dos projetos que a IPSS pretendia implementar no bairro.

<sup>28</sup> Estes documentos podem ser consultados junto da PROSAUDESC.

Sendo estes bairros caracterizados por uma população imigrante maioritariamente em situação migratória irregular, consideramos essencial trabalhar a promoção da defesa da saúde pública e a ação social destas comunidades desfavorecidas e vulneráveis. Tal como diversos estudos o comprovam, a situação de irregularidade promove e é influenciada por carências na ordem da saúde mental. Assim torna-se não só pertinente, mas essencial que as associações presentes no seio destas comunidades imponham ações de intervenção não só ao nível da prevenção, como da promoção da saúde com enfoque nos determinantes da saúde e na redução de danos e reinserção destes indivíduos. Por outras palavras, este esforço visa não só combater a exclusão social com base em critérios de saúde mental como fomentar uma integração saudável destes indivíduos numa sociedade que se quer multicultural e produtiva. (no prelo)

Cruikshank (1999) aponta que a democracia tem sido apresentada como a solução ideal, assente nos valores da cidadania e da autorregulação, para a pobreza, criminalidade e outros problemas sociais. Porém, para a autora, mais do que uma resposta a situações semelhantes, esta apresenta-se como uma estratégia de governo que visa transformar indivíduos em cidadãos. As boas intenções que procuram ajudar as pessoas a ajudar-se a si próprias e que por sua vez se desdobram em tecnologias da cidadania (discursos, programas...) procurando garantir que os sujeitos sejam politicamente ativos e que se autogovernem racionalmente, aproxima-se do pensamento de Fassin e Rose, como vimos acima. Cruikshank afirma, inspirada em Foucault, que os cidadãos não nascem politicamente inclinados e motivados para trabalhar no eu; são feitos de acordo com as relações de poder que simultaneamente capacitam e constroem a sua subjetividade. Porém, estas dependem da complacência voluntária dos sujeitos, o que não significa que não sejam coercivas e que não se imiscuem em várias dimensões sociais. Cruikshank explica assim como se forma a subjetividade dos indivíduos em democracia: os cidadãos-sujeitos são livres, mas a sua liberdade é condição para que o poder opere sobre eles.

Cruikshank tenta perceber como esta formulação se aplica à indústria da pobreza e da ajuda. A autora defende que os funcionários das ONGs muitas vezes mascaram os seus próprios preconceitos e interesses económicos em relação aos indivíduos que necessitam de apoio do estado e que os programas de apoio servem menos para realmente ajudar quem deles necessita e como. Pelo contrário, permitem que a vida seja objeto de relações de poder e que o desvio seja incorporado na vida social normal. Por seu lado, a proximidade entre quem ajuda e quem é ajudado esconde outros intuitos: vigilância, um conhecimento detalhado da vida dos pobres, sendo que todas estas iniciativas atuam sob a égide de que estão a ajudar os outros a recompor

as suas vidas. Porém, esta reformulação da existência não decorre sem condições: os apoiados necessitam de seguir sempre os parâmetros exigidos, sejam eles de higiene, saúde ou alimentação, e muitas vezes o não cumprimento dos mesmos conduz a punições, como por exemplo a retirada de apoios estatais, como o Rendimento Social de Inserção (RSI) ou uma casa com renda controlada, dos quais muitos utentes da PROSAUDESC dependiam.

Cruikshank analisa também como o conceito de “*empowerment*” ou empoderamento<sup>29</sup> alcançou relevância na segunda metade do século XX. Este apelo universal que reuniu os interesses de feministas, ativistas dos direitos civis, ambientalistas, etc. revelou-se uma tecnologia de cidadania, ou seja, “um método para transformar indivíduos em cidadãos e para maximizar a sua participação política” (1999: 67). Esta capacitação inspirou-se no mercado<sup>30</sup> e prometia não só o autogoverno como a autonomia dos indivíduos. Com o objetivo de atuar sobre os interesses e desejos de terceiros com o intuito de conduzir as suas ações para um fim apropriado, o poder trabalha através e não contra as subjetividades dos indivíduos. Maximizando as capacidades dos que se encontram destituídos de poder, torna os pobres autossuficientes, ativos, produtivos e participativos, ou seja, cidadãos. “Empoderamento e autoestima são quase obrigatórios nas declarações dos objetivos quando as organizações não governamentais concorrem a financiamento.” (1999: 94)

Para Cruikshank este movimento tem como base uma guerra aos pobres. Estes são assim isolados e alvo de intervenção estatal. São todos considerados vulneráveis e abraçados sob os mesmos programas e projetos, como o Bairro de São Julião do Tojal por partilhar de características semelhantes aos Terraços da Ponte. As suas capacidades são visadas, calculadas e inscritas em políticas que visam retirá-los de uma situação pré-definida pela sua ausência de poder e que por isso justifica intervenção específica nesse campo. Emergem assim

---

<sup>29</sup> De acordo com a Infopédia, empoderamento é um nome masculino que significa: “1) obtenção, aumento ou fortalecimento de poder; 2) reforço de poder ou elevação do estatuto de um grupo social minoritário ou marginalizado; 3) processo de reforço da autoestima e da autoconfiança, de que resulta um maior controlo da própria vida e uma maior realização pessoal; 4) alargamento das competências atribuídas a um trabalhador, a um departamento, etc.”. Informação consultada no site <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/empoderamento>, acedido em de agosto de 2017.

<sup>30</sup> Rose (1999) argumenta que o neoliberalismo não se define apenas pela retração do estado, pela acumulação de riqueza ou pela privatização. O sociólogo acredita que esta teoria económica dispõe de uma série de técnicas inspiradas no mercado para regular a vida privada e pública.

reformadores sociais e multiplicam-se os seus atores no terreno: as organizações estatais (ou não) e os seus técnicos oriundos de disciplinas sociais como a psicologia ou a assistência social. Esta modelagem dos pobres, que assenta sobre o seu próprio envolvimento e investimento, assenta na produção de uma classe niveladora e uniformizadora, devidamente conhecida e formulada em estatísticas. As características dos vários grupos que constituem a nova categoria dos pobres partilham a cultura da pobreza, a sua falta de poder, de participação cívica e de motivação para resolver os seus próprios problemas. Esta ideologia instaurou-se com o desejo de dotar de poder quem não o tem, assumindo saber o que é o melhor para os outros e do que é também o bem comum. Assim, “o político é ele mesmo continuamente transformado e reconstruído nos micro-níveis do quotidiano em que os cidadãos são constituídos.” (1999: 5)

Pussetti e Barros (2012a, 2012b) definiram as duas faces deste tipo de iniciativas, apoiados no trabalho de Fassin (2005). Se, por um lado, as pessoas ajudadas são vistas como vítimas traumatizadas e necessitadas de intervenção, de uma mão que as retire da sua posição marginal, por outro são identificadas como transgressoras. É o binómio compaixão/repressão que dificilmente conhece resistência, inundado que está de boas intenções. Como vimos acima na análise do trabalho de Kleinman, mesmo dentro da própria Antropologia existe pouco consenso sobre como as questões de moralidade e do cuidado devem ser endereçadas.

Os autores defendem que as iniciativas de intervenção na saúde muitas vezes adotam uma dupla função e têm-se introduzido através de associações semelhantes à PROSAUDESC em zonas onde o seu acesso se encontra dificultado, como é o caso de bairros como os Terraços da Ponte. Isto acontece em parte porque o respetivo Ministério não possui as estruturas necessárias e suficientes para uma intervenção sustentada, mas também devido ao estigma que muitos destes bairros carregam consigo. Nestes casos as iniciativas são delegadas em projetos como os apresentados e defendidos pela PROSAUDESC, os quais são estimulados, financiados, bem-recebidos e aplaudidos. Atuando ao nível da saúde estas associações efetivam o objetivo máximo apontado por Pussetti e Barros: “A saúde acaba, de facto, por ser usada como atalho para representar a capacidade do eu moderno em se transformar através da utilização de variadas práticas racionais do eu.” (2012a: 45)

A intervenção na saúde e nos corpos acaba por cumprir paralelamente a função de carregar consigo mudanças de comportamentos, hábitos e expetativas morais. Sob a égide da ajuda e da assistência, projetos de formação para um tipo de cidadania infiltram-se e

consubstanciam-se nestas zonas limítrofes. Esta postura, a qual difere dos atos de coerção, vigilância e violência perpetrados pelos mesmos imigrantes e pobres que são entendidos como sendo um risco devido à sua inclinação para a marginalidade, delinquência e criminalidade, justifica o aparecimento de associações e de projetos que atuam nos bairros onde estes se concentram. Estes programas, como é o caso por exemplo do Projeto Dar a Mão da PROSAUDESC, visam atuar sobre o corpo, físico ou metafórico, e expandir o projeto social e liberal da medicina, como os autores avançam inspirando-se no trabalho de Rose (1999).

Este tipo de ansiedades, de acordo com os autores, encontra-se na base dos programas direcionados a tornar a saúde dos indivíduos e das populações o principal foco de intervenção e ao desenvolvimento de tecnologias de melhoria do eu. O objetivo último, como Cruikshank notou, visa transformar estes indivíduos em sujeitos-cidadãos, responsáveis, dotados de princípios morais e politicamente ativos.

A saúde possui, assim, uma dimensão normalizadora que encoraja a adoção de certas mentalidades prescritas e práticas, e que estes resultados e comportamentos incorporem noções normativas do que significa ser “moderno e civilizado”, promovendo um “estilo de vida ocidental” ou pelo menos formas de etnopolíticas “inspiradas no ocidente” - o que se encontra ligado a uma etnopolítica - através das quais as populações são encorajadas a regular o seu comportamento e a governar os seus corpos. (Pussetti e Barros, 2012a: 46)

Porém, tal como Keshavjee (2014) demonstra e que se aproxima das formulações destes autores também, este conjunto de boas intenções que anima projetos e técnicos sociais possui um segundo plano de análise que lhes é invisível. As intenções reais de governar e regular os corpos levam a que psicólogos, assistentes sociais e mesmo os dirigentes de organizações no terreno sintam que sabem o que é o melhor para as comunidades que servem, até mais do que elas próprias. Esta compaixão que os move a dar a mão, a rotular os seus utentes de vulneráveis e a empregar o jargão que os coloca como concorrentes válidos na corrida aos financiamentos, corresponde a uma prática de fazer o bem que dificilmente é criticada.

Este serviço social, seja ele estatal ou sendo os seus valores absorvidos por organizações não governamentais, naturaliza as relações entre sujeito e estado. Num movimento que aparentemente parece indiciar uma retração do seu poder, o estado imiscui-se na vida íntima de cada um e origina comportamentos e atitudes em que o cuidado de si se sobrepõe a qualquer outra motivação. Este discurso dos técnicos e das associações para as quais

trabalham, de inspiração na retórica do desenvolvimento e da modernidade, influencia diretamente a vida dos indivíduos e procura regular as diferenças culturais, como Pussetti e Barros notaram também. As margens passam assim a ser locais de produção de cidadania, não de controle, e as intervenções procuram ativar todo este potencial latente através da estimulação de boas práticas. Todavia, os autores alertam que

Uma análise deste tipo, todavia significa apresentar as contradições intrínsecas nos discursos e programas políticos – não significa ver nestas teorias da conspiração ou do controle social. Significa analisar a construção orgânica dos projetos de apoio social e as justificações em que se baseiam – não significa duvidar das suas boas intenções. Significa estudar as explicações e atitudes dos profissionais do âmbito social num contexto histórico-político de relações de poder a variados níveis – não significa denunciar qualquer tipo de incompetência ou má-fé. (Pussetti e Barros, 2012b: 5)

O estado conta com a participação das associações no terreno, que o ajude a chegar às populações que se encontram mais vulneráveis e em risco de não integração. O objetivo neste caso é duplo: não apenas garantir que os indivíduos não prevariem abusando dos serviços do estado (sejam eles o acesso à saúde gratuito ou que vivam dependentes de subsídios), mas que saibam ser responsáveis nas suas decisões. Portanto, tanto os serviços do estado que regulam o cuidado como as associações que atuam em proximidade das comunidades teriam como objetivo investir e atuar sobre os seus utentes do ponto de vista moral.

O risco da dependência conduz a que as instituições realizem um investimento moral nos indivíduos até que estes consigam tomar as decisões corretas, caso contrário arriscam-se a ficar privados de subsídios e de um teto. Em alguns casos perdem mesmo o direito a viver em Portugal. Com o objetivo de impedir a fraude e estimular participações cívicas adequadas, este discurso desvirtua as responsabilidades económicas que geram a pobreza. Esta é equiparada a um desvio comportamental, patologizada e instituída como objeto de intervenção técnica. É o que os autores batizam de “ditadura da benevolência” (2012b: 5), em que dar a mão a quem foi construído como sendo quem mais necessita dela, acaba por desviar a atenção das desigualdades socioeconómicas, não se agindo no sentido de mudar esta situação, mas sim de alterar os comportamentos das pessoas face a esta realidade.

Responsáveis por si, os sujeitos são divididos para ser conquistados: ao trabalharem no seu eu e nas suas escolhas, são responsabilizados pela sua situação económica, cabendo-lhes a si mudar a atitude que urge modificar. Por outro lado, os projetos de intervenção, sendo

cumpridos seguindo as configurações “de cima para baixo”, não deixam espaço para reivindicações cívicas e associativas com base no que poderia efetivamente mudar as condições que provocam pobreza e desigualdades. A cura para a pobreza foca-se assim na medicalização e no ajustamento moral dos indivíduos às expectativas, seja ela através do controlo da fertilidade das mulheres imigrantes, como Pussetti e Barros demonstram neste artigo, seja através de uma gestão do que é visto como um problema cultural e tratado recorrendo a medicação psiquiátrica, como veremos no capítulo seguinte.

Todavia, citando Keshavjee, urge que as associações sejam analisadas caso a caso, percebendo as contradições inerentes.

Tal como o cientista William DeMars verificou, as ONGs não são simples monólitos carregando as agendas latentes dos seus parceiros, mas um “pacote de contradições”, um sítio de “cooperação dinâmica e de conflito entre os seus parceiros” e, indiscutivelmente, dentro delas próprias. (2014: 262).

Hyde (2008) concorda com Keshavjee que uma visão lata do trabalho das associações no terreno não permite perceber as suas incoerências. Sondar as suas motivações vai além de perceber a sua organização e os valores que as animam invisivelmente. Cabe também, através do exercício etnográfico, que se analise o que “elas dizem e que tipos de discursos encorajam” (2008: 199). Motivada por este objetivo, a antropóloga analisou como as margens, construídas de acordo com o paradoxo risco/em risco, permitem que se perceba como é que o estado define o que deve e não ser controlado, incluindo “o controlo biológico sobre a vida quotidiana” (2008: 191).

Hyde analisou os diferentes discursos produzidos na China contemporânea para perceber como certas doenças são mapeadas e associadas a tipos de locais e de pessoas mais facilmente do que a outros. Verificou assim que a identidade do HIV na China é espacializada através de construções discursivas que relacionam doenças e fronteiras, agrupando indivíduos considerados mais facilmente como estando em risco do que se debruçando sobre comportamentos concretos que poderiam promover disrupções nestas associações. No caso da gestão do HIV, o estado produz novas fronteiras e margens, unindo geografia e política e direcionando intervenções específicas nesse sentido independentemente das reais condições verificadas.

Este exemplo poderia ser equiparado ao caso analisado nesta tese. O estigma que o

antigo bairro da Quinta do Mocho transportou para a nova Urbanização Terraços da Ponte e a maneira como a comunicação social, técnicos e mesmo quem lá vive fala do seu bairro, permitem que se mapeie o risco e que este seja associado a locais mais dos que a comportamentos concretos, informando e influenciando o trabalho das associações que atuam no terreno. Como Hyde afirma, estas formulações são responsáveis pela delimitação de fronteiras e de margens, agrupando e medicalizando os indivíduos, constringendo assim o seu livre arbítrio.

O próximo capítulo mostrará como no quotidiano de uma IPSS a teoria antropológica e mesmo as motivações formais das próprias organizações são continuamente negociadas e colocadas à prova. Quais as narrativas que se impõem face às outras e como estas contribuem para a produção de subjetividades, as quais, como DelVecchio Good *et al.* (2008) alertaram, devem ser sujeitas a escrutínio cuidado.

Se uma leitura de Foucault permitiu refletir sobre o papel que o poder teve na formação de sujeitos, na subjetivação e subjugação, os indivíduos não devem ser vistos como meras vítimas, os benfeitores como únicos agentes ativos desinteressados ou o governo dos primeiros entendido como o equivalente a uma produção em série de sujeitos amorfos e passivos. DelVecchio Good *et al.* propõem, assim uma leitura incidindo sobre conceitos que privilegiam a capacidade mutável e infinita dos sujeitos, interpretação essa que será foco também de análise etnográfica nos seguintes capítulos.

Em resposta, agência e resistência tornaram-se conceitos chave na exploração de “onde e como a marginalização, desapropriação e a exploração formam as bases das subjetividades em pós-colónias muito diferentes” (citando Werbner), e os autores consideram necessário sublinhar as contingências e a criatividade “lúdica” ou estética autoconstrução para representar as vidas individuais, às quais a imagem de vítima frequentemente parece inadequada, parcial no máximo, e humilhante. (DelVecchio Good *et al.*, 2008: 9)

# Capítulo 4

## O quotidiano

“Dá, mas dá até que doa.”  
Madre Teresa de Calcutá<sup>31</sup>

Este capítulo apresenta as histórias de quatro mulheres presentes no dia a dia da PROSAUDESC: duas técnicas sociais e duas utentes. Enquanto as primeiras se encontravam a realizar as suas funções na associação no decorrer de um estágio remunerado para o qual foram contratadas, as segundas correspondem a dois casos considerados urgentes no leque das intervenções da IPSS. Ambos os processos transitaram do estágio realizado pela técnica anterior e encontravam-se por resolver devido à gravidade das situações que representavam. Embora as histórias pessoais destas utentes sejam de interesse para esta investigação, mais do que a singularidade das suas narrativas, importará aqui explorar as interseções entre as suas trajetórias e as das técnicas que procuravam ajudá-las com os meios ao seu dispor. Este capítulo procura assim destacar a importância da atenção ao quotidiano para perceber as nuances, as negociações e as hierarquias éticas estabelecidas no decurso de um projeto social marcado pelo imperativo de “dar a mão”.

### 4.1 D. Lígia

Eu fiquei revoltada, mas não com Deus. (...) Deus só quer o nosso bem, não o nosso mal. Então Deus nunca ia querer que me acontecesse isso. Não podes falar assim, se aconteceu foi a vontade de Deus. Porque eu acho que Deus é bom, maravilhoso que não vai querer mal. Além disso ele é um Deus bom só porque me deixou com vida. Já nesse caso eu não fiquei revoltada porque tive muita sorte de estar viva hoje.<sup>32</sup>

---

<sup>31</sup> Fonte desconhecida.

<sup>32</sup> Excerto de entrevista gravada com a D. Lígia em sua casa. Todas as citações atribuídas à D. Lígia referem-se a entrevistas gravadas ou a encontros informais registados no diário de campo respeitando o discurso direto. Para consultar excertos mais extensos das entrevistas realizadas, bem como o guião de entrevista orientador das questões, consultar respetivamente apêndices C e A.

A D. Lígia, uma das moradoras da Urbanização Terraços da Ponte, tem vindo a ser apoiada desde 2009 pela PROSAUDESC. O seu caso foi encaminhado pela terapeuta da fala do filho mais novo, o Rodolfo, que sofre de anemia falciforme e é seguido em ambulatório no Hospital D. Estefânia. No final desse ano a Aurora foi contactada telefonicamente pela terapeuta, que lhe pediu se poderia apoiar a D. Lígia conduzindo-a na carrinha da associação às consultas. A técnica do hospital procurava assim atuar em parceria com a IPSS operando no local para fazer face às dificuldades desta família, a qual demonstrava carências ao nível financeiro para se deslocar ao hospital, pelo que a Aurora não só se disponibilizou para conduzir a nova utente ao IEFP para tentar reativar o subsídio social perdido, como a todas as consultas no D. Estefânia.

Quando as duas técnicas se encontraram pessoalmente tiveram oportunidade de discutir mais detalhadamente a situação da D. Lígia. Na altura o apoio da SS encontrava-se cancelado porque a D. Lígia se ausentara do país sem comunicar previamente a deslocação à entidade social, uma das várias contrapartidas inerentes à atribuição do RSI. No dia seguinte a Aurora seguiu o protocolo para intervenção e acompanhamento em assistência social realizando uma visita domiciliária e uma “entrevista social” à utente, como refere descrevendo o primeiro atendimento no processo da utente, a 15 de dezembro de 2009.

Nesse encontro a técnica identificou a D. Lígia enquanto vítima de violência doméstica num acidente ocorrido em 2006 causando-lhe perda total de visão. O ataque foi perpetrado pelo anterior companheiro quando os dois se encontravam no quarto em sua casa. Movido a ciúmes, baleou-a na cabeça com a intenção de a matar. Na divisão ao lado dormiam os filhos, fruto do primeiro casamento da D. Lígia. O companheiro suicidou-se de seguida.

Fui eu que pedi socorro mesmo. Acordei-os a gritar, a chamar. E eles vieram ter comigo e viram aquela cena. Acho que... logo eu não conseguia me mexer. E então acho que os dois, de tanto berrar, vieram os dois, acho eu. Um ficou comigo e outro sempre fora. Então o Evandro fica comigo e o Gelson sai para fora. Até que vem... não foi distante... A minha vizinha que vive de frente que foi logo pedir ajuda, a gritar...

De acordo com o relatório médico presente no processo da utente, depois do ataque a D. Lígia foi internada no serviço de urgência do Hospital de São José por “ferida crânio-encefálica causada por projétil de arma de fogo”. Este ficou alojado no seio esfenoidal esquerdo

causando perda de visão total e bilateral. De acordo com a Escala de Coma de Glasgow apresentava um resultado de 14, o que a colocava num grau ligeiro de inconsciência. Foi imediatamente operada em oftalmologia e cirurgia maxilofacial. À data da sua alta, em fevereiro do ano seguinte, manteve a perda de visão e foi-lhe recomendado que fosse seguida em neuropsicologia. Durante o internamento foi acompanhada no hospital por uma psicóloga, que a seguiu nas cinco consultas a seguir à alta, tendo sido depois reencaminhada para o Hospital Júlio de Matos. A estas consultas apenas tinha de comparecer a cada dois ou três meses e não tendo como se deslocar sozinha, acabou por abandoná-las.

Para além do apoio na regularização do subsídio conferido pela SS, a D. Lígia referiu também que não usufruía de qualquer pensão de alimentos por parte do pai dos três filhos, pelo que a Aurora disponibilizou ajuda na regulação do exercício dos poderes parentais. Na mesma altura procurou contactar ainda a Associação dos Cegos e Amblíopes de Portugal (ACAPO) para perceber que tipo de apoio a D. Lígia poderia ter por parte desta associação. Adicionalmente a Aurora agendou uma marcação com o SEF no CNAI dos Anjos para renovação da AR.

A D. Lígia comentou com a Aurora que se sentia deprimida e sozinha, sofria de dores de cabeça constantes e sobrevivia apenas com o abono dos três filhos - de oito, treze e quinze anos -, o qual totalizava 150€ mensais e não lhe permitia pagar atempadamente as contas que se iam acumulando em casa. O sustento chegava também do Banco Alimentar, através da igreja católica que operava no bairro. A irmã vivia na linha de Sintra e apoiava-a quando e como podia. “São os filhos que cozinham e organizam a casa”, comentou a assistente social no processo da D. Lígia referente à primeira visita domiciliária. Face a este cenário, foram dinamizadas as medidas necessárias para incluir a D. Lígia no leque de utentes apoiados pela PROSAUDESC.

No decorrer dos meses seguintes a Aurora conduziu a D. Lígia e os três filhos a diferentes marcações agendadas: à Loja do Cidadão para renovar o Cartão de Cidadão, a consultas no hospital, ao Tribunal de Menores, à SS para recuperar o RSI e às Finanças para regularizar dívidas. Marcou e desmarcou a visita domiciliária das técnicas da ACAPO, até que esta finalmente decorreu em abril de 2010. Foi sugerido à D. Lígia que ponderasse a possibilidade de frequentar o Centro de Reabilitação da ACAPO para realizar treino de mobilidade, mas também de outras competências que lhe despertassem interesse. Em relação

ao apoio psicológico, as técnicas sugeriram que este fosse facultado por estruturas presentes na comunidade, o que motivou um contacto da Aurora ao GARSE requisitando o referido acompanhamento por parte de um psicólogo da Casa da Cultura, o que nunca chegou a concretizar-se. Na opinião das funcionárias da ACAPO, o problema da D. Lígia encontrar-se-ia mais relacionado com a situação traumática que a deixara cega do que propriamente com a dificuldade física em ver, daí que aconselhassem a intervenção psicológica para acelerar a aceitação da sua situação irreversível e colocá-la no caminho da reabilitação.

Terminada esta visita a Aurora reuniu-se com a D. Virgínia e com o Sr. Cristiano, onde se observou a possibilidade da D. Lígia abandonar a sua casa e o bairro, visto que ainda se encontrava muito condicionada pelo ambiente em que vivia e sentia medo que as pessoas a julgassem por ainda viver na casa onde tudo aconteceu. No entanto, isto só seria uma possibilidade se mais à frente no processo a utente manifestasse interesse no realojamento. Nessa altura a Aurora já conseguira promover uma relação de proximidade com a utente, a qual a recebia em sua casa e a quem recorria sempre que necessitava de apoio. Não demonstrava, porém, interesse em que outra pessoa a conduzisse aos compromissos agendados que serviam para a reintroduzir numa “normalidade”, demonstrando particular receio em encontrar-se sozinha fora de casa ou na presença de desconhecidos.

Eu tenho medo de tudo. Porque eu penso assim: uma pessoa que eu convivi com ele, fiz tudo, ele me fez mal, e as outras pessoas podem-me me fazer... não sei, sei lá... Por acaso o medo já está a passar porque eu já tive mais medo, muito susto, eu me assustava com qualquer coisa, por nada..., mas isso já vai passando, já estou melhorzinha... Mas para ser sincera, me sinto melhor dentro de casa do que na rua... e o resto vai...

Quando a Aurora visitou a associação para garantir uma transição suave do seu estágio para as mãos das novas técnicas, Mariana e Carla, aproveitou para lhes apresentar os casos que requeriam um cuidado mais próximo, entre eles o da D. Lígia e o da Adelaide. Devido à história de vida complicada da primeira e ao receio que esta utente ainda sentia face a estranhos, a Aurora sugeriu acompanhar-nos na primeira visita a sua casa. Tendo criado uma relação de confiança que permitira alguns avanços na sua situação, a antiga estagiária da PROSAUDESC telefonou à D. Lígia perguntando se nos podia receber para lhe apresentar as novas estagiárias e os objetivos da minha investigação, visto que o seu caso me foi sinalizado pela D. Virgínia como um dos que poderia ter interesse para a minha pesquisa devido à fragilidade psicológica

da utente. A Aurora explicou-nos sucintamente o sucedido e encaminhámo-nos para sua casa, tendo sido recebidas na sua sala de estar, onde nos sentámos todas a conversar e fomos apresentadas à utente como sendo aquelas que daí em diante se ocupariam de a levar às suas consultas, a ajudariam a cumprir com os seus compromissos e a inscrevê-la na ACAPO. Assim, em finais de junho de 2010, quando as novas técnicas iniciaram o seu estágio na PROSAUDESC, a D. Lígia

referiu que ainda não ligou para a ACAPO porque os filhos estão de férias. Ainda não recebeu a resposta do RSI até ao momento. Aceitou receber apoio psicológico tal como tinha solicitado há alguns meses. Fiquei de ligar para o Hospital de São José para pedir um relatório clínico que é necessário para a ACAPO.<sup>33</sup>

Nas minhas visitas posteriores à D. Lígia, quando já tinha ganho a sua confiança e nos sentávamos a conversar no sofá para conduzir uma das entrevistas gravadas que me ajudaram a compor a sua história de vida, ou assistindo-a na cozinha onde a certificava que o gás do fogão se encontrava garantidamente desligado depois de cozer o arroz, contou-me que nasceu em Luanda, Angola, tinha na altura trinta e sete anos e vivia em Portugal desde 1992. Inicialmente veio porque tencionava apenas visitar a família em Lisboa, nomeadamente um irmão que trabalhava na embaixada, e decidiu ficar por tempo indeterminado. Conheceu o ex-marido em Angola, de onde ele também era natural, e foi aí que começaram a sua relação. Primeiro veio a D. Lígia para Portugal e três meses depois chegou ele.

Trabalhou vários anos como empregada de refeitório numa empresa localizada no Cais do Sodré. O que aparecia aceitava e ia fazendo, ocupando-se com um pouco de tudo para sobreviver. A D. Lígia contou-me que esteve indocumentada até 1993, quando foi realizada a primeira legalização extraordinária. Antes dessa data não existia entre os imigrantes a preocupação em cumprir com uma documentação que garantisse a legalização plena da sua estadia em Portugal, segundo me confidenciou. Como vimos no segundo capítulo, a realidade migratória e a legislação que a acompanhou sofreram variações ao longo das últimas décadas, tendo as condições para os imigrantes em solo nacional se tornado mais apertadas e rigorosas nos últimos anos, especialmente com a integração de Portugal na UE.

---

<sup>33</sup> Retirado do processo da D. Lígia, referente ao 21º acompanhamento do seu caso na associação PROSAUDESC.

A D. Lígia recordou que, quando se mudou para Portugal, apenas necessitava de carregar consigo o passaporte ou o cartão de contribuinte para encontrar trabalho, mas depois tornou-se mais complicado. Quando nos conhecemos encontrava-se em situação de residente, apesar dos filhos serem portugueses, e por isso também pensava candidatar-se à nacionalidade portuguesa. Como a informou a Aurora, tendo a nacionalidade portuguesa, estaria numa situação mais prática do que se tivesse de renovar a residência a cada dois anos, como fizera até então. No entanto, a D. Lígia não perdera o desejo de voltar para Angola, o que a mantinha ambivalente face a essa decisão. Acreditava que se quisesse mesmo já teria pedido a nacionalidade, já que vivia em Portugal há quase vinte anos.

Mudou-se para o bairro antigo em 1994 depois de ter vivido durante algum tempo com familiares. Cozinhava e limpava os seus lares e estes em troca ajudavam-na financeiramente. Entretanto arranjou trabalho fora de casa, decidiu mudar-se primeiro para Camarate e depois para a Quinta do Mocho, porque tinha dificuldade em alugar casa. Cerca de seis meses depois o pai dos filhos juntou-se-lhe. Foi quando descobriu que estava grávida do Gelson, agora com quinze anos. Foi no bairro antigo que seus três filhos nasceram, embora o Rodolfo apenas lá tenha vivido poucos dias. A casa onde viveram foi construída pelo marido que também trabalhava nas obras e onde acabava por conseguir o material necessário. No início, quando se mudou, não tinha água nem eletricidade, mas foi investindo aos poucos e construindo o que precisava. O seu apartamento, dizia, era como o que tem atualmente, com três quartos e uma casa de banho.

Eu tinha tudo, depois se comprou tudo! Comprámos materiais, azulejos... porque aquilo era praticamente um apartamento. Porque lá onde eu vivia já estava tudo dividido, já tinha sala, já tinha quarto, casa de banho... Depois era fácil porque a maior parte de todos os rapazes trabalhavam na obra. Então já sabia como e onde fazer.

Abandonaram essa casa em 2001 quando lhe foi atribuída uma nova nos censos realizados pela CML. Quando a conheci já viviam nos Terraços da Ponte há nove anos. Contou-me que os moradores, apesar de terem criado as circunstâncias em que moravam, viviam em condições degradadas, razão pela qual a Câmara insistiu no realojamento. Apesar das más recordações que lhe desperta, prefere a casa onde vive atualmente do que aquela onde morava na Quinta do Mocho. Recebeu-a em seu nome e dos filhos porque na altura a relação com o

marido já se encontrava tremida. Considera que ficou muito bem servida porque agora cada um tem o seu quarto e ainda existe aquele onde ocorreu o acidente e que serve como arrecadação. Já ninguém dorme lá. Em comparação com a casa antiga, a D. Lígia afirma que a que lhe foi atribuída é bastante agradável e espaçosa. “Nunca me esqueci quando vim para aqui. Eu disse à técnica que veio dar-me a chave. Eu disse “Uau!” e ela partiu-se a rir.”

Pouco depois do realojamento, o ex-marido saiu de casa para outra habitação que lhe fora atribuída nos censos. O Rodolfo, nas suas palavras, nasceu do desejo de se tentarem reconciliar quando ainda viviam no bairro antigo. O consumo excessivo de álcool por parte do marido, um vício já antigo, mas que após o nascimento do Rodolfo se revelou ainda mais problemático porque interferia com os cuidados que deveria ter com um filho pequeno, foram o ponto de rutura numa situação que se arrastava há já bastante tempo. O filho, a quem muito cedo foi diagnosticada anemia falciforme, sofria com os internamentos constantes, as transfusões de sangue, as infeções oportunas que o atacavam e que prejudicaram o seu crescimento, obrigando a que preterisse o casamento em função dos cuidados constante de que o Rodolfo necessitava. O pai encontrava-se ocasionalmente com os filhos, mas não os acompanhava como a D. Lígia gostaria, apesar de continuar a viver no bairro. A falta de apoio financeiro e de cuidado em garantir que as suas necessidades eram supridas, levava à tentativa de regulação do poder parental judicialmente.

Anos mais tarde, a D. Lígia conheceu outro homem, também no bairro. Este, de origem santomense, morou consigo e com os filhos durante dois anos, até ao acidente a 6 de novembro de 2006, quando a baleou na cabeça com uma arma de fogo antes de se suicidar. Ainda hoje a D. Lígia não consegue precisar exatamente o que o terá motivado a cometer o crime, e apesar dele ter deixado uma carta explicando as suas razões, incomodava-a tanto tê-la em casa que pediu à irmã que a levasse consigo. A carta, da qual constava um pedido de desculpas, causava-lhe ainda uma grande revolta porque mostrava que o ex-companheiro planeava tudo, sabendo que os filhos se encontravam em casa e que eles poderiam também ter ficado feridos. Foram os mais velhos que a acudiram e que continuam a cuidar de si, uma posição da qual a D. Lígia se ressentia porque a vê como uma inversão do papel que naturalmente lhe foi atribuído como mãe e que o acidente lhe roubou.

Primeira coisa que me veio logo na mente foram os meus filhos. Eu não sabia o que é que me ia acontecer. Estive sempre lúcida, desde o primeiro minuto. Mas a primeira coisa que veio logo foi “Ai os meus filhos”.

Foi logo isso: “Mataste-me, ai meu Deus, os meus filhos.”

Preocupava-se muito com o seu bem-estar e apontava o Evandro, o filho do meio, como sendo o que mais dificuldade tem tido em aceitar o acidente porque sentia vergonha da situação em que a mãe se encontrava, preferindo não ser visto em público com ela. Enquanto que o mais velho, o Gelson, era muito desligado e desarrumado, razão pela qual não podia partilhar o quarto com o do meio, este era extremamente cuidadoso com as suas coisas e também se ocupava do irmão mais novo. Apesar de atualmente a D. Lígia achar que os filhos se encontravam bem, quando o acidente aconteceu, eles ficaram bastante afetados e desorientados. Atrasaram-se nos estudos e o Evandro isolou-se bastante. Embora preferisse não sair à rua com a mãe, em casa estava sempre próximo dela e ajudava-a bastante nas tarefas diárias. Para a D. Lígia o acompanhamento psicológico que os filhos tiveram na escola não foi o mais adequado por não ser constante, o que fez com que perdessem o foco.

Lamentava que também o apoio psicológico que teve no hospital não tenha sido o mais adequado. Quando a encaminharam para o Júlio de Matos os acontecimentos ainda se encontravam muito frescos e por isso evitava conversar. Não foi também medicada com antidepressivos, o que a D. Lígia agradeceu em parte porque não queria ficar viciada neles, mas também porque já tomava demasiada medicação ao ponto de não lhe fazer efeito como deveria. Em compensação, sentia muita ansiedade no dia a dia.

Disse-me que nos dias que correm apenas via tudo escuro e partilhou que se tivesse oportunidade de voltar a ver alguma coisa, nem que fosse por pouco tempo, gostava de rever os filhos. Sabe que eles estão crescidos e sente a falta de não conseguir acompanhar esse crescimento. “É ver! Me rever, para ver, sei lá. Tentar alguma coisa, sei lá. Sim, eu não via 100%, mas pelo menos um bocadinho. Queria tanto..., mas se for, naquela coisa, é sempre tentando. Diz que enquanto há vida, há esperança para tudo.”

Para além do desejo de recuperar a visão, a D. Lígia queixava-se de dores na zona dos olhos que lhe provocam muitas dores de cabeça. Lacrimejava bastante e sentia que tinha sempre a cara suja de impurezas dos olhos, pelo que recorria a óculos mesmo estando dentro de casa porque não queria enojar os outros. Como ainda tinha a bala alojada no crânio, o que acreditava também ser a causa para as dores de cabeça frequentes, referiu que queria encontrar uma solução para isso. Afirmou que às vezes se sentia desconfortável, um mal-estar que acreditava ser provocado pela bala ainda alojada na sua cabeça, lembrando-a do perigo interno que a

perseguia de perto. Apesar do médico ter preferido deixar o projétil onde ficou para evitar mais complicações, referiu: “Às vezes sinto assim um frio e acho que tenho que ir lá no médico. De vez em quando sinto assim um gelo. Nem tanto, né? Mas às vezes sinto assim um gelo e penso “É aquela coisa que anda a passear ali na minha cabeça.” Queria por isso rever todas estas situações com um médico que não o que a seguiu em Portugal e desejava encontrar uma alternativa mais viável, uma vez que evitava as consultas com o especialista de São José há bastante tempo, o qual também não lhe oferecia as respostas que gostaria de ouvir.

Esta frustração com a sua situação física, aliada ao desejo de voltar a rever os filhos, levou-a de volta a Angola em 2008. Desejava conseguir uma Junta Médica e tentar ser operada em Espanha ou Cuba, mas não o conseguiu porque o Rodolfo adoeceu na sua ausência e foi internado nos cuidados intensivos. Por si já estaria em Angola há muito tempo, mas como tinha filhos menores preferia ficar por cá mais alguns anos. Até que estes tenham a vida organizada não pensa voltar porque, afirmava, não podia pensar só em si. Enquanto que o segundo filho não parecia ter tanto interesse, o Gelson demonstrava muita curiosidade em conhecer Angola. É lá que se encontrava a maior parte da família. Em Portugal só contava com a irmã e uma sobrinha pequena, pouco mais nova do que o Rodolfo, que a visitava e apoiava como podia, uma vez que morava longe e não tinha emprego fixo. Aceitou-a em sua casa depois de ter tido alta do hospital e ficava algumas temporadas nos Terraços da Ponte para ajudar com os sobrinhos. Depois do acidente morou cerca de sete meses em casa da irmã com o Rodolfo, enquanto que os rapazes mais velhos ficaram com o pai para não faltarem à escola. Nessa altura, apesar da sua doença, a D. Lígia sentia que o filho mais novo cuidava mais de si do que ela dele e acreditava que esse cuidado se manteve até hoje. Também sentiu muito a falta dos filhos mais velhos nessa altura, com quem muitas vezes só estava ao sábado. Passado esse tempo decidiu que já era altura de voltar para casa, e com a ajuda dos filhos e o seu desejo de ter o seu espaço de volta optou por retornar, apesar de confessar que a mudança foi bastante complicada. Na altura tinha muitos pesadelos, sonhava que lhe vinham fazer mal. “Às vezes ele, às vezes outras pessoas.” Com o apoio da família foi aos poucos recuperando a sua autonomia dentro de casa.

Mesmo para proteger a irmã, a D. Lígia brincava com a sua situação. Dizia que tinha ido ao céu e sido mandada para trás, mas admitia que foram tempos muito difíceis, especialmente no início. Entretanto foi retomando a sua vida aos poucos: voltou a sentir

cheiros, o sabor dos alimentos. Quando foi baleada e caiu perdeu os dentes de lado e não conseguia usar placa, mas agora já podia só que, infelizmente, não tinha dinheiro para a comprar. Numa parte da cabeça, em virtude de ter sido baleada nesta zona, não lhe crescia o cabelo, o que a levava a encomendar extensões naturais de Angola para fazer pequenas aplicações capilares que ajudavam a disfarçar o desfalque. Como dizia, andava de cabelo emprestado. Quando tinha o cabelo todo usava sempre tranças e notava-se que é alguém que ainda se preocupa muito com a maneira como se apresenta aos outros, não querendo mostrar as sequelas do acidente em público. Como me contou, este foi um aspeto que no início a afetou bastante. O ataque atingiu-a não apenas na cabeça, mas também na autoestima.

[D. Lígia] Eu não deixo de ser vaidosa.

[Investigadora] Eu sei. Então, a primeira coisa que me perguntou ontem foi: “Estou gira?”

[D. Lígia] Pois, realmente. Eu gosto é de salto. No verão gosto de saia, calção. Mas deixa lá! Ainda bons tempos virão! Já estava muito mais em baixo, agora tento [suspiro]...

Em casa já sabia onde se encontravam as coisas e tentava fazer várias sozinha, mas na cozinha pedia o auxílio dos filhos, especialmente quando estava a cozinhar, sendo que com apoio conseguia fazer tudo. Depois de ter perdido a visão foi reaprendendo aos poucos a orientar-se na lida doméstica, embora nem sempre tivesse sido fácil. Já conseguia estender a roupa, passar a ferro e também mudar a sua cama sem auxílio. Apesar de por vezes ter vontade de sair, sentia-se bem em casa porque desacompanhada na rua considerava-se desprotegida.

Quando a questioneei o que mais temia que acontecesse, respondeu-me que sentira uma quebra na confiança que tinha nas pessoas, tendo em conta que fora alguém em quem confiara que a atacara. Para a D. Lígia estar no bairro ou no centro de Lisboa era igualmente assustador. Não vendo, não sabia quem estava ao pé de si e podia eventualmente fazer-lhe mal. Embora no início confesse que se sentia assustada em casa, ficando no quarto o dia todo até que os filhos voltassem, atualmente já não sentia o mesmo medo. O local onde o acidente ocorreu era o quarto onde dormia, mas quando voltou a casa mudou-se para outro e aquele ficara desocupado. Durante muito tempo recusou-se a entrar lá, mas recentemente transformara-o numa espécie de arrecadação onde também costumava passar a ferro e na qual já não sentia tanto receio em entrar. Após o ataque a D. Lígia ficou bastante traumatizada e sempre que ouvia passos alterava-se muito porque não sabia quem se aproximava ou se lhe iria fazer mal,

uma situação que foi gradualmente ultrapassando sozinha e que, quando iniciou o acompanhamento psicológico com a Mariana, sentia que melhorou.

## **4.2 O acompanhamento psicológico na primeira pessoa**

Quando conheceu a D. Lígia a Mariana explicou-lhe sucintamente como o acompanhamento psicológico poderia ser útil e importante no seu caso, sendo que poderiam realizá-lo no bairro ou mesmo em sua casa. A D. Lígia mostrou-se interessada e procederam ao agendamento da primeira consulta. Confessou sentir necessidade de falar com alguém que lhe pudesse oferecer o acompanhamento adequado e não queria sobrecarregar ainda mais a irmã, a qual percebia que também ficara traumatizada com o acidente. Sentia ainda muitas vezes medo, mesmo quando se encontrava sozinha em casa. Como não era capaz de ver, não conseguia reconhecer os perigos nem distinguir se os passos que às vezes lhe parecia ouvir seriam fruto da sua imaginação ou se realmente se encontrava alguém em casa consigo.

A Mariana, recém-licenciada em psicologia clínica, inscreveu-se no Centro de Emprego, tendo sido aceite como estagiária na PROSAUDESC em meados de junho de 2010, onde ficou por cerca de um ano. Entre outras atividades, estava incumbida de conduzir na carrinha da associação os pacientes às diferentes consultas e compromissos (desde garantir que comparecessem a exames, a consultas de rotina ou de especialidade, mas também aos agendamentos no SEF, SS ou Tribunal), mas também de registar informaticamente os dados dos utentes e de todas as ocorrências diárias. Mais tarde começou também o acompanhamento psicológico com a D. Lígia e com a D. Carlota e tornou-se responsável pela gestão do Banco Alimentar.

Os objetivos do seu estágio individual encontravam-se bem estruturados e organizados por dois semestres, como a PROSAUDESC instituíra quando abriu concurso. Nos primeiros seis meses deveria conhecer as necessidades locais e integrar-se nas comunidades a acompanhar, familiarizando-se com a experiência de terreno e com o conhecimento do trabalho em rede. Com o propósito máximo de garantir o acesso à saúde a populações identificadas como vulneráveis (através de rastreios, do encaminhamento para consultas, mas também garantindo o reforço técnico nas questões relativas à saúde mental), esperava-se que a estagiária

realizasse visitas domiciliares, apoiasse na Unidade Móvel de Saúde, organizasse ateliês dinâmicos adequados às necessidades dos utentes e preparasse sessões de formação parental e comunitária. No segundo semestre já se contava com uma imersão mais profunda da Mariana no bairro, de maneira a que conseguisse participar na realização de atividades que promovessem a interação intercultural e valorizassem as identidades culturais de origem dos utentes da PROSAUDESC. Fundamentalmente eram estes os propósitos delineados pela IPSS na contratação de uma psicóloga que respondesse não só às demandas e exigências diárias de uma associação situada num local com as características de um bairro de realojamento municipal, mas também que conseguisse responder às inúmeras fragilidades psicológicas de alguns moradores que a instituição vinha a identificar nos últimos tempos e para os quais ainda não tinha conseguido dar a resposta adequada e profissional que desejava.

Com a chegada da Mariana à associação, as consultas da D. Lígia tiveram início em julho. Embora tivessem agendado para as quartas-feiras de manhã, por várias vezes a D. Lígia remarcou estas consultas com a Mariana. Outras vezes a psicóloga descia a rua em direção à sua casa, onde tocava repetidamente sem que lhe abrissem a porta. Telefonava para saber do estado da sua paciente, mas esta não lhe atendia a chamada. Eventualmente conseguiram ultrapassar estas resistências e começar as consultas semanais com mais regularidade.

Em entrevista à D. Lígia, realizada algumas semanas após ter começado a terapia com a Mariana, perguntei-lhe como se sentia. Respondeu-me que, embora lhe custasse ainda falar de alguns temas, depois das sessões sentia-se mais aliviada. Parecia ter recuperado algum ânimo e admitiu que as consultas com a Mariana a tinham ajudado a recuperar um pouco do alento perdido. Apesar de assentir que a psicóloga já a conhecia num período melhor do que o que marcara o rescaldo do acidente, atravessava ainda algumas fases complicadas, especialmente no mês em que este ocorrera. Para a D. Lígia novembro adquirira um sabor agridoce, uma vez que a obrigava a reviver o sucedido, mas também lhe trazia alegria porque era também neste mês que os filhos mais velhos nasceram. Acreditava que com as consultas de psicologia conseguira alcançar uma nova perspetiva dos factos.

Eu ganhei bastante porque me fez ver o ponto de vista, porque eu via as coisas num outro ângulo. E as consultas me fez ver que não era aquilo que via. (...). Mais negativo, não o positivo. Que não dá, não posso fazer isso. E Mariana sempre me dizia que sim, consegues, faz e podes e não sei quê, vai dar certo, tenta e isso. Muita coisa. Eu não arrumava a minha casa, se os meus filhos não estivessem aqui eu não arrumava

a minha casa. Eu agora eu já arrumo a casa sem eles estarem aqui. Ela dizia “Tenta, tenta, tenta, vais ver que vai dar certo. Num dia não vai estar bom, noutra dia vai dar, depois dá sempre certo.” Nessas coisas assim que eu dizia “Não dá”, ela dizia “Não, vai tentando e vai conseguindo”. E outras coisas que eu pensava assim que era... [suspiro] que era impossível e ela metia sempre aquelas coisas, quando eu estava sempre mais em baixo, ela me tentava me levantar. Por acaso foi muito bom. Por acaso eu acho que já devia ter uma psicóloga há muito tempo.

A sua relação com a Mariana foi melhorando. Embora no início sentisse mais dificuldade em falar, adquiriu confiança ao sentir-se acompanhada, por não ter de se deslocar para as consultas, mas também porque a psicóloga não a pressionava a falar, lembrando-a frequentemente que só necessitava de partilhar consigo aquilo com que se sentisse à vontade. Porém, apesar de a deixar livre para conduzir as conversas, a D. Lígia soube logo pela Mariana que para se tratar teria de abordar o que mais a incomodava e o tema da inscrição na ACAPO voltou a estar presente nas suas sessões.

Em conversa, uns meses depois, confidenciou-me que tinha receio “de entrar mais na depressão”, e sentia que precisava de se preparar psicologicamente antes de aceitar ir para a ACAPO, razão pela qual estava a levar tanto tempo antes de se inscrever na instituição. A lembrança da sua anterior autonomia ainda se mantinha fresca na sua memória. A recordação da pessoa dinâmica que fora e que lhe tinha sido roubada com o acidente tornava-lhe difícil decidir-se na ida para a ACAPO, porque isso obrigá-la-ia a adotar uma nova identidade, à qual resistia agarrando-se àquela que perdera. Adia assim a decisão de iniciar a reabilitação, questionando-se por vezes se não teria sido melhor ter morrido do que ter ficado debilitada naquele estado. Na sua mente acalentava a ideia de encontrar outras alternativas que ainda não tinha experimentado: voltar para Angola, arranjar uma Junta Médica, tentar ser operada em Espanha ou em Cuba. “É por isso que eu estou a levar esse tempo todo. Porque há vezes que eu digo “Eu vou”, mas depois é aquela coisa, fico logo a dizer “Porquê? Porquê a mim? Porque é que me aconteceu isso? Porque é que tinha que ser a mim?”. Muitos porquês.”

A situação complicava-se porque sentia que não tinha ninguém a quem culpar. O atacante morrera, ela não, obrigando-a a reconstruir a sua vida sem o auxílio da visão e com a perspectiva de uma bengala de cego que a acompanharia para o resto da vida. No entanto sentia-se dividida: não se imaginava como o tipo de cega que se lembrava de ver no metro quando ia trabalhar para Lisboa deslocando-se na rua aos tropeções, mas também sabia que para ganhar

mais autonomia e voltar para Angola teria de seguir o conselho das técnicas e inscrever-se na reabilitação na ACAPO.

É o que eu falo sempre [em relação a inscrever-se na ACAPO]. Saber que um dia eu vou ficar na rua sozinha, essas coisas por aí... Dizer que já está tudo bem, que eu vou fazer, que não tenho receio, isso tenho. Mas é aquele susto, aquele medo que eu tenho que ultrapassar. Não posso... ficar sempre naquela coisa do medo, não tentar confiar nas pessoas, tenho que tentar ter confiança... Mas de resto está tudo bem. E depois logo se vê. Vou fazer a reabilitação... Não vou fazer ainda planos para o futuro porque depois logo se vê. Mas vou traçar um dia o que é que eu vou querer futuramente...

Como a pensão por invalidez - uma hipótese de subsídio social ao qual se poderia candidatar em que a Carla, a assistente social desde o início do seu estágio se preocupara em garantir-lhe -, consiste num valor mais reduzido do que o RSI, a D. Lígia considerava que teria de voltar a trabalhar para conseguir ter dinheiro suficiente para fazer face às despesas. Isto levava-a, ao fim de algumas semanas de terapia, a recomençar a ponderar frequentar o curso de reabilitação na ACAPO.

Na segunda entrevista que realizámos, já mais mentalizada de que teria de se inscrever e após algumas sessões de acompanhamento psicológico com a Mariana, a D. Lígia repetiu as vantagens de que poderia usufruir. “Acho que quando eu começar a fazer reabilitação vou conseguir, vou saber muita coisa que eu não sei que pessoas invisuais fazem. Mas para ser sincera, quando penso nisso, a cabeça me arde, dói-me...”

Repetiu várias vezes que não precisava de sofrer antes de tempo e que todos os dias iria fazer uma aprendizagem, ou seja, não teria imediatamente de confrontar todos os seus medos, um discurso aparentemente aprendido e trabalhado em terapia.

Não vou dizer isso que é um capítulo que vai abrir na minha vida [começar a reabilitação, receber pensão do pai dos filhos, receber a sua pensão por invalidez], porque não sei como vou encarar. Não vou sofrer antes do tempo, vou começar e depois logo... logo vê-se. Porque eu sei, às vezes eu digo que não vai ser fácil, mas pode ser que não. Pode ser que eu chegue lá e vejo aquilo tudo, por isso não vou sofrer antes de tempo. Então deixa o dia acontecer e depois logo. (...). Sim, sim, sim. Eu espero que sejam coisas boas. Queria ficar ao pé do computador... se eu posso fazer, então porque não vou fazer? Porque é que eu tenho que me excluir?

Rose (1999 [1989]) expôs as suas preocupações face ao que chama as “psi”, ou as

ciências humanas dedicadas ao estudo e à atuação sobre a mente e o eu. Para o autor, a psicologia e suas congêneres permitiram que os seres humanos não só se afirmassem como sujeitos, mas acima de tudo os seus conhecimentos, técnicas e experiência especializada assumiram um papel central na construção de sujeitos governáveis à luz dos conceitos de liberalismo e de democracia contemporâneos. “Estas novas formas de regulação não anulam a subjetividade. Elas fabricam sujeitos - homens humanos, mulheres e crianças - capazes de suportar o fardo da liberdade.” (Rose, 1999 [1989]): viii). O objetivo último permite que “cada indivíduo torne a sua vida significativa como se esse facto tivesse resultado de decisões individuais com base num projeto biográfico de autorrealização”. (1999 [1989]: ix).

Rose questionou um dos principais bastiões da contemporaneidade, nomeadamente a importância que a liberdade pessoal assumiu. Propôs-se mapear uma genealogia desta nova conquista para perceber até que ponto a escolha em ser livre através do exercício da nossa subjetividade nos presenteia com a liberdade prometida. Para o sociólogo a gestão do eu assenta em três pilares importantes: 1) as capacidades subjetivas e pessoais foram incorporadas no âmbito das aspirações inerentes aos poderes públicos; 2) a gestão da subjetividade tornou-se uma das incumbências centrais da organização moderna; 3) e com base nestes pressupostos, surgiram ciências especialistas na gestão dessa mesma subjetividade. Uma vez que o governo depende da informação e do conhecimento, necessita por um lado de isolar uma parte da população enquanto fatia da realidade, tornando-a legível e calculável para que sobre ela possa agir. “O governo depende assim da produção, circulação, organização, e autorização de verdades que incarnem o que deve ser governado, o que o torna concebível, calculável e exequível.” (1999 [1989]: 6).

Esta dependência do conhecimento revela o papel preponderante que as ciências “psi” alcançaram recentemente, as quais através da produção de linguagens de análise e das maneiras de falar sobre a conduta humana, mas também através da criação de documentos (testes de inteligência, relatórios clínicos...), providenciaram os meios através dos quais a subjetividade se tornou também ela concebível, calculável e exequível. Uma vez visível, tornava-se mais fácil agir sobre ela, melhorá-la, fazê-la incorporar o projeto do eu. A própria psique tornou-se assim um campo onde o governo pudesse atuar com o intuito de alcançar objetivos sociopolíticos. “Educar, curar, reformar, punir - estas são antigas imposições. Mas os novos vocabulários fornecidos pelas ciências da psique permitiram que as aspirações do governo

fossem articuladas em função da gestão do conhecimento das profundezas da alma humana.” (Rose, 1999 [1989]: 6)

O saber específico sobre o espírito humano providenciado e documentado pelas ciências “psi” tornou-se assim um dos meios privilegiados para se ser governado, mas também para nos governarmos. Uma vez que os estados liberais e democráticos estabeleceram limites no tipo de coerções diretas sobre os indivíduos, quando os cidadãos se regulam e governam a si próprios, os estados transformam-nos indiretamente em membros ativos participativos nas suas vidas.

O cidadão sujeito não deve ser dominado de acordo com os interesses de poder, mas sim educado e solicitado a que adira um tipo de aliança entre intenções pessoais e ambições e objetivos e atividades institucional e socialmente valorizados. Os cidadãos moldam as suas vidas através das escolhas que fazem ao nível da família, trabalho, lazer, estilo de vida e personalidade e as suas expressões. O governo trabalha “atuando à distância” sobre as suas escolhas, forjando a simetria entre as tentativas dos indivíduos para tornar as suas vidas algo que valha a pena, e os valores políticos de consumo, rentabilidade, eficiência e ordem social. (Rose, 1999 [1989]: 11)

Neste sentido a psicologia e suas congêneres formam especialistas da alma que ajudam os sujeitos através de terapia a que se adaptem e corrijam linguagem e emoções. As técnicas disponibilizadas por estes especialistas permitem que os indivíduos se avaliem, problematizem e monitorizem constantemente de acordo com o potencial que cremos que temos e aquilo em que nos poderemos tornar com a ajuda dos ditos especialistas.

“É importante que a D. Lígia entenda que o meu papel é ajudá-la a sentir-se melhor com ela mesma e a lidar com os medos e fobias que ela sente e tem, que estão tão presentes na vida dela.”, afirmou a Mariana numa das nossas reuniões semanais. Este trabalho na autoestima da paciente pretendia capacitá-la para aceitar a sua situação de invisual, ao mesmo tempo que a prepararia para enfrentar o mundo com essa incapacidade permanente. Aceitar o que lhe acontecera permitiria também retirá-la da situação de recetora de apoio económico do estado, como contrapartida de cumprir com um programa de reaprendizagem ministrado pela ACAPO. Ensiná-la a ler sem ver as letras e caminhar segura na rua com o auxílio de uma bengala forçavam-na a aceitar uma realidade e a transitar para uma situação que lhe permitiria ser mais autónoma, mas que a D. Lígia teimava em não aceitar porque não desistira ainda da possibilidade de voltar a ver. Transitar para a nova identidade, na perspetiva da utente,

representava uma viagem sem retorno.

O desejo de autonomia expresso pela D. Lígia chegava assim com contrapartidas: a D. Lígia teria de inscrever-se na ACAPO, de se mostrar cumpridora e de falar do que a atormentava. Isso permitir-lhe-ia não falhar com as suas responsabilidades para com os filhos, algo que ambas as técnicas da PROSAUDESC consideravam essencial. Ao ajudar a D. Lígia a ajudar-se a si própria, tanto a Mariana como a Carla exprimiam as suas boas intenções face à sua situação. O paradoxo da sua situação, como Cruikshank notou, envolve refletir a medida em que “a liberdade é a condição que permite a operacionalização do poder” (1999: 22). Assim, a contradição assenta na premissa de que o poder que se aceita como necessário que os próprios sujeitos empreendam e utilizem em seu proveito, corresponde às mesmas estratégias utilizadas para os governar. O objetivo aqui prende-se não apenas com a salvação da alma (que ao mesmo tempo tem a obrigação de se abrir durante o processo psicológico), mas também com a cura da pobreza e a libertação da dependência do estado.

O trabalho realizado com e pela autoestima da D. Lígia através do acompanhamento psicológico baseava-se na certeza do que as técnicas acreditavam saber ser o melhor para ela: o acompanhamento psicológico e a pensão de invalidez garantiriam a sua autonomia. De acordo com Cruikshank a autoestima corresponde a algo que os sujeitos devem à sociedade, a capacidade que os indivíduos devem demonstrar em agir sobre si mesmos desde que devidamente conduzidos pelos especialistas do que Rose chamou de ciências da “psi”. Funcionando como uma espécie de “vacina social (...) [a autoestima] é uma tecnologia no sentido em que se trata de um saber especializado sobre como nos estimarmos a nós mesmos, como nos avaliarmos, como nos calcularmos, medirmos, disciplinarmos e nos julgarmos” (Cruikshank, 1999: 89).

Esta tecnologia do eu obriga a que os indivíduos assumam como sendo seus não só os objetivos inerentes à autoestima, mas também a visão da sociedade. O desenvolvimento de responsabilidade individual e social equivale assim a tornar-se num cidadão responsável que se policia a si mesmo para que o estado não tenha de fazê-lo e muito menos de suportá-lo financeiramente. A autoestima permitia assim alcançar uma espécie de liberdade e de autonomia, desde que o sujeito fosse devidamente encaminhado por um especialista em saúde mental.

Alinhados os objetivos pessoais, instituiu-se assim uma noção geral de procura do bem

comum. No tipo de contrato estabelecido entre a D. Lígia e a sociedade que providenciava para si, cabia à primeira cumprir com os objetivos trabalhados nas consultas de psicologia. Tal como Cruikshank explicou, não foi a falta de poder que tornou a “rainha dos subsídios” (“*welfare queen*”, no original), o símbolo da fraude ao estado que a guerra aos pobres visava combater, mas sim a sua responsabilidade. Ao inverter a equação, os programas sociais que indubitavelmente registam nos seus objetivos a necessidade de repor o poder às populações marginais e vulneráveis através da atuação sobre a autoestima dos indivíduos que as compõem para que eles próprios procurem as respostas para os seus problemas, estes profissionais procuram cessar com a fraude nos subsídios, redirecionando-os para quem se considera que realmente necessita deles. Os resultados destes programas de combate à dependência do estado fornecem alcance e método ao poder, expandindo-o. Através da regulação, profissionalização e despolitização da vida social, continua Cruikshank, assistimos a uma expansão do político, alcançando até aquelas zonas mais recônditas, como os bairros sociais onde as organizações não governamentais atuam em seu nome e com base no financiamento concedido para a prossecução de determinados fins.

Para além do projeto assente sobre o eu e o trabalho sobre a autoestima em consulta, assumido como sendo universal, Santinho (2016) relembra, apoiando-se em Pussetti, que as emoções dos pacientes não são culturalmente isentas, mas contingentes e carregadas de valor. Estas experienciam-se de maneiras distintas e devem ser devidamente contextualizadas, tal como os modelos nosológicos ocidentais que, por serem demasiado abrangentes, despolitizam as condições de produção, agravando-as. Muitas vezes os relatos dos pacientes pecam por não se enquadrarem devidamente nessas noções previamente estabelecidas e o desconhecimento de contextos culturais distintos poderá ser fator de desvalorização de como estes poderão ser úteis num processo terapêutico.

### **4.3 O acompanhamento social e o desejo de autonomia**

O apoio dado à D. Lígia não se resumiu ao acompanhamento psicológico por parte da Mariana, tendo-se mantido e intensificado o anteriormente iniciado pela Aurora. Por diversas vezes a utente foi transportada ao hospital, à SS de Loures para se encontrar com a sua

assistente social e ao Tribunal de Menores para regular a pensão de alimentos que deveria receber do pai dos filhos. A Carla e a Mariana também levaram um dos seus filhos mais velhos à esquadra da polícia a propósito de uma ilegalidade por ele cometida. Quando o filho mais novo foi operado, a Mariana e a Carla deslocaram-se à sua morada para a ajudar na higiene da criança. Na maior parte destas vezes foi a Mariana quem a transportou às marcações nos diferentes serviços, por vezes na carrinha da associação, mas também no seu carro pessoal. Foi-lhe também oferecido apoio na obtenção da nacionalidade portuguesa se a requeresse e transporte do filho mais novo às aulas quando se atrasava nas consultas e falhava a boleia no autocarro disponibilizada pela escola. As técnicas chegaram mesmo a compadecer-se da situação desta família ao ponto de trazerem comida da sua casa para que pelo menos os filhos tivessem cereais para comer ao pequeno almoço. Ao longo do tempo a situação da D. Lígia foi suscitando mais compaixão entre as técnicas, as quais se foram aproximando gradualmente desta família, ao ponto da Mariana ter levado o filho mais novo da paciente a passar um fim-de-semana consigo em sua casa e da Carla se ter tornado amiga no Facebook do filho mais velho, do qual acabava por saber mais informação do que a própria mãe, segundo me confidenciou.

Para além das diversas conversas que surgiram no decorrer do período da investigação, tive oportunidade de agendar também com a Mariana e com a Carla entrevistas (consultar apêndice B) onde explorámos algumas questões que se foram tornando mais relevantes. Com o cuidado de colocar perguntas suficientemente abertas, mas também estruturadas para serem repetidas a ambas as entrevistadas, sentei-me com cada uma delas em dias mais calmos de trabalho na associação. As conversas foram gravadas e transcritas para permitir uma análise cuidada, sendo que no final da segunda entrevista com a Carla a Mariana também se encontrava presente na sala, embora sentada na sua secretária a uns metros de distância. A determinada altura decidiu intervir também na conversa, partilhando a sua opinião, o que enriqueceu a discussão. As questões gerais colocadas permitiram deixar espaço suficiente para desenvolvimento autónomo das suas respostas aquém da minha interferência e focaram-se em tentar perceber qual o seu entendimento sobre a finalidade da missão da PROSAUDESC, como este conhecimento se reflete na intervenção tanto da psicóloga como da assistente e que pretendiam retirar do trabalho que realizavam todos os dias com os utentes (ver apêndice B). Estas interrogações desdobraram-se em inquirições mais específicas que pretendiam desdobrar

as próprias respostas facilitadas pelas técnicas.

Estas entrevistas inserem-se no paradigma defendido por Bertaux, que o autor apelida de etno-sociológico, e que, citado por Guerra, aponta como sendo um tipo de pesquisa que procura “passar do particular o geral, descobrindo, no interior do terreno observado, as formas sociais específicas - relações sociais, mecanismos sociais, lógicas de ação, lógicas sociais, processos recorrentes - que seriam suscetíveis de estar presentes numa multitude de contextos similares” (2006: 31). Para o mesmo autor “é pela linguagem que o social toma forma, e é pela palavra que os sujeitos se socializam e se apropriam das formas de vida social” (2006: 32).

Com este objetivo em mente foram agendadas as entrevistas com as técnicas, as quais realizavam a maior parte do trabalho da PROSAUDESC no quotidiano, tentando assim aplicar as diretrizes da missão da associação como lhes tinham sido transmitidas e que interpretavam de acordo com a sua experiência de vida ou recorrendo a modelos próprios da sua interpretação do que significava “dar a mão”. As entrevistas, realizadas no final do seu estágio, permitiram aprofundar o conhecimento da realidade empírica recolhendo informação sistematicamente com o objetivo de a analisar dinamicamente.

A construção do guião de entrevista permitiu perceber como as estagiárias tinham chegado à associação e qual o tipo de trabalho que aí desenvolviam face às expectativas de recém-licenciadas e de inserção no mercado de trabalho. Para a Mariana tomava preponderância o apoio que poderia dar à comunidade tendo em conta a sua formação específica. Porém, a sua atuação na PROSAUDESC não se limitava a aplicar os ensinamentos de psicologia recém-adquiridos, uma vez que era de crucial relevância que a IPSS garantisse o transporte dos utentes a consultas e outros compromissos. Ao contrário da Carla, que não possui carta de condução, a Mariana ficou por diversas vezes encarregue dessa função, mesmo com pacientes a quem ministrava acompanhamento psicológico. Embora ao longo do tempo esse transporte tenha sido reduzido aos utentes com necessidades especiais - como era o caso da D. Lígia “porque precisa”, como sublinhou a Mariana -, alguns sócios acabaram por ter de pagar o transporte a partir do momento em que a associação começou a sofrer com a falta de fundos.

Por seu lado a Carla queixou-se das expectativas que nutria em relação àquele primeiro emprego e que acabaram por se revelar goradas.

Eu pensava que ia ter uma assistente social comigo, que me desse realmente aquela ajuda que eu precisava

para as minhas dúvidas, porque é normal as pessoas terem dúvidas e de facto à medida que passou o tempo isso não aconteceu e tudo aquilo que eu aprendi foi muito à minha custa e à custa das pessoas que trabalham aqui, não da parte da instituição, porque não tem uma formação muito específica nas nossas áreas de intervenção.

A sua intervenção específica na área da assistência social encontrou-se bastante reduzida durante os meses do estágio, sendo que não lhe apareciam muitos casos em que pudesse efetivamente aplicar o que aprendera na faculdade. Apenas a D. Lígia a ocupava com questões que se aproximavam da sua área de formação, nomeadamente a questão da obtenção de subsídios sociais e pensão de invalidez, segundo me informou. Tal como a Mariana, que se especializara na área da parentalidade e gravidez, a Carla também concentrava as suas preferências na intervenção com famílias, nomeadamente com crianças em risco. A Carla realizara o estágio curricular para obtenção do grau de licenciatura sob a orientação de uma técnica de serviço social, que a guiou durante o estágio. Visitavam os domicílios identificados, acompanhavam crianças, redigiam relatórios requeridos pelo tribunal, entrevistavam famílias... Uma realidade distinta do que acontecia no quotidiano na PROSAUDESC.

Quando a questioneei como tinha conseguido saber que trabalho deveria realizar com a D. Lígia, uma vez que na instituição falhava orientação específica, respondeu-me que no caso desta utente já tinha sido requerido o RSI, o qual voltara indeferido e que essa tinha sido a única medida aplicada no seu caso pela anterior assistente social.

Como toda a gente supostamente deveria saber quanto ao RSI, o objetivo é que a pessoa vá para o mercado de trabalho. Sendo a D. Lígia uma pessoa invisual e dada a conjuntura económica do nosso país dificilmente ela conseguiria arranjar um trabalho. E depois ela está naquela situação que tem três filhos, tem três crianças com ela, menores... Sobrevivem através do abono, que é uma... é pouquíssimo, é quase impensável alguém conseguir sobreviver com um abono... Ainda por cima tendo três crianças e tendo que alimentá-las e levá-las... e comprar roupa...

Na visão da Carla, viver apenas recorrendo ao abono das crianças, que para agravar a situação fora cortado recentemente devido ao clima de austeridade em que o país se encontrava, não era solução. Na sua opinião a D. Lígia, na medida em que era seguida sem o apoio de uma instituição que soubesse como intervir devidamente em termos de assistência social, estava a vulnerabilizá-la ainda mais. Uma vez que também a D. Lígia não se mostrava disposta a

trabalhar porque não se sentia autónoma nem o tentava ser inscrevendo-se na reabilitação da ACAPO, embora nunca tivesse dito que não pretendia não voltar ao mercado de trabalho, optou por requerer uma pensão de invalidez que solucionasse parcialmente a sua situação.

Embora durante o estágio curricular a Carla nunca tivesse trabalhado com imigrantes, a situação dos Terraços da Ponte era muito diferente e, na sua opinião, obrigava à celebração de um protocolo eficaz com o SEF, o qual também não existia. Face a casos e situações pontuais, as técnicas necessitavam de enviar emails a alguns contactos que já tivessem ou telefonar para os serviços pedindo apoio. Este protocolo ajudaria, na sua opinião, na renovação de vistos, no esclarecimento de dúvidas no âmbito da legislação sobre imigração, áreas das quais era totalmente desconhecadora antes de começar a trabalhar na PROSAUDESC e onde identificava ter ainda lacunas.

Quando lhe perguntei se a Casa da Cultura poderia funcionar como ponte entre os problemas dos moradores do bairro e as questões que pudessem apresentar ao nível da regularização, a Carla respondeu-me que mesmo o CNAI muitas vezes não conseguia solucionar a maioria dos casos devido à sua complexidade, tornando o trabalho na associação muito complicado. “E mesmo assim conseguimos fazer muitas coisas, entre as três conseguimos fazer muitas coisas, mas eram situações muitas delas complicadas, não é?”, acrescentou a Carla referindo-se ao Zequinha, como o capítulo V demonstrará. “Apareceu uma determinada situação tinha de se resolver...”, sendo que muitas vezes era este o modo padrão de resolver os casos que surgiam diariamente na PROSAUDESC e para os quais tinham de recorrer ao que achavam ser o equilíbrio entre o bom senso e o que seria correto fazer para guiar a sua ação.

Outros tornaram-se mesmo impossíveis de resolver, sendo que alguns, como o caso do Albino, se encontrava na iminência de ser expulso da sua casa por não pagamento da renda ou mesmo do país por se encontrar em situação de irregularidade há bastante tempo. Relatou ainda o caso de uma senhora que chegou a Portugal antes do 25 de abril e que, nunca tendo tido documentos e vivendo atualmente com outro inquilino a quem tinha sido atribuída uma casa da Câmara, se arriscava a ter de voltar ao país de origem para resolver a sua situação sem que cá se pudesse apoiar em qualquer organismo que a aconselhasse devidamente. Na opinião da Carla esta era uma situação muito complicada à qual lhes tinha sido pedido para ajudar, mas que era insolúvel pela falta de meios e de orientação de que a PROSAUDESC dispunha.

## 4.4 Adelaide

A Adelaide, à data da conclusão do estágio das técnicas, continuava com a sua situação ainda por solucionar também. Quando a Aurora visitou a associação para ajudar a Mariana e a Carla a inteirarem-se do trabalho, aproveitou para lhes apresentar os casos mais complicados, entre eles o da Adelaide e o da D. Lígia. A primeira apresentou-se imediatamente como um desafio às capacidades da Mariana, primeiro porque sendo ela analfabeta não conseguia realizar uma avaliação psicológica através da aplicação de um teste cognitivo; e por outro a utente vinha encaminhada de outra psicóloga que desistira do seu caso porque não conseguira criar uma ligação com a Adelaide. A falta de concordância quanto ao diagnóstico pelos diferentes técnicos de saúde mental que se cruzaram com a Adelaide, a par das dificuldades que apresentava (ausência de rendimentos ou morada fixa, mas com uma filha pequena a seu cargo) e dos internamentos no Hospital Júlio de Matos, bem como as dúvidas sobre se cumpria com a medicação necessária, tornavam o caso da Adelaide bastante problemático.

Chegou a Portugal em 2004 como doente de Junta Médica. Nascida em 1984, viajou sozinha para Lisboa para ser sujeita a tratamentos cardiovasculares. O visto de estadia temporária para tratamento médico entretanto expirara e a utente tentou renová-lo junto do SEF, mas sem sucesso. Apenas conseguiu regularizar novamente a sua situação através da obtenção de um título de residência em 2009, tendo estado indocumentada e a viver em diferentes sítios durante este período, na maior parte do tempo desempregada.

Quando pediu apoio à associação vivia numa habitação social na Urbanização Terraços da Ponte com o companheiro, pai da filha, e a sua família. A filha, Jamila, já nascera em Portugal e era objeto de vários conflitos entre a Adelaide e a sua família paterna. O companheiro (por vezes ex-companheiro) encontrava-se numa situação mais confortável: natural de São Tomé e Príncipe, tal como a Adelaide, encontrava-se empregado e tinha a sua situação migratória regularizada com um título de residência, ao contrário da utente.

A Adelaide tinha vindo a ser pontualmente acompanhada pela Embaixada do seu país, uma situação que a PROSAUDESC identificou já em vários casos como não sendo suficiente para os vários indivíduos que chegam a Portugal através do acordo de Junta Médica. Esta foi uma das razões que os motivou a investir no serviço às várias pessoas que lhes pediam ajuda e que lhes chegavam já em situação migratória irregular, morando em condições precárias nos

Terraços da Ponte e que eram apenas acompanhados no hospital onde faziam os tratamentos, como vimos no capítulo III. Muitos destes utentes, tal como a Adelaide, não usufruíam de acompanhamento por médicos de família no centro de saúde existente no bairro, mas como a D. Virgínia aí trabalhava como administrativa, quando identificava casos mais flagrantes em que o SNS não conseguia dar a resposta adequada, encaminhava-os para a PROSAUDESC onde eram tomadas as diligências necessárias (ou possíveis).

A Adelaide, tal como outros utentes nascidos em São Tomé auxiliados pela PROSAUDESC, sofria de insuficiência cardíaca. Chegou a Portugal com o diagnóstico de estenose mitral, um estreitamento do orifício de uma válvula cardíaca, que lhe foi diagnosticada ainda no país de origem na altura quando engravidou pela primeira vez.

Eu vim para Lisboa porque eu tive, eu tive grávida de cinco meses. (...) Depois do segundo mês eu tive com canseira, asma e isso sufocou o coração e o médico mandou tirar a gravidez urgente em S. Tomé. (...) Bom, o médico mandou tirar mesmo depois lá eu segui consulta, mesmo lá em S. Tomé e depois de lá que me deram Junta, que eu vim para Lisboa.”<sup>34</sup>

Desde que chegou a Portugal tem sido seguida no Hospital de Santa Marta em Lisboa onde é acompanhada para vigiar o problema cardíaco. Foi operada em janeiro de 2005, tendo-lhe sido colocada uma prótese mitral mecânica. Necessita de medicação diariamente e de se deslocar frequentemente a consultas agendadas nessa mesma unidade hospitalar. A Embaixada responsabilizou-se pela deslocação de Adelaide a Portugal para receber cuidados médicos, tendo ficado internada no hospital em 2004 após a sua chegada e depois sido instalada no quarto de uma pensão para receber os restantes tratamentos em ambulatório. Mais tarde acabou por conhecer outros conterrâneos, entre eles o Leonel, com quem morava à data. Por vezes arranjava algum dinheiro tomando conta de crianças, uma vez que não sabia ler nem escrever, e em troca ofereciam-lhe a estadia. Outros pareciam compadecer-se da sua situação, mas quando se mudava para as suas casas, Adelaide sofria abusos e tentativas de aproximação não solicitadas. Isso obrigou-a a mudar-se várias vezes, tendo vivido no Intendente, mas também “do outro lado do rio”. Esta inconstância levou-a a adotar uma atitude defensiva face às pessoas

---

<sup>34</sup> Excerto de entrevista gravada com a Adelaide. Todas as citações atribuídas à Adelaide referem-se a entrevistas gravadas ou a encontros informais registados no diário de campo respeitando o discurso direto.

que se aproximavam para a auxiliar, tornando-se evasiva nos detalhes, ao mesmo tempo que receava ficar sem um teto.

Uma vez que o visto de estadia temporária não lhe permitia trabalhar (ou já se encontrava caducado na altura) e devido à falta de meios para se suportar, quando conheceu o Leonel, mudou-se para sua casa na Urbanização Terraços da Ponte. Desta relação surgiu uma gravidez, a qual foi desaconselhada pelos médicos devido à insuficiência cardíaca de que padece. Pouco tempo depois deu à luz a Jamila.

Para evitar outra gravidez que pudesse comprometer a sua saúde, a Adelaide foi na altura do parto aconselhada a aderir ao implante contraceptivo subcutâneo, uma medida que Pussetti (2015) discute criticamente e identifica como uma das medidas etnopolíticas utilizadas para gerir as populações africanas, especialmente aquelas consideradas vulneráveis por razões económicas. Noutro artigo, Pussetti e Barros (2012b) demonstram como este tipo de intervenção não pode ser desligado de uma mentalidade mais abrangente em que se assume que os indivíduos de ascendência africana, incapazes de tomar conta de si mesmos de maneira racional, higiénica e moderna, se colocam a si e ao resto da sociedade em risco. Cabe então ao estado agir sobre os corpos dos mesmos e, neste caso, isso implica aconselhar fortemente a que as mães não saiam do hospital após o parto sem se terem comprometido com um meio contraceptivo que evitará não só mais uma gravidez, como uma dependência da assistência do estado. Neste caso, a Adelaide apresentava-se como a candidata ideal a este tipo de intervenção: para além do problema cardíaco (que seria razão suficiente para impedir uma gravidez, de acordo com os médicos), a falta de emprego, de habitação estável e uma situação migratória por regularizar, complicar-se-iam com o nascimento da sua filha. A sua estadia, motivada por razões médicas, e que se esperava que fosse temporária, dificultava-se e prolongava-se se uma gravidez surgisse. Não só a poderia colocar em risco de vida, como a fragilizava ainda mais economicamente. Porém, face à situação em que se encontrava e aos sucessivos avanços dos diferentes homens que se propunham ajudá-la com a documentação e uma morada fixa, embora Adelaide fosse conhecedora dos riscos que lhe tinham sido transmitidos caso engravidasse, a gravidez no seu caso também funcionava como uma estratégia de sobrevivência.

Quando entrou pelas portas da PROSAUDESC dentro pela primeira vez, Aurora preocupou-se em tentar perceber se estaria grávida novamente, uma vez que no hospital a tinham desaconselhado. Preocupada com o seu discurso descoordenado e com uma barriga

visivelmente dilatada, a assistente acompanhou a utente a uma farmácia para realizar um teste, cujo resultado surgiu negativo. Complicando ainda mais a sua situação, o companheiro com quem vivia já mostrara sinais de ser agressivo e a família que a acolhia nem sempre se mostrava compreensiva com a sua situação. A sua dependência deste agravava-se com a sua dificuldade em encontrar emprego, a qual a fez dirigir-se à associação para pedir apoio financeiro. A PROSAUDESC prontificou-se a ajudar a Adelaide com um título de transporte para que pudesse dirigir-se sozinha à embaixada e reativar este apoio, mas tornava-se determinante confirmar se a utente não incorrera em incumprimento, engravidando contra as indicações médicas que colocariam em risco não só a sua saúde como a sua situação em Portugal.

Fiel à sua missão, a PROSAUDESC prontificou-se a apoiar a Adelaide com a sua situação migratória. A utente queixava-se que submetera o pedido de autorização de residência há pelo menos dois anos e que continuava à espera da deliberação do SEF. A utente foi então acompanhada à delegação deste serviço em Odivelas, onde lhe confirmaram que nem todos os documentos tinham sido entregues, pelo que o processo tinha sido arquivado. Quando desbloquearam esta situação, a Adelaide teve de fazer prova da nova morada e foi incentivada novamente a procurar emprego.

Entretanto, no início de setembro de 2009, a sua situação complicou-se. Um ano após o primeiro atendimento na PROSAUDESC, a Adelaide viu sua permanência nos Terraços da Ponte posta em causa pelos sucessivos conflitos a que a relação com o companheiro a sujeitaram. Este expulsou-a de casa, mas exigiu ficar com a tutela da filha. Encontrara outra companheira, que já se encontrava grávida também, e queria que a Adelaide saísse para poder iniciar uma nova família, de acordo com o que a utente transmitiu no seu discurso incoerente e confuso à assistente social estagiária. A instabilidade na sua residência, a sobrevivência com base em algum dinheiro que a família de acolhimento lhe disponibilizava, a falta de emprego e de um subsídio social que a apoiasse faziam com que a situação a fragilizasse ainda mais.

Aurora prontificou-se a contactar vários serviços que poderiam ajudar a Adelaide a ficar com a filha, tal como esta afirmava que desejava, e a evitar o despejo: desde a Segurança Social, ao GIL, à Comissão de Proteção de Crianças e Jovens do concelho, passando pelo Hospital Júlio de Matos (onde um dos técnicos da Casa da Cultura sugeriu que se realizasse uma avaliação psicológica da Adelaide), mas também ao Tribunal de Menores para exigir a regulação do poder parental. Foi também nesta altura que a Aurora contactou outra associação,

a qual providenciava apoio psicossocial às crianças e famílias, expondo a sua situação e alegando falta de meios financeiros para providenciar o acompanhamento necessário neste caso. A par da informação sobre a situação familiar, habitacional, económica e migratória, a assistente social acrescentou também no fax enviado a esta instituição: “O historial da utente em Portugal parece-me confuso e incerto, uma vez que tudo o que consigo apurar é-me dito pela utente que, aparentemente, tem um atraso cognitivo e algum tipo de perturbação psicológica.”

O mesmo cuidado motivou a articulação de esforços junto do Hospital Psiquiátrico de Lisboa para que a Adelaide fosse seguida por esta instituição não apenas nos momentos de crise, como quando em 2008 foi internada neste hospital. Esta situação aconteceu após o ex-companheiro a ter conduzido às urgências de um hospital público alegando que se encontrava agressiva física e verbalmente.

Ela [a irmã do Leonel] uma vez ela chamou-me bruxa cá em casa, chamou-me bruxa, que eu sou feiticeira, não sei quê lá... Eu disse ela é feiticeira, pode ser você mesmo que ‘tá aqui a fazer outra pessoa mal, porque eu não sou feiticeira. Ela e Leonel é assim junto, junto... eles dois fica a sair, como ele tem carro, eles dois, entra carro sai, entra carro sai, eu fica em casa sozinha, fechada. [...] E ele [Leonel] disse que falava mal dele atrás dele, eu nunca falo mal dele atrás dele, eu só conversei com aquela, aquela senhora Jeová que me deu conselho que é para ir para lá na SS lá onde a minha filha nasceu, no hospital, na Maternidade Alfredo da Costa, que é para falar com ele lá que é para pedir ajuda. (...) Ele tava assim um bocadinho esquisito também, porque eu conhecia muito bem o Leonel, ele não tava assim tão esquisito, ele chegou naquela... no momento que... porque como eu tive internada no Júlio de Matos, ele também ‘tava... Eu não sei o que é que ele estava a pensar exatamente, mas ‘tava assim também descontrolado também, um pouco... mas só que eu tive mais do que ele. (...) Eu fiquei assim, com pressão descontrolada e não conseguia nem com a minha filha. Depois de lá que eu fui internada ao Júlio de Matos. (...) Fui para lá para o hospital, fiquei lá no hospital... Comecei a pular, pular, saltar, saltar, lá no hospital... Porque eu tive assim, descontrolada, não sabia... Eu própria não sabia onde eu estava... Eu fiquei lá, eles meteram... Depois fizeram exame de cabeça... É uma coisa assim grande, que eles meteram eu nele... Depois olharam a cabeça e disseram que tem uma da memória de bebé, desde bebé, como uma... Se eu tiver a estudar, se não conseguir... Essa coisa é por causa disso. Eu nasci com uma doença.. minha cabeça não consegue captar as letras... Eles disseram que se eu tivesse aqui desde criança, ser seguida com psicólogo, eu podia ‘tar no quarta classe... Como eu não consegui captar as letras, porque tem uma coisa... uma doença na minha memória que não consegue captar as letras... Mas só que isso não tem nada a ver com, que eu sou maluca, eu não sou maluca... Depois de lá é que eu comecei a tomar esse medicamento de sono, esse dá muita fome, porque esse dá muito... tem de calmante, tem de sono e dá muito sono... E esse mesmo que dá

muito sono ele que dá muita fome...

O relatório de alta deste episódio corresponde a um conjunto de vários documentos sobre esta utente que se encontram anexados ao seu processo na associação. Este informa não apenas a história clínica, como a terapêutica efetuada e a evolução no internamento. Identificada como sendo uma doente do sexo feminino de vinte e quatro anos de idade de raça negra a viver maritalmente com uma filha de um ano de idade, regista também o seu analfabetismo, desemprego e o facto de viver em Portugal há cerca de quatro anos. O seu “discurso incoerente, heteroagressividade e gestos bizarros (o companheiro afirma que “responde coisas que não têm a ver com a pergunta”)” motivou a deslocação ao serviço de urgência e ao primeiro internamento no Hospital Júlio de Matos sem que haja outros registos de alguma vez ter sido acompanhada nesta especialidade. Foi assim medicada na admissão com antipsicóticos, psicotrópicos, ansiolíticos, sedantes e anticoagulantes (estes últimos para o problema cardíaco).

O internamento evoluiu favoravelmente, tendo a Adelaide tido alta após registar tanto um discurso como uma postura mais adequados. Porém o relatório relata ainda que após o fim de semana de ensaio, a paciente mantinha “delírios de conteúdo místico acerca da cunhada com a qual vive e tem alguns conflitos: ‘a irmã do meu companheiro é má... acho que ela é uma bruxa e faz bruxedos contra as outras pessoas!’”. A medicação prescrita após a alta foi abandonada pela Adelaide uma vez que lhe causava sonolência. Acabou também por não comparecer a alguns compromissos com a psiquiatra, pelo que a Aurora remarcou a consulta para tentar reavaliar a sua situação. Ao tentar encaminhar o caso da Adelaide para outra associação, a técnica destacou a importância de haver alguém que pudesse acompanhá-la na toma da medicação, tanto psiquiátrica como cardíaca, e às consultas às quais a utente invariavelmente faltava. O desejo que expressava de aprender a ler, a escrever e de se manter em contacto com a filha levavam a técnica a crer que com o devido acompanhamento a sua situação, embora complicada, poderia de alguma maneira ser bem sucedida. Porém, a associação contactada não foi capaz de dar seguimento ao caso e a Adelaide manteve-se como utente esporádica da PROSAUDESC, aparecendo pontualmente na associação com diferentes pedidos de ajuda.

Entretanto a Aurora procurou ainda que a utente tivesse algum rendimento através da obtenção do RSI ou um atestado de incapacidade que a ajudasse a aceder ao mercado de

trabalho. Em dezembro de 2009 a psiquiatra responsável pela Adelaide redigiu um relatório médico onde destacava o seu quadro muito depressivo e uma alteração do comportamento muito evidente. Destacava também os seus problemas socioeconómicos que beneficiariam da integração socioprofissional da paciente. Baixou a dose da medicação até nova avaliação, tendo sugerido terapia ocupacional.

Porém, a 11 de fevereiro a sua situação mudou radicalmente. A assistente social deslocou-se nesse dia ao Hospital Júlio de Matos na sequência de novo internamento da Adelaide. O ex-companheiro e a cunhada alegaram que ela tentara saltar da janela, bem como incendiar a casa onde todos viviam. Nessa altura, afirmavam ter sido a própria que se quis internar. Como a Adelaide me confidenciou no decorrer de uma das nossas conversas,

[Adelaide] Ah, isso... eu tive assim um bocadinho coisa já, já tive um bocadinho confusa, já tinha “descubrido” o que é que é isso, depois... Eu mesmo que fui para o Júlio de Matos, eles não me levaram não, que como eu já conhecia fui. (...). Foi naquela época que Leonel já não fazia compra para em casa.... Fazia compra em dois meses, também não dormia em casa, dormia fora de casa... isso tudo que comecei a imaginar. Mas imaginei isso ano passado, quando pai dele ‘tava cá... Não, [ele estava] separado... dizia para voltar novo, queria voltar de novo quando ele estava com aquela outra.

[Investigadora] E tu não deixaste?

[Adelaide]Não. Ele vivia com mulher dele para aqui, como é que eu vou aceitar? Ele veio para aqui com a mulher dele, eles... Porque ela também não tem, bom, ela também tem a cabeça assim como eu... ela sabe ler e sabe escrever, mas é quase igual a mim mesma, ela e eu são quase colega. (...) ele veio procurar aqui só de graça, vai embora.

Na opinião da médica psiquiatra, este episódio deveu-se unicamente à situação familiar instável e apontou como causa alegados “problemas culturais” subjacentes que provavelmente estariam na base dos comportamentos disruptivos. Na dúvida, medicou. A assistente social responsável por este caso no hospital tentou na altura manter a Adelaide internada no Júlio de Matos para lhe encontrar uma resposta de alojamento. No final do mês a técnica da PROSAUDESC voltou a cruzar-se com a Adelaide no bairro, que lhe confidenciou estar a viver na casa da sua antiga sogra, a qual partilhava com o novo companheiro. O discurso mantinha-se incoerente. Entretanto o internamento repetiu-se uma vez mais. A Adelaide desaparecera da sua nova morada e só após ter ligado para o Júlio de Matos a técnica da PROSAUDESC conseguiu perceber que tinha sido novamente internada, embora a utente não se conseguisse

lembrar em que circunstâncias. Menos de uma semana depois teve alta e voltou para a casa da antiga sogra novamente.

Em carta enviada à psiquiatra que acompanhou o caso da Adelaide no Júlio de Matos, Aurora expôs novamente a sua preocupação e a necessidade de unirem esforços no sentido de se encontrar um diagnóstico claro da sua perturbação que permitisse uma intervenção eficaz, visto que a sua maneira de se expressar não permitia que a assistente social conseguisse apoiá-la corretamente.

A utente não tem um discurso coerente e não segue uma só linha de pensamento, confundindo acontecimentos. Quando questionada sobre essas mesmas situações, não consegue responder às questões. Por outro lado, não possui a capacidade nem a competência de diferenciar situações em que a Sra. Adelaide verdadeiramente compreende o que lhe é dito e/ou pedido, das situações em que não compreende de todo as recomendações que lhe são feitas. Esta minha preocupação tem aumentado porque em alguns dos seus relatos, há referência a situações de violência e tenho receio de que esteja envolvida em alguma situação que não consegue verbalizar. Não consigo depreender se esta não verbalização acontece por medo ou por incapacidade em se expressar.

Em finais de abril, à data da sua saída, a técnica deixou registada a sua preocupação crescente e frustração que a situação da Adelaide lhe provocavam. A utente pedia simultaneamente apoio e o mesmo tipo de ajudas (materiais e não só) tanto a si como aos técnicos da Casa da Cultura - sendo rapidamente apanhada em “mentiras ou omissões propositadas” - pelo que sublinhava a importância de cruzar sempre informação com a assistente social para “tentar perceber a veracidade das suas afirmações”. A informação transmitida verbalmente pela Aurora no término do seu estágio, e que igualmente revelava preocupação e uma ligação especial à Adelaide como acontecera com a D. Lígia, motivou o desejo de resolver o seu caso, pelo que numa das tardes de menos trabalho e sem atendimentos, nos sentámos a rever o seu processo. A vontade verbalizada de aprender a ler e a escrever que se encontra expressa tanto neste documento como em cartas enviadas pela Aurora a outras entidades explicando a situação da Adelaide, fez surgir a ideia de criar um curso de alfabetização de adultos na PROSAUDESC.

Por outro lado, a Mariana explicou que se a utente não fosse analfabeta, poderia aplicar-

lhe um teste de avaliação psicológica WAIS<sup>35</sup>, o que na sua opinião poderia ajudar a identificar o tipo de perturbação de que poderia sofrer. Uma visita posterior à Casa da Cultura que terminou numa reunião com os técnicos que aí trabalhavam permitiu também perceber que o psicólogo não realizava acompanhamentos terapêuticos nem fazia avaliações, dando apoio psicológico pontual à Adelaide, à semelhança do que fazia com outros moradores do bairro. Este psicólogo confidenciou-nos que, ao contrário do diagnóstico de perturbação da personalidade pelo qual a Adelaide estava a ser acompanhada no hospital, acreditava que ela padecia de um atraso cognitivo. Poucos dias depois aproveitei um encontro com a D. Virgínia para lhe perguntar a sua opinião sobre incluir a Adelaide nos ateliês dinâmicos que seriam introduzidos na PROSAUDESC. Disse-me que a utente tem um discurso coerente quando está medicada, ao contrário do que aconteceu noutras alturas.

Quando se colocou a hipótese da Adelaide se mudar para a casa de acolhimento, ela recusara porque não queria afastar a filha da família do companheiro. Frequentemente afirmava que pretendia arranjar um emprego, tornar-se independente e arranjar uma casa ali perto para si e para a filha. Continuava a comparecer às consultas com a psiquiatra do Júlio de Matos, embora estas fossem curtas e servissem apenas para que a médica lhe passasse receitas dos três medicamentos que deveria continuar a tomar até lá voltar novamente dois meses depois. Deste conjunto contavam-se antipsicóticos e calmantes. Estes últimos, confidenciou-me, serviam para “não pensar”. Durante a curta consulta a psiquiatra aproveitou para perguntar-lhe como se sentia, e ao receber uma resposta positiva, disse-lhe que deveria continuar a tomar regularmente a medicação.

Entretanto a Adelaide recebeu duas notificações, uma da SS e outra do Tribunal de Família de Loures. A primeira alertava-a que não deveria deixar de comparecer às sessões de reorganização da vida pessoal, correndo o risco de perder o RSI se o fizesse novamente. A segunda correspondia a uma audiência onde seria decidido quem ficaria com a tutela da Jamila, se a Adelaide se o Leonel, devido a um processo instaurado no passado quando a Adelaide se queixara de violência doméstica pela primeira vez.

A utente respondeu imediatamente que quem tomava conta da filha a tempo inteiro era

---

<sup>35</sup> O teste WAIS permite avaliar a inteligência em adultos recorrendo à escala de inteligência de Wechsler. Os técnicos de saúde mental utilizam-na frequentemente para encontrar diagnósticos de deficiência mental, sobredotação, mas também para aferir perturbações neurológicas e psiquiátricas.

ela, ao contrário do pai que chegava muitas vezes tarde a casa. A Carla aconselhou-a a não ter medo de contar em tribunal que fora vítima de maus tratos por parte do companheiro e a procurar trabalho para tentar reverter esta situação, mas a Adelaide expôs os vários impedimentos de que sofria: problemas cardíacos que a impediam de fazer esforços (apesar de ter confirmação por parte do médico de que não existia impedimento físico), que se encontrava à espera de ser chamada para o Centro de Emprego, que precisava de tempo para descansar, a incompatibilidade dos horários e que não podia ir a entrevistas porque não sabia preencher os formulários. Entretanto o RSI foi-lhe cancelado, provavelmente porque a sua autorização de residência já se encontrava inválida ou porque faltou a mais uma sessão organizada pela SS com o intuito de reorganizar o seu projeto de vida.

A situação da Adelaide acabou por não ficar resolvida nos moldes em que se previa e gostaria. Face aos sucessivos imprevistos e à errância entre os diferentes serviços que lhe serviam de apoio, a Adelaide não conseguia manter durante tempo suficiente um discurso coerente e consistente como o que os técnicos da Casa da Cultura e da PROSAUDESC esperavam dela. Apesar de cumprir com alguns dos objetivos que lhe eram impostos pela lei e que elevariam o seu estatuto de indocumentada e desempregada a cumpridora e regularizada, os objetivos da Adelaide pareciam não só variar consoante as flutuações nos interesses no ambiente familiar que a acolhia, como com a sua preocupação em relação a deixar a filha sozinha para ir trabalhar. Muitas vezes garantir o cuidado da filha e um lar não eram coincidentes e a maneira como reagia às adversidades e tentava impor a sua vontade em casa qualificavam-na mais como um caso de saúde mental, o que neste caso não jogava a seu favor.

A sua voz era frequentemente silenciada pelos diagnósticos não coincidentes, mas também pela sua família, pelos técnicos que procuravam "dar-lhe a mão" e pelas pressões a que era sujeita e que a obrigavam a mudar sucessivamente o seu discurso. Porém, embora isto fosse muitas vezes interpretado como má vontade, manipulação, preguiça ou falsidade, a Adelaide mostrava-se sempre interessada em melhorar a sua condição, desde que nos seus termos. A Adelaide sabia navegar nos apoios que lhe eram disponibilizados e na burocracia que lhe exigiam, contestando o papel de vítima passiva e vulnerável que muitas vezes lhe era imposto. Porém, nem sempre os seus objetivos estavam alinhados com os da associação e das técnicas, ou mesmo do que se esperava de si enquanto mãe. Este comportamento da Adelaide, contradiz o papel de vítima como muitas vezes vem retratado em Antropologia (Fassin e

Rechtman, 2009), em que esta é caracterizada enquanto personagem redutora e simplista que, todavia, procura alcançar retribuições através da capitalização deste estatuto. Esta posição era negociada e manipulada em função dos objetivos e aquém das categorias que procuravam conter a Adelaide no seu registo: indocumentada, doente, necessitada de apoio social e psicológico. Vítima.

Embora concorde com Fassin (2012) quando este autor aborda a questão da razão humanitária, em que através da mobilização de sentimentos morais de compaixão, indignação e cuidado se justificam determinados tipos de intervenção social, e com Ticktin (2011), quando a autora afirma que uma política do cuidado preserva e reproduz as desigualdades sociais que jurou combater, desenhando-se novas políticas e mapas de exclusão e inclusão, a etnografia ajuda a perceber como estas estruturas são negociadas e contestadas no quotidiano. Wacquant, citado por Han (2012: 23), desenvolveu o conceito de “marginalidade avançada”, referindo-se às políticas sociais que coincidem com uma precariedade laboral responsável por definir as zonas urbanas pobres enquanto territórios de perdição que exigem a intervenção de políticas de reintegração sociopolítica de maneira a ajustá-las a um tipo de vida normalizada e reconhecida. Porém, como Han afirma, a maneira como estas políticas são experimentadas pelo sujeito nem sempre são assim tão taxativas e definidoras do seu dia a dia e nas suas decisões.

Han procurou analisar as interfaces entre apoio estatal e as vivências dos moradores em La Pincoya, analisando as visitas dos assistentes sociais aos recetores dos subsídios. Na mente destes técnicos os indivíduos não só devem incorporar um tipo de sujeito moral, como a leitura que fazem da necessidade de apoio se baseia na visualização de determinados objetos que são interpretados como sinais exteriores de riqueza. Han dá o exemplo de uma televisão adquirida numa altura em que o sujeito requerente de apoio social em questão tinha trabalho. Quando da visita dos assistentes sociais, os requerentes já saberiam que deveriam esconder a dita televisão, caso contrário a sua presença em casa, se registada pelos técnicos sociais, poderia ser razão suficiente para o indeferimento do apoio estatal. Por outro lado, o excesso de bens era lido pelos técnicos como um sinal de que os pobres não eram capazes - ainda - de tomarem decisões conscientes e ponderadas, uma vez que desperdiçavam o seu dinheiro consumindo mais do que aquilo a que podiam almejar. Os pobres eram assim construídos como sujeitos morais através dos discursos oficiais e das tecnologias ao dispor neste aparelho. A pobreza era apresentada como um problema que poderia ser solucionado através da aplicação das medidas corretivas

adequadas.

Numa fase inicial da transição do período pós-ditadura no Chile considerou-se que estes indivíduos habitando em bairros mais pobres necessitavam de caridade e de encaminhamento para se integrarem. A luta contra a marginalidade baseava-se assim na criação de instituições capazes de administrar a ajuda que chegava do exterior, visto que ainda não tinham capacidade para se organizarem sozinhos. Era necessário, por outras palavras, dar a mão. Nos programas estatais contra a pobreza o capital e os bens eram assim utilizados no decorrer de um sistema de punições e recompensas que funcionava de acordo com os objetivos de desenvolvimento e autonomia delineados pelo estado. Como consequência, entre os sujeitos que se submetiam a estes programas por necessidade e porque o mercado instituíra uma precariedade e uma flutuação laboral que os atingia mais facilmente, estes tinham duas opções, no entendimento dos técnicos sociais. Existem aqueles que não resistiam e se deixavam cair em depressões associados ao abuso de substâncias, ou os outros que queriam ser ajudados a melhorar. Os primeiros eram vistos como um peso no sistema, pervertidos a um ponto de irreversibilidade que no entender no estado não tinha resolução. Os segundos necessitavam de intervenções psicossociais, precisavam que se lhes desse a mão até voltarem a ser integrados numa normalidade. Para operacionalizar estes programas instituiu-se um sistema de verificação que correspondia a visitas dos assistentes sociais às casas, ao controlo da natalidade e a “*check-ups*” médicos das crianças.

“Ao receber ajuda, os pobres devem ao estado tornar-se autónomos, absorver e saber gerir sozinhos as dificuldades económicas e imprevistos sociais.” (Han, 2012: 68). Esta justificação é o que Keane, citado por Han, chama de “narrativa moral da modernidade” (2012: 68), em que aos sujeitos se requer disciplina para moderar o desejo por objetos de consumo, transformando-os em cidadãos responsáveis e recuperando assim a sua dignidade perdida. Porém, aos olhos dos moradores de La Pincoya, as visitas dos assistentes sociais tinham exatamente o efeito contrário. Estas retiravam-lhes a dignidade porque expunham a sua situação económica aos vizinhos, desumanizando-os.

Em Portugal as políticas assistencialistas que incidem diretamente sobre o corpo e sobre a fertilidade abusiva de algumas mulheres - especialmente africanas - que sobrecarregam o estado com os seus filhos sem que elas próprias tenham possibilidades para os sustentar, foram analisadas por Pussetti e Barros (2012b) e Pussetti (2015), os quais se focaram n as

etnopolíticas de controlo e normalização deste fenómeno. Concluíram que a gestão do risco que estas famílias representam para o estado, a par do risco que representam para si mesmas, leva a que haja um controlo mais rígido dos seus corpos em função do seu bem-estar. Algumas esterilizações forçadas ou das quais as pacientes não têm conhecimento a par da ameaça constante de verem as suas famílias desfragmentadas, os seus filhos retirados ao lar e colocados sob a tutela do estado, são as ferramentas utilizadas por vários técnicos que acreditam agir em função do melhor interesse dos seus utentes, mesmo que isso equivalha a agir contra os seus interesses ou mesmo contra os seus corpos.

A situação familiar e pessoal de Adelaide, a par da passagem de responsabilidade do seu estado das mãos de uma instituição para outra, complicou-se quando o seu comportamento se tornou mais errático. Alegando que esta constituía um perigo para si e para a filha, o seu internamento foi efetivado e os psicofármacos tornaram-se naquilo que Biehl chama em *Vita* de “tecnologias morais” (2005: 8) que visavam restabelecer a normalidade no seio familiar, ao mesmo tempo que Adelaide era expulsa e a sua filha permanecia.

Ela foi sujeita ao tradicionalmente incerto e perigoso tratamento para a saúde mental reservado para os pobres do meio urbano. As tecnologias médicas foram aplicadas cegamente, com pouca calibragem de acordo com a sua condição distinta. Como muitos, foi assumido que se tratava de uma pessoa agressiva para que a instituição pudesse continuar a funcionar sem ter que providenciar cuidado adequado. (2005: 13)

Tal como Catarina, protagonista da etnografia *Vita*, o corpo de Adelaide tornou-se num campo de batalha onde as decisões familiares, médicas e institucionais foram tomadas relativamente ao seu futuro. Isto permitiu que a Adelaide fosse expulsa do meio familiar, através dos diferentes diagnósticos que lhe eram atribuídos, mas também através de processos jurídicos de atribuição da custódia parental. Embora a aceitação da sua condição fosse determinante para que Adelaide mantivesse um teto sobre a sua cabeça - apesar de pagar as contas que lhe competia quando começou a receber o RSI, bem como as despesas da filha, de cuidar dela e de limpar a casa para todos porque era a única que não trabalhava fora -, a resistência que manteve face à sua situação manifestou-se amiúde e o seu desejo de manter a filha perto de si justificava-o alegando a indisponibilidade do pai para cuidar da mesma. Como dizia, a menina era a sua família.

Assim, a sua resistência às condições que lhe eram apresentadas era também ela flutuante. Se por um lado pretendia manter a filha perto de si, por outro conhecia as suas limitações. Se as instituições funcionaram a seu favor, apoiando-a face à vulnerabilidade psicológica, física e económica que apresentava, por outro também a constrangiam. Os medicamentos receitados tornavam-na dormente e faziam-na ganhar peso, outros serviam “para não pensar”. Porém, isso não significava que Adelaide não navegasse nos apoios que lhe eram oferecidos, escolhendo estrategicamente as instituições às quais poderia pedir recorrer ou fugindo àquelas onde este já escasseava. Iludia mesmo o diagnóstico médico, não se decidindo psiquiatras e psicólogos sobre para que haveriam de tratá-la. Cumpria e mostrava que cumpria de acordo com o que entendia que os técnicos sociais exigiam de si, e retraía-se quando sentia que isso poderia comprometer o equilíbrio precário que vivia em casa.

Apesar da insuficiência cardíaca e das limitações físicas que esta lhe causava, e de um “diagnóstico” psiquiátrico que variava de “problema cultural”, a “situação familiar conturbada”, a atraso cognitivo passando por perturbação da personalidade, a situação de Adelaide demonstrava o tipo de cuidado reservado para alguns indivíduos, mas também as estratégias empregues pelos mesmos que lhes permitem desenhar as possibilidades de vida com as quais podem jogar. Este “poder plástico” (2005: 15) da sua subjetividade que lhe permitia não aceitar todas as situações como lhe eram apresentadas resistia o que Biehl apelidou também de “psicose social”, uma espécie de cumplicidade entre família e instituições que permitem que o comportamento anormal de um membro da família seja considerado psicótico. Considerado potencialmente perigoso, são ativadas as medidas necessárias para que o indivíduo seja removido do meio que pode contaminar. É também considerado remanescente e abandonado. O seu valor, porém, como vulnerável e necessitando de apoio nos moldes socialmente aceitáveis que permitiriam o retorno social - não estava, porém, renegado. Todavia, nem sempre os objetivos das estruturas sociais e dos técnicos que procuravam “dar a mão” era, coincidentes com os de Adelaide e com os meios que esta tinha ao seu dispor para navegar na vida e criar um futuro para si e para a filha.

Em Catarina Biehl também encontrou uma lógica inerente à falta de coerência no seu discurso que não correspondia às condições que levaram ao seu abandono nessa instituição. Servindo-se do conceito de senso comum tal como Geertz o interpretou, nomeadamente como uma forma de representar o mundo reconhecível por todos, Biehl afirma que este “é um

domínio do pensamento que permite que “cidadãos sólidos” tomem decisões efetivamente face aos problemas do dia a dia. Na ausência de senso comum, é-se considerado um indivíduo “defeituoso.” (2005: 9). Estando este baseado em categorias naturais, a ausência do mesmo colocava Catarina e a Adelaide face aos olhos dos técnicos num patamar de anormalidade justificado pela percepção de um discurso incoerente, uma falta de noção do que “naturalmente” deveriam ser as suas responsabilidades enquanto mãe e cidadã. O objetivo passava então por dar-lhe a mão, apoiá-la, desde que na medida que ela cumprisse exatamente com o que era expectável. A medicação e os sucessivos internamentos, justificados na base de que se trata de um “problema muito cultural”, de acordo com o que nos foi transmitido pela assistente social do Hospital Júlio de Matos, permitiam que a Adelaide, nas suas próprias palavras, não pensasse.

O seu corpo, por outro lado, servia várias funções: como meio de entrada e permanência em Portugal através do diagnóstico de insuficiência cardíaca (Fassin, 2005); como meio de obtenção de uma morada através de gravidezes potencialmente perigosas e indesejadas tanto pelos médicos como por assistentes sociais com base em diferentes justificações (Pussetti e Barros, 2012b); como fonte de agressividade tanto para si como para terceiros, o que justificava os internamentos e a sedação com base em diagnósticos psiquiátricos discutíveis e o tratamento recebido pela família do ex-companheiro (Biehl, 2005); como campo de negociação do seu estatuto, sendo que a própria Adelaide sabia que poderia jogar com o atraso ou com a imediata inserção do implante contraceptivo se tivesse eventualmente de ter de oferecer um filho em troca da obtenção de uma nova morada. Apesar das suas limitações e constantes pressões sofridas, ela tentava sempre negociar o seu poder dentro da família e resistia a situações que considerava injustas, como quando o Leonel procurou trazer outra mulher para dentro de casa ao mesmo tempo que mantinha uma relação com a Adelaide. Foi no decorrer das discussões com o ex-companheiro que ambos se exaltaram e ela acabou internada no hospital. Depois de medicada foi novamente reintroduzida no meio familiar.

No decorrer dos vários encontros que tive com a Adelaide consegui introduzir pequenas conversas com as questões que gostava de ver esclarecidas referentes ao seu caso. Apesar de se tratarem de conversas informais decorrentes da observação participantes, estas entrevistas seguiram implicitamente as diretivas estabelecidas por Davies,

Até nas entrevistas não estruturadas os etnógrafos têm em mente os tópicos que pretendem explorar e as

questões que gostariam de colocar; assim, tendem a dirigir a conversa com a pesquisa em mente, sem impor muita estrutura ou interação. Além disso as entrevistas não estruturadas quase sempre ocorrem entre indivíduos que partilham mais do que apenas o encontro da entrevista; normalmente o etnógrafo estabelece uma relação contínua com a pessoa a ser entrevistada, uma que precede o próprio encontro e que continuará para além deste. (1999: 94)

O facto de ter estado presente na maior parte das visitas da Adelaide à PROSAUDESC, de ter acompanhado de perto o seu caso, de a ter transportado a diversos compromissos formais e por ter participado também na reunião onde estiveram presentes tanto a utente como a sogra, a relação com a Adelaide tornou-se mais próxima e mais momentos propícios a entrevistas surgiram<sup>36</sup>. A etnografia permitiu assim não só que conseguisse estar presente em diversos momentos determinantes para desemaranhar os fios da sua história, como também registar a sua versão dos factos. Por outro lado, possibilitou que percebesse como decorriam as interações com os diferentes técnicos sociais que a apoiaram e as lógicas que estas seguiam.

## **4.5 “*Nós vemos-los sofrer e temos de fazer alguma coisa*”: altruísmo pastoral numa IPSS nos arredores de Lisboa**

No momento da entrevista às técnicas, a Adelaide encontrava-se a viver fora do bairro na casa da irmã, deslocando-se sempre que podia à urbanização para ver a filha. Esta encontrava-se agora a morar com o pai, o qual recentemente informara a ex-companheira que, como tinha ficado desempregado, perdera o direito ao abono familiar. Na opinião da Carla esta informação não correspondia à verdade, o Leonel apenas não queria levar a filha a ver a mãe e alegava já não ter meios para o fazer.

[Mariana] Ai a Adelaide... isso é uma anedota. Essa é uma anedota. Saiu aqui do bairro, está a morar em casa da irmã. (...) Ah, mas foi para lá mas deixou a Jamila cá com o pai. (...). Continua tudo na

---

<sup>36</sup> Em mais do que uma oportunidade tive necessidade de pedir à Adelaide que me deixasse gravar as nossas conversas. Poderá ter tido algum tipo de efeito nas mesmas, mas esse pedido deveu-se à dificuldade que muitas vezes tinha em conseguir perceber o que pretendia dizer, pelo que através do registo e da repetição da audição dos áudios consegui ter uma percepção mais fiável e válida do seu discurso do que teria se não tivesse gravado.

mesma no tribunal. (...). Ela vem cá ver a miúda de vez em quando. Ela continua que não quer ficar com o pai, quer ficar com ela, mas.... pronto... não... a Jamila diz que quer ficar com a mãe “e a mãe e a mãe e a mãe” ... Ela viveu sempre com a mãe, não é.... (...). Dei-lhe tanto na cabeça... disse-lhe mesmo "como é que tu vais sair daqui e tens a coragem de deixar a tua filha cá?”. E ela “e tem que ser, e tem que ser, e tem que ser...”

[Investigadora] Então, mas porquê? Achas que ela devia levar a miúda lá para longe?

[Mariana] O que eu acho – e continuo a dizer – é que ela é a mãe da miúda, a situação do tribunal não está resolvida. Estamos a falar de uma criança de dois anos ou de três anos – que acho que ainda não tem três anos – que sempre viveu com a mãe. (...). Mas sabes o que é que eu acho? Que não lhe fez muita diferença deixar a miúda.

No caso da Adelaide, para além dos conflitos entre o casal, a falta de orientação sobre o que deveria ser feito neste caso por parte da instituição também não ajudou, fazendo com que a Jamila sofresse. Para a Carla, se a situação tivesse seguido os trâmites normais, teriam de ser realizadas entrevistas adequadas com as famílias e não só com os pais, mas também com outros membros da família para se encontrar o bem-estar da Jamila, seguindo o princípio aprendido durante o estágio da licenciatura, de que se deve procurar sempre a solução que mais beneficie a criança, e não mediar o conflito entre os progenitores.

Para melhor tentar apurar o que se passava com a criança, a Mariana tentou falar algumas vezes a sós com ela, tendo conseguido perceber que havia uma reação muito negativa da Jamila em relação aos avós, com os quais se recusava a estar. Na sua opinião, o facto da mãe não ter condições económicas para ficar com a filha não era razão suficiente para a deixar com o pai e ir morar para longe. Tendo em conta que ela sempre tratara da criança, o choque emocional de a deixar para trás seria mais nefasto.

O papel de mãe desempenhado pela Adelaide e pela D. Lígia em relação aos respetivos filhos era visto de maneira muito distinta tanto para a Carla como para a Mariana. Os cuidados reservados pela D. Lígia mantinham-se como sendo uma preocupação constante para as técnicas, embora cada uma das utentes demonstrasse preocupações diferentes. Embora a D. Lígia não conseguisse acompanhar a situação dos filhos como gostaria, notavam a sua preocupação constante. Este cuidado só não se revelava pleno porque a D. Lígia ainda não se decidira a iniciar a reabilitação. Carla acreditava que seria importante para ela sair de casa e estar com outros invisuais para perceber que o seu caso não era isolado e poder finalmente cumprir com o seu desejo de ser autónoma.

E as coisas continuam, porque... ela tem que perceber de alguma forma que... ela tem de aceitar não é? A situação dela não é fácil, mas ela tem de aceitar... ao fim deste tempo todo é muito complicado..., mas ela tem de aceitar a situação em que está. Para ela era muito bom fazer a reabilitação, ir para a ACAPO sem dúvida alguma, nós poderíamos continuar, caso a gente continue aqui a trabalhar, dar o apoio que a gente tem dado a nível dos subsídios, se é preciso fazer alguma coisa das consultas e não sei quê, continuarmos na mesma, mas esse apoio realmente da reabilitação era importante, era muito importante.

O apoio psicológico e a aceitação do incidente que ocorreu com a mãe são, na opinião da Carla, essenciais também para evitar que o filho mais velho da D. Lígia enverede pela via da criminalidade, visto que já começara a registar problemas com a polícia. Tanto ele como o irmão de 14 anos foram os mais afetados pelo incidente que vitimou a mãe e aqueles que mais traumatizados ficaram quando a D. Lígia foi baleada. Em relação a este trauma psicológico a Carla acredita que já se deveria ter começado a “trabalhar” algumas questões para que agora que entraram na adolescência a situação não se agravasse ainda mais.

Quando questionada acerca da relação desenvolvida com a D. Lígia e em que medida a grande dependência que ela tem das técnicas surgiu e com que consequências, a Carla assentiu que existia uma proximidade exagerada.

Ela tem uma relação muito, muito próxima conosco, é verdade, não é aquela relação que supostamente a gente deveria ter com um... quando temos um utente, que é o distanciamento e neste caso, no caso específico da D. Lígia, eu acho que nós, tanto eu como a Mariana, não conseguimos ter aquele distanciamento que deveríamos ter, muitas vezes vamos um bocadinho pelas emoções e não deveria ser assim, mas infelizmente não conseguimos. (...) Já devíamos estar a fazer a fase do “desmame”, não é? Porque ela está muito presa a nós, isso ‘tá... se realmente a instituição não conseguir ter outras técnicas cá, vai ser complicado.

Já no passado, na altura da transição do estágio da Aurora para os da Mariana e da Carla, a mesma situação ocorrera. Demasiado dependente do apoio dado, a D. Lígia acabou por abandonar as consultas alegando não ter quem a transportasse. O desejo de autonomia para este caso prendia-se não apenas com as competências da utente, mas com as consequências que poderiam advir desta dependência.

Se ela tivesse entrado logo para a ACAPO, nesta altura já devia estar completamente, não diria eu completamente, mas já ter alguma autonomia, para ir às consultas com o Rodolfo, por exemplo, para ir ao

Pingo Doce, que não é muito longe de casa, pronto para ela ter alguma autonomia, e neste caso não tem. (...) Agora finalmente [de acordo com o que a Mariana apurou durante o acompanhamento psicológico] tomou consciência que realmente precisa de reabilitação e de se tornar mais autónoma, porque ela em casa é completamente autónoma e isso é porque é um espaço que ela conhece, pronto... quando vem para a rua perde essa autonomia completamente, não consegue atravessar a estrada sozinha, não consegue fazer nada, pronto... e seria muito bom a reabilitação para ela, sem dúvida, até para ela não estar tão dependente de nós, porque ela acaba por estar muito dependente de nós...

Neste caso as boas intenções das técnicas, que como a Carla afirma, se deixavam levar pelas emoções e se sentiam elas mesmas abandonadas pela falta de orientação da associação, acabavam por ser contraproducentes ao que desejavam para a utente que paradoxalmente através da ajuda que lhe era providenciada se tornava ainda menos autónoma e por não conseguir desenvolver as competências que consideravam essenciais para enfrentar o fim do estágio.

Na ausência de alternativas viáveis, as técnicas decidiram que pelo menos gostariam que a situação financeira da D. Lígia estivesse resolvida para que a sua independência neste campo ficasse garantida, nomeadamente através da garantia de uma pensão de invalidez e da regularização da pensão de alimentos com a qual o pai dos filhos não cumpria e que motivara já algumas idas ao Tribunal. Porém, embora já tivessem seguido os trâmites burocráticos para que a D. Lígia tivesse direito à pensão, a deliberação tardava em chegar. Ainda faltava, todavia, que a utente fosse submetida a testes que apurassem o seu grau de incapacidade, os quais provavelmente seriam agendados para uma data após o fim do estágio, inviabilizando a sua comparência. Apesar da D. Lígia ser a única utente que se mantivera na situação de ainda poder usufruir de transporte, uma garantia dada pela D. Virgínia devido ao seu caso particular, a utente já em tempos se recusara a usufruir deste serviço se não fosse acompanhada pelas técnicas, retraindo-se e perdendo a confiança na presença de terceiros, o que poderia no futuro vir a enviesar os esforços garantidos durante o estágio para lhe proporcionar autonomia. Face aos outros utentes as deslocações a consultas decaíram a pique. Instruídas para cobrarem cinco euros a cada utente, o que os obrigaria também a ser mais responsáveis na utilização dos meios disponibilizados pela associação, as técnicas retraíam-se.

Comparando os procedimentos entre o que a Carla aprendera na faculdade e que aplicara durante o seu estágio curricular, a técnica verificava haver uma grande disparidade.

Tal como não existia na associação um relatório avaliando as necessidades dos pacientes, também era frequente não conseguirem transmitir a informação em tempo útil às chefias, uma vez que muitas vezes as técnicas passavam bastante tempo sem se cruzarem nem com a D. Virgínia, nem com o Sr. Cristiano. Porém, confessou a Carla, quando finalmente conseguiam discutir alguns temas, estes não tinham resposta para lhes dar ou não conseguiam resolver, o que levou a que a assistente confessasse que por vezes preferiam ser elas a tratar diretamente dos problemas que lhes iam surgindo diariamente. Noutros casos a Carla confessou que a resposta dada pela associação era completamente inadequada às situações ou pecava pela informação errada que era transmitida aos utentes por falta de conhecimento dos assuntos e que por vezes lhes criava expectativas às quais não conseguiam corresponder.

[Investigadora] Uma pessoa trabalha com o que tem, não é?

[Mariana] E com o que não tem às vezes também.

[Carla] E com o que não têm às vezes inventamos.

Quando procurei perceber se a sua ação enquanto técnica social contribuiria mais para a integração e normalização dos comportamentos ou para a autonomia e participação dos utentes, tendo em conta as condições existentes, Carla afirmou que trabalha sempre para a sua autonomia, e refere novamente o exemplo da D. Lígia.

Que fosse mais para a autonomia, sem dúvida alguma. Voltando outra vez ao caso da D. Lígia, não é? Eu esperava que realmente fosse para a autonomia. Mas nós não podemos obrigar as pessoas a tomar as decisões que nós achamos que realmente são as corretas. Ela realmente tem de perceber que 'tá naquela situação em que precisa de reabilitação, mas isso, até ela aceitar, e tem sido um trabalho bem feito pela Mariana, mas demorou alguns meses até ela aceitar. Claro que a gente quer que as pessoas se tornem autónomas quando têm algum problema, não é? Portanto, tanto a nível económico, como a nível social, a gente quer que as pessoas se tornem autónomas. Esperemos que tenhamos conseguido alguma autonomia em certos casos que tivemos.

A título de exemplos de autonomia bem sucedidos, a psicóloga interveio e referiu imediatamente o caso do retorno voluntário protagonizado pelo Zezinho, que conseguiu voltar a Angola com o apoio da associação, como veremos no capítulo V, onde este “caso de sucesso” será analisado em detalhe.

Ambas as técnicas foram ainda questionadas em relação ao seu conhecimento sobre as

linhas de orientação fundamentais da política de saúde mental entre 98 e 2016, mas nenhuma conhecia o seu conteúdo. Mesmo nas intervenções de saúde mental guiavam-se pelo bom senso e pela necessidade de ajudar o outro.

O seu trabalho passava sempre por tentar encontrar uma solução, a qual nem invariavelmente se constituía como difícil ou impossível de alcançar porque não tinham na associação as respostas que necessitavam nem os protocolos ativos que lhes permitiriam encontrar o desfecho esperado. Por outro lado, existia entre os utentes o desejo de uma solução imediata para os seus problemas, o que complicava ainda mais. “Querem tudo para ontem”, replicou a Carla. A Mariana interveio e comparou o seu trabalho a um processo moroso.

[Mariana] É dar o exemplo da D. Lígia (...) porque é dos casos que nós temos desde que entrámos para aqui e é ver um bocadinho por ela, está a fazer acompanhamento há quase um ano, só de há dois ou três meses para cá é que se começa já a ver alguma, alguma diferença nela. Mas quer dizer, ainda há muito trabalho para fazer, porque ela continua a ter alguma dificuldade em falar sobre o que lhe aconteceu e a aceitar a situação que é a dela, não é? Situação de estar cega, de não ter independência nem nada. É uma coisa que ainda...

[Carla] Ainda tem de ser trabalhada.

[Mariana] Se houvesse possibilidade realmente de nós ficarmos cá, ela seria um caso que teria de ter, de continuar com acompanhamento, pelo menos durante mais uns meses.

Tanto para a psicóloga como para a assistente social o tipo de apoio prestado pela associação, pelo seu carácter intermitente, poderia em alguns casos ter efeitos mais negativos do que a ausência total de auxílio. A vontade de ajudar, na medida do possível, que se efetivava num apoio prestado e retirado quando os utentes começavam a criar uma ligação com as técnicas, especialmente as que se encontravam em acompanhamento psicológico, poderia, na sua opinião, resultar em regressões. A Mariana confessou que transmitira à D. Virgínia as suas reticências face a iniciar o apoio psicológico com a D. Carlota tão perto do término do seu contrato de estágio, uma vez que se encontrava ainda numa fase muito incipiente do vínculo de confiança. No entanto, o acompanhamento psicológico foi autorizado e a Mariana iniciou as consultas com esta utente.

A D. Carlota foi primeiro vista por um médico no hospital que depois a reencaminhou para o seu médico de família no centro de saúde, o qual foi fazendo alterações à medicação consoante os resultados obtidos e a evolução da paciente. Concomitantemente ao

acompanhamento no centro de saúde, a D. Carlota era seguida semanalmente pela Mariana, embora esta psicóloga confessasse que lhe fazia alguma confusão que apenas tenha sido medicada e não identificada para acompanhamento psicológico noutra local. Apenas fora encaminhada para a PROSAUDESC porque, trabalhando a D. Virgínia no centro de saúde, conseguiu sinalizar este caso como sendo mais um que se encontrava em risco de perder-se nas fendas das falhas do SNS ao qual, alternativamente, a PROSAUDESC poderia “dar a mão”. Por outras palavras, o único acompanhamento para a depressão que a utente tinha restringia-se às visitas que fazia ao médico de família quando necessitava de medicação ou de uma receita até à primeira consulta com a Mariana, o que para esta psicóloga “não resolve nada”. Não se confessando adepta da medicação, assume que esta poderia ajudar os pacientes a sentirem-se melhor. Porém apenas no acompanhamento psicológico, tal como aprendera a aplicar na faculdade, se encontrariam resultados definitivos e eficazes.

O problema continua lá. Se ela não falar sobre aquilo, se ela não conseguir... se ela não tentar perceber as coisas de outra maneira e ultrapassar isso, e só o faz se tiver ou capacidades dela, sozinha, de o fazer, ou então é a conversar com alguém que a possa ajudar a ver as coisas de outra maneira. (...) [O médico de família] é a intervenção na crise, ele atua ali, depois com o tempo, olha... há de ser o que Deus quiser. Depois depende um bocadinho da sensibilidade de cada médico... (...) mas quer dizer, há outras soluções, há outros sítios onde... que estão ligados à saúde pública na mesma, que dão este... que fazem este acompanhamento e, uma vez que o centro de saúde não tem, custa-me pensar que o médico não tenha sensibilidade suficiente para encaminhar as pessoas para outro sítio.”<sup>37</sup>

---

<sup>37</sup> De acordo com a tese de doutoramento defendida pelo psiquiatra Ricardo Gusmão (2005), a depressão clínica corresponde a uma patologia do humor que se prevê que venha a contribuir pesadamente para os anos de vida de saúde perdidos em 2020. Para o médico uma das causas contributivas para este cenário prende-se com um incorreto diagnóstico e tratamento por parte dos médicos de família, os quais são a porta de entrada nos cuidados de saúde mental em muitos casos. Porém, os obstáculos presentes poderiam ser evitados num esforço conjunto entre equipas comunitárias e psiquiatras de ligação, os quais comportariam não só uma abordagem mais eficaz em termos de resultados, mas também de custo-eficácia. A sua investigação centrou-se assim num estudo descritivo transversal para estabelecer a prevalência de pacientes diagnosticados com depressão e taxas de reconhecimento e tratamento pelos respetivos médicos de família. Concluiu que 24,8% dos casos analisados apresentavam sinais de depressão, mas menos de metade estavam corretamente identificados como estando deprimidos pelo seu médico de família e menos de 13% encontravam-se medicados com antidepressivos. Gusmão confirmou assim a elevada prevalência da depressão não diagnosticada e indevidamente acompanhada ao nível dos cuidados de saúde primários em Portugal.

Em relação ao apoio psicológico com imigrantes, a Mariana afirmou que não existiam quaisquer diferenças. Porém, sendo estas as únicas pacientes que alguma vez acompanhou, sentia que necessitava de ser ela a adaptar-se.

Por exemplo – com a D. Lúcia não senti nada – mas com a D. Carlota uma das coisas que no início achei que era importante perceber visto que ela tinha perdido a mãe e que ela até hoje não consegue falar da mãe era... pelo menos na nossa cultura, eu acho que chamar a mãe de mãe tem um significado. Tu não chamas a tua mãe pelo nome ou por outro nome qualquer, é Mãe. Não vais chamar ou tia, ou irmã. É Mãe. Mãe isto, mãe aquilo. Não há cá outro nome para lhe chamares, ou é muito raro ouvires uma criança chamar à mãe outra coisa que não seja Mãe. E a verdade é que os filhos da D. Carlota não a tratam por Mãe. E eu aí pensei, como é que ela se sente em relação a isso, como é que ela se sentia perante – estou a dar um pormenor – pelo facto dos filhos não a tratarem por Mãe. É normal. Mas isso tem de ser uma adaptação minha. (...) Tratam-na ou por Tia, ou por Mana. Tratam-na como ouvem os outros tratar. Não é que uma vez ou outra não a tratem por Mãe. Mas por exemplo, a avó eles já a tratavam por Mãe, que é como ouvem os outros tratar. Mas pronto, é normal. No início fez-me um bocado de confusão, mas é normal. A verdade é que já ouvi várias vezes o Rodolfo tratar a D. Lúcia por Gigi ou por Gi, que é como as pessoas a tratam. E eu depois perguntei à D. Carlota se era normal os filhos não tratarem as mães por Mãe. E ela disse que sim, que era normalíssimo. Para mim, uma vez que ela tinha perdido a mãe eu queria saber até que ponto a palavra Mãe em si tinha significado na cultura deles ou não. Pronto, já percebi que para eles é a mesma coisa, não interessa o que é que chamam, é exatamente a mesma coisa. Sejam santomenses, sejam angolanos, sejam o que forem. São africanos, tanto faz como lhe chamam. Já percebi que os parentescos entre eles são uma confusão, de resto não noto diferença nenhuma.

Na opinião da Mariana a vinculação à mãe era universal e mesmo que não seja igual a maneira como os filhos se dirigem às mães, a relação que estabelecem era igualmente válida e no caso dos filhos das suas pacientes, estes até eram bastante ligados às mães. No caso do luto, a Mariana também afirmou que este se processa exatamente da mesma maneira, sendo que acreditava que a matriz psicológica se repete em todos os sujeitos independentemente do seu contexto sem grandes variações para além destes pequenos pormenores como o que notou. A partir desta afirmação questioneei-a se o acompanhamento psicológico realizado a um utente da PROSAUDESC, morador na Urbanização Terraços da Ponte e de ascendência africana, seria igual ao que a Mariana faria a um dos seus vizinhos de Cascais, ao que me respondeu que o acompanhamento se rege pelas particularidades individuais e não culturais.

Neste caso porque eu não vejo que haja necessidade de eu me adaptar à cultura deles porque ela já mora

há mais anos cá do que morou lá. Ela [a D. Carlota] acaba por funcionar – tanto ela como a D. Lígia – mais ou menos da mesma maneira como nós funcionamos cá. Digo eu porque eu não sei como é que eles funcionam lá. Não sinto grandes diferenças para a maneira como nós encaramos as coisas e lidamos com as coisas. Acho normal – uma vez que ela tinha a ligação que diz que tinha com a mãe, apesar de ela não me falar da mãe dá para perceber como é que era a ligação delas – dá perfeitamente para entender o luto que ela está a fazer que lhe está a custar tanto. Pronto, foi o dia da mãe há pouco tempo, há pouco tempo fez seis meses que a mãe morreu... nessas alturas sinto que ela vai um bocadinho mais abaixo. Mas não vejo diferença... acho que cá qualquer pessoa, nas mesmas situações que ela, teriam exatamente o mesmo comportamento. Não vejo diferença nenhuma a esse nível.

Quando inquirida quanto aos diagnósticos com que alguns utentes eram apresentados na associação e que determinavam também o apoio que esta decidia dar-lhes, falámos de alguns processos mais relevantes. Em relação ao Albino, um caso que será abordado no próximo capítulo, este utente foi-nos apresentado como sendo esquizofrénico e o seu diagnóstico apegou-se à sua identidade e condicionava a maneira como se lidava com este utente. Como a Mariana afirmou, “Ele não quer ser ajudado. Ele não quer ir às consultas no centro de alcoologia porque diz que não vai deixar de beber. Ele tem que tomar medicação porque ele não deixa de beber e as duas coisas juntas não dá.”

Quando insisti para tentar perceber como tivera conhecimento do seu diagnóstico, a Mariana respondeu-me que tinha sido através de uns papéis que ele trouxe. Relembrei-a da conversa com a assistente social do Hospital Júlio de Matos, quando partilhou connosco que eles, enquanto técnicos, nem sequer tinham acesso ao diagnóstico, só o médico é que sabe e que este é sempre uma hipótese que varia de médico para médico. A Mariana respondeu que acreditava que no Júlio de Matos os médicos tivessem critérios de avaliação, nem que seguissem apenas pelo DSM-IV e que nisso todos concordavam. Relembrou-me que, apesar de tudo, achava que os psiquiatras faziam o seu trabalho em consciência e que não podíamos por em causa as suas avaliações. Relembrei-a que no caso da Adelaide a médica pouco tempo se sentara com ela e que a medicara para um problema cultural, ao que a Mariana respondeu que a utente tinha claramente um problema, “provavelmente cognitivo, e não cultural”. Apesar de não ser também adepta deste manual, uma vez que a validade dos testes aplicados era discutível e tinham sempre uma dimensão subjetiva, não substituíam as conversas presenciais. Na opinião da Mariana, basear-se apenas nos testes ou em critérios do DSM-IV não permitia um diagnóstico acertado. No melhor dos casos ficaria incompleto.

Regressando às pesquisas teóricas de Han (2012), quando a autora se prestou a investigar mais detalhadamente as implicações para a saúde mental do plano de recuperação económica do Chile, verificou que o recém criado Programa Nacional do Tratamento da Depressão se baseou num mapeamento epidemiológico dos danos psicológicos causados pela ditadura elaborado a partir de testes arbitrários vocacionados para o tratamento desta doença entre os mais pobres (os quais foram transversalmente assumidos como estando deprimidos em função dos anos sob o jugo ditatorial). Este plano, apesar das suas limitações, acabou por ser integrado nos cuidados de saúde primários. Assentando na descentralização dos cuidados de saúde mentais, apostava na municipalização dos mesmos e na importância da participação comunitária. Esta desvinculação do estado da participação nos mecanismos públicos de oferta de cuidados de saúde assentava na compreensão partilhada mutuamente de que existia uma falta de conhecimento das desigualdades no terreno, razão pela qual as instituições próximas eram chamadas a intervir, um modelo partilhado por outros países, como é o caso de Portugal e que pude verificar no caso da PROSAUDESC também.

Analisando as palavras de uma psicóloga que trabalhava num destes centros de apoio em saúde mental, Han verificou que existia um imperativo moral e humanitário de ajudar. Assumindo que os cuidados formais não eram suficientes, esta técnica afirmava que o que fazia era “caridade”. “Nós vemo-los sofrer e temos de fazer alguma coisa” (2012: 194), mesmo que os resultados não sejam os desejados. É o que Han, à semelhança de Garcia (2010) identificou como sendo um tipo de “altruísmo pastoral”. Este corresponde a uma religiosidade humanitária, um envolvimento ético ambíguo entre quem trabalha com populações vulneráveis e se enraivece com a falta de capacidade em evoluir dos seus pacientes, levando a estigmatizá-los ainda mais.

Garcia verificou através da sua etnografia na Espanhola, nos EUA, que o espírito do cuidado pastoral, tal como Foucault o definiu nas suas aulas no Collège de France, em que as preocupações públicas com a saúde dos indivíduos, o aparato legal e a fé se misturam, produzem um efeito panótico em que os indivíduos se tornam cada vez mais frágeis e controláveis com base nas boas intenções sobre eles projetados e que acabam por ter os seus próprios efeitos de poder. Citando Foucault, o qual defendeu que o cuidado pastoral apenas pode ser exercido se se conhecer o conteúdo das mentes, revelando os seus segredos, com o intuito de melhor direcionar a consciência de cada um, o pastoral surge assim como forma de

cuidado que promove, conseqüentemente, novas subjetividades e do qual a psicologia age como forte aliada.

Também Fassin se debruçou sobre a tecnologia pastoral na sua análise sobre o HIV na África do Sul (2007). O contacto que teve com técnicos sociais permitiu-lhe perceber que estes não procuravam punir excluindo os recipientes de ajuda; pelo contrário: queriam protegê-los. Afirmando que o cuidado de si é a premissa para o cuidado dos outros, o altruísmo pastoral por princípio e na teoria funciona bem, na opinião de Fassin. Porém, na prática, gera frustração entre aqueles que se assumem como altruístas e que agem guiados pelas suas boas intenções, uma vez que os recipientes de ajuda não cedem facilmente à maneira como gostariam que eles mudassem. Não se geram assim os sentimentos de gratificação moral esperados e os sentimentos de desilusão face à conduta dos recipientes de ajuda abundam entre técnicos psicossociais.

No contexto brasileiro, Adorno, Vasconcellos e Alvarenga (2011) refletiram sobre as políticas de saúde pública brasileiras com o objetivo de perceber se estas são efetivamente políticas sociais e não cumprem meras funções de reparação e de assistencialismo. Debruçando-se sobre o conceito de sofrimento social e de violência subjetiva e estrutural desenvolvido por Veena Das e seus colaboradores em diferentes volumes, estes autores afirmam a importância do mesmo uma vez que serve como ferramenta essencial na percepção das influências dos movimentos globais localmente sobre os sujeitos. A subjetividade que analisam, nomeadamente, as representações individuais de macroestruturas, permite que se perceba como estas fissuras deixam marcas profundas nos sujeitos ao nível das suas expressões de saúde e de doença.

Os autores ressaltam, todavia, que, apesar da influência que estas imposições poderão ter nos indivíduos, estas não plasmam unilateralmente os seus corpos. “O curso da vida dependerá sempre de resistências, ação e agenciamentos cada vez mais criativos para situar-se nessa complexidade.” (2011: 88), afirmam. Tal como muitos outros autores já referidos, estes também destacam o papel de realce do método etnográfico nesta demanda, uma vez que permite um conhecimento local e a possibilidade de dar voz aos diretamente afetados por essas estruturas.

registrar e compreender as situações encontradas e dar voz ao sujeito do sentido de ele nos mostrar em suas estratégias de vida, como enfrentam as doenças, as adversidades, o sofrimento, as emoções confusas e

disruptivas causadas pelos eventos quase sempre limites, estratégias de vida que compõem inclusive a ida aos serviços de saúde. (2011: 90)

Notam ainda que o neoliberalismo se tem imposto concomitantemente à implementação de certas políticas sociais, embora, acrescento, não convenha esquecer as mutações locais de que é alvo e os seus efeitos criativos (Han, 2012, Ferguson, 2010, Ong, 2005). Neste contexto as discussões colocando a tónica nas condições de vida e de trabalho para determinar o acesso à saúde têm vindo a ser ultrapassadas por outras, nomeadamente na importância da vulnerabilidade das populações e nas diferenças de acesso. O discurso da vulnerabilidade tende não só a desconsiderar diferenças, colocando todos os grupos sob a mesma insígnia, mas procura também integrar socialmente os indivíduos e grupos considerados mais frágeis através de práticas assistencialistas e humanitárias. Consequentemente, os indivíduos são mantidos nas margens sem que as reais questões provocadoras de desigualdades sejam endereçadas, desde que se garanta o acesso à saúde. Esta lógica assistencialista inclui-se num pensamento do tipo neoliberal em que o consumo de saúde se encontra garantido e os indivíduos são responsabilizados por si mesmos e pela manutenção da sua saúde.

Os autores destacam a discussão que coloca De Certeau e Foucault em polos diferentes da discussão sobre a influência que o poder tem sobre os indivíduos, nomeadamente destacando como o primeiro expressou a maneira como os indivíduos subvertem as lógicas constrangedoras da estrutura criando pequenos agenciamentos sujeitos a lógicas próprias para reclamarem o quotidiano com a sua experiência. É nesse sentido que a etnografia se torna tão vantajosa, na medida em que procura expor as nuances e as contradições inerentes às práticas.

Adorno *et al.* verificaram no contexto brasileiro que, ao mesmo tempo que o estado parece retrair-se da vida dos seus cidadãos, paradoxalmente também se assistem a tentativas de medicalização da sociedade, como Fassin notou também no caso francês. Em França Fassin percebeu como a saúde pública tem sido reorganizada em função da sua capacidade em intervir socialmente ao nível da população. Para o autor citado, esta distribui-se na rede de instituições que atuam indiretamente sobre a saúde, nomeadamente através da melhoria das condições de vida dos idosos, crianças e inclusão de populações excluídas. Também notou que o aumento da medicalização da sociedade pode ser verificado na atenção à saúde mental, a qual valoriza a escuta das populações excluídas e do seu sofrimento psíquico, o que acontece paralelamente

ao movimento de desinstitucionalização. As questões sociais são assim analisadas sob a lente das doenças mentais e tratadas neste contexto, desvirtuando-se as condições sociais, económicas e históricas que motivaram os desajustes. Os indivíduos acabam assim tratados biomedicamente nos serviços de saúde mental e através das suas ramificações e atores no terreno (psicólogos, assistentes sociais, instituições que atuam no terreno). Constrói-se uma assistência reparadora e não modificadora das condições que provocam o mal-estar social.

Este tratamento é insuficiente e encontra-se mal direcionado, sendo muitas vezes o resto da problemática lidada através de políticas de encarceramento da pobreza e da exclusão, a qual convive lado a lado no Brasil com uma política de apregoamento dos direitos sociais e individuais. Incapaz de controlar as desigualdades criadas pelo neoliberalismo, o estado remete para estas soluções penais de policiamento e encarceramento, uma situação semelhante à encontrada nos Terraços da Ponte. Aqui, aqueles que não conseguiam ser abraçados pelos diferentes programas locais desenvolvidos em parceria com instituições estatais e municipais e que se moviam com base na certeza de que as populações se encontravam em estado de vulnerabilidade e, portanto, necessitavam de ajuda, alternavam com os indivíduos que se passeavam ociosamente pelos passeios do bairro com uma pulseira eletrónica no tornozelo.

Para além da capacidade de agência daqueles que parecem ocupar meros papéis de vítimas, convém discutir criticamente também a perspetiva de quem se propõe ajudar. Quais as motivações? Serão estas apenas humanitárias? De onde surge o desejo ou mesmo a necessidade de ajudar? Onde alocar as carências, apenas do lado de quem recebe a ajuda? Malkki (2015), a qual realizou etnografia junto da Cruz Vermelha finlandesa para tentar perceber as motivações dos voluntários desta instituição quando se entregavam ao trabalho humanitário, contrapôs as conclusões da sua pesquisa aos trabalhos de outros antropólogos que também se debruçaram sobre esta temática. Criticando a postura de Fassin e Rechtman (2009), os quais se focaram maioritariamente na ausência de satisfação de necessidades básicas do outro como fator chave na decisão em ajudar, Malkki apresentou uma visão alternativa à tradicional dicotomia empregue nos estudos sobre humanitarismo, a qual opõe o sofredor apático e passivo a um humanitário ativo e capaz de alterar o curso da realidade. Para esta investigadora importa

reconhecer não apenas a agência, a vontade, e as motivações específicas do “recipiente” de ajuda humanitária, mas também insistir em reconhecer as frequentes fragilidades, necessidades, e não-

universalidade do benfeitor humanitário – o doador, o qual, não menos do que o recetor, se apresenta sempre de uma posição social e existencial tanto específica como precária (Butler, 2004). A necessidade do benfeitor em ajudar aqueles que precisam pode gerar ações que de facto ajudam o benfeitor em maneiras surpreendentes e vitais. (Malkki, 2015: 8)

A procura de uma vida mais preenchida, de níveis mais satisfatórios de sociabilidade que os encontrados na sua terra natal ou a necessidade de pertencer a algo que os transcenda existencialmente, foram algumas das razões encontradas por Malkki no decorrer da sua pesquisa e que permitiam não apenas um cuidado dos outros, mas também um cuidado de si (Foucault, 1994). Entre as estagiárias da PROSAUDESC persistia também um desejo de ajudar os utentes, particularmente aqueles com quem se identificavam mais facilmente. Embora afirmassem que o faziam para resolver a situação precária ou fragilizada em que estes se encontravam, persistia também uma procura ativa de preencher lacunas do seu lado, mesmo que apenas profissionais, que as ajudassem a dar sentido ao seu trabalho e dia a dia na associação.

Como veremos nos próximos capítulos centrados nas histórias de dois outros utentes, nem sempre a solução para as suas situações era abordada da mesma maneira que a reservada para a D. Lígia e para a Adelaide. No entanto, mantinha-se a ação no objetivo desejado: acima de tudo, era importante ajudar, com os meios disponíveis. Era importante dar a mão.

# Capítulo 5

## Albino

“É através do trabalho nas margens que conseguimos compreender as lógicas e as suposições, as ambiguidades e as contradições, os princípios de justiça e as práticas de julgamento: o diabo esconde-se no detalhe.”

Didier Fassin (2012: 13)

Albino, um imigrante angolano de quarenta anos residente na Urbanização Terraços da Ponte, foi acompanhado por diferentes organismos de apoio social, tendo acabado por pedir auxílio à PROSAUDESC. O caso apresentado baseou-se em entrevistas gravadas com o referido utente, imigrado em Portugal desde 1991, mas também em conversas informais do trabalho de campo registadas no decorrer da investigação com o Albino e com todas as pessoas que se viram envolvidas no seu processo.

Do ponto de vista etnográfico destaca-se a análise da sua história de vida, a qual permitiu examinar o seu discurso marcado por múltiplas tentativas de recuperação de valor pessoal. A sua busca por uma emancipação da definição em que diversas instituições de apoio o enclausuraram, nomeadamente “como mais um caso de saúde mental”, será relevante na interpretação da sua narrativa pessoal. Aborda-se igualmente a construção da sua subjetividade marginal incorporando a noção de “*homo sacer*” (Agamben, 1998), considerando que, embora a sociedade produza verticalmente os sujeitos (numa perspetiva foucaultiana), no caso do Albino persistiu também uma produção interativa sob a forma de agência, marcada pelas tentativas do sujeito em recuperar o seu valor pessoal e social através de um encontro com a espiritualidade.

## **5.1. Em busca de apoio: políticas de gestão de utentes numa Instituição Particular de Solidariedade Social**

Desde 2009 que o Albino, como lhe chamei, tinha processo aberto na PROSAUDESC. Composto por várias secções, todos os utentes possuíam um perfil aberto na associação até que o seu caso estivesse oficialmente resolvido, o qual permitia identificá-los em várias dimensões: a sua nacionalidade, morada, idade e data de entrada em Portugal, bem como as razões que os tinham levado a imigrar. Identificava também a sua situação laboral e legal, tanto no passado como no presente. As pessoas com quem os utentes se reuniram à chegada (se as houvesse), a rede que os acompanhava e quem morava consigo, as habilitações literárias, mas também as informações médicas relevantes. No caso do Albino o seu processo indicava-nos que sofria de problemas de coluna, mas também de esquizofrenia. Doenças físicas e mentais registadas lado a lado no seu processo, a associação procurava dar-lhe a mão em todas as carências que revelasse e que estivessem ao seu alcance.

Seguindo a política de funcionamento da PROSAUDESC, as ocorrências deviam ser registadas diariamente e associadas às interações com os utentes nos seus perfis. Um sistema que, em duplicado, permitia acompanhar cronologicamente o desenvolvimento do apoio prestado a cada utente (não só as suas visitas à instituição, mas todos os esforços realizados no sentido de providenciar os serviços e cuidado necessários), mas também relacioná-lo com a sequência de acontecimentos diários na associação.

No caso do Albino, quando em 2009 se deslocou à PROSAUDESC pela primeira vez encaminhado pela enfermeira Silvéria, já era uma cara conhecida no bairro. Morara na antiga Quinta do Mocho e foi dos primeiros realojados na Urbanização Terraços da Ponte. Pontualmente deslocava-se à associação com o intuito de pedir contracetivos, embora quando se oficializou o apoio de que necessitaria, a associação procurou auxiliá-lo tanto a nível de vestuário como da legalização. Servindo-se das doações que recebia tanto de outras entidades como de privados, a instituição providenciou algumas peças de roupa e sapatos e articulou as devidas formalidades com outras entidades com o intuito de perceber que tipo de apoio o Albino já tinha efetivamente recebido no passado e do qual ainda usufruía no presente. Procurava-se assim perceber em que condições poderiam ajudá-lo, articulando esforços com outras instituições. Estes contactos permitiam que a associação desenhasse um perfil mais

completo do utente - e fê-lo com o Albino tal como fazia com todos os outros - sincronizando a sua ação com a das outras instituições presentes na rede de parcerias privilegiadas a que a PROSAUDESC pertencia, tanto a nível local como nacional. Esta maneira de atuar permitia ainda que a PROSAUDESC não tivesse de disponibilizar todas as valências na sua associação - embora se esforçasse por completar a sua oferta -, mas que se articulasse com outras entidades onde poderia pedir o apoio necessário e oferecer uma resposta idealmente célere e adequada às carências dos seus utentes.

Através destes contactos a PROSAUDESC conseguiu perceber que embora o Albino tivesse referido carência de vestuário como a sua motivação para requerer apoio à IPSS, a falta de documentação apresentou-se sempre como um obstáculo à assistência que foi pedindo nos diversos encontros com diferentes instituições. Embora em tempos tivesse recebido bens provenientes do Banco Alimentar, acabou por perder o direito a recebê-los porque não regularizou a sua situação. Mas não apenas a inexistência dos documentos necessários motivou a falta de apoio institucional de que se queixava. Se em tempos recebera apoio psicológico na Casa da Cultura, perdera-o também devido ao comportamento incorreto que demonstrou em diversas ocasiões<sup>38</sup>.

Quando a vinte e oito de julho o Albino se deslocou à PROSAUDESC, cinco meses após a primeira visita em que pediu vestuário, uma das técnicas sociais registou a ocorrência tanto no diário como na ficha do utente, como era frequente em todos os casos. Verificou-se

---

<sup>38</sup> Semanas após os primeiros contactos com o Albino, uma tarde recebemos na associação a visita do antigo psicólogo que trabalhara na Casa da Cultura e que acompanhara o seu caso. Voltou a informar-nos que o utente sofria de esquizofrenia, razão que justificava o acompanhamento psicológico de cerca de três anos no passado. Durante este tempo recebeu todo o tipo de ajuda: conseguiram tratar do passaporte, apoiaram-no com mobiliário e limpezas para o seu lar e tentaram também tornar o utente mais responsável para que pudesse ser apoiado pelo Banco Alimentar, uma vez que esta instituição impunha algumas exigências e cumprimento antes de disponibilizar bens. Assim, o Albino foi inscrito no programa de tratamento no centro Regional de Alcoologia do Sul, tendo sido seguido por um psiquiatra com o qual se encontrava todas as terças-feiras à tarde. O psicólogo salientou a necessidade de manter a medicação – nomeadamente através da toma de Zyprexa, um anti-psicótico – que ajudaria o Albino a manter-se compensado. Porém, a toma deste fármaco em conjunto com bebidas alcoólicas não era de todo aconselhada. Aconselhou-nos a ter alguma cautela, porque apesar do Albino nunca se ter tornado violento enquanto esteve a fazer tratamento, durante o período em que as consultas se tornaram mais espaçadas, o psicólogo notou que o Albino voltara a descompensar, auto-medicando-se com álcool.

que entre fevereiro e julho desse ano os contactos foram esparsos e após esta data não só o Albino passou a visitar mais frequentemente a associação, como esta começou a organizar com mais atenção o seu processo, provavelmente também porque outras entidades se revelaram incapazes de o apoiar. A PROSAUDESC surgia como último recurso num caminho tortuoso em que o Albino saltitara de instituição para instituição, onde os incumprimentos e problemas de comportamento comprometiam o apoio contínuo de que carecia.

Dirigiu-se à associação a pedir ajuda para a sua legalização, está ilegal há mais de 10 anos, enviamos diretamente para o CLAI (Centro de Atendimento e Apoio ao Imigrante). Pediu também apoio alimentar, apoio à medicação porque não tem dinheiro (desempregado há 10 anos) e apoio psicológico porque tem falta de orientação e dificuldades na espiritualidade. Muito confuso no discurso.<sup>39</sup>

O seu discurso pouco claro, que a partir desta data se multiplicou em pedidos de auxílio em todas as áreas em que considerava que a PROSAUDESC poderia apoiá-lo, confundia-se com o que chamava de “problema espiritual”. Referiu também que, ao chegar de Angola, não tivera orientação de ninguém – leia-se, não tivera apoios de associações – o que o fizera cair na ilegalidade. As reuniões agendadas pela PROSAUDESC com outras entidades acabaram invariavelmente por não ter o seguimento pretendido para o seu caso. O Albino faltava alegando problemas físicos ou dava início ao processo de organização da documentação necessária para a sua legalização sem que chegasse a completá-lo. Voltava frequentemente à associação repetindo a sua necessidade dos bens que lhe faltavam: vestuário, medicação, apoio na obtenção do RSI. A IPSS, por seu turno, questionava-o acerca da documentação em falta e das iniciativas que tomara no sentido de se regularizar e organizar a sua vida. As diversas ocorrências registadas nos meses seguintes narravam os diversos encontros e desencontros com a PROSAUDESC, mas também com outras instituições às quais se associou, bem como as expectativas erguidas mutuamente e como a esperança rapidamente se esgotou de ambas as partes. O Albino e a PROSAUDESC repetiam a fórmula do passado, uma espécie de “*déjà vu*” institucional programado para falhar sucessivamente, em que se esperavam resultados

---

<sup>39</sup> Excerto do processo do Albino presente na documentação a que me foi permitido aceder na PROSAUDESC.

diferentes às mesmas ações e intenções tanto de associação como de utente.

Em finais de julho, o Albino, numa das suas visitas quase diárias à associação, informou as técnicas que era importante esclarecer o que entendia como sendo o seu “problema espiritual”. Segundo nos informou, era visitado à noite por espíritos que não falavam com ele, mas que o incomodavam, chegando mesmo a molestá-lo sexualmente. Afirmou que acordava muito cansado devido à presença dos espíritos que há já muitos anos insistiam em visitá-lo sempre que adormecia. O seu discurso, por vezes incoerente e acompanhado por alguns assomos de agressividade, não permitia perceber se a associação ao álcool se relacionava com estes espíritos que o perturbavam impedindo-o de trabalhar e de dormir, ou se a influência que a Igreja Jeová teve na sua vida estaria relacionada com estas visões. Independentemente das causas, os três problemas pareciam inequivocamente relacionados. Não obstante, as suas inquietações religiosas e espirituais pareciam encontrar algumas respostas nas leituras que fazia, tanto de livros, como de artigos de jornais. Sempre que visitava a associação pedia de empréstimo algo para ler, como livros ou revistas.

Quando se apresentou na PROSAUDESC transmitiram-me tanto a mim como às técnicas presentes que o objetivo do apoio a este utente passava por voltar a encaminhar o Albino para uma “normalidade” que em tempos experienciara na sua vida, num passado que se distanciava todos os dias um pouco mais do que vivia diariamente. A sua ficha identificava o alcoolismo e a esquizofrenia como principais obstáculos a esse retorno, embora a sua situação de ilegalidade no país fosse de extrema importância. Desenhou-se um plano de ação para o caso do Albino. O primeiro passo passaria por remarcar as consultas com o psiquiatra que em tempos o assistira no Hospital Júlio de Matos (atualmente, centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa) onde se esperava que o médico lhe passasse um atestado médico declarando que o Albino padecia de uma doença que necessitava de acompanhamento em território nacional, o que lhe permitiria uma legalização extraordinária alegando questões de saúde.

Em alternativa a este plano por vezes surgia em conversa a possibilidade de candidatar o Albino ao programa de retorno voluntário, à semelhança do que se fizera com outro utente da associação, o Zezinho, que aparentemente estava identificado como tendo um percurso de vida semelhante ao seu. O Zezinho morara também na Quinta do Mocho antes de ser realojado nos Terraços da Ponte e, alegadamente, há anos que se mostrava interessado - ou lhe tinha sido apresentada a possibilidade - em candidatar-se ao retorno voluntário financiando pela OIM.

Este programa surgiu no decorrer da cooperação entre o Governo Português e da Organização Internacional para as Migrações com o objetivo de permitir que cidadãos estrangeiros voltassem aos seus países de origem ou a estados terceiros dispostos a acolhê-los. Assim, atuando em parceria com as associações no terreno, os indivíduos que apresentassem características que se enquadrassem no perfil dos que pretendiam retornar, seriam identificados e encaminhados para a OIM, tal como informa a sua página online<sup>40</sup>: “Este programa destina-se aos estrangeiros que, encontrando-se em Portugal em situação irregular e tendo sido notificados pelo SEF para abandonar voluntariamente o território, não tenham meios financeiros para suportar o custo da viagem de regresso.”

Desde 1997 a OIM já permitira que cerca de mil e setecentas pessoas regressassem a quarenta países diferentes, apresentando-se convidativo a casos como os do Zezinho e do Albino, para quem as instituições de apoio no local já não encontravam alternativas e que dispunham deste recurso adicional para resolver situações mais complexas.

Os requerentes a este programa deveriam ser encaminhados para o escritório da OIM-Missão Portugal em Lisboa onde seriam verificados todos os documentos de viagem e realizada a devida articulação com os respetivos consulados para agendar a saída do país. Para além de financiar o bilhete de regresso, a OIM também oferecia um apoio financeiro de cinquenta euros e poderia, em casos devidamente assinalados e em que a vulnerabilidade da situação do requerente fosse devidamente justificada, apoiar na construção de um pequeno negócio no país de origem após o retorno<sup>41</sup>. Foi com base nestas ofertas aliantes que o Zezinho se convenceu a voltar para Angola. A alternativa seria ficar no bairro onde ocupava um quarto e via acumularem-se as dívidas que não conseguia pagar porque não arranjava trabalho, uma situação prejudicada pela sua condição de ilegalidade e pelo consumo intenso de álcool que, aparentemente, lhe provocava crises semelhantes a ataques epiléticos.

---

<sup>40</sup> Informação consultada no sítio <http://www.acm.gov.pt/>, acessado em junho de 2017.

<sup>41</sup> Atualmente este processo encontra-se descentralizado. O escritório da OIM-Missão Portugal com o qual a PROSAUDESC lidou da situação do seu utente Zezinho já não recebe os pedidos de retorno, realiza a entrevista e encarrega-se de garantir o embarque. O (SEF) implementou a Rede SuRRIA (Sustentação do Retorno - Rede de Informação e Aconselhamento), a qual opera em diversas instituições (hospitais, centros de saúde, associações de imigrantes, Câmaras Municipais, departamentos da SS, Consulados e Embaixadas...) para garantir um melhor acesso à informação disponível e para encaminhar com mais eficácia os diferentes casos identificados.

A sua situação era do conhecimento dos técnicos sociais da Casa da Cultura e, temendo-se uma eminente expulsão da sua habitação e mesmo do país, a PROSAUDESC procurava há bastante tempo solucionar o seu problema pela única via que descortinava como possível: o retorno voluntário. Porém o seu caso apresentava-se como sendo muito complicado, uma vez que ocorrera uma troca de identidades entre o Zezinho e outro indivíduo com o mesmo nome e data de nascimento, o qual se candidatara à nacionalidade portuguesa. Face a um requerimento deste tipo, o pedido para retorno voluntário não poderia ser autorizado. Após navegar em burocracias que se arrastaram durante bastante tempo, a Embaixada Angolana conseguiu finalmente detetar a sua certidão de nascimento para comprovar a legitimidade do seu pedido, certidão essa que o Zezinho também não possuía. Só após se confirmar que o utente e o outro indivíduo não partilhavam a mesma filiação, o que motivou telefonemas vários e idas à embaixada e ao gabinete da OIM durante o período do meu trabalho de campo, o retorno voluntário foi efetivado e confirmado.

As diversas diligências empreendidas pela associação e o investimento na sua situação tornaram o seu caso num exemplo de sucesso. O Zezinho despediu-se do seu quarto e do seu bairro e as técnicas da PROSAUDESC conduziram-no na carrinha da associação ao aeroporto com o bilhete de ida na mão e cinquenta euros no bolso. Infelizmente o Zezinho não se qualificara para o subsídio de reintegração. Motivado pela oportunidade de voltar a ver a sua mãe - como foi muitas vezes lembrado pelas técnicas que o acompanharam, cá não tinha família, mas em Angola pelo menos a mãe o aguardava - o Zezinho partiu com a promessa de ligar quando chegasse. O seu processo foi encerrado e considerado um êxito.

O Albino, no entanto, exibia motivações diferentes do Zezinho, as quais nos transmitiu numa das suas várias visitas à associação. Primeiro pretendia reorganizar a sua vida recebendo o RSI durante um ano para só depois de se legalizar, independentemente de legalmente ser possível ou não este modo de agir que idealizara. O seu projeto de vida passava por pedir ajuda à PROSAUDESC neste sentido, o que não correspondia aos planos que a associação tinha para si. Em conversa foi-me transmitido que o Albino tinha “capacidade para trabalhar”, tal como outros utentes que chegavam à associação com os mesmos pedidos. Os subsídios que se lembrava de requerer eram vistos como uma alternativa fácil e acessível e não correspondiam

ao que se esperava deste utente nem se coadunava com a missão social da PROSAUDESC. Em momento algum houve uma reflexão (que me tenha sido transmitida, ao contrário das acima mencionadas) se o mercado de trabalho estaria capaz de integrar imigrantes com as características do Albino, optando-se em vez disso por uma responsabilização do indivíduo, representado como aquele que não se esforçava devidamente para encontrar trabalho ou que se refugiava no álcool. Do mesmo modo, também em momento algum houve preocupação em enquadrar a experiência migratória num contexto mais lato, em que a ideia de partir do país de origem possa ser vista não apenas meramente como decisão individual, mas também enquanto fenómeno social ou como única alternativa possível devido às condições existentes.

## 5.2. Biolegitimidade, compaixão e repressão

No decorrer do trabalho na PROSAUDESC, as diversas cartas enviadas com pedidos de apoio à Segurança Social para vários utentes chegavam indeferidos. Questionava-se se o Albino chegaria a alcançar o seu objetivo com os cortes sucessivos a que assistíamos e com as respostas negativas que recebíamos diariamente. De acordo com o que nos foi comunicado em reunião com um técnico responsável do GARSE da Câmara de Loures, durante a legalização extraordinária dos moradores de outro bairro social do concelho, por várias vezes recorreram aos artigos 122<sup>42</sup> e 123<sup>43</sup> como única alternativa possível nesses casos.

Fassin abordou a recente crise de refugiados refletindo como em França este fenómeno

---

<sup>42</sup> Segundo o disposto na alínea g), do nº 1, do artigo 122, da Lei nº 123/2007, de 4 de Julho: “não carecem de visto para obtenção de autorização de residência temporários os nacionais de estados terceiros (...) que sofram de uma doença que requeira assistência médica prolongada que obste ao retorno ao país, a fim de evitar risco para a saúde do próprio.”

<sup>43</sup> Segundo o disposto na alínea b), do nº 1, do artigo 123, da Lei nº 123/2007, de 4 de Julho: “quando se verificarem situações extraordinárias a que não sejam aplicáveis as disposições previstas no artigo 122.º, bem como nos casos de autorização de residência por razões humanitárias ao abrigo da lei que regula o direito de asilo, mediante proposta do diretor-geral do SEF ou por iniciativa do Ministro da Administração Interna pode, a título excecional, ser concedida autorização de residência temporária a cidadãos estrangeiros que não preencham os requisitos exigidos na presente lei (...) por razões humanitárias.”

originou a passagem de uma política que “oscila entre sentimentos de simpatia por um lado e de inquietação pelo outro, entre uma política de piedade e políticas de controle” (2005: 366), como vimos anteriormente. Imigrantes e refugiados, reduzidos a uma humanidade comum que não pode ser negada, o estado francês e a sua população, face à entrada destes indivíduos em território nacional, rescreveram e apoiaram uma política de asilo desimpedindo caminho para que àqueles em situações de saúde precárias fosse permitido estabelecer-se em França (embora sem a possibilidade de trabalhar). O humanitarismo em casos de vulnerabilidade tornava-se assim a força por excelência que “governa as vidas precárias” (Fassin, 2012: 4) num quadro político que extrapola o contexto francês e a situação dos refugiados e que poderia aplicar-se genericamente a todos os imigrantes em condição de ilegalidade. Fassin defende que atualmente os perigos assombrando a existência destes indivíduos têm um peso inferior face ao sofrimento físico ou psicológico que eles possam demonstrar, “numa sociedade marcada pela experiência humilhante onde têm de usar a sua biologia e não a sua biografia enquanto recurso para o direito de existir” (Fassin, 2005: 372). Destes espera-se reciprocidade (agradecimento e uma boa história que narre o seu sofrimento para garantir o pesar por parte de quem detém o poder de autorizar ou não a aquisição da documentação necessária à estadia) e humildade (em oposição à reivindicação de direitos), numa relação assimétrica baseada na compaixão e que é exercida de cima para baixo, do mais forte para o mais fraco. Reiteram-se assim as desigualdades de partida e persiste uma produção de sujeitos submissos e que devem corresponder às expectativas projetadas sobre eles, sob condição da revogação de vistos e de autorizações de residência (Fassin, 2012).

A maneira como a segurança do estado nação francês é percebida permite que haja uma manipulação da representação do estatuto de refugiado, o qual acaba por ser equiparado a um imigrante sem papéis. Este jogo entre artifícios de compaixão e repressão baseados na assunção de quem é merecedor ou não de permanecer em solo francês assemelha-se aos processos de Juntas Médicas que diariamente circulavam na PROSAUDESC e às iniciativas de regularização de imigrantes ilegais por razões extraordinárias. Ao contrário do que Santinho (2017) encontrou em Portugal, onde argumenta que a autorização de asilo não se baseia na validação médica de maneira tão imperativa como em França, o que também abre espaço para

um “esquecimento seletivo” das condições de saúde dos requerentes, ao nível do trabalho realizado pela PROSAUDESC o foco na saúde dos seus utentes é entrelaçado com julgamentos de valor associados às suas capacidades para trabalhar e para se apresentarem como indivíduos competentes.

Motivada pela possibilidade de uma legalização por questões humanitárias, a direção da PROSAUDESC instruiu as técnicas sociais para que dessem seguimento ao processo do Albino junto do hospital psiquiátrico. Mas para que esta legalização fosse concluída com sucesso, o Albino deveria “comprometer-se com o tratamento, deixar o álcool e endireitar a sua vida”. Todavia, o utente faltou sucessivamente ou chegava demasiado tarde aos encontros com as técnicas encarregues de o transportar para o hospital, ao ponto de se ter deixado de insistir que comparecesse de todo já que as consultas necessitavam de ser sucessivamente reagendadas pela própria IPSS. Face a esta conclusão, Albino a determinada altura optou por ser direto com as técnicas, na esperança de que percebessem por fim qual a razão da sua recusa: não queria ir ao psiquiatra porque “queria continuar a chupar [beber]”.

A intervenção social desejada complicava-se: o utente mostrava-se pouco realista face à sua situação e chegava a transmitir que pretendia manter a sua condição de marginalidade. Qual a solução? Como decidir pelo Albino que, pelos vistos, não sabia o que era o melhor para si? Garcia (2010), na sua pesquisa com heroinómanos nos Estados Unidos, onde o consumo da droga pelos hispânicos se agravava anualmente apesar das inúmeras iniciativas estatais e público-privadas legais e médicas para controlar este problema, verificou que a heroína era interpretada por esses serviços como sendo uma adição, mas também um sintoma de fragilidade mental. A antropóloga, por seu lado, interpretou a omnipresença da heroína nas relações familiares encarando-a enquanto local de luta onde a cultura, as políticas e a história coexistiam. Na sua etnografia verificou que a perspetiva da cronicidade da adição defendida pela biomedicina associada ao modelo dos doze passos não surtia os resultados esperados, nomeadamente a recuperação dos toxicodependentes. O “*ethos*” hispânico do sofrimento presente em Española Valley - em que a melancolia associada a perdas materiais afundava esta comunidade num luto permanente face ao seu desenraizamento - encontrava no elevado consumo de droga um adormecimento deste sentimento. Concomitantemente, os programas de

desintoxicação, pela tónica que colocavam na necessidade de relembrar as perdas, de revisitar o passado e pelas tecnologias que empregavam com foco na gestão da adição, acabavam por reforçar o sentimento de insucesso pessoal de quem a eles recorria, acabando por não promover nem um presente nem um futuro viável. A droga, por outro lado, ajudava a esquecer este ciclo infundável de insucesso, demonstrado através das sucessivas recaídas até à overdose final, como muitos dos casos que Garcia relata na sua etnografia.

Tal como a droga para os hispânicos, o álcool funcionava para o Albino como “um remédio para a dor que acompanha o passado” (2010: 93). Para a PROSAUDESC o Albino deveria assumir o seu problema, tratar o seu alcoolismo e ser visto regularmente por um psiquiatra, o qual o manteria estável através da medicação. Aí o interesse da associação estaria garantido através da biolegitimação (Fassin, 2001) da sua situação: seria um sujeito doente e posteriormente poderia ser incluído numa normalidade facilmente reconhecível e com potencial de intervenção.

Porém, face ao desinteresse nos planos que a associação desenhara para si, o utente deixou de ser um “caso especial” para se tornar num “caso perdido” que as técnicas sociais deveriam “sensibilizar para o retorno voluntário”. A transição do seu estatuto, motivada por um projeto de vida não realista assentava em premissas que não as valorizadas pela instituição e assim a obtenção de ajuda médica que ajudaria à legalização do Albino acabou sendo ultrapassada pela hipótese do regresso a Angola inserido no programa da OIM. O país de origem, na lógica do retorno voluntário, funcionaria como um depósito dos sujeitos perdidos, daqueles que não alcançaram o objetivo a que se propunham. Mantém-se e reproduz-se assim uma fantasia sobre a origem, para onde se o migrante voltar tudo se resolverá, não só para ele, mas para todos os que pretendem ajudá-lo naquilo que deverá ser o seu projeto de vida. Assim a PROSAUDESC, à semelhança de outras associações, apostava no retorno voluntário para indivíduos que não conseguiam cumprir com as expectativas impressas no seu destino: não trabalhavam, não produziam, não pagavam. O sujeito encontrava-se perdido, não apenas na perspectiva do discurso da associação, mas também da dele que estava claramente em sofrimento, sendo o exemplo mais claro o seu recurso constante ao álcool para mitigar essa dor. O imigrante ilegal, nesta condição, vê a sua subjetividade definida pelas fronteiras

geopolíticas e pelas estruturas do país de acolhimento que procuram, direta ou indiretamente, expulsar os imigrantes indocumentados.

Para além desta violência explícita, perpetuam-se simultaneamente os chamados “crimes de paz”, ou seja, a burocracia que esconde diversos processos de violência estrutural, e que é ela mesma potenciadora de patologias. Como Fassin (2000) e Garcia (2010) referiram, é necessário ter cuidado com os serviços que procuram cuidar dos imigrantes, refugiados e outros indivíduos que se encontrem em situação de carência e que procuram apoio psicossocial. Embora não propositadamente, estas instituições acabam por promover uma violência ainda mais pesada, provocando as chamadas “consequências não antecipadas da ação intencional” (Hanna e Kleinman., 2013: 20). De acordo com Merton, citado pelos autores, estas ações caracterizam-se pela sua intencionalidade ou pela rigidez dos hábitos a que estão associadas, causando consequências não antecipadas ou mesmo perversas. Enquanto que no caso francês analisado por Fassin (2005) se impõe uma lógica humanitária que despolitiza o apoio cedido a imigrantes ilegais e refugiados, no contexto americano Garcia (2010) verificou como a implementação de modelos de gestão da saúde e o desmantelamento das antigas instituições públicas de cuidado provocou consequências danosas para os pacientes. O novo foco na autogestão (um modelo racional importado do sistema económico neoliberal e que define estas alterações na saúde) imputa o cuidado nas famílias e transforma a relação entre indivíduos e estado. Estas formas de governar conduzem à criação de novas formas de subjetividade em que as estruturas das instituições são absorvidas pelos indivíduos criando um sentido de fracasso individual. No contexto estudado por Garcia este cuidado é reconfigurado com base no uso de heroína, acabando por aumentar exponencialmente o consumo e as overdoses, apesar do investimento em modelos de saúde aparentemente mais eficazes e benéficos. Como Pussetti e Barros afirmaram, este “governo pela saúde” (2012a: 48) caracteriza-se por uma aparente associação à recessão do poder do estado, quando na verdade o redefine e expande de maneiras originais. Despolitizando as causas económico-sociais, substituindo-as por outras e por organizações não governamentais que atuam em seu lugar, modifica comportamentos e influencia negativamente as vidas daqueles sobre os quais se abate.

Este modo de governar os sujeitos, formas de cidadania e de comportamento,

reorganizando o social (ou “governamentalidade” nas palavras de Foucault), não se restringe à atuação do estado, podendo ser propagado também pelas organizações não governamentais que atuam no terreno. Estas alcançam locais onde o estado teria idealmente mais dificuldade abarcar, reforçando aí o seu poder e alcance (Keshavjee, 2014), como vimos anteriormente.

À semelhança do que aconteceu com o Zezinho, com quem todos os esforços foram empreendidos para que conseguisse retornar a Angola, após a partida não houve um verdadeiro seguimento do caso e pouco se soube posteriormente das consequências do retorno. Neste caso um telefonema a avisar que tinha chegado bem foi considerado o suficiente para fechar o seu processo na associação e validar todos os esforços empregues no sentido de garantir que o seu caso tinha tido o desfecho expeável. Na luta constante à “ilegalidade”, encontramos nestas micro-práticas da vida quotidiana situações em que as políticas de acolhimento dão continuidade a fenómenos de violência estrutural (Farmer, 2003, 2004). A legalidade só permitida através de razões humanitárias ou de saúde possibilita que os imigrantes ganhem visibilidade como cidadãos apenas na doença e no sofrimento, ao mesmo tempo que através do discurso autoritário da biomedicina são produzidos corpos dóceis e legais que poderão vir a ser convertidos em força de trabalho. A alternativa nestes casos parece reduzir-se ao retorno, como os exemplos acima citados demonstram.

Albino ganhou assim protagonismo no seu alcoolismo, na sua suposta “esquizofrenia” e situação de vítima marginal que deveria ser objeto de ajuda. Por outro lado, a sua subjetividade ficou enclausurada em conceitos que preenchiam a sua existência, de uma forma “normal”. Esta naturalização assumiu formas nas quais a subjetividade do indivíduo pareceu ficar encarcerada devido ao seu poder extremamente redutor da diversidade da realidade, anulando a sua história de vida e condições macroestruturais que encaminharam a sua existência para esta situação, o que foi considerado por outros autores como sendo uma desmoralização das experiências quotidianas operacionalizada através do emprego de categorias científicas (Biehl, Good & Kleinman, 2007).

O Albino, desde que assumisse o seu problema, tratasse o alcoolismo e fosse regularmente visto por um psiquiatra, passaria a ter interesse para a associação enquanto sujeito doente e estaria incluído numa normalidade. Porém, tendo-se chegado à conclusão que estaria

condenado a não singrar, o apoio por parte da psicóloga contratada pela associação não foi considerado, uma vez que ele também não mostrava grande interesse nele e o programa de retorno voluntário acenado como solução e destino elegante para a sua situação.

### **5.3 Breve incursão antropológica na esquizofrenia enquanto diagnóstico biomédico**

O Albino constantemente apresentado como “*esquizofrénico*” inquietava-me. Conhecendo à partida as limitações dos diagnósticos biomédicos - e ainda para mais neste caso a confirmação do mesmo apenas dependia de uma visita à associação de um ex-psicólogo da Casa da Cultura onde transmitira à psicóloga o tipo de apoio que em tempos lhe prestara<sup>44</sup> - a ideia difundida de que se tratava de alguém com esquizofrenia constrangia a sua subjetividade tal como todas as estruturas que se abatiam sobre ele.

Num artigo onde Pussetti discute as condições de produção dos “*culture-bound syndromes*” (2006) tal como estes são apresentados a partir do DSM-5, a antropóloga explica como qualquer doença é constituída culturalmente de acordo com uma interpretação específica da experiência da aflição, tanto para os pacientes como para os médicos. Assim, qualquer síndrome é relativa ao contexto cultural em que se insere e depende da classificação que lhe é atribuída, devendo ser relegados para esse patamar as doenças exóticas que os psiquiatras ocidentais temem não conseguir categorizar de outro modo. Apoiando-se em Lutz e Bibeau, Pussetti alerta para o perigo de utilizarmos categorias que assentam numa suposta universalidade biopsíquica de inspiração kraepaliana (as quais facilmente desembocam em situações de racismo institucional que surgem em meios como a psiquiatria onde estas interpretações dominam, mesmo apesar das melhores intenções) e que procuram encaminhar

---

<sup>44</sup> Ser esquizofrénico, parecia-me, baseava-se nas opiniões das pessoas que lidavam com o Albino. As noções vagas de saúde mental partilhadas pelos técnicos sociais são utilizadas para legitimar políticas de gestão das populações destes bairros e neste caso o diagnóstico espalhara-se como um rastilho a arder: do psicólogo para a enfermeira que encaminhara o processo do Albino, para todos os funcionários da PROSAUDESC até chegar finalmente a mim como facto consumado.

os indivíduos que se apresentam com algum tipo de aflição para um padrão de normalidade e moralidade que não é, também ele, universal. As doenças mentais não mais são do que conceitos para descrever sentimentos em determinados contextos e não possuem estatuto ontológico, acabando por se confundir aflições com sofrimento humano, como Pussetti lembrou citando Kleinman.

Descontextualizar os comportamentos e as atitudes do enquadramento social, económico e político naturaliza-os e desvirtua-os das causas que os provocaram. A consequência imediata deste movimento é a patologização e medicalização das diferenças culturais, em alternativa a um trabalho etnopsiquiátrico de reconhecimento e interpretação adequada da diversidade. Pussetti propõe uma abordagem onde o corpo não seja considerado a unidade biológica imutável sobre a qual se sobrepõem interpretações várias sugeridas única e exclusivamente pelo discurso dominante da biomedicina. Citando a noção de incorporação de Csordas, defende que o corpo deverá ser entendido enquanto

produto histórico e ideológico e pondo em conexão dinâmica a biografia dos indivíduos com o mais amplo contexto simbólico, histórico e social (...) O corpo emerge como um arquivo histórico e um lugar de resistência e os seus sintomas como comentários políticos, ou melhor, histórias incorporadas que relacionam o nível individual com o coletivo, o presente com o passado. (Pussetti, 2006: 31-32)

A relação entre psicose e sociedade pode ser atribulada. Os sentimentos que surgem naqueles que lidam com familiares ou pessoas próximas que se debatem com este problema sentem invariavelmente receio e a doença como uma ameaça à ordem instituída, como Biehl, Good e Kleinman (2013) lembraram. Como consequência a estas emoções surgem retornos sociais que visam restabelecer essa norma interrompida ou mesmo proteger aqueles que manifestam esses sintomas. Porém, “essas respostas podem duplicar o sofrimento, constituindo a doença como uma ameaça social e redirecionando a violência para o indivíduo vulnerável.” (Biehl, Good e Kleinman, 2013: 237).

No caso da esquizofrenia, os autores continuam defendendo o fundamento explicativo da doença na psiquiatria descritiva de Emil Kraepelin que a coloca ao nível de uma degeneração permanente e deteriorante, com possibilidades ínfimas de recuperação. As consequências desta interpretação ultrapassada da esquizofrenia datam dos tempos coloniais e estabeleceram como

razão suficiente para ordenar a esterilização destes indivíduos no passado. Embora atualmente ainda se possam encontrar resquícios deste pensamento na psiquiatria contemporânea e na sua visão evolutiva da progressão desta doença, nomeadamente na aceitação do carácter degenerativo do problema, felizmente a esterilização em massa já não é apontada como solução para o mesmo. Em alternativa, medica-se. Contrapondo a esta perspectiva, as análises antropológicas providenciam interpretações mais ricas da esquizofrenia, nomeadamente ao nível do entendimento da psicose como um fenómeno mediado por contingências individuais, familiares e institucionais.

Partindo desta análise, Good, Subandi e DeVecchio Good (2007) relacionaram experiências de psicose com subjetividade política na Indonésia, concluindo existirem mais fatores intervenientes neste fenómeno do que apenas a degeneração orgânica e psíquica de inspiração kraepeliana. No caso indonésio os antropólogos verificaram que os tumultos económicos e políticos associados a uma herança colonial de difícil compromisso e a uma crescente expansão psiquiátrica a nível global (de influência norte-americana) conduziram a que a figura do “louco” tenha vindo a ser utilizada cada vez mais frequentemente para desvirtuar as reivindicações sóciopolíticas de indivíduos insatisfeitos. Aqui não se verifica uma “patologização da diversidade cultural” (Pussetti, 2006), mas sim o que parece ser uma espécie de “patologização do protesto social”

Jenkins (1988), cujo trabalho a respeito da esquizofrenia abrange várias décadas, debruçou-se sobre as conceções culturalmente variáveis das consequências do choque entre dois modelos explicativos distintos para esta doença. Analisando a categoria dos “*nervios*” e “nervos” entre famílias americanas de ascendência mexicana e anglo-saxónicas, respetivamente, Jenkins verificou que os últimos mais rapidamente associavam esse tipo de comportamentos e aflições a categorias biomédicas como esquizofrenia. Os primeiros, por seu lado, consideravam os “*nervios*” como uma interpretação apropriada do problema. A sua investigação levou-a a concluir que não existe consenso na perceção da psicose entre meios culturais diferentes, pelo que deve existir uma melhor contextualização dos sentidos e aplicações do termo, visto carregar consigo um forte estigma social e moral para os pacientes e respetivas famílias.

Mais recentemente Jenkins (2010) debruçou-se sobre o consumo de psicofármacos e o seu papel nas construções subjetivas, organizando um conjunto de contribuições abordando os diferentes usos e percepções apenas a este tipo de medicação. Desde como o recurso a fármacos para gerir doenças consideradas mentais crónicas (como é o caso da esquizofrenia, por exemplo) se sobrepõe a iniciativas de intervenção comunitária que poderiam promover eventuais integração e cura, passando pelo extremo oposto consoante o contexto geográfico. Ou seja, como os psicofármacos de nova geração não são distribuídos equitativamente, existindo partes do mundo em que os pacientes têm de se bastar com medicação já ultrapassada e apenas apoio comunitário. Os diferentes estudos presentes na obra salientam como corpo e mente são indissociáveis, reiterando a premissa do “*mindful body*” de Lock e Scheper-Hughes (1987).

Corin (2007) investigou também como o aparente isolamento social do indivíduo com psicose não se pode equiparar a uma mera fuga da realidade. Para a autora existem vários modos que os sujeitos empregam para se desvincular e ajustar-se ao enquadramento social e cultural. Por vezes chegam mesmo a manter essa atitude para se protegerem da intrusão dos outros nos seus mundos pessoais, associando e trabalhando significantes culturais e religiosos. Perceber estes ajustes e como variam culturalmente obriga, na opinião da autora, a um comprometimento ético elevado e a questionar até que ponto a realidade como a entendemos pode ser efetivamente perceptível.

No contexto haitiano Caple James (2011) debruçou-se sobre um estudo de caso onde políticas de asilo e um diagnóstico de esquizofrenia se enlaçam revelando as lógicas macroestruturais que se abatem sobre casos individuais. No contexto da insegurança criado pelas sucessivas crises políticas, militares e naturais, linguagens locais de sofrimento e de cura deixaram de ser recurso para lidar com situações de perda e de incorporação do sofrimento no Haiti. O apoio humanitário - também ele objeto de flutuações -, determinou que esses idiomas locais fossem anulados pela linguagem biomédica. Assim, a sintomatologia que alguns haitianos associavam a choques, medo e perdas súbitas causando um fluxo de sangue à cabeça e consequentes comportamentos erráticos marcados por uma temporária fuga da alma - localmente conhecido por “*sezisman*” - eram integrados culturalmente e intervencionados

através de rituais locais de cura. No decorrer da instabilidade causada pelas sucessivas crises políticas e pelo terramoto que lhes sucedeu, estas estratégias locais revelaram-se insuficientes para lidar com o sofrimento dos indivíduos, não só pela falta de condições em aplicá-las como pelo enquadramento internacional de que se revestiu esta instabilidade política e social que assolou ciclicamente e num curto espaço de tempo o Haiti.

Estes acontecimentos levaram a que o país se visse coberto por uma insegurança ontológica, um conceito defendido por Giddens e apropriado por Caple James, causada por momentos de rutura que conduziram à instituição do trauma na vida dos indivíduos como se se tratasse de um acontecimento normal e rotineiro, perturbando a sua subjetividade e integrando-a de maneira disruptiva. Consequentemente muito indivíduos fugiram do Haiti procurando refúgio humanitário noutros países, o que nem sempre obteve os resultados desejados. Caple James explica como os estados que à partida seriam refúgios para estas situações

reafirmam a materialidade da sua segurança através de processos que podem ser caracterizados como conversões seculares para incluir ideais neo-Iluministas dos direitos humanos, democracia e de capitalismo económico. Estas intervenções também estabelecem as condições para a inclusão que os países inseguros e os seus cidadãos devem cumprir para ganhar reconhecimento político ou asilo num estado recetor. As dinâmicas da insegurança, procura de asilo, e de conversação e de contenção da desordem tanto em estados seguros como inseguros são exemplos da condição de “neomodernidade” (Comaroff e Comaroff, 1992). No coração destas práticas encontram-se esforços para definir os critérios de pertença e de exclusão para mitigar as crescentes fontes de risco. (2011: 363-364)

Após a fuga do Haiti de Jean-Robert, o protagonista da investigação de Caple James, o apoio humanitário que este recebeu permitiu que a sua presença fosse sempre acompanhada e legitimada pelo que a autora chama de um “portfolio do trauma”, onde o registo da violência que sofreu no passado se enlaçava com as práticas clínicas e burocráticas aplicadas pelos mecanismos de ajuda que autenticavam tanto o seu sofrimento como o seu estatuto. Porém, ao contrário do que Fassin registou em França, a presença de uma doença que no contexto europeu garantiria entrada imediata no país recetor, as relações históricas entre Haiti e EUA reservaram um fim diferente para Jean-Robert, o qual acabou por ser repatriado precisamente por ser considerado mentalmente doente. Porém, ao chegar ao Haiti, Jean-Robert também não teve acesso a cuidados médicos, visto que a ajuda humanitária tinha sido suspensa (a autora nota

que um conjunto de terapias complementares que respeitasse idiomas locais de cura poderiam ser o suficiente para canalizar a experiência de sofrimento para um luto mais saudável). Apesar do conjunto de tratamentos recomendados pelos diferentes psiquiatras que o assistiram, “Jean-Robert não pedira tratamento. Encontrava-se desempregado, desejava assistência social, e um eventual retorno aos Estados Unidos. Em vez disso, foi obrigado a adotar uma identidade que lhe tivera sido dada nos Estados Unidos de alguém mentalmente doente.” (2011: 368)

O paciente acabou por ser encaminhado para uma clínica, de inspiração psicanalítica e sensível à psiquiatria transcultural onde, apesar das boas intenções, o foco da doença era procurado no indivíduo e não no contexto sociocultural que o produzia, como Farmer (2003, 2004) sugeriu como medida mais adequada para endereçar a violência estrutural. Assim, a cura para os pacientes assistidos nesta clínica não se verificava ao nível da psicoterapia, uma vez que o estado de insegurança e de crise generalizada entre os utentes não a tornava eficaz aos olhos dos seus diretores, mas sim através de intervenções farmacológicas e da aplicação de testes psicológicos.

A biomedicalização da insegurança social, económica e política apresentava-se como um dos poucos meios através dos quais os haitianos recebiam reconhecimento e apoio humanitário, porém devido à lógica neomodernista e ao perigo para a integridade do estado de acolhimento, estas instituições revelaram-se insuficientes para garantir a segurança, a estadia e os tratamentos necessários, acabando os refugiados por ser equiparados a imigrantes económicos cujo fim último acabava por ser também o repatriamento dos EUA. As intervenções humanitárias e as suas respostas enquadraram esta sintomatologia na lógica do trauma e das doenças mentais - na medida em que a biomedicina as define - e casos que poderiam ser contidos pelas lógicas locais de cura foram sujeitos a estas intervenções num contexto de caos humanitário e de políticas de asilo pouco eficazes.

Igualmente também preocupada com a maneira como pressões institucionais constroem e fragilizam o sofrimento enquadrando-o em padrões biomédicos, Pussetti debruçou-se na análise de um diagnóstico de esquizofrenia no decorrer da sua pesquisa junto da Consulta do Migrante em Lisboa (2007). Esta investigação permitiu-lhe perceber como o legado colonial ainda exerce efeito sobre o discurso dos psiquiatras, apesar das melhores

intenções reveladas pelos profissionais de saúde em ultrapassar precisamente esses discursos. Porém, a necessidade de catalogar e controlar o outro diferente não isenta que estes mecanismos de apoio aos imigrantes, supostamente culturalmente mais sensíveis, não recaiam nos mesmos erros de alocar as causas da doença no corpo biológico do indivíduo, reiterando a assunção de que biomedicina não é apenas mais uma maneira de interpretar as doenças, mas que se apresente como um modo universal de abarcar todo o mal-estar.

No caso analisado por Pussetti de uma imigrante guineense que atacou uma mulher ocidental sem que esta tivesse de alguma maneira instigado a esse comportamento, a autora percebeu que esse comportamento errático levou a que os psiquiatras o associassem a superstições primitivas africanas e a uma personalidade esquizóide, apesar da Antropologia admitir não haver qualquer exame que garantisse a fiabilidade do diagnóstico. Confusa acerca da sua própria condição, Milocas, a paciente guineense, assumiu o diagnóstico de esquizofrenia enquanto explicação do seu comportamento, embora Pussetti adote uma interpretação mais abrangente da sua situação enquanto migrante e relacione a sua experiência de sofrimento com o culto da Mamy Wata, uma divindade que assume a forma de uma mulher ocidental de olhos claros e que em troca das comodidades modernas exige o pagamento de compensações. Incapaz de cumprir com a liquidação dessa dívida, Milocas demonstrou um comportamento violento que devidamente analisado no enquadramento de diferenças económicas adjacentes à situação de migrante seriam o suficiente para relegar um diagnóstico nivelador de esquizofrenia para segundo plano. Todavia “a interpretação do sofrimento pela Milocas foi silenciada e este considerado uma maneira inapropriada de interpretar a experiência humana, em favor de ideais ocidentais de normalidade, desvio, saúde e doença, implícitos no modelo biomédico.” (Pussetti, 2010: 10)

Por detrás do escudo da racionalidade e da ciência outros conhecimentos são considerados inferiores e o discurso psiquiátrico torna-se dominante. Assim, adicionando ao diagnóstico e confinamento da Milocas ao hospital, o seu estatuto enquanto esquizofrénica aprofundou ainda mais a sua exclusão, em nome do restabelecimento de uma norma garantida pelo aparelho hospitalar e seus agentes (diagnóstico esse que passou a ser assumido pela própria paciente). Pussetti concluiu avançando com a proposta alternativa inspirada na

etnopsiquiatria para endereçar mais eficazmente casos semelhantes:

Reconhecer a Milocas como uma pessoa, como um indivíduo político e moral, sem a sujeitar a ser o que nós achamos que ela deve tornar-se - um corpo domesticado a partir das nossas práticas sócio sanitárias - é admitir que esta mulher tem algo a dizer sobre o seu próprio sofrimento e sobre as práticas destinadas a tratá-lo. (Pussetti, 2010: 130)

## **5.4 A importância do método da história de vida na investigação com imigrantes**

Após me ter sido apresentado como um “caso de saúde mental” pela PROSAUDESC e tendo assistido às interações acima descritas, o Albino começou a desenhar-se no prospecto do meu trabalho de terreno como uma viabilidade de investigação. Ao seu interesse em pedir apoio à associação aliou-se o meu interesse em ouvi-lo. Com a autorização da instituição questionei-o se teria disponibilidade para ser entrevistado individualmente e de contribuir para a minha pesquisa sobre imigrantes. Após receber a sua confirmação, agendámos o encontro, onde me apresentei preparada para gravar as suas palavras e munida de um guião de entrevista meramente indicativo com questões abertas que me permitissem conhecer a sua história de vida. Procurava conhecer o seu trajeto de acordo com a sua perspectiva, não enquadrado em estatísticas de imigração ou em padrões de avaliação da eficácia das intervenções da PROSAUDESC. A hipótese de recolha de dados através de entrevista semi-diretiva permitirme-ia assim incluir a voz do Albino na história cujos contornos já se desenhavam na minha mente através de encontros anteriores. Assim, pode afirmar-se que a possibilidade de biografar este sujeito não foi uma hipótese colocada à partida: surgiu das contingências do próprio terreno (Patriarca, 2012). Uma série de coincidências e de oportunidades foram aproveitadas motivadas pelos temas que as interações antecedentes com o Albino trouxeram à tona e

propiciaram o meu interesse na sua narrativa<sup>45</sup>. O facto de estar constantemente envolvida nas atividades da associação e de recorrer diariamente à observação participante como metodologia privilegiada no trabalho de campo permitiu que assistisse a diversas interações entre os fundadores da PROSAUDESC, técnicas e utentes, o que se revelou extremamente útil e produtivo no abandono das minhas expectativas iniciais sobre o terreno e na elaboração de hipóteses mais fidedignas.

Apesar da presença do antropólogo em campo ser sempre engajada numa qualquer teoria, não se vai normalmente para o campo para testar hipóteses antecipadamente pensadas. As hipóteses nascem mais tarde, não antes, depois de o antropólogo “experimental” viver com aqueles que pretende compreender, sendo por eles interpelado, num processo de mútuo entendimento do mundo, para então, sim, poder fazer da investigação uma investigação antropológica. (2012: 608)

A análise biográfica ao caso do Albino não se enquadra no quadro da tradição das grandes histórias de vida analisadas por O’Neill (2003) quando o antropólogo se debruçou e destacou a relevância das contribuições nacionais e internacionais deste método para a Antropologia. Por outras palavras, a história de vida apresentou-se no decorrer do meu trabalho de campo como uma oportunidade, não tendo sido o objetivo de biografar sujeitos a razão subjacente à realização desta pesquisa. Porém, o recurso a entrevistas para construir a história de vida do Albino permitiu-me uma noção da sua trajetória subjetiva e mobilidade que outra metodologia dificilmente conseguiria alcançar, uma vez que se trata de uma metodologia que permite um enquadramento cronológico interessante e relevante nos casos de pesquisas com migrantes. Esta história de vida tornou-se assim um meio para alcançar um fim: chegar às temáticas mais relevantes da vida do sujeito, uma modalidade que O’Neill no mesmo artigo também salienta como sendo pertinente para o avanço da disciplina e simultaneamente válida no âmbito dos métodos disponíveis aos antropólogos.

Seguindo a metodologia proposta por Poirier, Clapier-Valladon e Raybaut (1995

---

<sup>45</sup> Aliada à ausência de alternativas em lidar com a situação deste utente, a PROSAUDESC também delegou em mim alguma responsabilidade em “ajudá-lo” e foi nesse sentido que as entrevistas que agendámos pareceram ter uma aceitação tão positiva por parte da associação.

[1983]) optei por realizar entrevistas semi-diretivas, as quais permitiram ao Albino narrar o seu percurso seguindo o seu ritmo pessoal. Alongando-se quando considerou necessário, estas entrevistas permitiram-me também reservar a possibilidade de redirecionar a conversa para temáticas sempre que considere pertinente, especialmente no decorrer da segunda entrevista. A primeira questão permitiu-me enquadrar a experiência migratória no sentido mais lato da narrativa biográfica e abrir espaço suficiente para que o sujeito divagasse por temas que lhe fossem familiares: “Gostava que me falasse um pouco sobre as razões que o levaram a imigrar para Portugal e quando é que imigrou, com que objetivo...”. Posteriormente à gravação e transcrição das entrevistas identifiquei alguns pontos mais relevantes através do método de análise de conteúdo com o intuito de procurar o sentido da ação para o próprio sujeito (Guerra, 2006).

O método da história de vida com migrantes foi essencial na obra de Brettell (1978) sobre uma emigrante portuguesa em Paris e mais recentemente também no trabalho de Lechner (2007, 2009). Debruçando-se sobre questões de imigração e saúde mental, Lechner destacou a importância do olhar biográfico em contextos

em que os relatos de vida são eles próprios lugares e momentos de experiência para quem se relata. O saber produzido pelas narrativas biográficas fabrica pois tanto histórias como sujeitos e contextos; desenha perfis identitários e pertenças, mas também constrói subjetividades e reivindicações conscientes. (2009: 6).

Igualmente importante para a autora é a capacidade de emancipação que estas histórias de vida possuem na vida dos sujeitos, especialmente em condições em que estes necessitam de se ressituar identitariamente. Esta metodologia reveste-se assim de uma dimensão política e ética que permite dar voz a indivíduos, os quais se encontram em posições abafadas por expectativas externas e condicionamentos socioeconómicos, como era o caso do Albino.

No caso da saúde mental a perspectiva dos migrantes torna-se ainda mais determinante de recolher. Analisando como estes são condicionados e construídos por discursos externos, Lechner (2007) questionou criticamente a perspectiva biomédica do sofrimento migrante. De acordo com a autora persiste entre muitos técnicos de saúde um sentimento transversal em enquadrar o mal-estar migrante num quadro nosológico que generaliza em vez de escutar

ativamente a diferença. Reduzindo os sintomas identificados a uma doença - como acontece com a síndrome de Ulisses identificada por Atxotegui, a qual já se encontra incluída no quinto volume do DSM - esta estratégia despolitiza, naturaliza e patologiza a experiência migratória, centrando as dificuldades no escopo das responsabilidades individuais e não num quadro macro de desigualdades sociais, económicas e políticas (Lechner, 2007, Pussetti, 2009).

Baseando-se na sua pesquisa com um emigrante português em Paris que, segundo ele, reconstruiu a sua identidade em oposição a um sentimento de melancolia e mal-estar que lhe surgiu no decorrer da sua estadia em França, Lechner realça a importância de registar o testemunho particular em alternativa à generalização em que se baseiam os processos biomédicos. No caso investigado pela autora houve uma apropriação de conteúdos subjetivos e de reconstrução da memória resultando naquilo que apelida de resistência sã ao sofrimento que esse mesmo emigrante experienciou. Adicionando à sua exposição o exemplo do Centro Franz Fanon em Turim, o qual se encarrega de auxiliar imigrantes e refugiados a encontrar politicamente o seu lugar no seio da sua experiência migratória sem se deixar influenciar por inclinações culturalistas em que alguns serviços mais bem-intencionados acabam por se abandonar (Pussetti, 2010), para Lechner o contributo da etnopsiquiatria revela-se decisivo numa reconstrução subjetiva do sofrimento migratório.

O método biográfico apresenta-se para Lechner como o mais indicado no combate a essa patologização excessiva da migração, não só pela capacidade de autoconhecimento de que reveste os biografados, mas também pelo alcance político e cívico dos sujeitos que através de uma revisitação do seu passado e das condições em que o mal-estar de que sofrem foi produzido, tomam assim consciência de si. Este potencial emancipatório, o qual assenta na consciência antropológica de que a doença é muito mais do que um conjunto de sintomas orgânicos mas sim o resultado de uma interação de fatores de diferentes ordens, permite evitar a medicalização excessiva dos migrantes que se dirigem a serviços de saúde, sejam eles estatais ou não.

No decorrer dos meus encontros com o Albino apercebi-me que uma intervenção no seu caso inspirada na etnopsiquiatria não constava da oferta de serviços da PROSAUDESC e mesmo o dito “acompanhamento psicológico” encontrava-se ainda em fase de implementação

através dos esforços da Mariana junto da D. Lígia, como o capítulo anterior procurou demonstrar. Mesmo a proximidade dos fundadores da IPSS aos seus utentes - pelo facto de morarem no mesmo bairro, do seu projeto ter sido fundado na herança dos antigos mediadores culturais e deles próprios serem imigrantes<sup>46</sup> - pareceu-me tingida pelo discurso dominante da biomedicina e do valor dos recipientes de apoio social, numa lógica de economias morais (Fassin, 2009). Embora não fosse minha intenção imediata criar qualquer tipo de “consciência de si” ou potenciar um “processo emancipatório”, cedo percebi pelas entrevistas que realizei com o Albino que a sua narrativa se desprendia quando não se encontrava enquadrado nas visitas esporádicas e nas exigências que lhe eram aplicadas pela PROSAUDESC.

## 5.5 Da Banda para os Terraços da Ponte

Albino imigrou de Angola para Portugal em 1991 quando tinha cerca de vinte anos. A guerra civil que opôs o MPLA à UNITA num conflito ocorrido no seguimento da descolonização portuguesa e que se estendeu até 2002 intercalado com períodos de uma paz precária, obrigou-o a cumprir com o serviço militar obrigatório. Os seus irmãos mais novos conseguiram livrar-se dessa incumbência graças à estabilidade política que o país foi lentamente conquistando ao longo dos anos, devido à obtenção de poder por parte do MPLA. A ida para a tropa marcou a primeira vez que o Albino se ausentou por um longo período da casa dos pais e encontrava-se presente na sua memória como uma altura marcada por alguma ligeireza e abundância que desconhecia até então. Saído do “*musseque*” - o nome dado aos bairros autoconstruídos localizados na periferia de Luanda - para a Funda - uma comuna a alguns quilómetros da capital-, na escola de oficiais onde realizou a formação a comida era servida com fartura, ao contrário do que estava habituado em casa.

Nós lá em casa, lá na Banda, por exemplo, era só quem? Uma refeição, às vezes... o mata-bicho é ao meio dia... Nada! Aí meio dia era o mata-bicho, um arroz com uma metade de peixe frito. E o olho já caducado, já está ultrapassado. Guarda. Depois é só esperar o jantar para comer o funge. Agora quando eu me

---

<sup>46</sup> De acordo com a maneira como a associação se apresenta e não de acordo com uma interpretação minha.

apresentei no Marcelino Dias, da conta do governo, os cubanos também exigem. É a academia, estão lá os oficiais cubanos, estão lá os emergentes de Cuba... Ya... então pronto lá no Marcelino Dias tínhamos pequeno almoço, leite mesmo. Se tomava uma jarra, vinha de novo, podia tomar outra! E depois podia levar lá na caserna. Então lá era diferente. Tínhamos almoço, era carne, galinha, frango.<sup>47</sup>

Porém a sua situação complicou-se quando foi mobilizado para Benguela, onde se esperava que a formação o preparasse para combater efetivamente na guerra. O facto de ter sido bem tratado na Funda durante os meses em que lá esteve ajudou à convocatória, na sua opinião. Este tratamento, em oposição às privações que sentira em casa dos pais, marcou a passagem de um estado de carência para outro de abundância que, na sua opinião, teve impacto na sua condição física e psicológica. Mais forte e resistente também seria mais útil como soldado. Porém, a possibilidade de combate ativo aterrizava-o e fez ressurgir à superfície fraquezas e inseguranças do passado.

Mas eu não tinha físico para aquilo, nem cabeça. Era um fraquinho. (...) Fraquinho na cabeça, mesmo assim, tudo! Os outros conseguiram, ó doutora! Pronto, doente pronto. Cada um tem os seus princípios, doutora. Uma pessoa que está no mundo, que por exemplo, não cresceu saudável, tem um bocadinho de deficiências que afeta depois ao longo do crescimento... e às vezes tem um bocadinho de problemas hereditários que eu já agora estou a compreender no estudar... não é o que uma pessoa queria.

Quando chegou a Benguela, porém, a exigência mudou. Os exercícios físicos intensificaram-se e os períodos de lazer a que se habituara na Funda diminuíram. Foi aí que Albino percebeu que não estava talhado para a guerra e muito menos queria morrer, tendo acabado por fugir pouco menos de um mês depois de ter chegado à escola de oficiais. Refugiou-se durante uns tempos em casa de uns primos no Lobito, outra província angolana, e acabou por voltar para casa dos pais quando a mãe lhe enviou dinheiro para comprar a passagem de barco de regresso a Luanda.

À chegada os pais mostraram-se descontentes com a sua deserção. O Albino explicou que, enquanto os mais pobres em Angola não tinham outra alternativa senão ir para a tropa, ao contrário do que acontecia entre as famílias mais ricas, esse destino sempre se avizinhava

---

<sup>47</sup> Excertos das entrevistas gravadas com o Albino em fevereiro e março de 2011.

melhor do que não estudar nem encontrar trabalho. Não admirava a reprovação familiar face à sua retirada precoce. Porém, para evitar represálias, o pai mobilizou alguns contactos que arranjava no decorrer do seu trabalho com os aliados cubanos e conseguiu que o Albino começasse a trabalhar numa guarita.

De biscate em biscate a par do medo de ser considerado desertor e reenviado para Benguela, a ideia de emigrar começou a desenhar-se na sua mente. Alegando questões económicas e financeiras, primeiro pensou em partir para o Brasil.

Primeiro era o Brasil, mas para o Brasil não consegui. Depois aquela oportunidade de Portugal e eu vim mesmo. Mas já de Portugal é mesmo obra, obra para vir trabalhar. No Brasil não. No Brasil era mais à base de comércio, agora em Portugal como era mais favorável porque era mesmo trabalhar, uma pessoa pode fixar aqui em Portugal, trabalhar um bom tempo... achei mais conveniente. Mas é assim... o objetivo mesmo que eu vim cá em Portugal é mesmo o trabalho. Trabalho e pronto, melhorar um bocadinho as condições de vida, condições sociais, económicas, financeiras.

Quando questionado se havia muitas pessoas a considerar partir, Albino respondeu-me que viver na miséria e na fome não agradava a ninguém, portanto a hipótese de partir de Angola era uma possibilidade que muitos almejavam, mas que nem todos conseguiam alcançar. O conhecimento do que o aguardava em Portugal chegava-lhe através de revistas e jornais que consultava e dos relatos de conhecidos que partiram antes dele. Estes voltavam temporariamente contando histórias de sucesso e de como sobreviver à chegada para encontrar trabalho e sítio onde ficar.

Falavam mesmo aquilo que é atualmente Portugal. Que aquilo não é fácil, mas se lá trabalha-se é muito melhor em relação a estar em Angola e isso é verdade. Então uma pessoa vai comparar Portugal com Angola? Se aqui eu trabalho um mês, compro uma arca, no outro mês, compro um vídeo. Em Angola quem é que vai comprar, quem vai ter arca no musseque? Não. Por exemplo, naquela fase em que eu vim cá, um vídeo, uma arca [risos]... chego lá na Banda as dama fazem bicha! [risos].

A subida de estatuto que o aguardava face ao único desfecho que adivinhava após emigrar para Portugal aproxima-se do que Vacchiano (2014) identificou junto de jovens que partiam de Marrocos movidos pelo desejo de sucesso na Europa. Estes jovens incorporavam a vida de privação dos pais, que neles projetavam também possibilidades que lhes estavam

negadas. A mobilidade destes jovens estudados pelo antropólogo, que se identificavam enquanto “sujeitos contemporâneos” (2014: 22), atravessava o seu desejo de modernidade procurada no “conforto das coisas” (Miller cit. in Vacchiano, 2014: 22). Este desejo sobrepunha-se ao risco da partida e a todos os obstáculos que pudessem ser considerados e que não eram vistos enquanto possibilidades reais ou intransponíveis.

O mesmo experienciou Albino. Partiu de Angola sem se despedir dos pais, munido de algum dinheiro, porque sabia que a possibilidade de conseguir ser introduzido num avião era reduzida. Relatou alguns movimentos obscuros que ocorriam no aeroporto onde outros mais afoitos geravam dividendos filtrando os embarques.

Por regra não podia viajar porque lá também é cunha, é base da cunha. Mesmo com o bilhete e tal... não é só no mesmo dia, toma tu vai. Não. Então lá também tem negócio. Cheguei lá, não sabia. Era a primeira vez que eu conheci o aeroporto, eu nunca entrei no aeroporto. Fui para Benguela por meio de barcos, mas no aeroporto nunca entrei. Foi a primeira vez.

Para além do bilhete de avião pagou mais cinquenta dólares para conseguir que lhe fizessem o “*check in*” e por sorte conseguiu ser um dos poucos que nesse dia viajou para Portugal, onde a entrada também ela foi objeto de negociação. Apesar de ter documentos e passaporte para sair de Angola, faltava-lhe o dinheiro necessário para garantir a sua subsistência em Portugal de acordo com a lei nacional vigente. Travou amizade com outro indivíduo a quem chamou de “diplomata” - pela maneira como estava vestido e que lhe dava um certo aspeto respeitável - e afirmando primeiro ser estudante e depois confessando que vinha em turismo, conseguiu alcançar Lisboa com um visto de estadia para três meses, de acordo com os pormenores que ainda recorda.

Estabeleceu-se junto de uns conhecidos na zona do Prior Velho, os quais lhe arrendaram um quarto na sua casa após o auxiliarem a encontrar trabalho. Porém, as condições que o esperavam não se coadunavam com a vida que sonhara nem com o que conhecia em Angola. Confessou que sentia frio e dores durante o trabalho nas obras, mas oportunidades não lhe faltaram. Nunca na vida tinha trabalhado realmente e a perceção dessa realidade e de encontrar barracas em Portugal à semelhança da que habitava em Luanda chocou-o, embora garanta que as condições cá não eram tão miseráveis. Não percebia como o país que colonizou Angola e de

onde retirara riquezas também gerava pobreza.

[Investigadora] Então chegou cá, viu a barraca...

[Albino] Vi a barraca, pronto. Todo qualquer africano se vê a Europa, se vê na televisão, estamos a ver o “Hollywoods”, estamos a ver por exemplo Sharon Stone, estamos a ver Catarina Furtado [risos]...

[Investigadora] Pensou que chegava cá e estavam todas à sua espera.

[Albino] Ya! Estamos a ver a Fátima Lopes, estamos a ver o Eusébio, estamos a ver por exemplo a Amália [risos].

[Investigadora] E depois não era nada disso que estava à sua espera no aeroporto.

[Albino] Ya.

[Investigadora] E nunca pensou em voltar?

[Albino] Nunca pensei em voltar. Voltar? É melhor uma pessoa estar cá. Então também como é que uma pessoa vai voltar? O meu raciocínio é esse. Então eu vou voltar? Mesmo com uma barraca aí. Eles vão-te falar, mas você basta trabalhar só um mês. Vais trabalhar um mês e tens um vídeo, tens um televisor, no dinheiro de um mês. Outro mês é que está a fazer uma poupança. Senão uma pessoa pode comprar um vídeo, um televisor, uma arca! Mas também você vai voltar em Angola, vai lá fazer quê?

Cerca de um a dois anos depois de chegar a Lisboa mudou-se para a Quinta do Mocho, à semelhança dos seus senhorios do Prior Velho que o ajudaram a estabelecer-se no antigo bairro. Nessa altura Albino conseguiu arrendar um espaço só para si, o qual foi melhorando com materiais de construção das obras onde trabalhava ou que ia adquirindo. Foi nessa altura também que conseguiu cumprir com alguns dos sonhos que trazia à saída de Angola: comprar um televisor e um vídeo para si e uma arca grande para enviar para a mãe, onde o facto de ser “*quitandeira*” (merceeira) tornava indispensável esse tipo de comodidades.

Porém, a partir desta altura, o Albino começou a revelar os primeiros sintomas de desconforto com a sua situação. Apesar de na altura não ter regularizado a sua situação em Portugal, tendo falhado sucessivamente os prazos para aproveitar os períodos de legalização extraordinária, confessou que nessa época - ao contrário das insistentes pressões a que agora era sujeito - não existiam problemas para encontrar emprego caso a documentação estivesse caducada. Na mesma medida, a Câmara facilitou que os moradores na Quinta do Mocho não apresentassem esses mesmos papéis quando da passagem para os Terraços da Ponte, razão pela

qual no realojamento o Albino conseguiu o mesmo quarto que ainda hoje ocupa sem grandes dificuldades. Esta habitação o Albino poderá eventualmente vir a perder se não regularizar a sua documentação, como é constantemente lembrado e para o qual tem sempre resposta rápida: “Estou a tratar.”

Após um período inicial de bonança em que conseguiu reunir algumas condições para ter o seu espaço, dinheiro para alimentação e para as despesas diárias, Albino começou a aperceber-se que não estava a conseguir alcançar muito mais do que estes mínimos. O sonho de alcançar o sucesso na Europa que idealizara antes de partir de Luanda parecia agora muito reduzido.

Conseguia dinheiro para alimentação, tudo, mas não era isso que eu quis. Eu quis mesmo aos poucos conseguir constituir alguma coisa, algo de positivo, um alicerce, uma coisa fundamental mesmo... ya... aquilo que eu conseguia já, ter dinheiro, conseguir isso, não é nada. É uma coisa, nunca fui a Angola, nunca fui... nem ofereci uma jóia para a minha mãe, um brinco de ouro, de diamante para a minha velha, não consegui isso.

O mesmo encontrou Vacchiano junto dos jovens marroquinos em busca de um estilo de vida moderno, mais idealizado do que realista, em que os seus sonhos esbarraram com as condições de acolhimento.

É assim que o dinheiro tende a converter-se na melhor medida das capacidades individuais, das lealdades familiares e do valor moral pessoal. Ele representa aquela marca distintiva que define o estatuto individual e faz a diferença entre quem tem um valor e quem não o tem. A força de caráter, a resistência, a coragem, a astúcia são as qualidades desejáveis dum pequeno empreendedor individual disposto a queimar-se para o seu objetivo. É como se num “excesso mimético” (a expressão é de Taussig, 1993), os ditames neoliberais da velocidade e do risco tomassem uma forma incorporada através das configurações físicas e emocionais que produzem. Quem “corre mais rápido”, quem “sabe despachar-se”, quem é capaz de se envolver com todo o próprio corpo para o objetivo aquisitivo (e transformativo) é, então, quem melhor sabe interpretar os princípios do mundo novo e as maneiras de vivê-lo e dominá-lo. (2014: 25)

Porém, tal como o antropólogo verificou, o insucesso medido por esses objetivos convertia-se num jogo entre exercícios de subtração e de adição: aos bens materiais não atingidos somavam-se a angústia, o desconforto e um sentimento de exclusão que podia tomar

a forma de desconforto psíquico e de comportamentos de adição.

A condições sociais que aguardam os migrantes à chegada, como Bordonaro e Pussetti (2006) demonstraram, não se coadunavam frequentemente com as expectativas de modernidade - ou “o desejo de ser outro”, como Benslama caracterizou este fenómeno (cit. in Vacchiano, 2014: 26) - criadas ainda antes dos imigrantes partirem dos seus países de origem. Estas correspondem, na perspetiva dos autores, a um coletivo de carências que animam as suas vidas, uma visão partilhada com Sayad na sua análise da “dupla ausência”. Como consequência, face à desilusão, começa a germinar em alguns indivíduos a ideia de que o retorno ao país de origem, desta vez idealizado, seria a solução para a sua dececionante situação, o que muitas vezes não se realiza porque corresponde a um encontro com a frustração gerada e a uma perda do capital simbólico conquistado junto daqueles que ficaram.

A oscilação entre utopia e nostalgia, um sentimento tipicamente moderno identificado por Susan Sontag, enclausura também os imigrantes, obrigando-os a reformular e reposicionar não só as suas expectativas económicas como os seus sonhos. Para os autores, os fluxos transacionais devem ter também em consideração os imaginários, expectativas e emoções das pessoas que os atravessam e os efeitos nos corpos que os percorrem, e como estes agem sobre o que os rodeia.

A vinda destes imigrantes para Lisboa, a cidade onde o desejo e os sonhos de modernidade se concentram, nem sempre sobrevive ao momento da chegada à capital portuguesa. Representando tudo aquilo que desejam e que lhes escapa, a realidade lisboeta funciona como obstáculo às expectativas muitas vezes mantidas e alimentadas durante anos. À chegada ao aeroporto consegue ser determinante na antecipação das frustrações. Sayad caracterizou esse momento como o da constatação de um “grande engano” (cit. in Bordonaro e Pussetti, 2006: 134). Os imigrantes constatam inevitavelmente que a solução habitacional que lhes está reservada muitas vezes restringe-se a um dos vários bairros sociais construídos nas imediações de Lisboa, o que frequentemente não corresponde a uma melhoria do cenário que já lhes era familiar. O centro, esse, está-lhes vedado. Como afirmou Fernandes, “O utilizador da cidade vem do centro para construir centro. Ora, o arrumador, o sem-abrigo, o migrante clandestino são também característicos da metropolização, ocupam e usam a cidade – e mostram como o centro também se constrói a partir da margem.” (2012: 28-29)

Para além da nova morada os imigrantes desiludem-se também com as condições de

trabalho. Os empregos que encontram são mal pagos e muito menos qualificados do que contavam. As possibilidades de integração nesta nova sociedade encontram-se aquém das desejadas, conduzindo os recém-chegados, com o tempo, ao enaltecimento exclusivo das qualidades positivas do seu país de origem, estrategicamente selecionando as memórias que melhor os ajudam a ultrapassar a desilusão com que se deparam em Portugal.

Esta obrigação de sucesso, que na maioria das vezes não corresponde à realidade porque as condições sociais e económicas não permitem a desejada ascensão social, leva a uma construção do imaginário da imigração projetada no outro lugar, antecipado e desejado (Vacchiano, 2014). Uma conjuntura que conduz a que muitos imigrantes que não se sentem capazes de alcançar esse idealizado sucesso entendido como único desfecho da migração os impede também de retornar à origem, provavelmente por vergonha por terem desperdiçado o que viam como sendo a sua única oportunidade de sucesso na vida.

O atalho imaginado para a condição desejada dos “outros” acaba, assim, por originar uma nova marginalidade. A saída desse circuito situa-se na quebra do desejo: a complexa aceitação duma realidade diferente do que se imaginava e a dor que isso implica. A “submissão” a um tempo diferente – o tempo do crescimento, mas também o tempo do trabalho – corresponde à única, possível, estratégia de “subjetivação”. Como observa Judith Butler, comentando uma das famosas reflexões de Foucault sobre a relação entre poder e sujeito: ‘A ‘sujeição’ é, sim, um poder exercido sobre um sujeito, mas, no entanto, é também um poder assumido pelo sujeito, assunção esta que constitui o mesmo instrumento de se fazer do sujeito.’” (Vacchiano, 2014: 27).

Em muitos casos a doença surge aqui como maneira de negociar o insucesso, tal como Lock e Scheper-Hughes afirmaram: “a aflição é uma das várias formas de resistência diárias” (1990: 64). Adicionalmente, o desvio (criminalidade, toxicod dependência, alcoolismo...) associados à doença podem ser também entendidos enquanto mecanismo subjetivos para adiar o momento de aceitação do fracasso, não só do seu projeto de vida, como dos sonhos que os animavam, próprios ou de terceiros. Adia-se assim o momento em que as famílias, cujas expectativas se encontravam depositadas no parente que partiu, serão informadas da realidade do insucesso e do fracasso.

O desejo de uma modernidade choca com a disciplina instaurada nas fronteiras da “Fortaleza Europeia” (Schinkel, 2009:792), a qual regula as condições de acolhimento

socorrendo-se de complicados processos burocráticos e administrativos que influenciam a subjetividade dos imigrantes, como Vacchiano defendeu, criando situações de marginalidade e de risco. Em oposição, produzem-se também categorias de sujeitos que, pela sua vulnerabilidade- (seja pela sua idade, como este antropólogo defendeu, ou por questões de saúde, como Fassin (2001) argumentou - são cuidados e confinados a instituições nos territórios europeus, oscilando as políticas entre estes dois polos de extrema abjeção/expulsão e de proteção.

A partir do ano 2000 o Albino começou a demonstrar os sintomas de desconforto que mais tarde o aparato de clínicos e de entidades diagnosticou como sendo esquizofrenia. Após um primeiro contacto com Testemunhas de Jeová, Albino começou a interessar-se por assuntos espirituais. Foi evangelizado da mesma maneira que a maioria: recebeu em sua casa um praticante com quem começou o estudo da Bíblia. Aqui encontrou resposta a algumas questões que o inquietavam, aproximando-o à religião. Se bem que em Angola não professasse qualquer crença, em Portugal o seu envolvimento com os Jeovás rapidamente progrediu dos estudos domiciliários para a evangelização de outros indivíduos, porta a porta, e para o batismo numa cerimónia grandiosa no Estádio do Restelo.

[Investigadora] O que o levou a identificar-se com os Jeovás?

[Albino] Eu encontrei uma compreensão daquilo que eu gostaria de compreender do mundo que eu não tinha conhecimento. O problema do que é o mundo e o homem desconhece, eu desconhecia. Então quando me identifiquei realmente que existe um criador, um projetista que formou o universo e que esse não é um homem e eu naturalmente compreendi que, com certeza, o mundo não pode ser formado pelo homem. Mas eu também não sabia se tinha outra coisa. Mas quando me fala que tem um criador então a minha esperança estava a se definir. (...) E eu como homem é por isso que eu estou aqui em Portugal. Para ver se eu consigo qualquer coisa. Também foi só um bocadinho que eu vi. Não só de Angola, mas algumas notícias do mundo, da América, da Alemanha, dos países desenvolvidos. Eu vi que eu como homem mesmo no mundo, sou esmagado, não sou nada [risos]. Me identifiquei mais com o criador. E eu gostei imenso. Se existe um criador, eu tenho esperança de um dia ser senhor. Agora com os homens não, isso não, acredita.

Porém, apesar do encanto inicial com os mistérios revelados através da leitura da Bíblia e da interpretação em conjunto com os Jeovás, Albino acabou por se afastar devido a uma série

de acontecimentos que o perturbaram. Logo no dia da primeira visita domiciliária Albino identificou a presença de um visitante no seu quarto, o qual o atacou. A imagem definida do que jura ser Jesus Cristo a visitá-lo, hipnotizou-o. A partir dessa data foi constantemente visitado sem que ninguém na sua congregação conseguisse explicar-lhe do que se trataria. Todavia, as visitas nunca cessaram desde essa altura, incomodando-o cada vez mais, aparecendo de noite e de dia, empurrando-o e fazendo-o cair e bater com a cabeça quando se encontrava no trabalho. O sono tornou-se cada vez mais instável e a sua produtividade foi afetada. As faltas sucederam-se, mas mesmo em casa continuava a ser perturbado pelas imagens que o atormentavam.

Na sua congregação era o único a passar por estes tormentos. Procurava nos textos bíblicos explicação para o seu sofrimento e recitava orações que o ajudassem. Depressa concluiu que a natureza do que o incomodava nunca poderia ser divina, mas sim uma manifestação diabólica e desencantou-se com a congregação por não conseguir ajudá-lo. As escrituras falavam de um Deus benevolente e onnipotente, mas no seu caso pareciam não trazer qualquer benefício estas qualidades divinas. Albino sentia que cumpria com a sua parte do compromisso com a igreja, mas não via reciprocidade, nem dos humanos nem de Deus. Apenas se sentia sozinho e impotente para lidar com a criatura que o visitava diariamente desde que contactara com a religião pela primeira vez. Então Albino decidiu terminar com o contacto com os amigos Jeovás, uma vez que ter-lhes aberto a porta numa primeira instância fora o que precipitara todo o seu sofrimento espiritual.

Já sei que não há Deus, não existe nada, só existe o homem. Agora já estou a falar assim à vontade porque essas coisas não se fala voluntariamente. Às vezes a pessoa não consegue falar... tirando aquilo que eu vi da cabeça, essas coisas foi mais complicado. (...) Eu sou mesmo frágil, em termos do mundo, vir aqui, não consegui e tal... Mas universo e criador para mim já não é problema. A fase que eu passei. Essas coisas que acontecem que são muito grandes e esmagadoras, às vezes não é nada disso, é uma coisa suja e porca. É miserável.

Procurando dar sentido às condições da sua existência, a um sucesso migratório que lhe escapou e ao sofrimento que daí adveio e que “adormeceu” com o consumo de álcool, a criatividade do Albino levava-o a apontar as questões espirituais que o atormentavam como

causa do seu mal-estar.

O motivo da pessoa, no meu caso específico, é ser bem-sucedido, mas se houver algum obstáculo e eu estou consciente que o homem deve ser bem-sucedido e aparecer qualquer coisa que me impeça de o alcançar esse sucesso, alguma coisa desconhecida que estraga, que está além da minha percepção.

Preso numa condição de liminaridade, em que não podia ficar em território nacional porque era conotado como “ilegal” mas também não podendo regressar porque não tinha alcançado ainda o sucesso pretendido, era remetido para uma situação de marginalização psicossocial em que o seu único capital de agência era o seu corpo, para ser incorporado numa normalidade através de processos de compaixão ou para ser expulso do país (Fassin, 2005). Sendo a sua voz anulada pelo diagnóstico psiquiátrico – que ignora as formas de subjetividade contemporâneas que motivaram a sua migração e que lhe alimentavam o desejo de modernidade – a doença de Albino, enquanto definida biomedicamente desde que ele próprio também se dispusesse a aceitar as condições da sua existência, deveria ser gerida pelas associações e políticas sociais.

A incapacidade do Albino em lidar com o seu sofrimento poderá ser interpretada no seguimento do aparecimento da sua espiritualidade. Mantendo o desejo de não resolver a sua situação nos moldes que lhe eram propostos pelas diferentes instituições com as quais lidava - mas das quais dependia também - a intervenção social tornava-se complicada, visto que o Albino insistia em manter a sua condição de marginalidade. As suas visões de espíritos, por seu lado, funcionavam como compromissos com a realidade produzindo uma construção patológica do equilíbrio. Estas visões, associadas ao álcool, permitiam-lhe encontrar justificações e maneiras de encarar a frustração causada pela sua situação. O seu insucesso não dependia apenas da sua incapacidade, mas também de um encontro infeliz com a religião. Mesmo tendo-o aterrorizado, também lhe abriram caminho para a consulta de obras que lhe permitiam enquadrar a sua vivência e que, suponho, se não o tivesse feito afastar-se de vez, poderia ter sido trabalhada no sentido de aumentar o seu estatuto dentro da congregação.

Apesar das pressões económicas e institucionais que constroem a sua subjetividade em vários aspetos, o seu potencial para a agência manteve-se relativamente intacto na sua

manutenção de uma condição marginal. Recusando todas as soluções apresentadas o Albino lutava para se autodefinir, mesmo que pela negativa. A construção da sua história de vida através das entrevistas realizadas permitiu-me identificar agência apesar dos processos verticais de construção de subjetividade que o constrangiam: as associações que não o ajudavam como desejava, o país que não correspondia às expectativas que construíra, o apoio médico que se desenquadrava da sua experiência pessoal e social.

De acordo com as expectativas projetadas em si, quer pela sua família, quer pelas instituições, quer pela sociedade no geral, mas também as que influenciado por estas construíra para si próprio, o Albino sentia que falhara. O seu projeto de vida não alcançara o objetivo material e agora preocupava-se em gerir as visitas noturnas e em garantir um sustento que lhe permitisse redefinir os moldes da sua existência. O Albino renegociava assim a condição de “*homo sacer*” que lhe tinha sido atribuída em várias circunstâncias. Apesar dos julgamentos de “senso comum” por detrás de uma série de decisões se basearem em categorias classificatórias que remetiam para uma suposta “naturalidade” e de estas categorias serem extremamente poderosas na medida em que tentaram anular a voz do sujeito e despiram a sua existência a uma condição de “vida nua”, no seu testemunho não existia apenas abandono e desespero. No entanto esta essencialização das características biológicas do homem (Agamben, 1998, Fassin, 2001) não anularam a plasticidade e o potencial da subjetividade de Albino, que procurava reivindicar a sua experiência de vida e dar sentido ao que lhe acontecera, ao mesmo tempo que se projetava num futuro por muitos considerado como sendo “irrealista”. Embora a existência deste sujeito esteja renegada à “vida nua” para todos aqueles que o rodeiam, continua a ter valor para si. Se não fosse especial, porque de todos os membros da sua congregação, era o único a ser visitado por entidades divinas?

Processos semelhantes podem ser encontrados no interior de países onde as desigualdades socioeconómicas são mais latentes, como defendeu Biehl (2005). Demonstrou como no Brasil persevera um prolongamento seletivo do direito à vida para alguns indivíduos, em que os cidadãos no topo da hierarquia socioeconómica não só vivem mais tempo, como este seu direito lhes é burocraticamente concedido e biomedicamente assegurado através dos mecanismos de mercado, sejam eles um melhor acesso a condições de saúde ou diagnósticos

precisos e fármacos eficazes. Na perspectiva do autor, as sociedades modernas funcionam de acordo com um sistema implícito que promove a exclusão ao mesmo tempo que exacerbam desordens biológicas entre os mais pobres, consolidando, concomitantemente, a cidadania e o estatuto socioeconómico para a elite restante.

A subjetividade de Catarina, a protagonista de *Vita* (Biehl, 2005), foi objeto das forças através das quais a sua diferença e exclusão foram solidificadas. Alterações no seu comportamento, no seio da família, levaram a que esta a qualificasse como sendo mentalmente perturbada. Este diagnóstico encapsulou as suas escolhas e enclausurou-a num tratamento psicofarmacológico, o qual, após Catarina ter passado por diversas instituições, eventualmente culminou no seu internamento. Porém, a etnografia permitiu que Biehl encontrasse a narrativa de alguém que procurava desesperadamente reivindicar a sua experiência de vida.

Na perspectiva de Biehl, Moran-Thomas (2009) e Locke (2010), algumas abordagens que contemplam os constrangimentos e o determinismo da biopolítica e o impacto da violência estrutural não privilegiam as ambiguidades, contradições e plasticidade humanas, acabando por silenciar a voz dos que à partida já quase não se conseguem fazer ouvir. Os sujeitos da análise, na perspectiva dos antropólogos, mesmo que socialmente excluídos e renegados ao abandono familiar, comunitário e social, são capazes de encontrar maneiras alternativas e transformativas de projetarem as suas subjetividades para o futuro. Ainda que esse devir se resuma a um desejo sublimado num sintoma, na perspectiva de Deleuze e Guattari (cit. in Biehl e Locke, 2010: 332), este pode ser interpretado como uma potencialidade para novos universos de referência que pretendem alterar o estado das coisas.

A riqueza dos sujeitos analisados permite-nos questionar os paradigmas vigentes e propor outras hipóteses de pesquisa. No entanto, apenas uma etnografia minuciosa pode captar a plasticidade das subjetividades e devolver a voz aos indivíduos a quem os diagnósticos biomédicos e/ou processos macroestruturais procuraram retirar. A etnografia é crucial a desvendar estas redes de controlo, mesmo quando já estão consolidadas através das noções do senso comum e de “normalidade”, permitindo captar o potencial das subjetividades dos indivíduos e as “condições humanas”, tal como definidas por Kleinman e Fitz-Henry (2007). Antropologia pode contribuir para a desconstrução do processo classificatório e objetivador da

realidade testemunhando através da etnografia não só a plasticidade das formas de representação dos sintomas como o universo de significados que estes são capazes de encarcerar.

Como veremos no próximo capítulo, tal como o abandono das instituições não se pode equiparar com ligeireza ao abandono por parte da família, também a formação pessoal não escapa à plasticidade da subjetividade, por mais determinantes que sejam as estruturas sociais que constroem o destino dos indivíduos. Não só a “medicação esconde várias histórias singulares” (Han, 2012: 25) como os sujeitos são sempre “inacabados e inacabáveis” (Biehl, Good, Kleinman, 2007: 15).

# Capítulo 6

## Luki

“O que se perdeu é o que se mantém.”

Angela Garcia (2010: 74)

Começando pela análise de uma notícia publicada num jornal diário português focada na desinstitucionalização dos pacientes de saúde mental, procura-se perceber as alterações recentes à legislação e suas consequências subjetivas.

Partindo da análise de um estudo de caso de uma utente da PROSAUDESC, a Luki, discute-se o PNSM 2007-2016 e um dos seus pilares - a desinstitucionalização -, com base numa situação de internamento compulsivo ocorrida durante o trabalho de campo. Serão também relevantes na discussão os temas do abandono e de asilo enquanto formulados pela teoria antropológica recente. Este capítulo procura ainda aprofundar os conceitos de subjetividade e de agência já presentes na história de vida do Albino, bem como realçar a pertinência da etnografia na desmistificação e aprofundamento de conceitos centrais em Antropologia Médica.

### 6.1 Do Plano de Saúde Mental 2007-2016 à desinstitucionalização

“Falta de rede de cuidados remete doentes mentais para lares”

Um placard de cortiça com fotografias de rostos de mulheres envelhecidas é dos poucos vestígios das 40 doentes da 5ª enfermaria do Hospital psiquiátrico Miguel Bombarda que ali tiveram a sua casa durante décadas. A criação de unidades para albergar doentes mentais na comunidade e assim reduzir os internamentos está com mais de um ano de atraso, mas o número de doentes institucionalizados está a diminuir e tanto o Bombarda (Lisboa) como o hospital psiquiátrico do Lorvão (Coimbra) poderão fechar antes de 2012, a data prevista pelo Governo, diz o coordenador nacional para a Saúde Mental, Caldas de Almeida. Mas para onde estão a ir os doentes?

“Se a ASAE visitasse o Bombarda, fechava-o”, diz o seu diretor.

Os corredores estão desertos e uma meia dúzia de doentes vagueia sem destino. No Bombarda permanecem ainda 108 dos mais de 260 doentes que em 2007 ali estavam internados. Num lar de idosos encerrado há uma semana pela Segurança Social e pela ASAE (Autoridade de Segurança Alimentar e Económica) 39 dos 142 utentes (para uma lotação de 40) eram doentes psiquiátricos, metade do Bombarda, a outra do Júlio de Matos. Há quem não hesite em dizer que este caso é a prova de que a desinstitucionalização se está a fazer à pressa. A pedra-de-toque da reforma da saúde mental é a redução ao mínimo dos internamentos, privilegiando o tratamento do doente na comunidade. Na base deste edifício estará a criação, diversas vezes anunciada pelo Governo, de unidades de cuidados continuados para doentes mentais - um projeto com um horizonte até 2016, mas que devia ter arrancado já em 2008. O problema é que ainda não saiu do papel, está com mais de um ano de atraso, reconhece Caldas de Almeida. “Dada a falta de experiência em Portugal neste campo, os estudos técnicos exigiram mais tempo do que estava previsto.” De resto, ressalva, a reforma “está a andar a bom ritmo”. Destaca a abertura de novos serviços de psiquiatria na comunidade: no Garcia de Orta (Almada), no hospital de Tomar, além da criação de uma equipa comunitária nas Caldas da Rainha. O gabinete da ministra da Saúde é lacónico: diz não ter previsões quanto à aprovação do diploma dos cuidados continuados. Mas o caso do lar encerrado está a dar origem a um movimento de protesto. O presidente do colégio de psiquiatria da Ordem dos Médicos, Marques Teixeira, considera que “revela a falência do sistema de atendimento comunitário”. E no Júlio de Matos há um abaixo-assinado a correr entre psiquiatras, que reclamam que as estruturas competentes acompanhem estes doentes e não se demitam deste processo de desinstitucionalização. O manifesto vai ser enviado em breve para o Ministério da Saúde e a Segurança Social, adianta um dos subscritores, Manuel Guerreiro.

“Reforma é um bluff”

O diretor do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (que incluiu o Júlio de Matos e o Miguel Bombarda), Ricardo França Jardim, retorque que sempre se transferiu doentes para lares. E não hesita em afirmar que estão melhor do que ali, no Bombarda, fazendo questão de mostrar onde viviam alguns dos doentes transferidos. “Se a ASAE visitasse o Bombarda, fechava-o.” O esvaziamento da quinta enfermaria foi o que lhe causou maior “alívio”, porque “se houvesse um incêndio isto era um churrasco: metade das 40 doentes estavam acamadas” e há apenas um elevador onde cabe uma pequena maca. Mostra também a 9<sup>a</sup>, porque era a que tinha piores condições: uma enorme camarata foi separada por divisórias de contraplacado que não chegam ao teto – “aquí cabiam seis camas” - e que abanam cada vez que se abre uma porta. Os psiquiatras reconhecem que as condições do Bombarda são más e concordam que alguns dos doentes residentes nos hospitais psiquiátricos devem ser transferidos para estruturas comunitárias. “Mas se estamos a dizer que uma coisa não é boa vamos substituí-la por outra pior?”, pergunta Maria Antónia Frasquilho, que no ano passado se demitiu da direção clínica do Júlio de Matos. “No Bombarda os doentes pelo menos tinham janelas nos quartos e médico e enfermeiro 24 horas”, enfatiza. No lar encerrado havia pessoas a dormir em quartos sem janela na cave e no sótão. França Jardim diz que, desde Fevereiro de 2007, vinte

doentes voltaram para as suas casas ou para a família e sessenta e nova foram para cerca de trinta lares ou casas de repouso licenciadas pela Segurança Social. O que tinha mais doentes foi o que fechou. E garante que só foram transferidos os que tiveram alta clínica, “doentes relativamente independentes que não precisam de cuidados médicos permanentes”.

“O que me repugna não é que transfiram doentes que estão estáveis e que apenas precisam de cuidados hoteleiros. O que me repugna é o não cuidado com que isto está a ser feito. Estes são, na sua maior parte, doentes incapazes”, alerta Manuel Guerreiro. França Jardim refuta e diz que “a transferência não é feita às cegas”. “Há doentes que recusam e nós não insistimos.” Questionado sobre se teriam capacidade de decidir, responde que são sobretudo esquizofrénicos “com baixa das suas competências, mas mantêm algumas das suas capacidades”. Fernando Almeida, presidente do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra (que inclui o Sobral Cid e o Lorvão), diz-se “totalmente favorável à colocação em lares que reúnam boas condições” e até tem feito transferências, mas de forma pontual. O Lorvão mantém ainda 120 doentes residentes “que não têm condições para ser colocados noutras situações, enquanto não houver cuidados continuados”. No Porto, no Hospital Psiquiátrico Magalhães Lemos a questão é menos premente. Em centro e trinta e oito camas há apenas vinte e dois doentes com mais de um ano de internamento, explica o presidente do conselho de administração, António Leuschner, que não é contra a transferência para lares, desde que haja “consultas periódicas e um bom acesso ao internamento”. Mas “a saída da legislação é premente”, frisa. Para o médico do Júlio de Matos José Manuel Jara, a reforma da psiquiatria e saúde mental é um bluff e teme que Portugal siga o exemplo italiano, que procedeu a uma desinstitucionalização apressada. (Campos e Gomes, 2009)<sup>48</sup>

Desde os anos setenta foram elaboradas diversas alterações à lei com vista à edificação dos primeiros alicerces do SNS. Entre estas, contam-se diversas iniciativas no âmbito dos cuidados e serviços no domínio da saúde mental. A partir da década de noventa alterações legislativas determinantes foram promulgadas, as quais constituem os fundamentos da atual lei de saúde mental. Foi publicada em Diário da República (DR) a lei nº 36/98 de 24 de Julho, a qual “estabelece os princípios gerais da política de saúde mental e regula o internamento compulsivo dos portadores de anomalia psíquica, designadamente das pessoas com doença mental”. O decreto-lei nº 35/99 de 5 de Fevereiro, o qual foi atualizado a 22 de outubro de 2009 através do decreto-lei 304, procurou abandonar o modelo hospitalar e promover a desinstitucionalização dos pacientes, tendo como prioridade “a promoção prioritária da prestação de cuidados a nível da comunidade, no meio menos restrito possível, e, no âmbito

---

<sup>48</sup> Informação consultada no sítio <https://www.publico.pt/2009/08/07/sociedade/noticia/falta-de-rede-de-cuidados-remete-doentes-mentais-para-lares-1395101>, acessado em fevereiro de 2017.

específico da reabilitação psicossocial”. No entanto, verificaram-se deficiências graves ao nível da acessibilidade, equidade e qualidade dos cuidados e serviços, as quais motivaram uma posterior reestruturação desta atividade. Foi assim criada a Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental pelo despacho n.º 11 411/2006, de 26 de Abril. Com base na investigação realizada por esta Comissão, a 6 de Março de 2008 o PNSM 2007-2016 foi assim aprovado em Conselho de Ministros.

De acordo com o PNSM as perturbações mentais são um dos principais problemas de saúde pública, justificando ações de reestruturação dos serviços e cuidados ao nível nacional. Estabeleceram-se assim os principais objetivos de acordo com a Resolução do Conselho de Ministros, publicada no DR, n.º 49/2008 de 6 de Março,

- Assegurar o acesso equitativo a cuidados de saúde mental de qualidade a todas as pessoas com problemas de saúde mental do país, sobretudo as que pertencem a grupos especialmente vulneráveis;
- Promover e proteger os direitos humanos das pessoas com problemas de saúde mental;
- Reduzir o impacto das perturbações mentais e contribuir para a promoção da saúde mental das populações;
- Promover a descentralização dos serviços de saúde mental, de modo a permitir a prestação de cuidados mais próximos das pessoas e a facilitar uma maior participação das comunidades, dos utentes e das suas famílias;
- Promover a integração dos cuidados de saúde mental no sistema geral de saúde, tanto a nível dos cuidados primários, como dos hospitais gerais e dos cuidados continuados, de modo a facilitar o acesso e a diminuir a institucionalização.

Sendo a desinstitucionalização dos doentes mentais um dos principais objetivos do PNS, estima-se que até 2016 a grande maioria dos internados estivessem já inseridos na comunidade, apoiados por familiares ou estruturas comunitárias, participando ativamente em programas de reabilitação psicossocial. De acordo com o a Resolução do Conselho de Ministros, n.º 49 publicada em DR, pretendia-se assim que as mudanças facilitassem:

a criação de serviços locais de saúde mental com base na comunidade e internamento em hospitais gerais, bem como a integração psicossocial das pessoas com problemas de saúde mental; nenhum serviço poderá ser desativado até ao momento em que esteja criado o serviço que o substitui; os doentes e familiares devem ser envolvidos nas mudanças a efetuar desde o início.

Foi posteriormente publicado em DR o decreto-lei n.º 8/2010 de 28 de Janeiro com objetivo de criar não só equipas multidisciplinares que prestassem os cuidados continuados na saúde mental, mas também a criação de diferentes tipos de unidades residenciais. Estas variavam consoante o grau de autonomia dos pacientes, bem como o nível de cuidados médicos, psicológicos e sociais prestados aos indivíduos com incapacidade psicossocial e em situação de dependência. Estas unidades deveriam estar sempre articuladas com as famílias dos pacientes e com os serviços locais de saúde mental. O objetivo passaria não apenas pela capacitação dos pacientes para a vida em sociedade (fazendo deles “cidadãos participativos e produtivos”, na maioria dos casos de sucesso), mas acabar com a carga estigmatizante dos hospitais psiquiátricos.

Este decreto foi publicado para solucionar problemas como o relato na notícia acima citada. No entanto, em entrevista com a assistente social de uma das enfermarias do Júlio de Matos, responsável pelos casos de pacientes com demência internados (e que acompanhou também o exemplo etnográfico do estudo de caso presente neste capítulo), foi-me transmitido que este decreto referente aos cuidados continuados ainda não tinha sido posto em vigor (à data da realização desta investigação).

Seguindo experiências realizadas noutros países, como por exemplo o caso italiano do qual o médico Franco Basaglia foi o protagonista, os psiquiatras e outros profissionais de saúde mental temiam que Portugal seguisse o mesmo caminho do que consideraram ter sido uma desinstitucionalização apressada e precipitada. Este psiquiatra, inspirado pelas críticas às instituições psiquiátricas realizadas por autores como Michel Foucault na sua *História da Loucura na Idade Clássica* (2010 [1972]), considerava que muitos dos comportamentos tidos como patológicos seriam motivados pelo internamento e que a cura obrigaria à libertação do próprio indivíduo. A visita ao hospital de Gorizia motivou a que Basaglia desse início à reforma psiquiátrica em Itália, tendo sido posteriormente implementado o programa de desinstitucionalização dos pacientes mentais. Em algumas cidades italianas esta reforma fracassou devido à falta de investimento local em estruturas residenciais adaptadas às necessidades destes doentes mentais. Aumentou assim a população de indigentes e sem abrigo, uma vez que as comunidades não se encontravam preparadas para receber convenientemente estes indivíduos. Não terá sido apenas uma questão de “desinstitucionalização apressada” como o psiquiatra José Manuel Jara argumenta. No entanto, se não forem tomadas as devidas

precauções, parece apropriado assumir que em Portugal se correria o risco de se concretizar o que o médico profetizara: “a reforma da psiquiatria e saúde mental [ser] um bluff”.

Introduzindo a necessidade de atuar na saúde mental, e justificando assim a implantação do plano de saúde pública, a já referida Resolução do Conselho de Ministros sublinhou e justificou o que mais tarde daria o mote para a intervenção do PNSM:

Os estudos epidemiológicos realizados nos últimos quinze anos demonstram que as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental se tornaram a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade, nas sociedades atuais (...) situações como as perturbações depressivas e as doenças cardiovasculares estão rapidamente a substituir as doenças infetocontagiosas como as principais causas da carga das doenças. Esta “transição epidemiológica” tem vindo a ocorrer, na maioria das vezes, sem a devida consideração dos especialistas no planeamento de serviços e programas de saúde.

De acordo com Carapinheiro, a constatação de um problema e a maneira de agir sobre ele acontecem

quando num determinado momento histórico surge uma doença que se apresente misteriosa, cuja origem seja obscura e para a qual ainda não estejam disponíveis terapêuticas eficazes, as mitologias sociais desenvolvem um trabalho ideológico de recuperação do fenómeno no quadro social da sua existência coletiva, atribuindo-lhes significados que a individualizam e lhe fornecem caracterização social. (Carapinheiro, 1986: 15)

Assim, seguindo a orientação de Carapinheiro, vemos como as publicações no DR estabelecem a “doença mental”, funcionando como mitologias sociais com o objetivo de produzir significados socialmente compreensíveis. A autora defende ainda a importância da inserção da reflexão sobre a saúde e a medicina em estruturas sociais mais amplas permitindo que todos os elementos adquiram assim sentido. Adotando uma postura construtivista, Carapinheiro entende a doença como uma realidade construída:

permite traçar o quadro da realidade social das doenças em contextos histórico-sociais precisos: conjunto de doenças que tipificam cada sociedade em dado momento; a sua distribuição social; o traçado histórico [ou genealogia, na aceção de Foucault] das doenças que precedem a situação atual; as mudanças produzidas no seu estatuto qualitativo; a mudança dos sistemas de valorização social das doenças; a diversidade dos seus usos sociais. (Carapinheiro, 1986: 15)

## 6.2 Da biopolítica ao cotidiano

Heller (1996) defendeu o trabalho de Foucault face às interpretações recentes e pessimistas que determinam não haver agência possível na sua interpretação de poder, que poder é repressão, que subjetivação é escravatura, que resistência ao poder é fútil e que a liberdade é uma utopia, argumentando que não estão corretas. O sujeito não é uma simples vítima do poder exercido, uma vez que existem sempre articulações de poder quando este é aplicado nos indivíduos, além que existe intencionalidade no exercício do mesmo, a qual está sujeita aos interesses específicos de grupos e indivíduos historicamente identificados, sendo que os indivíduos foram os sujeitos responsáveis por essas decisões, não objetos passivos de uma espécie de poder etéreo e indefinido.

Para Foucault, o poder corresponde a uma “capacidade transformativa em que o indivíduo é capaz de influenciar ou modificar as ações de outros indivíduos para alcançar determinados objetivos” (1996: 83). Assim, o poder não pode ser necessariamente equiparado a repressão, como é comum afirmar-se. Pelo contrário, poder é o meio através do qual a mudança é possível de acontecer e por isso se encontra em todo o lado, podendo promover ou limitar a liberdade dos indivíduos. Estes não detêm poder e encontram-se todos eles “presos” no diagrama que o compõe, o que significa que ninguém ou nenhum grupo reserva para si a possibilidade de controlar totalmente o poder de subjugar os outros.

Foucault distingue entre instituições que funcionam na base das táticas e as que funcionam na base das estratégias, em que o verdadeiro objetivo das instituições em questão não é diretamente percebido pelos indivíduos nelas envolvidos. Para o filósofo francês, os sujeitos são as suas ideologias e diferentes discursos produzem também diferentes posições dos sujeitos. Como não existe um discurso, mas vários e historicamente definidos, estes podem produzir posições de sujeitos tanto hegemónicas como contra-hegemónicas. Como o poder tem noutras formas de poder o seu oposto, poder e resistência são dois princípios capazes de criar mudança social. Portanto, resistência é uma forma de poder cuja definição depende da perspectiva em que a relação de poder é julgada.

Para Foucault, nenhum grupo, por mais hegemónico que seja, consegue exercer controlo total sobre outro, uma vez que este último terá sempre acesso a mecanismos de poder a que pode recorrer para resistir à dominação. Aliás, estes mecanismos para tentar controlar outros grupos podem ser sempre revertidos, sendo o discurso um dos mais importantes. A resistência existe, assim, porque 1) todas as formações sociais produzem simultaneamente posições de sujeito hegemónicas e contra-hegemónicas; 2) porque nenhum indivíduo ou grupo consegue controlar todas as formações sociais de mecanismos de poder; 3) porque todos os mecanismos de poder são passíveis de ser reapreciados e revertidos. Por isso é que Foucault afirma, “sempre que existe uma relação de poder, existe também a possibilidade de resistência.” (cit. in Heller, 1996: 102).

É, todavia, no fluxo dos dias que Das, cujo posicionamento é frequentemente anti-foucaultiano, procura tornar visíveis as vidas com que se cruza. Sendo o quotidiano um dos conceitos centrais na sua obra, este funciona como um recurso textual e analítico que se afasta de grandes teorizações e aproxima a narrativa e a análise do mundo pessoal traumático das vítimas. Em 1995 Das centrara-se no conceito de evento crítico, enquanto que mais recente (2007) desvia o foco para a experiência do sujeito. Resumindo muito sucintamente as suas contribuições, percebemos que Das concebe o evento crítico como interrupção do fluxo da vida quotidiana, permitindo assim que este seja assimilado na experiência do dia a dia. O trauma criado por este tipo de acontecimento é recuperado através da linguagem, agindo desta maneira com o objetivo de retomar a normalidade através do exercício diário e disciplinar das rotinas quotidianas. A violência encontra assim incorporação na comunicação do corpo, nos rumores, no sofrimento, na lamentação, no luto e no silêncio, permitindo-lhe ganhar deste modo uma expressão apreensível relativamente à violência vivida.

Biehl (2005), antropólogo brasileiro que analisou zonas de abandono social onde as práticas do mercado neoliberal se impõem, manifesta preocupação semelhante com as vicissitudes e nuances do social. Todavia, Das e Biehl distanciam-se conceptualmente na análise das causas e condições desse abandono, uma vez que a primeira não concorda que este opere de maneira tão linear e submissa às condições impostas pelos mercados neoliberais (Das, 2008), uma postura partilhada com Han.

Para Das (2008) a maneira como o estado abandona os seus cidadãos não se equipara de igual modo à maneira como a família descarta os seus membros indesejados, como

demonstrou na sua crítica a *Vita* de Biehl (2005). As forças afetivas que atuam aumentando a distância entre a classificação de alguém considerado “não produtivo” e a ação que promoverá o abandono propriamente dito são completamente diferentes se nos referirmos a instituições estatais, sejam elas a burocracia inerente aos apoios desejados pela SS ou ao hospital público. Para esta autora torna-se mais relevante interpretar a vida de um sujeito como sendo simultaneamente uma singularidade e uma multiplicidade de possibilidades, devendo a Antropologia “ler a violência estrutural através do relato do sofrimento e não em oposição ao mesmo” (2008: 346).

Procurando reforçar a sua postura face à diferença entre abandono pelo estado e abandono pela família e com particular cuidado às nuances do quotidiano que podem ser encontradas no registo etnográfico, Das debruça-se numa revisão (2015b) elogiosa de duas obras que exemplificam esta sua posição, *Daughters of Parvati: Women and Madness in Contemporary India* de Sarah Pinto e *In Pursuit of the Good Life: Aspiration and Suicide in Globalizing South India* de Jocelyn Lim Chua, ambos publicados em 2014. As duas autoras debatem o conceito de biopoder e de asilo em Foucault ([1972] 2010) com o intuito de perceber como este invade a vida social contemporânea.

Pinto reflete sobre a vida de mulheres indianas e como a noção de loucura se mistura com os laços de parentesco e vice-versa, enquanto que Chua procura perceber como o tema do suicídio se imiscui no dia a dia - conversas, ameaças, ... - retirando-o do escopo das instituições da medicina e da lei. Na opinião de Das, ambas as autoras conseguem romper com a divisão disciplinar no seio da antropologia, ultrapassando as barreiras dos subtemas da Antropologia Médica e do parentesco, para refletir seriamente como a vida social se constitui e reconstitui no seio das relações sociais e como as perturbações e o desejo se entrelaçam para além da normatividade da lei e dos regulamentos.

Das divide a investigação de Pinto em três momentos, as complexas relações familiares em torno de uma mulher em episódios contados por terceiros, uma clínica psiquiátrica privada de inclinação religiosa e a unidade psiquiátrica hospital pública. A autora conclui que as complexidades da medicina e da família mostram como a clínica se imiscui nas vidas sociais dos sujeitos de maneiras múltiplas e contraditórias, criando possibilidades e constrangimentos. Pinto percebe que as mulheres que permanecem por longos períodos nos asilos recorrem a eles porque os seus papéis no seio familiar se tornaram precários. Porém, mesmo a dissolução das

famílias não invoca necessariamente o fim do parentesco, sendo que novas gerações e membros não biologicamente relacionados ajudam a autora a refletir até que ponto a doença mental se encontra localizada nas relações e não necessariamente nas pessoas. A autora questiona o que estará efetivamente a ser curado, debruçando-se sobre a instabilidade do diagnóstico e dos cuidados de saúde.

Chua, por seu lado, debruça-se sobre o suicídio em Kerala, um estado considerado modelo em termos de literacia, cuidados de saúde, esperança média de vida, ao mesmo tempo que regista as taxas mais elevadas de suicídio. Chua reflete primeiro sobre a pressão aplicada pelos media e histórias de vida de sucesso daqueles que emigraram, um combustível para as frustrações sobre os jovens que ficam e especialmente sobre as mulheres, que sentem existir várias oportunidades ao seu alcance, mas que não podem aproveitar visto que tradicionalmente devem apresentar-se como a imagem da “respeitabilidade”. Em segundo lugar, Chua debruça-se sobre os rumores e conversas em torno do tema do suicídio, os quais funcionam também como propulsores e tornam no dia a dia este tema mais presente. Chua agrupa estas conversas sob o conceito de “acumulação de morte”, o qual funciona como um meio de produzir vida, para analisar como a morte individual faz parte da vida da comunidade. Das afirma que na problemática do suicídio de Chua, não está em causa uma distorção do biopoder em que a vida biológica é perseguida para ser elevada de acordo com o que o estado considera ser de valor para intervir, mas sim a vida produzida nos nós do desejo, no lado negro da sobrevivência e na cultura pública que se infiltra na intervenção clínica e vice-versa, criando como consequência uma geografia de culpa.

Das conclui que tanto a etnografia de Pinto como a de Chua desafiam a noção de asilo tal como proposto por Foucault (2010 ([1972])) e adotado literalmente por autores como Biehl (2005). Criticam a instituição mental enquanto local onde as relações entre o normal e o anormal podem ser estudadas e por implicação onde a centralidade do biopoder opera. Ao contrário do que Biehl encontrou em Vita e na história de Catarina, aqui a família não é tida como agente do estado que abandona os seus numa lógica neoliberal de governamentalidade. Pelo contrário, estas etnografias enriquecem o nosso entendimento sobre o valor e a falta dele nos domínios do parentesco e da psiquiatria. O programa global da saúde mental reajustou-se privilegiando as doenças mentais mais leves (e das quais todos os indivíduos aparentemente reúnem condições para se tornarem potenciais vítimas...) das mais graves, justificando a

intervenção e vigilância sobre toda a população. As obras de Pinto e Chua, na opinião de Das, permitem criticar essa tomada de postura que utilizam modelos epidemiológicos para compreender a saúde mental. Das (2015a) conclui alertando para a necessidade de alargar esta análise a bairros pobres e zonas rurais, como fez quando realizava pesquisa na Índia onde novas realidades começavam a surgir, aliadas à intervenção de curandeiros locais e à utilização e prescrição de psicotrópicos entre membros das famílias indiscriminadamente.

À semelhança das conclusões de Chua e Pinto, Han propôs-se refletir sobre o cuidado não enquanto política que preserva as desigualdades sociais, reproduzindo-as meramente. Distanciando-se desta perspectiva, o que conduziu à reformulação da sua própria hipótese de pesquisa centrada na crítica das biopolíticas estatais e na medicalização da família no Chile pós-Pinochet, Han focou-se antes nas diferentes e singulares histórias da medicalização. Para a autora a visão disciplinar da família inspirada em Foucault da qual muitos antropólogos abusam, acaba por não se revelar promissora em casos em que uma leitura da sua obra seja muito literal ou ideológica. Assim, Han propõe antes refletir sobre uma história específica das materialidades da medicalização: “os rearranjos institucionais, as tecnologias médicas, o espaço urbano, a célula familiar, e os corpos dos indivíduos.” (2012: 26). Focando-se no quotidiano e nas diversas composições das relações de parentesco, Han afirma:

Eu vi a categoria da depressão dispersa em várias aflições e dores físicas que as mulheres coloquialmente apelidavam de “depresión a ratos” (depressão de tempos a tempos). As experiências do exílio e da tortura estavam entrelaçados na fabricação dos sujeitos, mas também cuidadosamente delimitadas. A vida continuava. (2012: 26)

Inspirada pela obra de Das, Han tentou compreender como é que o cuidado do outro e as tentativas de viver com dignidade são mediadas pelo silêncio e pelas palavras. Por outras palavras, tentou entender como as forças políticas e económicas se realizam e são incorporadas nas vidas relacionais dos indivíduos no decorrer das mudanças económicas operadas no Chile após a ditadura. À semelhança do que Garcia (2010) encontrou nos Estados Unidos, verificou que as reformas neoliberais chilenas tinham deslocado o cuidado do estado para os indivíduos e para as suas famílias. O discurso oficial sobre saúde e sociedade colocava a tónica na responsabilidade e no cuidado que cada um deveria ter consigo, uma narrativa que se baseia na

ideia do indivíduo enquanto soberano, autónomo e transparente, capaz de decisões racionais e ponderadas. Quando conseguissem alcançar estes objetivos, acreditava-se que os pobres seriam livres e cidadãos de plenos direitos. Estes discursos circulam sob a forma de terapias, psicofármacos e na aplicação dos programas anti-pobreza, como já analisado anteriormente.

Tal como Han, também Pinto argumentou contra uma visão da família como instrumento de socialização e da medicalização em termos meramente simplistas. A antropóloga defende que a doença mental pode ser encontrada nas relações e não nas pessoas e o desvio entrelaça-se no dia a dia dos indivíduos, ultrapassando a normatividade das leis, regulamentações e políticas de saúde. O papel da medicina, para Pinto, é múltiplo e contraditório na vida das mulheres/pacientes, permitindo não apenas constrangimentos, mas também possibilidades várias. Pinto conclui assim que as mulheres levadas por castigo para os asilos por vezes até preferem quedar-se por lá para encontrar novas sociabilidades possíveis que no contexto familiar indiano que analisou não seriam fáceis de construir.

Apoiando-se na sua investigação junto de mulheres indianas internadas em alas psiquiátricas de hospitais - tanto públicos como privados -, Pinto discorre sobre as diversas condições que as conduziram a essa situação. Analisando em profundidade as políticas do divórcio no local e o papel a que os elementos femininos ficam arreigados no seio destas negociações, Pinto defende que o abandono não é meramente uma opção entre as várias disponíveis. Os locais onde o cuidado deveria ser aplicado que se tornam depósitos de mulheres despejadas revestem-se de outras sociabilidade e significados que não apenas o que conduziu a informante de Biehl (2005), Catarina, à morte em Vita. A família enquanto braço disciplinador do estado deve ser também ela considerada e criticada no contexto das mudanças sociais na Índia, bem como das novas configurações da medicina enquanto domínio público ou privado, e mesmo considerações legais deverão ser consideradas na lógica familiar de gestão do divórcio. Por outro lado, alguns dos casos analisados por Pinto referem-se a mulheres que criaram novas sociabilidades e redefiniram a sua posição no contexto hospitalar. Para Pinto o espaço doméstico não é singular, mas reveste-se de configurações múltiplas que excedem a conceção foucaultiana, por isso afirma que “é em relações específicas e flutuantes dentro da família que as condições são fixadas” (2009: 9). Assim, a autora elabora a sua perceção de dois casos que analisou em que as mulheres internadas em asilos cujas subjetividades já se encontravam dispersas por mapas de parentesco complexos e mediados por noções de

intimidade, legalidade e dependência. Sobrepondo relações de parentesco à disciplina no seio familiar, tal como Foucault a apresentou, Pinto afirma que

Tal como a reforma da saúde mental na Índia foi negociada numa lógica de escassez (Dhanda 2000), estes processos revelam-se num meio em que as possibilidades para cuidado fora da família são extremamente limitados, enquanto que opções para viver de forma independente para as mulheres estão simultaneamente restringidas e estigmatizadas. O internamento voluntário torna-se cuidado a longo prazo em cenários de sobreposição em que o interesse se foca na medicação da intimidade em função do género do que em produzir doentes, aberrantes ou ameaçadores sujeitos. (2009: 9)

### 6.3 Etnografia e subjetividade

O contributo que os estudos de Foucault forneceram às Humanidades nas últimas décadas tem sido frutuoso, porém recentemente os autores têm sido cautelosos em aplicar as suas formulações nos seus terrenos. Um olhar mais cauteloso e um respeito pelos ensinamentos etnográficos têm permitido alcançar conclusões que confrontam alguns aspetos da sua teoria, se interpretada literalmente e acriticamente.

Apesar da discórdia no que ao abandono social e familiar diz respeito, Biehl, Das e Han concordam que a linguagem opera como meio de conhecer o outro que nele se projeta e que a etnografia permite apreender a heterogeneidade dos testemunhos (Biehl e Petryna 2013). Isto acontece através do desenrolar das condições em que alguns indivíduos se encontram, mas também através da perceção de que os sintomas funcionam como maneiras de articular novas possibilidades:

A nossa curiosidade pode desvendar o que prevalece por conhecer quando trazemos de volta as histórias do dia a dia e a escrita das personagens que de outro modo seriam esquecidas, prestando atenção ao modo como as suas lutas e visões de si mesmas criam ruturas nas teorias e políticas dominantes. Talvez a criatividade da etnografia surja do seu esforço em dar forma às diligentes maneiras de viver e aos inesperados potenciais que criam, e do trabalho descritivo de fornecer a estas tensões observadas uma igual força na nossa representação. (Biehl e Moran-Thomas, 2009: 282)

Colocar as pessoas primeiro - antes da avaliação quantitativa do impacto das

intervenções médicas e dos custos inerentes às mesmas (Biehl e Petryna, 2013) - permite uma abordagem que privilegia a interpretação que os indivíduos fazem das suas condições, ao mesmo tempo que desnaturaliza categorias aplicadas não apenas pelos programas estatais destinados a combater a doença na população, mas acrescento também, as categorias analíticas da própria disciplina antropológica que por vezes se encontram enraizadas academicamente e que são utilizadas sem escrutínio. Tal como a doença é multifacetada, os indivíduos afetados respondem de diferentes maneiras aos discursos que lhes são impostos, praticando a sua agência de distintas formas. Apenas um cuidado com o local, o sujeito e o ordinário consegue realçar estas nuances, entrelaçando-os com condições históricas, sociais, políticas e económicas que as constroem.

O etnográfico, alegamos, oferece uma resolução mais nítida de como as coisas são, o que sustenta a sua intratabilidade, e como poderiam ser em alternativa. As práticas de sobrevivência e de questionamento aplicadas pelos indivíduos desafiam as formas analíticas que carregamos para o terreno, obrigando-nos a articular trabalho conceptual mais próximo da experiência e mais relevante. (Biehl e Petryna, 2013: 17)

Biehl (2013) defende que a etnografia deveria melhor ser apreendida não como um meio para chegar à teoria, mas como um fim em si mesma que permite abraçar os mundos sociais, complicados e inacabados, melhor do que os conceitos abstratos impostos pela filosofia ou mesmo pelas análises estatísticas em que os programas de saúde insistem em aplicar. Nestes contextos o trabalho etnográfico é muitas vezes visto como anedótico, falível porque depende da disponibilidade dos interlocutores, afirma o autor. Qualquer etnógrafo recorda a dificuldade de entrar no terreno, que muitas vezes se faz acompanhar de várias cartas de recomendação e atestados de confidencialidade, especialmente em contextos organizacionais e no decorrer da conquista de confiança dos nossos sujeitos de análise. Se o leitor for alheio a estas dificuldades, esta tese ajudará a torná-las mais perceptíveis.

A imprevisibilidade do social, o interesse no particular e o destaque conferido ao carácter mutável e inacabado das histórias partilhadas são inerentes à prática etnográfica e necessitam frequentemente de ser revisitados, tal como excedem os enquadramentos teóricos que supostamente os deveriam conter, como afirmou Bateson (cit. in Biehl 2013: 587). As etnografias permitem-nos, assim, não só questionar as nossas próprias formulações, mas também desmistificar o processo construtivo e histórico das intervenções de saúde. Implica

questionar quem as faz, como e de que maneira são colocadas em prática, mas também o tipo de sujeitos formados (Pussetti e Barros, 2012a), sejam eles os alvos das políticas ou os seus intervenientes, mas também as maneiras utilizadas no quotidiano para contestar e negociar essas mesmas premissas. Apenas uma análise minuciosa de todas as forças envolvidas permite uma crítica eficaz e completa, bem como mudanças eficazes. Temos de aproximar as teorizações científicas dos lugares onde a vida emerge. E esse esforço é, essencialmente, etnográfico.

Argumentando qual o contributo que a etnografia poderá ceder à teoria, Biehl procura libertar o pensamento antropológico das amarras de pressupostos universalistas, advogando a importância da especificidade das experiências diárias e ordinárias dos indivíduos. Procurando resolver a questão da fragilidade dos laços que unem prática e teoria - como trazer para o domínio do conceptual estes imponderáveis, como fazer a transição e o contributo da etnografia para a Antropologia?, questiona-se o antropólogo brasileiro - Biehl avança uma proposta mais arrojada. Através do exercício etnográfico e das relações de compromisso que nós, enquanto investigadores, estabelecemos com os indivíduos que compõem o nosso universo de estudo, a maneira como estas refletem sobre as suas condições podem desafiar pressupostos universais antropológicos e filosóficos nos quais as nossas teorias se apoiam. Biehl conclui que “resistindo às conclusões sintéticas e criando aberturas em vez de proclamar verdades absolutas, a prática etnográfica permite uma reflexividade emancipatória e uma crítica mais rica das racionalidades, intervenções e questões morais dos nossos tempos.” (2013: 575)

O autor advoga uma filosofia no terreno, em oposição a uma etnografia que produz o corpo empírico no qual o antropólogo se baseia para elaborar construções teóricas. A reciprocidade e o diálogo que compõem a especificidade da relação entre Antropologia e Filosofia, a produção de quadros concetuais abstratos e complexos, não ultrapassam, todavia o tecido intrincado de que se compõe a vida dos sujeitos com que a etnografia coloca os antropólogos em contacto. Face à riqueza destes testemunhos, o autor questiona-se qual deverá ser o papel do antropólogo: deve comprometer-se ou não? Perplexo face à impossibilidade de comunicar “a verdade” da condição humana, tal como Deleuze a caracterizou, Biehl (2013) questiona-se para que papel deve o etnógrafo deve ser remetido: basta relatar sem interferir ou deve ceder ao seu impulso humanitário e participar da resistência? Para resolver esta questão Biehl retorna à etnografia no asilo, a qual orienta a sua decisão: se Catarina procurou sempre

fazer sentido da sua existência mesmo quando esta parecia completamente anulada, desafiando uma realidade que a empurrou para uma vida para a qual procurava sentido, articulando os seus sintomas com a possibilidade de uma relação com os outros, então porque não deve a etnografia tentar romper também com as limitações conceptuais e restrições disciplinares? Biehl corta assim com a tradição malinowskiana de fazer etnografia que resume a prática a um exercício de mimetismo. Em oposição, o antropólogo brasileiro propõe que seja a etnografia e as relações estabelecidas pelo investigador no terreno a iluminar a própria produção teórica.

A preocupação com a subjetividade e com os sujeitos implica assumir que estes são formados dinamicamente, mas também que são entidades transformadoras e em transformação. A natureza fraturada da subjetividade, as maneiras como os indivíduos são constituídos a partir da experiência social, os modos invisíveis como as instituições operam, transformam o sujeito em produto e agente da História, de conhecimento e de ação, mas também em local de conflito de atos morais. De acordo com Biehl, Good e Kleinman, “Os sujeitos são múltiplos e fraturados e não unitários, móveis e não estáveis, porosos e não fechados, constituídos externa e não internamente e fruto de essências naturais.” (2007: 13)

Para Kleinman e Fitz-Henry (2007) o ponto de interesse antropológico foca-se nas condições em vez da natureza humana, o que permite fazer face ao determinismo biológico e ao atomismo filosófico do eu a que historicamente este foi renegado. As instituições, que fragmentam os problemas do sujeito com o intuito de lhes dar uma resposta mais eficaz, consolidando essa mesma resposta em programas e políticas técnicas, entendem os processos morais enquanto entidades a ser abordadas burocrática, legal e clinicamente. Assumindo o sujeito como autónomo, consciente e racional em todas as suas decisões, estas normas moldam também o processo moral, as populações são geridas através do afeto e a subjetividade torna-se num dos meios através dos quais o coletivo é ordenado e controlado. Por outras palavras, Kleinman e Fitz-Henry justificam o que Foucault afirmara anteriormente aquando da sua análise ao poder psiquiátrico: a doença mental tornou-se completamente acessível ao conhecimento mediante a especialidade do conhecimento, sendo que o trabalho da verdade transformou os indivíduos nos próprios objetos do saber.

Para Kleinman e Fitz-Henry estas políticas económicas provocam o reordenamento dos mundos morais locais dos indivíduos, causando a destruição e a reconstrução das subjetividades. Quando o sofrimento é manipulado por nacionalidades de eficácia e tecnologias

de intervenção médica, as percepções e experiências de sofrimento ganham protagonismo na reforma das vidas e dos mundos. Ao contrário do papel destruturador das instituições, a etnografia unifica esses elementos separados. Identificando as relações entre aspetos técnicos, políticos, conceptuais e afetivos, conseguimos travar conhecimento com as racionalidades e questões morais destas mesmas políticas e programas, integrando-os numa análise crítica.

Das e Das (2007) afirmam que a subjetividade pertence simultaneamente a eventos macro que o influenciam, mas também às relações familiares do quotidiano e de proximidade. E é no seio de opressões macro que os sujeitos analisados por estas antropólogas desenvolvem um desejo de viver, funcionando a voz como uma maneira de se projetarem no futuro. Para Biehl e Locke (2010), baseando-se em Deleuze, é nestas interseções que podemos encontrar tanto a perda da experiência humana como novas oportunidades.

Em jogo, em termos gerais, está em causa se a Antropologia pode contribuir para abrir oportunidades para a transformação progressiva das formas de cuidado, políticas, e economia, particularmente durante ou no pico de uma crise, se toma a iniciativa adicional para além de explicar as realidades sombrias da imaginação, em colaboração com os seus interlocutores, modos concretos através dos quais as coisas poderiam ter outro desfecho. (2010: 335)

## **6.4 Dentro e fora: o internamento compulsivo e a desinstitucionalização**

De acordo com Fortin, o que caracteriza o estudo de caso é “a subtileza com a qual é possível acumular dados sobre um caso particular” (2000: 165). Neste capítulo optou-se por recorrer a este método, em virtude de outros, face à imprevisibilidade dos acontecimentos que o provocaram e que permitiram uma atitude reflexiva sobre o trabalho de terreno.

À semelhança do enunciado por Patriarca durante a sua pesquisa com psiquiatras na cidade de Lisboa,

O terreno etnográfico que fui constituindo não resulta de uma qualquer visão “aplanada” ou exterior da realidade. Nem tão-pouco de uma delimitação prévia. O terreno resulta, antes, de muitos imprevistos e da minha experimentação vivencial, por vezes até mesmo sensorial, de inúmeros aspetos, quer conceptuais e arquiteturais, quer institucionais e informais. Uso aqui a categoria “imprevisto” no sentido espacial e metafórico em que um trilho ou caminho não havia sido antecipadamente esperado ou pensado, obrigando-

me a explorar o campo em redor na expectativa de encontrar (o melhor) solo para a abertura de trilhos alternativos que me reposicionassem no caminho da indagação inicial. De um modo ou de outro, eles foram-me obrigando a reparar neles, ao mesmo tempo que também assinalavam as estruturas psiquiátricas existentes na cidade.” (2012: 593)

No meu terreno de pesquisa a utilização deste método em concreto surgiu de um acontecimento inesperado. O internamento compulsivo de uma utente da associação, que se julgava devidamente estável, mas que subitamente adquiriu comportamentos inusitados, motivou esta reflexão. O seu estado de saúde e os acontecimentos que se precipitaram não permitiram que completasse a prática diária de observação participante nas atividades da associação com entrevistas ou histórias de vida sobre temas que me tinham despertado a atenção, como aconteceu com outros interlocutores já analisados nesta tese. Optei, à semelhança de Patriarca, por acompanhar o imprevisível dos acontecimentos, contactando com familiares e representantes institucionais para melhor preencher os hiatos da história que a Luki não me pôde contar. Socorri-me também de conceitos da Antropologia Médica que me permitiram enquadrar e avançar com uma interpretação distinta da que me era apresentada sobre o seu caso.

A rede de encontros e de desencontros que envolveu este internamento compulsivo e o interesse que me despertou para determinadas temáticas que à partida não tinha considerado revelaram, em primeiro lugar, como o terreno pode ser imprevisível, mas simultaneamente rico desde que me mostrasse devidamente atenta para não deixar escapar estes imponderáveis. Em segundo lugar, a importância dos métodos à disposição dos etnógrafos, como é o caso do estudo de caso, os quais permitiram que aumentasse o conhecimento sobre esta utente, as mudanças pelas quais passou, e elaborar hipóteses novas (Fortin, 2000). Embora não esteja aqui impresso o intuito de extrapolar o caso da Luki para todos os casos de desinstitucionalização de hospitais psiquiátricos em Portugal com imigrantes, pretende-se contribuir para uma ponderação de como na prática este processo se desenrola. Questiono-me sobre as consequências destes mecanismos, da legislação e das práticas na vida dos pacientes (especialmente naqueles que se encontram nas margens, materiais e simbólicas, do SNS) e as consequências para as suas famílias que necessitam de lidar diariamente com as falhas dos cuidados de saúde e de se lhe sobrepor recorrendo a juízos e apelando a instituições que muitas vezes não as conseguem também ajudar, porque também elas não dispõem nem dos meios nem do conhecimento para

o fazer. Tentam apoiar como podem e em articulação com o que é esperado e com outras instituições que, elas próprias, também se encontram desnorteadas nos interstícios das intervenções médicas e sociais.

Esta situação que descreverei é exemplificativa de vários pontos já tratados neste capítulo: a não concordância entre os profissionais de saúde mental, sendo que uns apoiam a desinstitucionalização dos pacientes até 2016, como previsto pelo PNS, e outros apontam as falhas deste processo; a inexistência de uma resposta coerente que suporte os indivíduos, acabando hospitalizados e medicados; a incapacidade de diagnosticar e acompanhar aqueles que vezes sem conta são sujeitos ao internamento compulsivo (algo que se deveria combater preventivamente); a falta de articulação entre instituições e estruturas comunitárias/família; o cuidado que fica entregue nas mãos destes quando tudo o resto parece falhar.

Numa tarde de novembro de 2010, encontrava-me na associação com as outras duas técnicas sociais, quando o Nino, o sobrinho de uma utente da PROSAUDESC veio pedir-nos auxílio para internar compulsivamente a sua tia, Luki. Na véspera visitara a associação com o mesmo intuito. A D. Virgínia comprometera-se a visitar Luki, como fizera algumas vezes já no passado, para ver como se encontrava e avaliar se se tratava de mais um episódio grave. Porém, com o desenrolar acelerado dos eventos que serão narrados a seguir, esta visita nunca se concretizou.

A Luki morava uns metros à frente da PROSAUDESC, num prédio no mesmo largo. Os seus problemas do foro psicológico não pertenciam ao documento que me fora apresentado com os casos identificados pela anterior assistente social, do qual constava o nome de cada utente, seguidos do respetivo “diagnóstico” e morada no bairro. A Luki, conhecida pelo seu gosto particular por limpezas, ajudava a manter a associação limpa, aparecendo por vezes ao final do dia, quando as técnicas já tinham terminado o seu dia de trabalho, para limpar as secretárias e varrer o chão da sala. Não se encontrava na lista porque, aparentemente, estava estável e equilibrada. Costumava encontrá-la frequentemente à porta do seu prédio, de esfregona na mão ou estendendo a roupa, onde sorridente me cumprimentava sempre que eu saía por uns minutos para atender uma chamada telefónica. Foi então com alguma surpresa que recebi a notícia de que a Luki estaria a debater-se com alucinações, que se levantava cada vez mais cedo para varrer o bairro de uma ponta à outra, tendo sido encontrada dias antes no meio da rua às quatro da manhã de vassoura em punho. O sobrinho, que já presenciara estas situações

anteriormente, tentara antecipar-se a um momento de violência - como no bairro os moradores sabiam que estes episódios acabavam por terminar - e pediu ajuda na PROSAUDESC para internar novamente a sua tia. Esta visita do Nino aconteceu numa tarde em que não me encontrava presente na associação e, apesar de me ter sido comunicado que a Luki não estaria bem, não me foi transmitida toda a gravidade da sua situação.

Nessa tarde, como sempre fizera, depois de desligar uma chamada telefónica vi a Luki do outro lado da rua. Acenei-lhe e perguntei-lhe como estava. Notei que não se encontrava sorridente como habitual e tentei fazer conversa falando do lixo que algumas pessoas deixavam espalhado na rua, como era habitual e que sabia ser um tema sobre o qual a Luki e eu conversávamos às vezes com pesar. Ao mencionar o seu sobrinho e a preocupação que ele nos transmitira face ao seu bem-estar, a Luki irrompeu numa série de insultos e de ameaças, obrigando-me a refugiar-me na associação. Telefonei ao Nino e contei-lhe o sucedido. Falei com a D. Virgínia para saber se na véspera quando a visitara a notara também violenta, ao que me respondeu que apenas falaram pela brecha da porta. A Luki não a deixara entrar, como não deixava qualquer membro da família, provavelmente antecipando o desfecho que se seguiu. Aparentemente este cenário já se repetira várias vezes no passado.

A associação articulou esforços com a assistente social do Hospital Júlio de Matos, a qual se deslocou às instalações no dia seguinte para entregar um relatório redigido pelo médico atestando a necessidade de avaliação psiquiátrica. No próprio dia reunimo-nos com a Delegada de Saúde Pública da zona. Eu, juntamente com a Carla da PROSAUDESC, e o Nino, sentámo-nos numa sala frente a três técnicos do Ministério da Saúde. Munidos de uma carta relatando os acontecimentos dos últimos dias e após uma longa espera no Centro de Saúde de São João da Talha fomos atendidos e a delegada procedeu à ordem de internamento compulsivo relembrando o sobrinho da necessidade de, quando a Luki tivesse alta, houvesse quem controlasse a toma de medicação. Sublinhou que medicada a Luki estabilizava e que era necessário que alguém se responsabilizasse pela sua saúde mental, já que esta situação se repetia mais uma vez. Era imperativo que alguém obrigasse a Luki a cumprir com a medicação após sair do hospital, salientando os custos acrescidos para o estado sempre que o internamento compulsivo se tornava a única opção viável para que não atentasse contra a sua vida ou contra a de terceiros. Anexou o mais recente pedido ao processo anterior de internamento para que quando a polícia levasse a Luki para o Curry Cabral fosse mais fácil depois encaminhá-la para

o hospital psiquiátrico.

No dia seguinte à tarde uma viatura da polícia parou em frente à casa da Luki. Do que pude apurar ela riu-se para os polícias e afirmou que podiam comprovar que não tinha qualquer problema mental uma vez que “a sua casa estava muito limpa”. Recusou-se a descer enquanto não terminasse mais uma vez as limpezas e tirasse a roupa do estendal. Entretanto chegou a ambulância e dois bombeiros subiram. Pouco depois desceram com a Luki, a qual caminhou tranquilamente entre os agentes. Entrou na ambulância e seguiram para o Hospital Curry Cabral.

Já no Júlio de Matos, o comportamento da Luki começou a alterar-se. Recusou cooperar com a terapêutica e negou qualquer alimento. Quando o sobrinho foi visitá-la pouco depois, voltou a ameaçá-lo como fizera nos dias anteriores ao internamento e recusou a sua presença ali. Passado algum tempo, aparentemente, começou a modificar-se (provavelmente porque a medicação começara a desempenhar o efeito antecipado pelos psiquiatras) e passadas duas semanas o médico decidiu dar-lhe alta. A Luki recusou que lhe fosse administrada medicação injetável em casa, mas não se opôs a cumprir com a medicação oral quando regressasse a casa. Foi então negociado que ela só sairia do hospital caso aceitasse as injeções, ao que ela anuiu. Antes de ser dada alta o psiquiatra pediu que se realizasse uma reunião prévia com um familiar e um responsável de uma comunidade local (neste caso a D. Virgínia da PROSAUDESC). A Luki recusou veementemente que contactassem o Nino, pelo que disponibilizou o contacto de um primo que mora na linha de Sintra. Este foi convocado para uma reunião no dia três de Dezembro de manhã, à qual não compareceu, nem a D. Virgínia teve disponibilidade para se encontrar com o psiquiatra. Mesmo assim a Luki foi levada a casa nessa quinta-feira.

No dia 4 de dezembro, alguns dias depois de internamento da Luki, recebi um telefonema da assistente social do Centro Hospitalar Psiquiátrico na associação. Cerca de um mês antes tínhamo-nos encontrado com o objetivo de perceber que sinergias poderiam ser celebradas entre a PROSAUDESC e o hospital. Nesta altura em que ninguém ousava sonhar com o desfecho da situação da Luki, a memória desta reunião ressoa como uma crónica de uma morte anunciada. Eu, uma das técnicas e a D. Virgínia reunimo-nos então com a assistente social responsável pelos internamentos, a qual mostrara disponibilidade e interesse em celebrar parcerias no terreno com a associação de maneira a conseguir um acompanhamento mais presente dos pacientes já desinstitucionalizados.

Perguntou-nos por vários moradores do bairro e das redondezas, mostrando estar bem informada dos pormenores de diferentes casos. Falou do problema da Adelaide, afirmando que a psiquiatra que a acompanha considera que a questão que a atormenta é, acima de tudo, “muito cultural”. Mas também mencionou a D. Filigénia, que igualmente padeceria de “uma coisa um bocado cultural”. Resumidamente, o psiquiatra não a queria internada no hospital, a assistente social não a queria em casa e os filhos não a recebiam com bons olhos nem ajudavam à integração familiar. Questionou-nos também sobre a Luki, na sua opinião uma esquizofrénica não medicada. Não estava esquecida, mas esperava-se que relativamente estável apesar da falta de controlo terapêutico porque a Luki sempre se recusara a aceitar medicação injetável e não se sabia ao certo até que ponto cumpriria com a oral.

Nessa altura a D. Virgínia aproveitou para apresentar o projeto de saúde mental a que a PROSAUDESC pretendia concorrer e conversámos sobre vários casos de moradores na Urbanização Terraços da Ponte. Enquanto conversavam aproveitei para observar com atenção o gabinete da assistente social, o qual se encontrava decorado com “*merchandising*” (canecas, post-its, canecas...) de medicamentos provavelmente oferecidos por delegados de propaganda médica nas suas visitas: Zyprexa (olanzapina, o princípio ativo de um antipsicótico de segunda geração), um poster do Seroquel SR (“um novo equilíbrio na perturbação bipolar”); os antidepressivos Elontril (“*On and go*”) e Triticum AC; e Livetan (um calmante à base de extrato de valeriana e “naturalmente eficaz”).

No decorrer da mesma reunião a assistente social sublinhou o problema das visitas domiciliárias onde os enfermeiros administravam os injetáveis, destacando a fraca adesão dos pacientes à terapêutica depois do internamento. Na maioria dos casos quem as solicitava era a família porque o indivíduo por norma considerava sempre que não necessitava de medicação. Confidenciou-nos que eram os médicos quem frequentemente pedia aos técnicos que realizassem sozinhos as visitas domiciliárias nos Terraços da Ponte e noutros bairros com o objetivo de verificar como se encontrava o paciente após a alta, mesmo não sendo necessária medicação, e que nesse sentido seria uma excelente parceria se a PROSAUDESC, pela sua proximidade, conseguisse garantir uma vigilância mais apertada da situação já que escassearam os meios no hospital para fazê-lo.

Partilhou também connosco a dificuldade em integrar estas pessoas porque se encontravam desocupadas, pelo que nesse sentido também gostaria de contar com o apoio das

instituições a operar nos bairros. Como nos contou, no Júlio de Matos encontravam-se inscritos e a ser acompanhados utentes que se deslocavam à terapia ocupacional mesmo morando nos Terraços da Ponte. A sua perspetiva comunitária, que confessou não ser a mesma que a dos psiquiatras, encontrava-se mais alinhada com o PNSM e com o objetivo da desinstitucionalização, porém admitia que a comunidade não se encontrava ainda preparada para receber estes pacientes dos hospitais psiquiátricos. O psiquiatra dava alta desde que o paciente cumprisse com a medicação, mesmo que por vezes mantivesse sintomas de que ainda não se encontrava suficientemente estabilizado. Mesmo assim o médico via-se obrigado a “libertar aquela cama”. Novamente a assistente social voltou a questionar a D. Virgínia se a PROSAUDESC poderia fazer o controlo das tomas de medicação e explicar à família como a dar. Por exemplo, pedindo às técnicas que separassem a medicação por dias e doses. Noutros casos mais complexos preferiam que este trabalho fosse feito por alguém de fora, como no caso dos injetáveis<sup>49</sup>.

Quando voltámos a falar do caso da Luki, no telefonema após o internamento compulsivo, a assistente social informou-me que a Luki ainda não estava “perfeita”, mas que devíamos confiar no juízo do médico que a considerou apta a voltar para casa. “Há casos bem piores”, disse-me, “ao menos a casa dela está limpa. Não faz ideia das coisas que vejo.” Explicou-me ainda que devíamos evitar o contacto com a Luki. Perguntou-lhe se podia pedir-nos que a fôssemos acompanhando, o que recusou. Disse-me ainda que ela tinha recebido o injetável antes de sair do hospital e que voltaria a tomar outro a 16 de Dezembro, comprometendo-se a aceitar mensalmente as visitas da equipa que lho injetaria, até nova prescrição.

Expliquei-lhe que o sobrinho, único familiar presente, ia mudar-se para o Luxemburgo e só voltava a casa pelo natal, pelo que não haveria ninguém a controlar se ela efetivamente tomaria a medicação. Ela respondeu-me que era precisamente para isso que servia o injetável, para os casos em que não se conseguia controlar a toma da medicação e que desde que este

---

<sup>49</sup> A prioridade dos cuidados pós-alta hospitalar envolvia primeiramente garantir a administração do injetável de longa duração, Aldol. Porém, como a medicação psiquiátrica tinha perdido a respetiva portaria, iria deixar de ser comparticipada. Assim, os pacientes nesta terapêutica teriam de abandonar o Aldol, mesmo que estivessem a obter resultados positivos com o mesmo, e passar para o Risperdal. Ou seja, iriam retomar a medicação que faziam há vinte anos atrás e substituí-lo por um medicamento injetável mais caro e com mais efeitos secundários, na opinião da assistente social do hospital.

estivesse garantido, a situação que motivou o internamento compulsivo não se repetiria. Acrescentou ainda que a Luki saíra com recomendação para se inscrever no centro de emprego e que lhe pareceu que nesse aspeto (ou seja, na integração casa, emprego) até estava bastante organizada, pelo que ia esperar que tudo corresse pelo melhor.

Acrescentou ainda que os psiquiatras, estabilizando quimicamente os pacientes, prescrevem-lhes medicação oral e alta hospitalar. Posteriormente, alguns insistem que se façam visitas domiciliárias para se rever ciclicamente o estado do paciente e muitas vezes também proceder à administração dos fármacos sob a forma injetável. Na sua opinião, na maioria destes casos, os doentes ainda não estão aptos para ser reintegrados na comunidade, nem esta está preparada para os receber. Porém, repito, esperava que tudo corresse pelo melhor.

## **6.5 Trânsitos migratórios e a contribuição da Antropologia Médica**

No caso da Luki as rotinas de limpeza foram identificadas como sintoma de um distúrbio obsessivo-compulsivo inserido num quadro esquizofrénico, de acordo com uma abordagem biomédica partilhada tanto por profissionais de saúde como pela associação. Esta crescente preocupação com a limpeza foi também interpretada como uma perturbação por parte dos familiares, os quais na sociedade contemporânea se tornaram no que Biehl chama de “psiquiatras por proximidade”<sup>50</sup>. Assim, à medida que o conhecimento das doenças mentais e dos medicamentos utilizados para as combater se generaliza,

As famílias podem dispor dos seus membros não desejados e pouco produtivos, por vezes sem sanções, operando na base da falta de cumprimento com os seus tratamentos terapêuticos. Os psicofármacos são centrais na história de como as vidas das pessoas são reformuladas neste momento particular de mudança socioeconómica e como as pessoas criam oportunidades de vida face ao que se encontra burocrática e medicamente disponível. (Biehl e Locke, 2010: 325)

Nino considerou que a tia deveria tomar a medicação para estabilizar o seu

---

<sup>50</sup> “Proxy-psychiatrists” no original.

comportamento errático, objetivo que só poderia ser alcançado mediante internamento compulsivo. O comportamento descompensado descrito pelo sobrinho, a informação de que não tomava a medicação e apresentar-se como uma ameaça para terceiros, foram condições suficientes para que em menos de dois dias a Luki fosse internada num hospital psiquiátrico.

Tentei aprofundar as razões que motivaram o aparente surto psicótico falando com a família próxima. O sobrinho informou-me que a tia há quase dois anos deixara de tomar a medicação prescrita porque a deixava muito sonolenta e pesada, impedindo-a de realizar os seus rituais de limpeza diários que tanto valorizava. Foi também neste período que morreu o irmão de quem mais gostava, o pai do Nino, o que a perturbou ainda mais. Cerca de três meses antes do episódio que motivou novo internamento viajara para a Guiné depois de ter agredido uma colega e a chefe. Com a perda do trabalho viu-se livre para voltar ao país de origem, tendo conseguido chegar ao destino aparentemente com um passaporte inválido, o que para o sobrinho ainda permanecia um mistério. Foi no decorrer dessa viagem que decidiu comprar um bilhete de avião de volta tanto para si como para o marido. Não esperava voltar sozinha. O anterior companheiro voltara definitivamente para a Guiné uns anos antes e não pretendia voltar, após ter constituído uma nova família. No bairro o sobrinho e outros moradores procuravam a Luki obsessivamente, temendo o pior, enquanto ela se encontrava na Guiné tentando convencer o ex-marido a voltar para casa.

Percebia-se que em momentos de maior tensão emocional e em que temia ser internada, a Luki falava constantemente em voltar para a Guiné (e por vezes conseguia mesmo fazê-lo, aparentemente até fintando burocracias e autoridade), provavelmente para se reunir com o marido e trazê-lo de volta para Lisboa. Mencionava constantemente a presença de “pessoas que lhe apareciam como sombras ameaçadoras” que acompanhavam aqueles que a tentavam visitar. Isolava-se cada vez mais em casa ou nas suas rotinas. Quando falavam consigo, qualquer tentativa de ajuda soava a ameaça e recorria à agressão para se defender tanto das sombras, como do tipo de auxílio que lhe ofereciam. Este, invariavelmente, passava pela retoma da medicação que abominava e terminava com o inevitável internamento, ao qual escapava viajando para a Guiné para se reunir com a família fragmentada.

Bordonaro e Pussetti (2006) analisaram à luz da Antropologia Médica estes trânsitos, materiais e metafóricos, entre Portugal e uma das suas ex-colónias, como vimos no capítulo anterior. As condições à chegada são preteridas face a uma idealização do lugar de não

pertença, novamente do outro lado do oceano. A concretização dos seus sonhos ilude-os constantemente: está sempre onde eles não estão. Este trânsito constante de expetativas também encontrei no bairro dos Terraços da Ponte, e não apenas entre guineenses. Na maneira como os habitantes falavam dos seus países de origem (a D. Virgínia mencionava frequentemente que “São Tomé é um paraíso que eles estão a estragar.”); no modo como os imigrantes se associavam coletivamente para lutar pelos seus direitos em função também das suas origens, assumindo a partilha de uma identidade comum; e, num caso mais extremo, nas “fugas” da Luki de Portugal para a Guiné para evitar os inevitáveis internamentos.

A experiência migratória muitas vezes é vivida como um exílio ou sacrifício ao qual os indivíduos têm de se sujeitar, a um deslocamento da sua identidade face à origem que se apresenta como o lar que ficou para trás. Esta nostalgia cria nos indivíduos uma sensação de “aflição”, um conceito que do ponto de vista da Antropologia Médica permite relacionar os processos sociais e estruturais com as condições individuais de cada um, extrapolando-as.

Os autores avançam a comparação entre interpretações diferentes da noção de “nostalgia” (do grego, “*nostos*”/regresso + “*algos*”/dor), a qual foi inicialmente proposta como definição de uma patologia que afetava aqueles que se ausentavam do seu país e que só poderia ser colmatada com o retorno à origem. Mais tarde esta interpretação foi alargada às categorias nosológicas e integrada no DSM-V sob a definição de Síndrome de Ulisses, como vimos anteriormente. No caso guineense, Bordonaro e Pussetti identificam uma emoção perigosa para a saúde a que chamam “*n’odi*” cujos sintomas poderiam ser equiparados aos da nostalgia. Aquele que sofre deste problema sente-se constantemente nervoso, tenso, ansioso e angustiado, o que pode levar o imigrante à procura de uma cura “tradicional” em detrimento das terapêuticas que lhe são apresentadas nos serviços de saúde portugueses. Os imigrantes interpretam este problema como sendo causado pelos seus familiares mais velhos, os quais ficaram nas ilhas onde praticam atos de feitiçaria que os chamam de volta às origens e responsabilidades inerentes, fazendo-os sofrer nesse processo.

Do ponto de vista da Antropologia Médica, o “*n’odi*” é entendido como um instrumento de resistência incorporado. A doença, enquanto manifestação de uma oposição marginal, corresponde também a um momento de rutura com as certezas ontológicas, desconstruindo o seu mundo e colocando estes indivíduos em situações ainda mais precárias e frágeis. Por outro lado, a dissolução das certezas obriga também a uma reconstrução das

referências e a uma reflexão sobre as mesmas. O “*n’odi*” apresenta-se assim enquanto constatação do descontentamento face ao fim do sonho da modernidade, mas também como a força da relação com a família e a terra de origem, que pode motivar um retorno do centro para a periferia e a produção de novos significados de resistência e reconstrução.

Não devemos, porém, esquecer que as doenças são conceitos culturalmente relativos, enquanto constituídos e reconhecíveis apenas através de uma atividade interpretativa. Variações culturais nos modos de perceber e manifestar os sintomas, de atribuir sentido à experiência da aflição: noções diferentes da pessoa, das emoções, do corpo e dos seus limites; representações distintas das relações entre visível e invisível ou privado e público, estão na base de horizontes nosológicos diversos e, portanto, de experiências da aflição, da dor e da cura diferentes. (Bordonaro e Pussetti, 2006: 142)

Os autores defendem ainda que a consciência da posição marginal e o choque com preconceitos face aos seus quadros de referência pode ser entendido enquanto fonte de consciência política. Por um lado, esta consciência política não tem de consubstanciar-se necessariamente em ativismo, pode ser entendida apenas enquanto maneira de estar face a uma situação marginal, em que o próprio sintoma funciona como resistência. Este antagonismo face às condições que lhe são apresentadas, obriga-o a considerar as condições ingratas que motivaram o percurso migratório e que o sedimentaram. Por outro lado, a inversão do desejo (da Guiné para a Europa, agora da Europa para a Guiné) pode ser interpretada como rejeição do sonho da modernidade.

## 6.6 Abandono e resistência

Passaram-se semanas. O sobrinho emigrou, na associação ninguém mais soube nada da Luki. Os silêncios acerca da sua situação a par da interrupção dos rituais de limpeza faziam temer uma nova fuga para a Guiné. As tentativas de contacto com a equipa do hospital foram infrutíferas e não houve qualquer esforço por parte da comunidade nem dos vizinhos em questionar o abandono em que a Luki aparentemente se encontrava. Uma última tentativa e consegui contactar a mulher do Nino: “Oh, ela está no bairro sim... está sempre trancada em casa.” Estava resolvido o mistério do desaparecimento da Luki.

Algum tempo depois o sobrinho voltou ao bairro com o objetivo de tratar das diligências necessárias para que toda a família emigrasse com ele para o Luxemburgo. Novamente, antes de partir, queria deixar resolvida a questão da tia. A vida continuava no bairro. Os que ficavam, os que emigravam, os que chegavam. A Luki, pelo menos durante este tempo, não representou uma ameaça nem para si nem para a ordem natural das coisas.

Foi no meio dos seus afazeres e tarefas que numa manhã em meados de janeiro o Nino apareceu subitamente na associação perguntando se podíamos ajudá-lo a pedir uma ambulância para a tia. Aparentemente o seu estado de saúde tinha-se agravado e ninguém dera por nada. Trancada em casa, “babando-se e tremendo”, segundo informaram o Nino, a Luki não conseguia organizar-se sequer para cumprir com os seus rituais de limpeza habituais. Estava lançado o alerta.

O ciclo iniciado alguns meses antes repetiu-se. Voltei a entrar em contacto com a assistente social do hospital psiquiátrico. Esta informou-me, por email, que efetivamente a equipa estivera na casa da Luki a 16 de dezembro, a última vez em que tinham estado juntas. Nessa altura a utente já não se encontrava bem e resistiu bastante ao injetável, embora o tenha recebido. Percebeu que a Luki não tinha cumprido com a toma da medicação oral como se comprometera e também ninguém conseguira até à altura garantir que o faria. Antes de sair a assistente social foi advertida pela utente que a equipa não era mais bem-vinda em sua casa e que por isso não voltaria a deixá-los entrar.

Apesar dos avisos, enfermeira e assistente social voltaram ao bairro a 13 de janeiro. A assistente informou-me que a Luki se encontrava “deprimida” e que afirmou ter caído naquela prostração desde a toma do último injetável, culpando a medicação pelo seu estado de prostração. No entanto, voltou a receber a dose e a assistente social apelou a uma vizinha que chamasse a ambulância caso a Luki piorasse. Isto efetivamente aconteceu e na noite seguinte a Luki foi transportada para o Hospital Curry Cabral e daí para o antigo Júlio de Matos, onde se encontrava novamente internada.

Desde que tivera alta a Luki renunciou sempre ao tratamento com psicofármacos porque sabia que a deixariam enfraquecida, impossibilitada de executar as suas rotinas de limpeza e de investir no que, face à sua história de vida, parecia ser o seu maior desejo - voltar a reunir-se com o marido - apesar dos aparentes abandonos familiar e comunitários, em que os sucessivos internamentos visavam medicá-la e estabilizá-la para que também através dela se

cumprisse o objetivo do Plano de Saúde Mental: desinstitucionalizar. Mesmo quando conseguiu negociar com a equipa do Júlio de Matos o retorno ao seu lar afirmando que tomaria a medicação oral e que aceitaria a visita da equipa que lhe administraria os fármacos necessários, Luki resistiu às tomas. Trancou-se em casa, fisicamente impossibilitada de cumprir com os seus rituais de limpeza (pelo menos no exterior, restava saber se no interior de sua casa conseguiria mantê-los) e às poucas visitas que apareciam perguntava sempre pelo sobrinho que se encontrava emigrado no Luxemburgo. Quando foi novamente internada em janeiro chorou e implorou-lhe que não saísse de Portugal porque sabia que desta vez não sairia mais do hospital e não queria morrer sem voltar a vê-lo.

Estes aparentes desamparos ditados pelas instituições - o hospital e os seus técnicos, a associação e as suas técnicas, a família que procurava salvar a Luki de si própria e fazer o que lhe parecia mais adequado na sua situação - poderiam ser incluídos numa análise linear do abandono social. Aqueles que não encontram um lugar produtivo na sociedade, facilmente diagnosticados pelos familiares ou pelos representantes das instituições, seriam empurrados para uma vida dominada pela sobremedicação (Biehl, 2005) ou esquecidos dentro das suas casas em bairros sociais. Porém, não só Luki combateu as idiossincrasias causadas pelos psicofármacos e se manteve firme ao seu desejo de não os tomar e de voltar para a Guiné, como o abandono das instituições não pode ser equiparado sem reservas ao abandono doméstico. Nino tentava, porém não sucedia. Como Garcia afirmou, “as formas de cuidado emergem, não apesar de, mas através de experiências de perda, de marginalidade e de ilegalidade” (2010: 194).

Contrapondo a tendência antropológica que enquadra os indivíduos numa lógica de abandono estatal, equiparando-o ao abandono familiar, Han questionou, “como é que os antropólogos se apercebem do deslocamento das linhas que separam o normal do anormal, e quais os limites do próprio conhecimento antropológico?” (2012: 25). Em alternativa a assumir que as fronteiras do normal e do patológico se encontram impressas indelevelmente e que estas podem ser facilmente assimiladas pelos antropólogos sensibilizados pelo discurso foucaultiano, Han sugere que se reflita sobre as diferenças que distinguem estas categorias. Onde acaba o abandono estatal e onde começa o abandono familiar? Abandono equivale a despreocupação? Como é que os sujeitos incorporam nas suas vivências quotidianas estas margens e trânsitos, especialmente em contextos aparentemente mais propensos a estes

acontecimentos, como é o caso de um bairro social ocupado por imigrantes, muitos deles indocumentados e sobrevivendo precariamente? Sugiro que uma análise etnográfica em proximidade e em profundidade poderá ser a chave para descortinar estas nuances.

Mesmo numa situação de profundo abandono, Luki lutou por procurar maneiras de sobreviver e de restabelecer uma nova relação com o mundo, neste caso, com o sobrinho e com as rotinas que a mantinham animada antes do internamento. Resistiu também ao enquadramento psicofármaco e às visitas domiciliárias depois da alta. A subjetividade pertence simultaneamente a eventos macro que o influenciam, mas também às relações familiares do quotidiano e de proximidade (Das e Das, 2007). Estas condições são negociadas e não meramente incorporadas na sua subjetividade. E é no seio de opressões macro que os indivíduos analisados por estas antropólogas desenvolvem um desejo de viver, funcionando a sua voz como uma maneira de se projetarem no futuro.

## 6.7 Subjetividade e possibilidades

Procurando distinguir os conceitos de identidade e subjetividade, Whyte (2009) coloca o primeiro no seio dos movimentos sociais norte-americanos dos anos sessenta e na luta pelos direitos humanos. Opõe-lhe o conceito de subjetividade e, explica como, em questões de saúde, é sobejamente relevante para os antropólogos preocupados com a noção de biopoder. A influência de Foucault na explicação de como a vida humana foi objeto de processos políticos modernos deu origem ao que Rose, Novas, Rabinow e Petryna apelidaram de “cidadania biológica”. Esta tem a particularidade de revelar a plasticidade da subjetividade humana: “Os cidadãos biológicos são criados de cima para baixo (por autoridades médicas e legais, por companhias de seguros). E eles também se fazem a si próprios.” (Whyte, 2009: 11). Verificamos assim que, para esta autora, enquanto a identidade dos indivíduos está marcada por processos conscientes de reivindicação de direitos, a subjetividade resulta de processos dos quais muitas vezes os indivíduos são desconhecedores.

Biehl e Moran-Thomas (2009) propõem um quadro interpretativo destas situações para além das formulações teóricas que tipicamente enformam as investigações em Antropologia Médica. Destacando a importância do registo etnográfico não apenas como testemunho

daqueles cujas vozes são silenciadas, mas para salientar o poder da subjetividade, os autores afirmam:

a subjetividade não se resume à resistência, nem é simplesmente comunicada (ou silenciada) pelo poder. Ela continua a formar-se e retorna de maneiras complexas no corpo, atuando nas dimensões linguística, política e psicológica da experiência humana, entre e contra as novas infraestruturas e aflições e injustiças do presente. (2009: 270)

Para estes autores, o processo criativo inerente à plasticidade da subjetividade estaria orientado para o potencial do devir. Os sintomas, entrelaçados com os próprios medicamentos e experiências clínicas a que os indivíduos são sujeitos, testemunham uma tentativa de articular com outras potencialidades que encaram como sendo potenciais futuros e alternativas à vida a que, naquele momento, estão condenados. Não negando as formas de violência estrutural de que os indivíduos são vítimas nem os processos sócio-históricos que inscrevem no corpo dos imigrantes narrativas coloniais, os autores propõem que se analisem os dados etnográficos e que se apresentem quadros interpretativos testemunhando a ambiguidade dos indivíduos estudados. Encontrando-se a sua experiência de vida mediada por relações de poder, Biehl e Moran-Thomas assumem também que os sujeitos se encontram animados por desejos e reivindicações por direitos básicos. Não negando também como a subjetividade é afetada por estruturas sociais e formas médicas de produção de conhecimento, as quais moldam também a doença e as suas interpretações (Garcia, 2010), não só esta assimilação não é linear como o cuidado não é taxativamente negado e substituído por valores de mercado ou psicofármacos.

Sendo a subjetividade o ponto onde se cruzam representações individuais e sociais, Kleinman avançou também com a proposta de “condições humanas” (Kleinman cit. in Biehl, Good e Kleinman, 2007:29) enquanto ferramenta analítica para descrever a maleabilidade inerente à experiência vivida pelos sujeitos. Abordar a subjetividade permitiria relacionar os processos macroestruturais com os comportamentos e significados da experiência individual, em oposição às “respostas institucionais que tendem a fragmentar estes problemas em pequenas partes diferenciadas que por sua vez se tornam objeto de políticas e programas técnicos altamente particularizados também” (2007: 29).

Na perspectiva de Biehl, Moran-Thomas e Biehl e Locke, as abordagens anteriormente apresentadas que contemplam os constrangimentos e o determinismo da biopolítica e o impacto

da violência estrutural não deveriam estar sujeitos às contingências dos paradigmas teóricos anteriores, uma vez que não privilegiam as ambiguidades, contradições e plasticidade humanas. Estas abordagens, se assumidas abusiva e acriticamente, têm como efeito silenciar a voz dos que à partida já quase não se conseguem fazer ouvir. Os sujeitos da análise, na perspectiva destes autores, mesmo que socialmente excluídos e renegados ao abandono familiar, comunitário e social, são capazes de encontrar maneiras alternativas e transformativas de projetarem as suas subjetividades no futuro. Ainda que esse devir se resuma a um desejo sublimado num sintoma, na perspectiva dos filósofos Deleuze e Guattari, citados por Biehl e Moran-Thomas, este pode ser interpretado como uma potencialidade para novos universos de referência que pretendem alterar o estado das coisas. À margem do que seria esperado, mesmo aqueles que se encontram tecnicamente abandonados por família e instituições por não se enquadrarem no modelo vigente, conseguem ensaiar oportunidades que o modelo médico dominante condenaria como impossíveis, porque, embora a existência destes sujeitos esteja renegada à vida nua para todos aqueles que o rodeiam, continua a ter valor para si:

Quer se trate de abandono social, adição, ou sem abrigo, a vida que já não possui qualquer valor para a sociedade raramente é sinónimo da vida que não tem valor para a pessoa que a vive (...). Contra todas as expectativas, as pessoas continuam em busca de contacto e de maneiras de aguentar, às vezes sublimando sintomas na sua procura por laços sociais. (Biehl e Moran-Thomas, 2009: 281)

Deleuze também criticou o aspeto normativo do poder, tal como este fora formulado por Foucault. Deleuze critica o aspeto constitutivo do poder sobre a sexualidade, argumentando que o desejo tem primazia sobre o poder. Afirmando ter uma noção diferente de sociedade, Deleuze constata a sua capacidade fluida. Optando por uma “cartografia” em vez de uma “arqueologia” do inconsciente, Deleuze procura encontrar o que apelida de deslocamentos (Biehl e Locke, 2010). Para este filósofo, o potencial encontrar-se-ia no devir, no potencial criativo e transformador do desejo e da sublimação, mesmo em alturas em que essa positividade e crença numa vida melhor e alternativa, possa parecer uma ilusão.

Ou seja, podemos estudar a subjetividade como aquilo que excede e escapa, o que não pode ser fixado por uma norma ou numa forma. (...) Sintomas e lapsos não estão aí para ser interpretados. Trata-se de identificar as suas trajetórias e verificar se estas trajetórias também podem ser indicadores de um novo

universo de referência que, potencializado, talvez possa adquirir consistência suficiente e força transformadora. (Biehl, 2008: 422)

Os autores propõem identificar assim os “sintomas” ou formas de conexão com o real, os quais são trabalhados subjetivamente pelos indivíduos e que se encontram entrelaçados com a parafernália médica da sociedade contemporânea. Por vezes estes são assumidos e integrados pelos pacientes realçando a sua eficácia simbólica, como Pussetti (2010) relata no seu artigo sobre uma paciente esquizofrénica internada no Hospital Júlio de Matos. Outras, os indivíduos rejeitam a medicação, mas negociam que esta lhes seja administrada para que consigam alcançar os seus objetivos, tal como o caso da Luki demonstrou ao aceitar receber os injetáveis em casa, condição necessária para a sua desinstitucionalização.

Vários meses depois tive oportunidade de voltar a falar com o Nino, embora oficialmente o meu trabalho de campo já tivesse terminado, bem como as idas diárias à PROSAUDESC. O Nino emigrara definitivamente para o Luxemburgo pouco tempo depois destes episódios. A sua vontade de resolver o problema da tia durante a sua curta estadia em Lisboa no início do ano tinha resultado na perceção de que continuava instável, não medicada e consistindo uma potencial ameaça tanto para si como para os outros. Pediu ajuda à associação, os mesmos mecanismos do passado foram ativados e a Luki foi novamente de ambulância para o hospital. A tia voltou assim a ser internada em janeiro porque se recusava a cumprir com a medicação e refugiava-se em casa, não permitindo as visitas da equipa de enfermagem. Novamente algum tempo depois voltou a ser internada e novamente a ter alta. O ciclo repetia-se e arriscava-se a repetir-se indefinidamente porque o hospital não pretendia mantê-la internada, mas medicada e em casa. Porém, a Luki resistia a este desfecho e, consequentemente, acabava no mesmo sítio. Esperava-se que a equipa de enfermeiras e assistentes sociais, devidamente munidas dos injetáveis, conseguissem manter a situação estável. Por seu lado, esta delegava na associação presente no terreno - que também não tinha os meios ou os conhecimentos necessários - que fizesse um controlo mais próximo da situação.

Um dia, a Luki, simplesmente, desapareceu. Uns vizinhos telefonaram ao Nino no Luxemburgo, preocupados que não a viam há bastante tempo. Ninguém respondia em casa, a porta estava sempre fechada. Temiam o pior. O Nino fez uma série de telefonemas para familiares em Portugal e na Guiné. Por fim acabou por descobrir que a tia estava de volta ao país de origem, estável, tranquila e sem vontade de regressar tão cedo a Portugal.



# Conclusão

“Eu não escrevo um livro para que este se torne na palavra final; eu escrevo um livro para que outros livros sejam possíveis, não necessariamente escritos por mim.”

Michel Foucault (cit. O’Farrell, 2005: 9)

## De volta à PROSAUDESC

Em meados de dezembro de 2011 desloquei-me novamente à PROSAUDESC. À chegada encontrei apenas a Mariana a distribuir bens provenientes do Banco Alimentar. O dia avizinhava-se particularmente atarefado com a organização dos sacos a entregar e com a chegada dos utentes, os quais aguardavam pela sua vez depois de se confirmar que estavam inscritos e que teriam direito a esse apoio.

A entrada da sala da associação encontrava-se agora dividida em duas zonas separadas por biombos. O espaço tinha sido reorganizado em função daquela que me pareceu ser atualmente a principal atividade da PROSAUDESC. Do lado esquerdo, devidamente protegidas de olhares alheios, encontravam-se estantes com diversos produtos alimentares secos provenientes das coletas do Banco Alimentar e das remessas do Fundo Europeu Contra a Fome, com os quais a PROSAUDESC tinha agora o protocolo ativo: cereais, massas, arroz, salsichas, atum, azeite, óleo. O interior do frigorífico, onde anteriormente se guardavam apenas os nossos almoços, encontrava-se recheado de iogurtes. A arca continha pão fatiado, salsichas, manteiga e queijo. Para além destes bens podiam encontrar-se pelo espaço caixotes cheios de bananas, tomate, peras, nabos, algum pão fresco e espinafres. Existiam ainda várias sobremesas de baunilha, bolachas Maria e de água e sal, e pacotes de leite à espera de ser devidamente agrupados em sacos que seguiriam para a casa dos utentes que tinham pedido e justificado devidamente a sua necessidade de apoio alimentar.

A Mariana, atarefada, guardava alguns bens para determinadas famílias cujas necessidades já eram conhecidas, ora porque tinham filhos pequenos ora por razões de saúde ou mesmo de preferência. No caso de uma utente cujos filhos ficavam na creche cedo para

poder apresentar-se ao trabalho de seguida, a Mariana tinha o cuidado de deixar preparados desde manhã dois sacos (dos grandes e reforçados) com produtos frescos para a sopa dos filhos, fruta, iogurtes e os cereais de pequeno almoço preferidos. Para garantir que esta utente recebia os tão ansiados bens, a Mariana tinha o cuidado de chegar à associação cerca de uma hora mais cedo para poder receber apenas esta mãe, que só no final do dia de trabalho conseguia levantar o segundo saco. Além de chegar mais cedo, a Mariana também saía mais tarde em função dos horários desta utente, que em tempos participou no workshop de procura de emprego e que agora se encontrava a trabalhar. Representava a epítome da mãe cuidadora, da utente cumpridora, da cidadã que se procurava incutir como exemplo nos outros. Merecia, assim, tratamento especial, mesmo que às expensas do sono da Mariana.

Quando cheguei verifiquei que do lado direito do biombo se encontravam vários utentes com sacos na mão, aguardando a sua vez para receber os bens do Banco Alimentar Contra a Fome. A associação contava agora com duas voluntárias a cumprir com o estágio curricular da licenciatura de Serviço Social, também elas moradoras no bairro, que apoiavam a Mariana e a Carla no que precisavam. Era-lhes transmitido como cumprir com as exigências do protocolo com o Banco Alimentar, mas também partilhavam alguns pequenos detalhes sobre os utentes que poderiam ajudá-las no seu trabalho, tal como eu vira a técnica anterior fazer com a Mariana e a Carla quando começaram o seu estágio profissional. A Tatiana, por exemplo, anotava quem chegava no registo do Banco Alimentar e ainda nos cartões individuais de cada um dos utentes quem tinha recebido a sua parte. Estava também responsável por receber os dois euros referentes ao transporte. Passava-se assim o testemunho à nova geração de estagiárias, ficando estas responsáveis por garantir que os utentes da PROSAUDESC se encontravam bem entregues.

Foi nesta altura que me contaram que, desde que o Sr. Cristiano sofrera um acidente de viação, destruindo a carrinha onde faziam a recolha de bens e levavam os pacientes às consultas, várias alterações ocorreram na associação. Em primeiro lugar, as técnicas foram despedidas. Embora o seu estágio tivesse acabado em junho, a associação conseguira mantê-las a trabalhar pontualmente, mas com o acidente de viação, viram-se obrigados a interromper esse vínculo por falta de verbas. O objetivo, no momento, passava por conseguir garantir a sua presença no espaço o máximo de tempo possível – enquanto fosse financeiramente viável – até que a nova sede sofresse as obras necessárias para que a PROSAUDESC pudesse mudar da

sala de condomínio que ocupava na Urbanização Terraços da Ponte para o bairro de Santo Antônio, como sempre fora o seu objetivo. A ocupação desta sala já se arrastava há demasiado tempo e, para garantir uma estrutura mais estável e a manutenção do protocolo com o Banco Alimentar, tornava-se imperativo garantir o novo espaço com as devidas condições. Os protocolos assinados com outras entidades exigiam um local onde a viabilidade da própria associação se encontrasse refletida e garantida. Só quando este local estivesse totalmente operacional poderiam estabelecer o protocolo com a SS de maneira a que esta se responsabilizasse pelos ordenados das técnicas.

Depois dos inúmeros problemas antecedendo a celebração da parceria com o Banco Alimentar a situação ficou finalmente resolvida pouco depois do fim do meu trabalho de campo, em março de 2011. Embora inicialmente a D. Virgínia tivesse apresentado um grande volume de inscrições para o apoio alimentar sem que houvesse critérios de seleção (porque não queria novamente deixar passar mais um ano sem que o protocolo fosse celebrado), houve inicialmente uma tentativa da parte das técnicas com o intuito de proceder a visitas domiciliárias e de controlar os rendimentos dos interessados, embora sem orientação. Quando a parceria foi estabelecida, as inscrições da D. Virgínia foram canceladas e os processos sofreram um escrutínio mais rigoroso, tendo algumas das inscrições sido diferidas por não cumprirem com todos os critérios exigidos.

Todavia, apenas alguns meses depois, as técnicas da associação conseguiram pedir que a Aurora lhes ensinasse uma fórmula para matematicamente calcularem quem tinha direito a apoio alimentar. De acordo com os rendimentos de cada família e o respetivo número de membros, conseguiram finalmente definir quem se poderia habilitar. Também visitaram casas para confirmar as condições de sobrevivência de cada pessoa e analisar as suas necessidades. Perguntei-lhes se, no decorrer dessas visitas, tinham visto muita miséria e elas responderam-me que sim, especialmente por parte de idosos que nem sequer tinham direito a pensão, mas responderam-me que a Carla, devido à sua formação como assistente social, se tinha já encarregado de solucionar esse problema a vários utentes.

A Mariana, por seu lado, não teve muitas mais oportunidades de exercer como psicóloga na PROSAUDESC para além das consultas com a D. Carlota, as quais entretanto tinham sido interrompidas. Por seu lado, a D. Lígia já tinha conseguido começar a receber a sua pensão de invalidez, tendo ligado para a associação no próprio dia em que foi informada

para celebrar com as técnicas esta vitória. Continuava sem trabalhar e pouco saía de casa, embora a determinada altura se tenha sentido suficientemente recuperada para decidir terminar com as consultas de acompanhamento psicológico.

Quando a visitara em setembro, para me inteirar do seu estado, encontrei-a na sala com a sua comadre, dormitando. Falámos um pouco sobre como se encontrava a sua situação. Contou-me que nesse mês ia já começar a receber a pensão por invalidez, mas ainda não se inscrevera na ACAPO nem pareceu propriamente motivada para o fazer. Riu-se e disse que tinha de ser uma coisa de cada vez. Em relação à pensão de alimentos dos filhos, informou-me que, devido aos atrasos no tribunal, continuava à espera de uma resposta.

Quando mencionei a situação que encontrara em casa da D. Lígia às técnicas, explicaram-me que entre ela e o filho mais velho existia uma relação estranha, e que como mãe lhe passavam muitas coisas despercebidas. A título de exemplo, contaram-me que o Gelson recentemente estivera uma semana sem aparecer em casa e com o telemóvel desligado. Perguntei como estava a situação dele no Tribunal de Menores ao que me respondeu que nada iria acontecer desde que se portasse bem, mas aparentemente isso nem sempre acontecia. O rapaz só pensava em por música e faltava bastante às aulas durante o ano letivo, o que não fazia parte do seu acordo judicial. Atualmente era DJ residente na discoteca Alcântara-Mar<sup>51</sup>. Disse ainda que a D. Lígia nunca lhes transmitiu que o filho punha música. Pareceu-me que a Carla suspeitava que existissem mais detalhes que a D. Lígia sonegava.

A Mariana contou-me ainda que se tinham aproximado do filho mais velho da D. Lígia – “que foi o que mais sofreu com a situação da mãe”, contou-me -, o que eu já suspeitava através da comunicação intensa da Carla no Facebook com o Gelson. Estavam assim a dar-lhe o apoio emocional que consideravam que o rapaz necessitava, apesar de agora a mãe sentir que a sua família já não precisava de ser acompanhada, uma vez que começara finalmente a receber pensão por invalidez.

Na ausência de trabalho mais específico nas suas áreas de formação, as técnicas

---

<sup>51</sup> Pouco tempo depois o Gelson tornou-se um dos DJs mais famosos e requisitados da nova Quinta do Mocho. Os problemas do bairro e familiares inspiram-no a criar “sets” de música que apresentava em palcos nacionais e internacionais aos vários fãs que o seguiam. A morte recente do pai levou-o a criar uma “batida” que se tornou uma das músicas de referência do seu repertório. Atualmente, o Gelson é um dos protagonistas da revolução sonora que nasce nos guetos da periferia de Lisboa e invade as ondas sonoras de diferentes meios.

dedicavam-se à manutenção do protocolo com o Banco Alimentar. Para além de aplicarem a referida fórmula com base nos rendimentos e membros da família, as técnicas foram instruídas pela instituição para visitarem os inscritos de maneira a averiguarem se estes necessitavam mesmo de apoio alimentar. Perguntei à Mariana o que procuravam nessas visitas e ela respondeu-me que viam as condições em que as pessoas viviam, que alimentos possuíam, se eram de marca, embora este fosse um critério dúbio uma vez que podiam ter alimentos que não fossem de marca branca devido a alguma receção de bens do Banco Alimentar anterior à sua visita. Apesar dos meios de averiguação não serem perfeitos, eram, todavia, os aplicados para garantir a idoneidade do apoio.

Assim, nos dois grandes sacos que cada utente carregava consigo à saída da sede provisória da PROSAUDESC (nesse dia apareceram quase as sessenta famílias inscritas, as quais, apesar de terem dois dias para levantar os bens, aproveitavam para vir logo no primeiro, para aproveitar a fartura na oferta) encontravam-se, aproximadamente: dez pequenas peras rocha, um cacho de bananas (não era para todos e à semelhança de outros alimentos, a Mariana já sabia quais havia de deixar de parte para as famílias que precisavam mais), tomate, nabo, seis pacotes de leite, cereais de pequeno almoço (um de arroz tufado do Fundo Europeu e outro doado pelo Banco Alimentar, quando houvesse crianças em casa), iogurtes, uma caixa de queijo em triângulos, uma caixa de queijo fatiado, um pão congelado, um pacote de salsichas congeladas, enlatados (atum, salsichas...), azeite ou óleo, açúcar ou farinha, um pacote de bolachas Maria, um pacote de bolachas de água e sal, pacotes de massa (esparquete, cotovelos, pevides...), arroz e sobremesas de baunilha.

A Mariana enquanto organizava as entregas, aproveitou para ir explicando o funcionamento da associação nos termos exigidos pelo Banco Alimentar. As estagiárias da universidade tomavam notas atentamente. Verificaram que algumas pessoas tinham os dois euros em dívida para o transporte, um valor cobrado a cada família para comparticipar a deslocação à sede do Banco. Assim se distinguia quem necessitava mesmo de quem abusava deste serviço, porque pelo valor irrisório e simbólico, os utentes não deixariam passar a oportunidade de receber alimentos gratuitamente. Entretanto a Mariana ia apontando os bens entregues, quando a confusão finalmente começou a esmorecer. Algumas pessoas queixavam-se que estavam há muito tempo à espera e que não queriam que lhes passassem à frente. A psicóloga contou-me que havia alturas também em que alguns utentes também se queixavam

que não recebiam bens suficientes. A agitação no longo tempo de espera - que as técnicas tentavam diligentemente evitar que se prolongasse mais do que o necessário - permitia que os moradores fossem conversando e trocando experiências sobre a sua experiência com este serviço, além de outros temas mais corriqueiros. As idas à PROSAUDESC para levantar os bens alimentares tornavam-se, assim, momentos de socialização.

Para além do despedimento das técnicas o acidente da carrinha precipitou outras situações. O transporte de doentes terminou (embora na altura também não fosse frequente tendo em consideração a falta de fundos da associação, que durante a minha estadia já instaurara uma taxa aos utentes para este serviço) e foi também nesta altura que se decidiu pedir uma participação financeira aos usufruidores de Banco Alimentar. Atualmente a PROSAUDESC já estava autorizada a servir uma área geográfica para além da urbanização Terraços da Ponte, tendo em conta o número crescente de pedidos de auxílio. Reuniu-se a comunidade e foi explicada a situação financeira precária da associação aos utentes, a qual se via agora agravada pela inexistência de meio de transporte. Foi-lhes comunicado que deixariam de ser apoiados pelo Banco Alimentar caso não cooperassem entre si. Entre todos, foi discutido este problema. Nas palavras da Mariana, a situação resolveu-se recorrendo a um simples cálculo que permitiu a estes utentes pesar as vantagens e as desvantagens de pagarem pelo serviço: “Eles é que decidiram que mensalmente todos contribuiriam com 2€ cada para o transporte. Disseram que com esse dinheiro mal dava para comprar uma garrafa de azeite no Pingo Doce e que, se contribuíssem para o transporte, teriam acesso a dois sacos de bens, logo era mais vantajoso.”

Embora os inscritos tivessem direito a duas distribuições mensais (onde se apontava o que fora entregue para a contabilização mensal total), as deslocações aos locais de entrega eram empreendidas pelas técnicas algumas vezes ao mês e com objetivos de recolha diferentes (por exemplo, existiam datas específicas para se deslocarem a cada instituição e produtos específicos a levantar, fossem eles frescos ou não).

Embora se tenham estabelecido regras definidas acerca do que cada pessoa recebia, não só para cumprir com as exigências do protocolo realizado com o Banco, as técnicas – de acordo com o que já conheciam de cada família, seguiam uma lógica mais “subjetiva” ou “intuitiva” na escolha do que era depositado em cada saco. Notei nesta visita que a Mariana (o mesmo verifiquei mais tarde também com a Carla quando chegou) ganhara já uma cumplicidade maior

com os moradores do bairro do que quando terminei o meu trabalho de campo: conhecia-os pelo nome, já visitara as suas casas, sabia quais as suas carências e preferências. Escutara-lhes as queixas, tornara-se numa das guardiãs do frigorífico e da despensa do Banco Alimentar no bairro. Notei ainda que tinha alguns “mimos” reservados para determinadas pessoas, como foi o caso da senhora que voltou ao fim da tarde pedindo, em voz baixa, se lhe podia dar mais qualquer coisa, caso sobrasse, ao que a Mariana anuiu baixinho que sim, talvez se pudesse arranjar.

Se em tempos a Carla e a Mariana traziam das suas despensas bens alimentares para a D. Lígia, condoídas com a ausência de bens alimentares em sua casa, agora que o Banco lhes ocupava a maior parte do tempo e energia na associação (tendo ficado acordado que elas continuariam responsáveis por este serviço até transmitirem às estagiárias todo o conhecimento necessário), entregavam-se a esta tarefa de “corpo e alma”, ficando até muito tarde na associação e encarregando-se do trabalho pesado de carregar e descarregar sem o auxílio de terceiros a carrinha arranjada para o efeito. A lógica de dar a mão, a compaixão, o imperativo moral que se impunha sobre qualquer outra narrativa era atualmente a que subsistia quando tudo o resto na PROSAUDESC parecia desmoronar-se face à carência de fundos.

De acordo com a Mariana, a D. Virgínia raramente aparecia na associação e não se encontrava a par da organização exigida pelo Banco Alimentar, pelo que lhes cabia apenas a si transmitir às novas estagiárias o modo de funcionamento deste protocolo. A Carla, apesar de ter começado outro trabalho imediatamente após o seu despedimento repentino da PROSAUDESC, no dia de distribuição de bens alimentar, foi ajudar a Mariana a arrumar tudo o que chegara mal dera por terminado o seu serviço, tendo ambas ficado até cerca das vinte e duas horas na associação a organizar os víveres. Nas palavras da Mariana esse trabalho tinha de ser feito porque as pessoas estavam a contar com elas, mesmo que tanto ela como a Carla desde novembro não tivessem recebido qualquer compensação monetária por parte da associação. Faziam-no em nome de uma humanidade comum, que justificavam como sendo um imperativo universal (Feldman e Ticktin, 2010), o qual as impelia a trabalhar mesmo sem receber salário, em nome do bem-estar de terceiros e para aliviar o seu sofrimento. Esta narrativa, a qual estabelecia assim uma hierarquia de prioridades em que a fome dos utentes da associação para a qual trabalharam pesava mais do que as suas necessidades pessoais, tornava-se dominante.

Desde que devidamente assinaladas as carências e garantindo que os utentes cumpriam com a sua parte do acordo, os bens eram-lhes assim entregues e no dia de Banco faziam fila à porta para levar os seus dois sacos carregados de bens alimentares. Faziam-no também desde que as pessoas cumprissem com a sua parte do acordo: que os frigoríficos das suas casas se mantivessem desprovidos de alimentos essenciais, que estivessem inscritos nas listas que contabilizavam a pobreza e a sua gestão, que cumprissem com o pagamento de dois euros. Se se justificasse ativavam as forças de compaixão por uma mãe que se esforçava por preencher os requisitos do workshop de procura de emprego, deslocando-se mais cedo à associação para levantar os seus sacos e provando assim ser cumpridora ao deixar os filhos na creche antes de sair para trabalhar. Essas mesmas forças permitiam que se guardasse um “miminho” para outros, mas também estratificavam e hierarquizavam quem merecia realmente e quem não era cumpridor o suficiente para receber apoio, o qual era disponibilizado com prejuízo da vida das técnicas. Não resolvia o problema na sua génese e não permitia qualquer tipo de contra-argumento porque, já se sabe, a compaixão não conhece inimigos. À semelhança do que Bornstein (2003) encontrou na sua análise de uma ONG de inspiração cristã e fortemente orientada para o desenvolvimento, a atitude das técnicas permite-nos perceber como opera uma economia do cuidado e da ética, em que imperativos morais assumidos como universais e aplaudidos pela sua abnegação, ajudam a determinar “o que é bom, o que é possível e o que é obrigatório” (Fortin, 2005: 316).

No entanto, em termos práticos, a PROSAUDESC debatia-se em conseguir recompensar todo este esforço. A D. Virgínia confidenciou-me que, infelizmente, não lhe parecia que tão cedo conseguissem readmitir nem a Mariana nem a Carla porque “ninguém lhes dava dinheiro”, “há cortes por todo o lado” e ainda lhes faltava receber uma segunda tranche desde junho do ACIDI, um dos seus principais financiadores. Em finais de 2011 já se impunha o discurso de austeridade que Pussetti e Barros enquadram numa lógica assistencialista que permite “estudar, categorizar e monitorizar as populações migrantes e a sua integração” (2012b: 2) com o objetivo de reduzir a sua vulnerabilidade.

Segundo me contou a Mariana em dezembro, tanto a D. Virgínia como o Sr. Cristiano continuavam a lutar pela sua reintegração, bem como a da Carla, informando todos no bairro, já muito afeiçoados às técnicas, que a situação do seu despedimento era apenas temporária. A verdade, porém, é que não tinham quaisquer certezas de futuro. Esta dedicação e abnegação

que demonstravam pelos moradores dos Terraços da Ponte não passou ao lado de terceiros. O responsável pelo Projeto Esperança e também ele membro da direção da PROSAUDESC, lamentou a partida das técnicas quando soube do sucedido e contou-lhes que lá no bairro todos as conheciam por “mães mulatas”. O esforço tinha sido recompensado: devido à sua entrega e por terem realmente percebido as condições de vulnerabilidade e marginalidade que se viviam no bairro, tanto a Mariana como a Carla eram atualmente consideradas membros honorários da Quinta do Mocho.

Quando ao fim do dia o Sr. Cristiano, a D. Virgínia e outro sócio apareceram no espaço da associação, a Mariana foi confrontada com o facto de haver demasiadas inscrições para o Banco Alimentar e com a impossibilidade da PROSAUDESC se comprometer na provisão de todos. O Sr. Cristiano insistiu que, caso houvesse demasiadas inscrições, eles não iriam conseguir distribuir os bens habituais, e houve uma certa confusão se estariam a receber tanta comida como anteriormente. A Mariana concluiu que, apesar de haver mais inscritos, os sacos saíam bastante cheios e que não notava grande diferença na quantidade. Perguntou ainda se tinha de recusar os cerca de quatro pedidos de inscrição que lhe tinham sido apresentados nesse dia. “Eu não tenho cara para dizer a estas pessoas que precisam que não terão apoio”, confidenciou-me mais tarde. O Sr. Cristiano aceitou essas inscrições, mas acrescentou que seriam as últimas. Pareceu-me que o conflito se encontrava entre o que ele considerava exequível e o que a Mariana e a Carla tinham feito até então em termos práticos enquanto mantêm o apoio do Banco Alimentar a funcionar no bairro.

Tive noção de como a PROSAUDESC se encontra numa situação precária quando a D. Virgínia me perguntou se eu podia oferecer-me como voluntária agora que estava “mais desocupada”, ao que respondi que não tinha ainda esse tipo de disponibilidade. Faltava escrever a tese. Como a associação não possuía fundos disponíveis para pagar às técnicas, o recurso a este tipo de ajudas tornava-se essencial para manter alguns serviços considerados imprescindíveis, como era o caso da distribuição dos bens alimentares. Também meses antes senti que havia necessidade de mais algumas mãos a ajudar no trabalho diário da associação, mesmo que para outro tipo de serviços mais especializados, quando a D. Virgínia me enviou um email pedindo que voltasse a falar com o Albino, numa altura em que “ele estava mais a precisar”. O utente nunca aceitou ser acompanhado pela Mariana enquanto psicóloga e, aparentemente, a sua situação complicara-se. O sistema antigo em que a associação terminava

um contrato de estágio para começar outro encontrava-se agora mais dificultado devido aos sucessivos cortes que iam verificando nos apoios que anteriormente sustinham a PROSAUDESC.

Quando a D. Virgínia chegou partilhou também comigo que a Adelaide se encontrava bem, encontrando-se finalmente a trabalhar nas limpezas, mas não morava já no bairro. Essa informação já me tinha sido transmitida pela Mariana, nomeadamente que a Adelaide tinha deixado a filha com o pai mudando-se sozinha para casa da irmã, algo que as técnicas desaprovaram e encararam como um abandono da criança. Por vezes voltava à associação, sempre com uma história diferente. O ciclo mantinha-se e renovava-se, enquanto técnicas e instituição assistiam passivamente sem conseguir dar a mão à Adelaide.

## Considerações finais

Na minha primeira aula de Antropologia quando ingressei na licenciatura, era eu uma jovem estudante de dezoito anos recém-saída de um meio protetor de colégios privados e de escolas secundárias a minutos de casa, a professora fez circular por todos os novos alunos um breve questionário. Este continha apenas um parágrafo: “Imagine que se encontrava a realizar trabalho de campo num local exótico e um dos seus interlocutores adoecia com febre. No seu estojo de primeiros socorros encontrava-se um paracetamol que poderia amenizar o sofrimento pelo qual ele estava a passar. Dava-lho?” O inquérito procurava aferir o que entendíamos como sendo os limites do trabalho antropológico. Onde acabava a nossa intervenção e onde começava o bom senso? O que era relativo, o que era universal?

Na altura a questão pareceu-me bastante fácil de responder. Não estava propriamente a interferir com o trabalho de campo, mas a melhorar a saúde de uma pessoa. Se podia fazer algo para ajudar naquela situação, mesmo que os meus interlocutores não estivessem familiarizados com a eficácia do Benuron, não podia deixar aquela pessoa debater-se com febre se tinha ao alcance da minha mão algo que poderia resolver a sua situação em minutos. Claro que partilharia o conteúdo do meu estojo com as pessoas que me aceitaram entre elas. Que tipo de pessoa seria eu se não o fizesse?

Na altura não me pareceu que a questão tivesse um alcance muito profundo, mas quase

dezasseis anos depois dou por mim novamente a refletir sobre ela, especialmente considerando que passei os últimos tempos dedicada a tentar perceber melhor saúde e doença em situações inusitadas.

Em situações de crise, de emergência, quais as prioridades que se impõem? Damos o que temos ao nosso alcance, partilhamos com os outros o que consideramos ser o melhor para eles, ou não interferimos para respeitar as narrativas e as conceções próprias de cada um? Se naquele primeiro dia na faculdade a professora tivesse distribuído, em vez do questionário, um diagrama de Venn onde pudéssemos, logo à partida, conhecer a área de interceção entre o que podemos fazer enquanto antropólogos, e o que somos enquanto indivíduos, teria sido mais fácil. Mas a Antropologia não é fácil. A Antropologia, apesar de nos colocar estes dilemas que revisitamos ao longo da vida, obriga-nos a questionar as nossas práticas e a etnografia ajuda-nos a perceber, através da proximidade aos nossos interlocutores, como são organizadas as prioridades nos seus mundos, mas nos nossos também.

Os antropólogos há vários anos que discutem moralidade, humanidade e direitos, sejam eles absolutos ou relativos. Enquanto que alguns autores, como Paul Farmer (2003) por exemplo, se posicionam como ativistas e testemunhas face ao sofrimento alheio e se aplicam em utilizar as ferramentas ao seu dispor para anular desigualdades, outros advogam a existência de princípios transculturais (Turner, 1997; Josephides, 2003) que permitem a criação de uma plataforma moral onde o engajamento político é possível, ao mesmo tempo que o relativismo é concebido como instrumento heurístico ou metodológico. Como Wilson defendeu, as “culturas” não são “arquipélagos isolados” (2001: 9), estando conectadas a processos e instituições transacionais que nos obrigam a refletir sobre os processos sociais e as relações de poder numa perspetiva global.

Apesar da disciplina nos obrigar a refletir, no momento do ato, qual a posição que devemos adotar? Devemos dar a mão sem ponderar as consequências, porque importa fazer o bem, ou devemos, em alternativa, rodear-nos de livros e artigos que nos obriguem a refletir sobre todas as implicações e perspetivas dos limites do trabalho etnográfico?

Em contextos em que existe pouco tempo para refletir, quer sejamos antropólogos, psicólogos, assistentes sociais ou simplesmente bem-intencionados, nem sempre há respostas corretas. Estas surgem apenas em contextos de sala de aula, em auditórios de conferências e nas inúmeras correções que fazemos aos nossos artigos antes de os publicarmos. Em condições

de terreno, quando a entrada do investigador está também ela dependente da oferta de trabalho voluntário, quando os vários papéis se confundem e quando se percebe que no contexto das relações quotidianas as pessoas fazem o melhor que têm com os instrumentos de que dispõem, nem sempre há muito tempo para refletir nas implicações morais. E o que vale para os antropólogos, certamente vale para os outros humanos também.

Concluo fazendo minhas as palavras de Garcia, quando a autora se refere ao cuidado em condições tudo menos perfeitas: “Eles procuram maneiras de cuidar uns dos outros num contexto em que todas as suas relações e o próprio esforço para manter o quotidiano estão em risco. Claro, falham frequente e tragicamente. Mas continuam a tentar até ao fim.” (2010: 203).

# Bibliografia e fontes

- Adorno, Rubens, Vasconcellos, Maria da Pena e Augusta Alvarenga (2011), “Para Viver e Pensar Além das Margens: Perspetivas, Agenciamentos e Desencaixes no Campo da Saúde Pública”, *Saúde e Sociedade*, (Online), 20, (1), pp 86-94. Disponível em: <http://www.producao.usp.br/handle/BDPI/12982>
- Agamben, Giorgio (1998), *O Poder Soberano e a Vida Nua – Homo Sacer*. Lisboa, Editorial Presença.
- Agamben, Giorgio (2005 ([2003])), *State of Exception*, Chicago, University of Chicago Press.
- Alemão, Samuel (2001), “Realojamento da Quinta do Mocho Começa Hoje”, (Online), acessado em fevereiro de 2017. Disponível em: <https://www.publico.pt/local-lisboa/jornal/realojamento-da-quinta-do-mocho-comeca-hoje-155215>
- Alemão, Samuel (2000), “Estado Esquece Equipamentos da Quinta do Mocho”, (Online), acessado em fevereiro de 2017. Disponível em: <https://www.publico.pt/2000/02/29/jornal/estado-esquece-equipamentos-da-quinta-do-mocho-140670>
- Anon (2008), “A Parábola do Mocho”, (Online), acessado em fevereiro de 2017. Disponível em <http://jugar.blogs.sapo.pt/272387.html>
- Aretxaga, Begoña (2003) “Maddening States”, *Annual Review of Anthropology*, (Online), 32, (1), pp. 393-410. Disponível em: <https://goo.gl/M8LvDB>
- Aristóteles (1995 [350 a.C.]), *Politics*, Oxford, Oxford University Press.
- Backstrom, Bárbara *et al.*, (2009), “Imigração e Saúde - O Gabinete de Saúde do CNAI Enquanto Observatório para o Estudo das Condições de Acesso dos Imigrantes aos Serviços de Saúde”, *Revista Migrações*, 4, Lisboa, ACIDI, pp. 161-189.
- Balibar, Étienne (2010), “At the Borders of Citizenship: A Democracy in Translation?”, *European Journal of Social Theory*, (Online), 13, (3), pp. 315-322. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1368431010371751>
- Baptista, Luís e Graça Índias Cordeiro (2002), “Presentes e Desconhecidos: Reflexões Socioantropológicas Acerca do Recente Fluxo Imigratório no Concelho de Loures”, *Sociologia, Problemas e Práticas*, (Online), (40), pp. 23-43. Disponível em: <https://goo.gl/eDUVai>
- Basilico, Matthew et al. (2013) “Health for All? Competing Theories and Geopolitics” em Paul Farmer et al. (orgs.), *Reimagining global health: An Introduction*, Berkeley, Los Angeles, Londres, University of California Press.

- Bastos, Cristiana (2009), “O Medo dos Imigrantes”, em Elsa Lechner (org.), *Migração, Saúde e Diversidade Cultural*, Lisboa, ICS.
- Beaud, Stéphane e Florence Weber (2007), *Guia Para a Pesquisa de Campo: Produzir e Analisar Dados Etnográficos*, Petrópolis, Vozes.
- Berg, Mette Louise (2006), “O Desafio de Encontrar e Definir ‘o Terreno’: Reflexões em Torno de uma Investigação Entre a Diáspora Cubana em Madrid”, em Antónia Pedroso de Lima e Ramon Sarró (orgs.), *Terrenos Metropolitanos: Ensaio sobre Produção Etnográfica*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais.
- Berger, Peter and Thomas Luckmann (1966), *The Social Construction of Reality: A Treatise in the Sociology of Knowledge*, New York, Irvington Publishers.
- Bernardo, Viegas de Sousa e Maria Virgínia Neto (2007), “PROSAUDESC - Juntar as Mãos Parra Promover e Defender a Saúde Pública”, *Migrações*, 1, pp. 187-194.
- Bernauer, James W. e Michael Mahon (2003), “Michel Foucault’s Ethical Imagination” em Gary Gutting (org.), *The Cambridge Companion to Foucault*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Biehl, João (2005), *Vita: Life in a Zone of Social Abandonment*, Berkeley, Los Angeles, London, University of California Press.
- Biehl, João (2008), “Antropologia do Devir: Psicofármacos – Abandono Social – Desejo”, *Revista de Antropologia*, (Online), 51, (2), pp. 413-448. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/41616502>
- Biehl, João (2013), “Ethnography in the Way of Theory”, *Cultural Anthropology*, (Online), 28, (4), pp. 573-597. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/cuan.12028/full>
- Biehl, João e Adriana Petryna (2013) (orgs.), *When people Come First: Critical Studies in Global Health*, Princeton e Oxford, Princeton University Press.
- Biehl, João e Amy Moran-Thomas (2009), “Symptom: Subjectivities, Social Ills, Technologies”, *Annual Review of Anthropology*, (Online), 38, pp. 267–88. Disponível em: <http://www.annualreviews.org/doi/full/10.1146/annurev-anthro-091908-164420>
- Biehl, João, Byron Good e Arthur Kleinman (2007), “Introduction: Rethinking Subjectivity” em em João Biehl, Byron Good e Arthur Kleinman (orgs.), *Subjectivity: Ethnographic Investigations*, University of California Press.
- Biehl, João e Peter Locke (2010), “Deleuze and the Anthropology of Becoming”, *Current Anthropology*, (Online), 51 (3), pp. 317-251. Disponível em: <http://www.journals.uchicago.edu/doi/abs/10.1086/651466>

- Brettell, Caroline (1978), *Já Chorei Muitas Lágrimas: Crónica de uma Mulher Portuguesa Imigrada em França: História de Vida de Maria Glória dos Santos*, Lisboa, Universidade Nova de Lisboa, Ciências Humanas e Sociais.
- Bordonaro, Lorenzo e Chiara Pussetti (2006), “Da Utopia à Nostalgia dos Migrantes: Percursos Migratórios entre Bubaque (Guiné) e Lisboa”, em Antónia Pedroso de Lima e Ramon Sarró (orgs.), *Terrenos Metropolitanos: Ensaio sobre Produção Etnográfica*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais.
- Bornstein, Erica (2003), *The Spirit of Development: Protestant NGOs, Morality, and Economics in Zimbabwe*, Palo Alto, Stanford University Press.
- Bornstein, Erica e Peter Redfield (2011) (orgs.), *Forces of Compassion: Humanitarianism Between Ethics and Politics*. Santa Fé, School for Advanced Research Press.
- Burchell, Graham, Collin Gordon e Peter Miller (1991), *The Foucault Effect: Studies in Governmentality*, Chicago, The University of Chicago Press.
- Cachado, Rita d’Ávila (2007), “Esboço de Luta em Espaços de Exceção: o Caso dos Hindus da Quinta da Vitória”, comunicação apresentada no encontro promovido pelo ISCTE “First International Conference of Young Urban Researchers”, realizado nos dias 11 e 12 de junho de 2007, Lisboa. Disponível em: <https://goo.gl/yHoow4>
- Cachado, Rita d’Ávila (2011), “Realojamento em Zonas de Fronteira Urbana. O caso da Quinta da Vitória, Loures”, *Fórum Sociológico*, (Online), 21, pp. 23-31. Disponível em: <http://journals.openedition.org/sociologico/425>
- Cachado, Rita d’Ávila (2013a), “O Registo Escondido num Bairro em Processo de Realojamento: o Caso dos Hindus da Quinta da Vitória”, *Etnográfica*, (Online), 17, (3), pp. 477-499. Disponível em: <http://journals.openedition.org/etnografica/3201>
- Cachado, Rita d’Ávila (2013b), “O Programa Especial de Realojamento. Ambiente histórico, político e social”, *Análise Social*, (Online), 206, pp. 134-152. Disponível em: <https://goo.gl/ELW5A6>
- Caldeira, Teresa (2000), *City of Walls: Crime, Segregation, and Citizenship in São Paulo*, Berkeley, Los Angeles e Londres, University of California Press.
- Caple James, Erica (2011), “Haiti, Insecurity, and the Politics of Asylum”, *Medical Anthropology Quarterly*, 25, (3), pp. 357-376. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1548-1387.2011.01165.x/full>
- Carapinheiro, Graça (1986), “A Saúde no Contexto da Sociologia”, *Sociologia - Problemas e Práticas*, 1, pp. 10-22.

- Challinor, Elizabeth (2012), “(Ir)responsible mothers? Cape Verdeans and Portuguese social care”, *International Journal of Migration, Health and Social Care*, (Online), 8 (1), pp. 12-21. Disponível em: <https://goo.gl/xhtZJo>
- Comaroff, Jane (2007), “Beyond Bare Life: AIDS, (Bio) Politics, and the Neoliberal Order”, *Public Culture*, 19, (1), pp. 197-219.
- Conrad, Peter e Joseph W. Schneider (1992), *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*. Philadelphia: Temple University Press.
- Corin, Ellen (2007), “The ‘Other’ of Culture in Psychosis: the Ex-Centricity of the Subject” em João Biehl, Byron Good e Arthur Kleinman (orgs.), *Subjectivity: Ethnographic Investigations*, University of California Press.
- Coutin, Susan Bibler (2003), “Cultural Logics of Belonging and Movement: Transnationalism, Naturalization, and U.S. Immigration Politics”, *American Ethnologist*, (Online), 30 (4), pp. 508-526. Disponível em: <https://goo.gl/7soGyQ>
- Csordas, Thomas J. (1990), “Embodiment as a Paradigm for Anthropology”, *Ethos*, (Online), 18, (1), pp. 5-47. Disponível em: <https://goo.gl/ec1bcz>
- Cruikshank, Barbara (1999), *The Will to Empower: Democratic Citizens and Other Subjects*. Ithaca e Londres, Cornell University Press.
- Cunha, Manuela Ivone (2008), “Disciplina, Controlo, Segurança: no Rasto Contemporâneo de Foucault” em Catarina Fróis (org.), *A Sociedade Vigilante: Ensaio Sobre Identificação, Vigilância e Privacidade*, Lisboa, ICS.
- Damásio, António (1994), *O Erro de Descartes: Emoção, Razão e o Cérebro Humano*, Lisboa, Publicações Europa-América.
- Das, Veena (1995) *Critical Events: An Anthropological Perspective on Contemporary India*, Delhi, Oxford University Press.
- Das, Veena (2008), “The Difficulty of Reality in Zones of Abandonment”, *BioSocieties*, (Online), 3 (3), pp. 344-346. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S174585520800625X>
- Das, Veena (2011), “State, Citizenship, and the Urban Poor”, *Citizenship Studies*, (Online), 15, (3-4), pp. 319-333. Disponível em: <https://goo.gl/ZNQp6C>
- Das, Veena (2015a), *Affliction: Health, Disease, Poverty*, Nova Iorque, Fordham University Press.

- Das, Veena (2015b), “Beyond Biopower: Psychiatry, Disorders of Desire, and Suicide Daughters of Parvati: Women and Madness in Contemporary India”, *Medical Anthropology Quarterly*, (Online), 29 (4). Disponível em: <https://goo.gl/HSVitP>
- Das, Veena e Deborah Poole (2004) (orgs.), *Anthropology in the Margins of the State*, Santa Fe, NM, School of American Research Press.
- Das, Veena e Ranendra K. Das (2007), “How the Body Speaks: Illness and the Lifeworld Among the Poor” em João Biehl, Byron Good e Arthur Kleinman (orgs.), *Subjectivity: Ethnographic Investigations*, University of California Press.
- Davies, Charlotte (1999), *Reflexive Interviews: A Guide to Researching Self and Others*, Londres e Nova Iorque, Routledge.
- DelVecchio Good, Mary-Jo *et al* (2008) (orgs.) *Postcolonial Disorders*, 8, Berkeley, Los Angeles, Londres, University of California Press.
- Deutscher, Penelope (2016), “On the Whole We Don't:” Michel Foucault, Veena Das and Sexual Violence, *Critical Horizons*, (Online), 17, (2), pp. 186-206. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/14409917.2016.1153889>
- Dias, Sónia e Aldina Gonçalves (2007), “Imigração e Saúde” em Sónia Dias (org.), *Migrações*, 1, Lisboa, ACIDI.
- Dreyfus, Hubert e Paul Rabinow (2014), *Michel Foucault: Beyond Structuralism and Hermeneutics*. Chicago, University of Chicago Press.
- Fadiman, Anne (1997), *The Spirit Catches You and You Fall Down: a Hmong Child, her American Doctors, and the Collision of Two Cultures*, Nova Iorque, Farrar, Straus e Giroux.
- Farmer, Paul (2003), *Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor*, Berkeley, Los Angeles, London, University of California Press.
- Farmer, Paul (2004), “An Anthropology of Structural Violence”, *Current Anthropology*, (Online), 45, (3), pp. 305-325.” Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/10.1086/382250>
- Farmer, Paul *et al.* (2013), “Introduction: A Biosocial Approach to Global Health” em Paul Farmer *et al.* (orgs.), *Reimagining global health: an introduction*, Berkeley, Los Angeles, Londres, University of California Press.
- Fassin, Didier (2000), “La Supplique. Stratégies Rhétoriques et Constructions Identitaires dans les Demandes d'Aide d'Urgence”, *Annales. Histoire, Sciences sociales*, (Online), 55, (5), pp. 953-981. Disponível em: [http://www.persee.fr/doc/ahess\\_0395-2649\\_2000\\_num\\_55\\_5\\_279895](http://www.persee.fr/doc/ahess_0395-2649_2000_num_55_5_279895)

- Fassin, Didier (2001), "The Biopolitics of Otherness: Undocumented Foreigners and Racial Discrimination in French Public Debate", *Anthropology Today*, (Online), 17, (1), pp. 3-7. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/2678317>
- Fassin, Didier (2005), "Compassion and Repression: the Moral Economy of Immigration Policies in France", *Cultural Anthropology*, (Online), 20, (3), pp. 362-87. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1525/can.2005.20.3.362/full>
- Fassin, Didier (2007), *When Bodies Remember: Experiences and Politics of AIDS in South Africa*. Berkeley, Los Angeles e Londres, University of California Press.
- Fassin, Didier (2009), "Another Politics of Life Is Possible", *Theory, Culture & Society*, (Online), 26, (5), pp. 44-60. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0263276409106349>
- Fassin, Didier (2010), "Ethics of Survival: a Democratic Approach to the Politics of Life", *Humanity: An International Journal of Human Rights, Humanitarianism, and Development*, (Online), 1, (1), pp. 81-95. Disponível em: <https://www.sss.ias.edu/files/pdfs/Fassin/Ethics-of-survival.pdf>
- Fassin, Didier (2011), "Policing Borders, Producing Boundaries: The Governmentality of Immigration in Dark Times", *Annual Review of Anthropology*, (Online), 40, pp. 213-26. Disponível em: <https://goo.gl/ZkMBvx>
- Fassin, Didier (2012a). *Humanitarian Reason: a Moral History of the Present*, Berkeley, Los Angeles, London, University of California Press.
- Fassin, Didier (2012b) (org.), *A Companion to Moral Anthropology*. West Sussex, John Wiley & Sons.
- Fassin, Didier e Richard Rechtman (2005), "An Anthropological Hybrid: The Pragmatic Arrangement of Universalism and Culturalism in French Mental Health", *Transcultural Psychiatry*, (Online), 42, (3), pp. 347-366. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1363461505055620>
- Fassin, Didier e Richard Rechtman (2009), *The Empire of Trauma: An Inquiry into the Condition of Victimhood*. Princeton e Oxford, Princeton University Press.
- Feldman, Ilana e Miriam Ticktin (2010) (orgs.), *In the Name of Humanity: The Government of Threat and Care*, Durham e Londres, Duke University Press.
- Ferguson, James (1994), *The Anti-Politics Machine: "Development," Depoliticization, and Bureaucratic Power in Lesotho*, Minneapolis, University of Minnesota Press.
- Ferguson, James (2010), "The uses of neoliberalism", *Antipode*, (Online), 41, (s1), pp. 166-184. Disponível em: <https://goo.gl/1ov3rU>

- Ferreira, Júlio e Chiara Pussetti (2009), “Propostas para um Serviço Psicoterapêutico com Competência Antropológica” em Chiara Pussetti (org.), *Migrantes e Saúde mental. A Construção da Competência Cultural*, Lisboa, ACIDI, IP.
- Fortin, Marie (2000), *O Processo de Investigação. Da conceção à Realização*, Loures, LusoCiência.
- Foucault, Michel (1994 [1976]). *História da Sexualidade I – A Vontade de Saber*, Lisboa, Relógio D’Água.
- Foucault, Michel (1994 [1984]). *História da Sexualidade III – O Cuidado de Si*, Lisboa, Relógio D’Água.
- Foucault, Michel (2010 [1972]), *História da Loucura na Idade Clássica*, São Paulo, Editora Perspectiva.
- Foucault, Michel (2010 [1975]), *Vigiar e Punir*, Rio de Janeiro, Vozes.
- Foucault, Michel (2012 [1969]), *The Archaeology of Knowledge*, London, Vintage Books.
- Garcia, Angela (2010), *The Pastoral Clinic: Addiction and Dispossession Along the Rio Grande*, Berkeley, Los Angeles, London, University of California Press.
- GARSE (s.a.), *Imigração no concelho de Loures*, Loures, Câmara Municipal de Loures.
- Gellner, David Eric Hirsch (2001) (orgs.), *Inside Organizations – Anthropologists at Work*. Oxford e Nova Iorque, Berg.
- Goode, Erich e Nachman Ben-Yehuda (1994), “Moral Panics: Culture, Politics, and Social Construction”, *Annual Review of Sociology*, (Online), 20, (1), pp. 149-171. Disponível em: <http://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.so.20.080194.001053>
- Góis, Pedro e Marques, José Carlos (2009), “Portugal as a Semi-peripheral Country in the Global Migration System”, *International Migration*, (Online), 47, (3), pp. 21-50. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-2435.2009.00523.x/full>
- Guerra, Isabel (2006), *Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo - sentidos e formas de uso*, Estoril, Príncípa Editora.
- Gusmão, Ricardo (2005), *Depressão: Detecção, Diagnóstico e Tratamento: Estudo de Prevalência e Despiste das Perturbações Depressivas nos Cuidados de Saúde Primários*. Tese de Doutoramento em Medicina, Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa, Universidade Nova de Lisboa.
- Han, Clara (2012), *Life in Debt: Times of Care and Violence in Neoliberal Chile*, Berkeley, Los Angeles, Londres, University of California Press.

- Hanna, Bridget e Arthur Kleinman (2013), “Unpacking Global Health: Theory and Critique” em Paul Farmer *et al.* (orgs.), *Reimagining Global Health: An Introduction*, Berkeley, Los Angeles, Londres, University of California Press.
- Heller, Kevin John (1996) “Power, Subjectification and Resistance in Foucault”, *SubStance*, (Online), 25 (1), pp. 78-110. Disponível em: <https://goo.gl/EZTaoM>
- Henriques, Maria Adelina (2012), “A Imigração PALOP em Portugal. O Caso dos Doentes Evacuados”, *Fórum Sociológico*, 22, pp. 53-62. Disponível em: <http://journals.openedition.org/sociologico/573>
- Inda, Jonathan Xavier (2000), “A Flexible World: Capitalism, Citizenship, and Postnational Zones”, *PoLAR: Political and Legal Anthropology Review*, (Online), 23, (1), pp. 86-102. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1525/pol.2000.23.1.86/full>
- Inda, Jonathan Xavier (2006), “Border prophylaxis: Technology, illegality, and the government of immigration”, *Cultural Dynamics*, (Online), 18, (2), pp. 115-138. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/09213740060666695>
- Índias Cordeiro, Graça (2010), “As Cidades Fazem-se Por Dentro: Desafios de Etnografia Urbana”, *Cidades-Comunidades e Territórios*, 20-21, pp. 111-121.
- Jenkins, Janis (1988), “Conceptions of Schizophrenia as a Problem of Nerves: a Cross-Cultural Comparison of Mexican-Americans and Anglo-Americans”, *Social science & medicine*, (Online), 26, (12), pp. 1233-1243. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0277953688901554>
- Jenkins, Janis (2010) (org.), *Pharmaceutical Self: The Global Shaping of Experience in an Age of Psychopharmacology*, Santa Fe, SAR Press.
- Jordan, Brigitte (1978), *Birth in Four Countries: A Cross-Cultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States*, Montreal, Canada, Eden Press Women’s Publication, Inc.
- Josephides, Lisette (2003), “The Rights of Being Human”, em Richard Wilson e Jon P. Mitchell (orgs.), *Human Rights in Global Perspective: Anthropological Studies of Rights, Claims and Entitlements*, Londres, Routledge.
- Kalckmann, Suzana et al. (2007), “Racismo Institucional: Um Desafio Para a Equidade no SUS?”, *Saúde e sociedade*, (Online), 16, (2), pp. 146-155. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/7532>
- Keshavjee, Salmaan (2014), *Blind spot: How Neoliberalism Infiltrated Global Health*, Berkeley, Los Angeles e Londres, University of California Press.

- Kleinman, Arthur (1978), “Concepts and a Model for the Comparison of Medical Systems as Cultural Systems”, *Social Science & Medicine. Part B: Medical Anthropology*, 12, (Online), pp. 85-93. Disponível em: <https://goo.gl/BZ7PVy>
- Kleinman, Arthur (1988), *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition*, Nova Iorque, Basic Books.
- Kleinman, Arthur (2008), “Catastrophe and Caregiving: The Failure of Medicine as an Art”, *The Lancet*, (Online), 371, (9606), pp. 292-293. Disponível em: <https://goo.gl/nR1gJe>
- Kleinman, Arthur (2009), “Caregiving: The Odyssey of Becoming More Human”, *The Lancet*, (Online), 373, pp. 292-293. Disponível online: <https://goo.gl/Cdce1f>
- Kleinman, Arthur (2012), “The Art of Medicine: Caregiving as Moral Experience”, *The Lancet*, (Online), 380, pp. 1550-1551. Disponível online: <https://goo.gl/PUiDkL>
- Kleinman, Arthur e Erin Friz-Henry (2007), “The Experiential Basis of Subjectivity: How Individuals Change in the Context of Societal Transformations” em João Biehl, Byron Good e Arthur Kleinman (orgs.), *Subjectivity: Ethnographic Investigations*, University of California Press.
- Kleinman, Arthur, Veena Das e Margaret Lock (1997) (orgs.), *Social Suffering*, Berkeley, Los Angeles, London, University of California Press.
- Kundera, Milan (1984), *The Novel and Europe*, The New York Review of Books, 31, 15-19.
- Lechner, Elsa (2007), “Imigração e Saúde mental” em Sónia Dias (org.), *Migrações*, (Online), 1, Lisboa, ACIDI.
- Lechner, Elsa (2009) (org.), *Migração, Saúde e Diversidade Cultural*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais.
- Lechner, Elsa (2014), “Pesquisa Biográfica Junto de Imigrantes em Portugal: Experiência de Pesquisa Participativa e Relevância Analítica dos Testemunhos Privados”, *História*, (Online), 33, (1), p. 97-108. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/2210/221031471006/>
- LeCompte, Margaret e Jean Schensul (1999), *Analysing and Interpreting Ethnographic Data. Ethnographer's Toolkit*, 5, Walnut Creek, Londres, Nova Deli, Altamira Press.
- Lemke, Thomas (2005), “A Zone of Indistinction” - A Critique of Giorgio Agamben's Concept of Biopolitics. *Outlines. Critical Practice Studies*, (Online), 7, (1), pp. 3-13. Disponível em: <https://tidsskrift.dk/index.php/outlines/article/view/2107>

- Lock, Margaret e Nancy Scheper-Hughes (1987), “The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology”, *Medical Anthropology Quarterly*, (Online), 1, (1), pp. 6-41. Disponível em: <https://goo.gl/uXfEMH>
- Lock Margaret e Nancy Scheper-Hughes (1990), “A Critical-Interpretive Approach in Medical Anthropology: Rituals and Routines of Discipline and Dissent”, *Medical anthropology: Contemporary theory and method*, 3, pp. 47-73.
- Lock, Margaret e Nancy Scheper-Hughes (1991), “The Message in the Bottle: Illness and the Micropolitics of Resistance”, *The Journal of Psychohistory*, 18, (4), pp. 409-432. Disponível em: <https://goo.gl/zP2sdc>
- Low, Setha M. (1981) “The Meaning of Nervios: a Sociocultural Analysis of Symptom Presentation in San Jose, Costa Rica”, *Culture, Medicine and Psychiatry*, (Online), 5 (1), pp. 25–47. Disponível em: <https://goo.gl/UtCps7>
- Machado, Igor Renó (2009), *Cárcere Público: Processos de Exotização Entre Brasileiros no Porto*, Lisboa, ICS.
- Machado, Maria do Céu, Filipa Pereira e Sílvia Machaqueiro (2010), “Approaches to Migrant Health in Portugal”, *Eurohealth*, (Online), 16 (1). Disponível em: <https://goo.gl/tmghWi>
- Malkki, Liisa H. (2015). *The Need to Help: The Domestic Arts of International Humanitarianism*, Durham e Londres, Duke University Press.
- Malinowski, Bronislaw (1975 [1922]), *Los Argonautas del Pacífico Occidental: Un estudio Sobre Comercio y Aventura Entre los Indígenas de los Archipiélagos de la Nueva Guinea Melanésica*, Barcelona, Edicions 62.
- Mapril, José (2006), “Passageiros de Schengen: a Dialética Entre Fluxo e Encerramento no Trabalho de Campo”, em Antónia Pedroso de Lima e Ramon Sarró (orgs.), *Terrenos Metropolitanos: Ensaios sobre Produção Etnográfica*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais.
- Mapril, José e Susana Matos Viegas (2012), “Mutualidade e Conhecimento Etnográfico”. *Etnográfica*, (Online), 16 (3), pp. 513-524. Disponível em: <http://journals.openedition.org/etnografica/2104>
- Marôpo, Lídia (2014), “Identidade e Estigmatização: as Notícias na Perceção de Crianças e Jovens de um Bairro de Realojamento”, *Análise Social*, (Online), 210, pp. 104-127. Disponível em: <https://goo.gl/43LtKL>
- Martínez Veiga, Ubaldo (2006), “Etnografia e Pequenas Verdades de Facto: Notas desde El Ejido”, em Antónia Pedroso de Lima e Ramon Sarró (orgs.), *Terrenos Metropolitanos: Ensaios sobre Produção Etnográfica*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais.

- Mbembe, Achille. (2008), “Necropolitics”, *Foucault in an Age of Terror*, pp. 152-182. Disponível em: [https://link.springer.com/chapter/10.1057/9780230584334\\_9](https://link.springer.com/chapter/10.1057/9780230584334_9)
- Miagusko, Edson (2014), “A Produção das Margens do Estado no Centro de São Paulo: Sem-teto nas Ruínas de um Presídio Abandonado”, *Etnográfica*, 18, (1), pp. 33-52. Disponível em: <http://journals.openedition.org/etnografica/3329>
- Navaro-Yashin, Yashin (2007), “Make-Believe Papers, Legal Forms and the Counterfeit: Affective Interactions Between Documents and People in Britain and Cyprus”, *Anthropological Theory*, (Online), 7, (1), pp. 79-98. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1463499607074294>
- O’Farrell, Clare (2005), *Michel Foucault*, Londres, *Thousand Oaks*, Nova Delhi, Sage Publications.
- O’Neill, Brian Juan (2003), “Histórias de Vida de Professores: a Propósito do Livro de Ricardo Vieira”, *Educação, Sociedade e Culturas*, (19), pp. 227-243.
- Ong, Aihwa (2005), “(Re) Articulations of Citizenship”, *PS: Political Science & Politics*, (Online), 38(4), pp. 697-699. Disponível em: <https://goo.gl/qoE45H>
- Ortner, Sherry B. (2016), “Dark Dnthropology and its Others: Theory Since the Eighties”, *HAU: Journal of Ethnographic Theory*, (Online), 6, (1), pp. 47-73. Disponível em: <https://www.haujournal.org/index.php/hau/article/view/hau6.1.004>
- Padilla, Beatriz e Filipa Palma (2004), “Portugal: Idyllic relations of Brazilian Migrants / Portugal: O Idílio dos Imigrantes Brasileiros”, *Médicos do Mundo On-line*.
- Patriarca, Madalena (2012), “Como nos Tornamos Antropólogos? Imprevisto e Mutualidade na Constituição do Terreno Etnográfico da Saúde Mental em Lisboa”, *Etnográfica*, (Online), 16 (3), pp. 589-618. Disponível em: <http://journals.openedition.org/etnografica/2130>
- Pedroso de Lima, Antónia e Ramon Sarró (2006), “Já dizia Malinowski: Sobre as Condições da Possibilidade da Produção Etnográfica”, em Antónia Pedroso de Lima e Ramon Sarró (orgs.), *Terrenos Metropolitanos: Ensaio sobre Produção Etnográfica*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais.
- Peirano, Mariza (1998), “When Anthropology is at Home: The Different Contexts of a Single Discipline”, *Annual Review of Anthropology*, (Online), 27, pp. 105–28. Disponível em: <http://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.anthro.27.1.105>
- Pereira, Luís Silva e Chiara Pussetti (2009) (orgs.), *Os Saberes da Cura: Antropologia da Doença e Práticas Terapêuticas*, Lisboa, ISPA.

- Perloff, Richard et al. (2006), “Doctor-Patient Communication, Cultural Competence, and Minority Health: Theoretical and Empirical Perspectives”, *American Behavioral Scientist*, (Online), 49, (6), pp. 835-852. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0002764205283804>
- Pina Cabral, João de (2003), “Semelhança e Verossimilhança: Horizontes da Narrativa Etnográfica”, *Mana*, (Online), 9 (1), pp. 109-122. Disponível em: <https://goo.gl/PPG6t2>
- Pina Cabral, João de (2006), “Reflexões Finais”, em Antónia Pedroso de Lima e Ramon Sarró (orgs.), *Terrenos Metropolitanos: Ensaios sobre Produção Etnográfica*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais.
- Pinto, Cristiano (2011), “Contributos para a Integração das Comunidades Imigrantes na Sociedade de Acolhimento”, comunicação apresentada no encontro promovido pela CML “As comunidades Imigrantes em Loures”, realizado no dia 17 de maio de 2001, Loures.
- Pinto, Sarah (2009), “Crises of Commitment: Ethics of Intimacy, Kin, and Confinement in Global Psychiatry”, *Medical Anthropology*, (Online), 28 (1), pp. 1-10. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/01459740802631718>
- Poirier, Jean, Simone Clapier-Valladon e Paul Raybaut (1999 [1983]). *Histórias de vida: teoria e prática*, Oeiras, Celta.
- Portas, Nuno (1986), “O Processo SAAL: Entre o Estado e o Poder Local”, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, (Online), 18, 19, 20. Disponível em: <https://goo.gl/cwghLi>
- Pussetti, Chiara (2006), “A Patologização da Diversidade: Uma Reflexão Antropológica Sobre a Noção de Culture-Bound Syndrome”, *Etnográfica*, (Online), 10, (1). Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/3723/372339147001/>
- Pussetti, Chiara (2009a), “Corpos em Trânsito e Sofrimento Psíquico”, em Chiara Pussetti (org.), *Migrantes e Saúde Mental. A Construção da Competência Cultural*, Lisboa, ACIDI, IP.
- Pussetti, Chiara (2009b), “Antropologia das Emoções e das Perturbações Emocionais: uma Introdução Crítica à Psiquiatria Transcultural”, em Chiara Pussetti (org.), *Migrantes e Saúde Mental. A Construção da Competência Cultural*, Lisboa, ACIDI, IP.
- Pussetti, Chiara (2009c), “Biopolíticas da Depressão nos Imigrantes Africanos”, em Chiara Pussetti (org.), *Migrantes e Saúde mental. A Construção da Competência Cultural*, Lisboa, ACIDI, IP.
- Pussetti, Chiara (2010), “Ethnographies of New Clinical Encounters: Immigrant’s Emotional Struggles and Transcultural Psychiatry in Portugal”, *Etnográfica*, (Online), 14 (1), pp. 115-133. Disponível em: <http://journals.openedition.org/etnografica/174>

- Pussetti, Chiara (2015), “As Razões do Coração: Entre Neurociências Culturais e Antropologia das Emoções”, *RBSE - Revista Brasileira de Sociologia da Emoção*, (Online), 12, pp 23-41. Disponível em: <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/20800>
- Pussetti, Chiara e Micol Brazzabeni, (2011), “Sofrimento Social: Idiomas da Exclusão e Políticas do Assistencialismo”, *Etnográfica*, (Online), 15, (3), pp. 467-478. Disponível em: <http://journals.openedition.org/etnografica/1036>
- Pussetti, Chiara e Vítor Barros (2012a), “The Care of the Immigrant Self: Technologies of Citizenship and the Healthcare Sector”, *International Journal of Migration, Health and Social Care*, (Online), 8, (1), pp. 42-50. Disponível em: <http://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/17479891211231400>
- Pussetti, Chiara e Vítor Barros (2012b), “Outros Corpos: Imigração, Saúde e Etnopolíticas da Cidadania”, *Fórum Sociológico*, (Online), 22, pp. 23-31. Disponível em: <http://journals.openedition.org/sociologico/691>
- Quivy, Raymond e Luc Van Campenhoudt (2008 [1998]), *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, Lisboa, Gradiva.
- Rabinow, Paul Nikolas Rose (2006), “Biopower Today”, *BioSocieties*, (Online), 1, (2), pp. 195-217. Disponível em: <https://goo.gl/j64bUV>
- Raposo, Paulo e Paula Togni (2009), *Fluxos Matrimoniais Transnacionais entre Brasileiras e Portugueses*, Lisboa, ACIDI, IP.
- Robbins, Joel (2013), “Beyond the Suffering Subject: Toward an Anthropology of the Good”, *Journal of the Royal Anthropological Institute*, (Online), 19 (3), pp. 447-462. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1467-9655.12044/full>
- Rodrigues, Camila (2012), “O Envolvimento dos Moradores nos Programas de Realojamento no Portugal Democrático”, *Configurações. Revista de sociologia*, (Online), (9), pp. 181-193. Disponível em: <http://journals.openedition.org/configuracoes/1181>
- Rose, Nikolas (1999 [1989]), *Governing the Soul – The Shaping of the Private Self*, Londres e Nova Iorque, Free Association Book.
- Rose, Nikolas (1999), *Powers of Freedom: Reframing Political Thought*, Cambridge, Cambridge University press.
- Sanabria, Emília (2009), “The Politics of Menstrual Suppression in Brazil”, *Anthropology News*, (Online), 50 (2), pp. 6-7. Disponível em: <https://goo.gl/oc8Kjy>
- Sanjek, Roger (1990) (org.), *Fieldnotes: The Makings of Anthropology*. Ithaca e Londres, Cornell University Press.

- Santinho, Cristina (2005), “Os Determinantes Socioculturais da Saúde e os Contextos Específicos da Pobreza, Minorias Étnicas e Imigrantes”, *Revista Lusófona de Ciências e Tecnologias da Saúde*, (Online), 2, (2). Disponível em: <https://goo.gl/L3muEK>
- Santinho, Cristina (2011), “A Aceitação das Diferenças e a Universalidade dos Direitos Humanos”, comunicação apresentada no encontro promovido pela CML “As Comunidades Imigrantes em Loures”, realizado no dia 17 de maio de 2001, Loures.
- Santinho, Cristina (2012), “A Importância da Competência Cultural no Atendimento de Saúde a Refugiados e Requerentes de Asilo”, *Fórum Sociológico*, (Online), (22), pp. 73-81. Disponível em: <http://journals.openedition.org/sociologico/594>
- Santinho, Cristina (2016), *Refugiados e Requerentes de Asilo em Portugal: Contornos Políticos no Campo da Saúde*, 48, Lisboa, ACM.
- Santos, Felicia (2006), “Foucault and Social Science”, *Sociedad (Buenos Aires)*, (Online), 1 (SE). Disponível em: <https://goo.gl/G5uXyS>
- Saraiva, Clara, 2010, “Filhas de santo: rituais, terapias e diálogos afro-brasileiros em Portugal”, em Philip Havik, Clara Saraiva e José A. Tavim (orgs.), *Caminhos Cruzados em História e Antropologia. Estudos de Homenagem a Jill Dias*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais.
- Schinkel, Willem (2009), “‘Illegal aliens’ and the State, or: Bare Bodies vs the Zombie”, *International Sociology*, (Online), 24, (6), pp. 779-806. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0268580909343494>
- Scholze, Alessandro, Carlos Duarte Júnio e Yolanda Silva (2009), “Trabalho em Saúde e a Implantação do Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: Afeto, Empatia ou Alteridade?”, *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, (Online), 13, (31), pp. 303-14. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/1801/180115444006/>
- Shim, Janet (2010), “Cultural Health Capital: A Theoretical Approach to Understanding Health Care Interactions and the Dynamics of Unequal Treatment”, *Journal of Health and Social Behavior*, (Online), 51, (1), pp. 1-15. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0022146509361185>
- Sen, Amartya (2005), “Human Rights and Capabilities”, *Journal of Human Development*, (Online), 6 (2), pp. 151-166. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14649880500120491>
- Sen, Amartya (2009), *The Idea of Justice*, Cambridge, MA, Harvard University Press.
- Spijkerboer, Thomas (2007), “The Human Costs of Border Control”, *European Journal of Migration and Law*, 9, (1), pp. 127-139.

- Spira, Vinícius (2012), “Rita D’Avila Cachado. Uma Etnografia na Cidade Alargada. Hindus da Quinta da Vitória em Processo de Realojamento”, *Ponto Urbe*, (Online), 10, pp. 2-5. Disponível em: <http://journals.openedition.org/pontourbe/316>
- Spradley, James (1979), *Ethnographic Interview*, Nova Iorque, Holt, Rinehart & Winston.
- Stern, Alexandra Minna (1999), “Buildings, Boundaries, and Blood: Medicalization and Nation-Building on the US-Mexico Border, 1910-1930”, *The Hispanic American Historical Review*, (Online), 79, (1), pp. 41-81. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/2518217>
- Ticktin, Miriam (2011), *Casualties of Care: Immigration and the Politics of Humanitarianism in France*. Berkeley, Los Angeles e Londres, University of California Press.
- Turner, Terence (1997), “Human Rights, Human Difference: Anthropology's Contribution to an Emancipatory Cultural Politics”, *Journal of Anthropological Research*, (Online), 53, (3), pp. 273-291. Disponível em: <https://goo.gl/HdN3MX>
- Vacchiano, Francesco (2014), “Para Além das Fronteiras e dos Limites: Adolescentes Migrantes Marroquinos entre Desejo, Vulnerabilidade e Risco”, *Saúde e Sociedade*, (Online), 23, (1), pp. 17-29. Disponível em: <http://www.journals.usp.br/sausoc/article/view/84845>
- Vieira, Ana e Andreia Coutinho (s.a.), “O Processo SAAL: Arquitetura e Participação 1974 - 1976, Catálogo da Exposição, Porto, Fundação de Serralves.
- Vieira, Isabel (2011), “Pensar Global, Agir Local; Pensar Local, Agir Global”, comunicação apresentada no encontro promovido pela CML “As comunidades imigrantes em Loures”, realizado no dia 17 de maio de 2001, Loures.
- Wilson, Richard (2001), “Human Rights and the Politics of Culture”. *PoLAR: Political and Legal Anthropology Review*, (Online), 24, (2), pp. 126-136. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1525/pol.2001.24.2.126/full>
- Winterson, Jeanette (2014 [1985]), *Oranges Are Not The Only Fruit*, Londres, Vintage Books.
- Whyte, Susan Reynolds (2009), “Health Identities and Subjectivities”, *Medical anthropology quarterly*, (Online), 23, (1), pp. 6-15. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1548-1387.2009.01034.x/full>
- Young, Allan (1982), *The Anthropology of Illness and Sickness*, *Annual Review of Anthropology*, (Online), (11), pp. 257-285. Disponível em: <http://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.an.11.100182.001353?journalCode=anthro>

Young, Allan (1997), *The Harmony of Illusions: Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*. Princeton e Oxford, Princeton University Press.

## **Fontes Primárias: Legislação**

Despacho do Ministério da Saúde n.º 25.360/01 de 12 de dezembro

Decreto-lei n.º 264-B/1981 de 3 de setembro

Decreto-lei n.º 163/1993 de 7 de maio

Decreto-lei n.º 224/1998 de 28 de setembro

Decreto-lei n.º 244/1998 de 8 de agosto

Decreto-lei n.º 35/1999 de 5 de fevereiro

Decreto-lei n.º 4/2001 de 10 de janeiro

Decreto-lei n.º 218/2017 de 29 de maio

Decreto-lei 304/2009 de 22 de outubro

Decreto-lei n.º 8/2010 28 de janeiro

Lei n.º 37/1981 de 3 de outubro

Lei n.º 36/1998 de 24 de julho

Lei n.º 23/2007 de 4 de julho

Resolução do Conselho de Ministros, n.º 49/2008 de 6 de março

## **Webgrafia**

### **Alto Comissariado para as Migrações**

[www.acm.gov.pt](http://www.acm.gov.pt)

### **Blogue Jugular**

[www.jugular.blogspot.sapo.pt](http://www.jugular.blogspot.sapo.pt)

### **Cooperativa António Sérgio para Economia Social**

[www.cases.pt](http://www.cases.pt)

**Diário de Notícias**

<https://www.dn.pt/portugal/interior/ministerio-extingue-alto-comissariado-da-saude-1728582.html>

**Instituto Nacional de Estatística**

[www.ine.pt](http://www.ine.pt)

**Infopedia**

[www.infopedia.pt](http://www.infopedia.pt)

**Parlamento Português**

[www.parlamento.pt](http://www.parlamento.pt)

**PROSAUDESC**

[www.prosaudesc.pt](http://www.prosaudesc.pt)

**Público**

[www.publico.pt](http://www.publico.pt)

**Santa Casa da Misericórdia de Lisboa**

[www.scml.pt](http://www.scml.pt)

# Apêndice A

## Guião de entrevista semi-diretiva aos utentes da PROSAUDESC

- Fale-me um pouco das razões que o levaram a emigrar para Portugal.
- Quando chegou a Portugal procurava encontrar-se com alguém que o ajudasse a estabelecer-se?
- Como foi recomeçar a sua vida por cá?
- Como era viver no bairro antigo?
- Como decorreu para si o realojamento?
- O que o levou a procurar a PROSAUDESC?
- Como se sente face ao apoio que recebe da associação?

# Apêndice B

## Guião de entrevista semi-diretiva às técnicas da PROSAUDESC

- Como começou a trabalhar na associação?
- Como descreve tipo de trabalho que desenvolve na PROSAUDESC?
- Que ideia tinha sobre o trabalho que iria realizar na associação?
- Em que difere o trabalho realizado nesta associação do que aprendeu na sua formação?
- Considera que a sua ação aqui contribui mais para a integração e normalização dos comportamentos ou para a autonomia e participação dos utentes?
- O que espera retirar no futuro deste estágio?

# Apêndice C

## Excertos das entrevistas à D. Lígia

- Mas como é que tem corrido a... [terapia] sente-se bem? Sente-se aliviada de conversar?
- Sim, sim, sim. Às vezes há coisas que custa uma pessoa falar, há outras coisas que é mais fácil, não é? Mas pronto, custa um bocado mas depois...
- Desde que aconteceu o acidente a D. Lígia não tinha falado com ninguém?
- Não. Tive uma psicóloga no hospital, depois tive no Júlio de Matos e na altura era muito... coisas que eu às vezes evitava conversar.
- Não estava ainda preparada para conversar.
- Não, não, não.
- E agora já se passaram 3 ou 4 anos não foi?
- Sim, sim, sim. Já há coisas que pronto, que já é mais fácil falar. Que também já causam sequela. Outras coisas que ela já pediu para mim fazer. No caso que tem uma carta que nunca soube o que é que tem na carta.
- Então passo a passo vai fazendo...
- Sim, sim, sim.
- Ainda bem. E agora vai passar a ter consultas de 15 em 15 dias.
- Sim. Agora só temos na próxima semana. Eu estou aqui, vou dando voltas a mais voltas...
- O que é que faz durante o seu dia a dia?
- Faço... cuido da casa. Por acaso estava a ver o que é que eu vou fazer de almoço. Está muito calor. O Rodolfo tem que tomar bastantes líquidos.
- [...]
- E os seus outros meninos mais velhos que idade é que eles têm?
- 14. Um faz 14 e o outro faz 16 em Novembro.

- [...]
- De onde exatamente é que é?
- Sou de Luanda.
- Já veio para cá há muito tempo então?
- Estou aqui há 18 anos.
- Que idade é que tinha quando veio?
- Tinha 18. Já estou aqui quase há 19 anos.
- E o que é que a motivou a vir para cá?
- Vim passear, tinha um irmão aqui, tinha um cunhado que na altura trabalhava na embaixada, era côsul... e fui motivando, fica, fica. E fui ficando até hoje.
- E veio morar logo para aqui ou foi para outro sítio?
- Não, vivi em Telheiras, vivi em Benfica, vivi em Camarate, aqui próximo depois é que eu vim para aqui.
- Como é que conseguiu aqui a casa?
- Nós viemos do bairro antigo, senão não conseguia aqui a casa. Fiquei lá uns 4 ou 5 anos. Inclusive, os meus 3 filhos nasceram lá. O Rodolfo é que nasceu e ficou uns dias, depois é que viemos logo para aqui.
- Por acaso gostava de saber como é que as pessoas passaram da Quinta do Mocho para aqui, como é que se deu essa mudança, como viveu isso.
- Pois, a mudança foi boa (risos).
- É que eu não me lembro sequer da Quinta do Mocho, aquilo já foi há uma data de anos.
- Pois é, nós já estamos aqui há 9 anos. Saímos de lá em 2001.
- E como é foi? Viram a casa a ser construída?
- Sim, vimos. Fizemos os censos, estávamos lá... porque vão-nos tirar porque os prédios eram assim meio degradados. Bom, as condições fomos nós que criámos, cada um criava as suas condições para estar a viver.
- E o sítio onde morava a D. Lígia era... não gostava, tinha condições más?
- Não tinha grandes condições. Tinha água, tinha luz. No princípio não tinha assim nada disso. Tinha casa de banho, mas foi-se arranjando, construindo... e fomos lá vivendo até ao dia em que saímos que foi muito bom. Sair dali para vir para aqui.

- E quando se viu aqui nesta casa como é que foi? A sua casa é muito gira, é grande, é espaçosa.
- Pois é. Então nunca me esqueci quando vim para aqui. Eu disse à técnica que veio dar-me a chave. Eu disse “uau!” e ela partiu-se a rir.
- É uma boa casa.
- Realmente, é uma casa totalmente espaçosa.
- E quando veio para cá ainda estava casada ou não?
- Estava.
- O seu... é o pai dos meninos todos? Ele ainda mora cá no bairro, não mora?
- Sim, vive.
- E ele veio consigo nessa altura?
- Não, já estávamos assim meio.. já não estávamos bem. O Rodolfo também... nasceu naquela coisa de tentarmos reconciliar, olha, veio o Rodolfo! Porque o plano era só o Gelson e o Evandro, mas é bem vindo.
- E ele gosta muito do pai, não é? A Mariana disse-me.
- É, ele gosta muito do pai.
- E o pai continua a vir visitá-los, dá-se com eles...?
- Sim, sim, nem tanto, mas aparece de vez em quando. Às vezes o Rodolfo vem e me pergunta “tem saldo?” e eu pergunto assim “para quê?”. E ele para mim “deixa-me só falar com o meu pai” ou “deixa-me só kravar ele”. Ele também faz assim e de vez em quando eles falam.
- E ele mora aqui perto então.
- Mora, mora lá do outro lado de lá, já quase a sair do bairro.
- [...]
- E ele apoia-a?
- Não, eu até o tinha metido no tribunal.
- Pois é, a D. Lígia tem a questão da pensão. E já está regularizado?
- No mês passado ele veio, no fim... não sei se porque o Rodolfo fazia anos que ele depois preocupou-se que ainda apareceu aqui e trouxe-me dinheiro. Isso foi até no dia 28 do mês de Junho.

- Já foi há mais de um mês...
- E ficou assim, já estamos em Agosto.
- Não é assim muito certo...
- Pois é.
- Até ao tribunal interferir...
- É, é.
- E ele faz o quê?
- Ele está na construção civil.
- E a D. Lúcia antes de ter o acidente fazia o quê?
- Trabalhava em refeitório.
- Era cozinheira?
- Cozinheira não, era empregada de refeitório. Fazia de tudo um pouco.
- [...]
- E gostava de fazer isso?
- Gostava, eu gosto muito de cozinhar. Sabe que nós somos imigrantes, não temos muitas possibilidades de trabalho. O que aparecer a gente vai fazendo.
- [...]
- Costuma ir regularmente a Angola?
- Quando foi a última vez que lá foi?
- No ano de passado, 2008.
- Vai visitar família?
- Sim, gosto de... eu sozinha é diferente, os miúdos não estão habituados com aquilo, é muito diferente... estou esperando um dia deles crescer para voltar para lá.
- Aí é? Tem vontade de voltar para Angola?
- Então agora que aquilo está a se reconstruir, está mudado, está uma Angola diferente. E depois tem lá família. A maior parte... aqui só tenho uma irmã e uma prima. Ela também está a pensar em ir para Angola, no próximo ano ela viu.
- Ficar lá definitivamente?
- Sim.
- Mas porquê? Já está farta de estar em Portugal?

- Já está farta disso aqui.
- Então arranhou lá um emprego foi?
- Sim. Tem lá o serviço dela, mas agora ela tem um bebé, a Mariana, a minha sobrinha. Ela tem 2 anos, faz 3 em Novembro. Agora impede-lho um bocado.
- Mas ela pensa em voltar e levar a Mariana?
- Sim, mas é que isso fica um pouco complicado, mas acho que sim. Acho que ela vai embora.
- E a D. Lígia gostava de fazer a mesma coisa?
- Sim. Gostava. Mas primeiro tenho que cuidar dos meninos, até aos meninos crescer. Por acaso ela também tem 3 filhos, mas já estão crescidos. Já tem uma de 22 anos, tem outro de 20...
- [...]
- Só do Evandro, acho que ele ficou... quando aconteceu aquilo... é dos meus filhos quem até agora não conseguiu ultrapassar isso. É mais assim... não é que não me dá atenção, ele tenta muito proteger-me. Se eu lhe pedir assim, anda me acompanhar para ir para a rua, diz que não vale a pena ele resolver o que tem para resolver. Vai ele e eu fico em casa. Só que há coisas que eu tenho para resolver e ele fica assim meio para sair comigo custa. Custa-lhe um bocado, mas já falei com ele porque também já tinha conversado sobre isso com a Mariana e ela me disse que era para conversar com ele e foi bom. Já pedi para me acompanhar na escola, no banco, e ele já foi. Já não foi aquela rejeição assim tanto.
- Sentia que ele não se sentia bem em andar consigo na rua?
- Sim.
- Mas por causa de ter ficado sem visão?
- Sim. Isto também falei com a Mariana que me disse “achas que ele te está a proteger bastante porque acha que te pode acontecer qualquer coisa na rua?”. Essas coisas por aí.
- Então prefere ir ele.
- Mas prontos, mas o mais velho não. É tudo virado para a frente, para ele está tudo bem.
- É mais relaxado?
- É.

- Lidou de outra maneira.
- É diferente.
- Eles eram chegados ao seu ex-companheiro?
- Eram
- Cresceram com ele?
- Sim, no pouco tempo que nós ficámos.
- Não esteve com ele muito tempo então?
- Não, caso de 2 anos.
- [...]
- E como é que teve a ideia de ir para Angola fazer a junta médica?
- Isso foi o meu irmão que precisávamos de dinheiro. Estava a pensar ir para Espanha ou para Cuba.
- Para fazer a operação aos olhos.
- Sim, para ver se tentava fazer qualquer coisa. Então ele disse que como trabalha na polícia e tem lá os médicos também e ele tentou. E mandou-me para lá. Primeiro mandou-me mandar os processos, o relatório médico, essas coisas todas. Mas depois disseram que precisavam mesmo da minha presença para lá. Eles mandaram um bilhete para mim e para a minha irmã. Por acaso estavam para vir me buscar os meus irmãos aqui para mim não viajar sozinha. Mas também na altura a minha irmã estava desempregada como está desempregada até agora... então fui com ela e com a Mariana, que era ainda uma bebezinha. Tinha uns 8 meses.
- Então foi recente.
- Foi há 2 anos, em 2008.
- E ficou lá muito tempo ou não?
- Ainda fiquei mas a junta é uma coisa que leva muito tempo e eu depois tive que voltar por causa do Rodolfo.
- E o que fez lá? Foi a médicos?...
- Sim, fui a médicos... mas o objetivo era eu só conseguir a junta médica. Não fui lá fazer tratamento. Tinha que estar lá presente para conseguir a junta médica. Mas é uma coisa que leva tempo, não é uma coisa que eu chego e em 1 mês conseguia resolver. Só que

depois o Rodolfo ficou muito doente...

- Então quanto tempo é que acabou por ficar lá?
- Ainda fiquei lá uns dois meses. Mas o Rodolfo ficou muito doente e eu desisti de tudo e tive que vir. Estava nos cuidados intensivos e tudo.
- [...]
- E aqui em casa, como é que se orienta? Consegue fazer as coisas?...
- Sim, sim.
- Teve de reaprender a fazer muita coisa, não?
- Sim, é assim, daqui de casa sei mais ou menos como é que estão as coisas, vou fazendo as coisas... outras coisas, aos meninos eu peço ajuda. Eu faço e eles estão lá a dizer, “assim está bem, assim não está”, principalmente quando estamos na cozinha. Para cozinhar eu estou sempre lá com eles, só para eles me verem se o fogão está bem, se a panela está bem, é por aí.
- E eles fazem isso e gostam de ajudar?
- Gostam, inclusive o Evandro já faz um bom arroz. O Gelson é aquela coisa que não quer, mas o Evandro é aquela coisa. Eles estão sempre comigo na cozinha e ele está a aprender. O Gelson não, mas o Evandro já sabe, já sabe fazer o esparguete, já sabe fazer o arroz...
- E a D. Lígia consegue cozinhar algumas coisas ou não?
- Faço, faço as coisas todas.
- E como é que conseguiu reaprender a fazer as coisas agora que perdeu a visão?
- Sozinha mesmo, por mim.
- Foi aprendendo sozinha com muita força de vontade?
- É, é. (pausa) Às vezes nem conseguia... já vou estender a roupa, já faço... a roupa assim mais fáceis, eu passo, principalmente as t-shirts... aquelas roupas que não exigem muita coisa, sem vincos... essas coisas eu faço. Troco a minha cama, ponho os lençóis para lavar.
- E não se cansa de estar em casa, às vezes não sente vontade de sair?
- Sim, às vezes tenho vontade de sair, mas para ser sincera, eu me sinto bem em casa. Não sei se me sinto bem em casa porque eu estou protegida, não sei. Eu saio quando eu combino assim para sair...

- Sim, porque foi à Costa, mas aí foi acompanhada, foram todos.
- [...]
- Do que é que tem medo?
- (pausa) Eu tenho medo de tudo. Porque eu penso assim: uma pessoa que eu convivi com ele, fiz tudo, ele me fez mal, e as outras pessoas podem-me me fazer... não sei, sei lá... por acaso o medo já está a passar porque eu já tive mais medo, muito susto, eu me assustava com qualquer coisa, por nada... mas isso já vai passando, já estou melhorzinha... mas para ser sincera, me sinto melhor dentro de casa do que na rua... e o resto vai...
- E do que é que teria mais medo? Por exemplo, era de estar aqui no bairro, sair no bairro, ou sair a Lisboa? O que é que a assustava mais?
- Tanto faz, tanto estar aqui no bairro como estar em Lisboa. Por mim tanto faz...
- Tem receio de estar aqui como de estar...
- Sim... pode vir alguém e me faz mal...
- E o que é que é para si fazer mal? O que é que acha que podia acontecer?
- Sei lá, eu penso de tudo... qualquer coisa podia-me acontecer... porque é assim, não estou a ver, não sei quem está ao pé de mim...
- Passa-lhe muita coisa pela cabeça...
- Muita, muita, muita...
- E às vezes está aqui em casa e não se sente assustada?
- No princípio era muito, mas agora já não.
- Porque o acidente foi aqui em casa não foi?
- Foi. Foi. Porque antigamente era aquela coisa, podiam-me tocar, sabia mais ou menos a hora a que os meninos vinham, eu ficava sempre dentro do quarto, não saía, não ficava assim num espaço da casa toda, até eles chegarem só ficava num sítio.
- Mas foi no quarto que aconteceu o acidente?
- Não não. Eu troquei de quarto, já não estou naquele quarto.
- Ah, o quarto está desocupado.
- Sim.
- E não costuma entrar lá?

- Entro. Demorou muito muito muito. Fiquei aqui uns dois anos sem entrar lá, mas agora já vou lá. Há um ano e tal a minha estava assim distraidamente comigo... porque eu tenho lá umas coisas, uma mesa de passar... mas eu esperava sempre que... a minha irmã entrava lá, entrava mesmo lá. Para mim aí não entrava. Mas agora mesmo se os miúdos não estão em casa eu vou lá, se quiser uma coisinha vou lá tirar, se quiser passar vou lá passar, preparo as coisas do Rodolfo. Fiz uma espécie de arrecadação.
- Um quarto de arrumos.
- Olha, está perto isso. E vou para lá.
- O que é que sentia, quando estava no quarto e não queria sair, o que é que pensava que...
- Pois é, tinha muito medo. Tinha medo de tudo, praticamente era um “susto” que eu tinha. Me passava tudo pela cabeça. Depois estava depressiva, também aquela depressão toda. Era capaz de ficar lá todo o dia. Às vezes nem ia fazer xixi.
- Então ficava a aguentar?
- Aguentava até chegar alguém em casa. Mas depois disso tudo foi...
- E nessa altura em que estava tão abalada foi depois de ter vindo do hospital, não foi?
- Ah, eu não vim diretamente para aqui! Fiquei muito tempo na casa da minha irmã.
- Não consegui vir logo para aqui?
- Não, não. Fiquei lá uns 6, 7 meses para aí. Fiquei lá muito tempo.
- [...]
- Como é que foi voltar para casa?
- Foi muito difícil. Foi isso que eu estava a dizer. Só ficava aqui. Depois tinha muitos pesadelos.
- Sonhava com o quê?
- Sonhava que me vinham fazer mal.
- Quem é que lhe vinha fazer mal?
- Às vezes ele, às vezes outras pessoas. Tinha muitos pesadelos. Não sei se era obsessão minha ou qualquer coisa. Eu tinha bastantes pesadelos, muitos pesadelos... quase todos os dias...
- Era horrível, nem dormia...

- Eu passava as noites em clara e o dia para mim era a noite e a noite era o dia. Por acaso foi uma coisa assim... mas foi passando, já melhorei bastante...
- Depois devagarinho foi começando a sair do quarto...
- Fui começando a sair do quarto, para a cozinha... tinha sempre o comer já feito.. a minha irmã deixava feito. Depois também tenho um sobrinho... sempre apoios... sabe como nós somos os africanos, não é? Sempre apoio. Tem também a madrinha do Rodolfo que vive aqui ao pé, vive no lote 40.
- Tem aqui uma grande rede de suporte.
- É, é.
- [...]
- E como é que eles estão na escola?
- É assim, eles estavam bem, mas quando aconteceu isso abanou-lhes bastante, porque eles perderam-se muito. Muito, muito mesmo. O Evandro era aquela coisa porque chegava na escola... foi muito chocante para eles porque eles presenciaram, eles estavam em casa. E isso atrasou-lhes bastante, porque mesmo agora... porque o Evandro você é capaz de encontrar ele num sítio assim, sentadinho, quietinho. Passava todo o tempo só a ver televisão.
- Depois do acidente?
- É, e isso abalou-os bastante. Atrasou-lhes bastante. Mas prontos, estão a tentar recuperar.
- E agora já estão a recuperar.
- Sim, sim. Também já vai há tanto tempo... mas é aquela coisa, eles vão ficar com aquilo para sempre. É coisa que eles não vão esquecer. O Evandro ainda é capaz de ficar num cantinho a chorar, chorava bastante.
- E agora já não chora?
- Mas é aquela coisa, não é tão pegado em mim mas está sempre... é capaz de não querer sair comigo na rua, mas aqui em casa está sempre ao pé de mim. É aquela coisa, às vezes... ainda ontem eu estava aqui a ver a novela e ele veio sentar-se ao pé de mim. E eu disse que estava tanto calor para estar a se encostar Evandro... O Gelson não, é preocupado mas é aquela coisa. Fica lá no quarto, se fecha no quarto, gosta muito de música, ele é capaz de ficar aí 2 horas, 3 horas só a ouvir música, a fazer barulho...

muito barulho mesmo.

- Isso faz parte da idade.
- Isso faz parte da idade.
- Não é aos 40 anos que ele se vai meter no quarto a ouvir musica.
- Realmente. (risos)
- E o Evandro está a estudar o quê?
- Ele chumbou de ano, chumbou no 6º ano.
- Ele está no 6º.
- Quando isso aconteceu atrasou-lhes muito, ele era capaz de ir na escola e ficar lá olhando a professora.
- Eles não tiveram acompanhamento na altura?
- Eles não tiveram. Lá na escola tinha uma psicóloga, mas sabe que na escola é aquela coisa de vez em quando. Às vezes é uma vez por mês.
- Isso não faz efeito.
- Eles foram muito pouco acompanhados, muito pouco mesmo.
- Mas a D. Lígia foi quando estava no hospital?
- Sim, no hospital sim. Com a Carina.
- Era a sua psicóloga?
- Era.
- E estava a tomar medicação ou não?
- Estava.
- Para a depressão?
- Isso sim, mas também para o que eu tinha também.
- O que é que tinha?
- Aquela coisa da vista, porque eu fiquei com as vistas todas assim lá cobertas de sangue. E aquilo foi... eu não fiz muita medicação, fiz muita muita.
- Mas essencialmente fez medicação por causa do problema dos olhos?
- Sim, sim. E na cabeça...
- Na cabeça?
- Sim, porque eu também fiquei com aquele traumatismo. Bati muito com a cabeça no

chão.

- Tem dores de cabeça?
- Muitas. Agora assim nem tanto, é aquela coisa... tenho dor de cabeça facilmente se dormir pouco... e tomo esses comprimidos que às vezes até evito porque não me fazem efeito. O ben-u-ron... Às vezes fico aflita, mesmo com as vistas que ainda dói-me bastante. E às vezes é só mesmo o descansar e mais ou menos 1 hora, 1 hora e meia é o momento exato, porque depois o medicamento acabou por já não me fazer. Foram tantos os medicamentos, tantos... que já não fazia mais efeito. Às vezes é capaz de ficar a lagrimar todo o dia.
- Mas porque se sente triste ou é mesmo dos olhos?
- É mesmo dos olhos. Já não estou assim, já tive muita dor de cabeça, agora nem tanto. E também tive que fazer muita medicação porque fiquei com aquela coisinha aí lá até hoje lá na cabeça.
- A bala?
- Sim.
- Ainda lá está?
- 'tá.
- Nesses casos é melhor deixá-la lá.
- Isso foi o que o médico disse. Mas às vezes sinto assim um frio e acho que tenho que ir lá no médico. De vez em quando sinto assim um gelo. Nem tanto, né? Mas às vezes sinto assim um gelo e penso “é aquela coisa que anda a passear ali na minha cabeça.” (risos) Fica assim entalada num só sítio.
- Às vezes sente assim um frio na cabeça?
- É, uma coisa assim gelada.
- Pode ser algo que está a tocar num nervo porque a bala já não mexe.
- Sim, eu é que fico assim. O médico da última vez que me disse que estava num sítio que é mesmo aí.
- A sério, no sítio onde ela está é o melhor sítio onde pode estar. Pode às vezes passar o sangue e ela mexer um bocadinho e dar dor de cabeça, isso acredito. Mas a maneira como ela já está... a sua cabeça recuperou, os tecidos recuperaram à volta da bala, portanto agora já não...

- Já convive lá com eles.
- É são, todos amigos e vizinhos!
- (risos)
- Não se preocupe que eles dão-se todo bem. (...) E como é que foi, começou o tratamento lá e foi acompanhada pela psicóloga e foi muito tempo ou foi só enquanto esteve internada?
- Enquanto estava só internada. Depois fui para o Júlio de Matos, também tinha lá outra psicóloga.
- Mas quem é que recomendou que fosse para o Júlio de Matos?
- Eu ia fazer consulta lá mesmo no São José. E depois me mandaram para os Capuchos, até que marcaram uma consulta de psicologia. Eu fui lá e essa médica que me atendeu nos Capuchos é que depois me enviou para o Júlio de Matos.
- Era psiquiatra essa?
- Era também psicóloga. Porque não cheguei...
- Então nunca tomou medicação para a depressão nem nada?
- Não, não, não. Ainda bem porque eu acho que senão ia ser viciante. Eu já estava farta de tanto medicamento...
- E a ansiedade, sente muito a ansiedade, não é?
- Isso é.
- Não toma nada para a ansiedade?
- Não.
- O que é que sente quando está assim mais ansiosa?
- Como é que eu posso explicar?... Quando eu sei que tenho que resolver qualquer coisa me dá cá uma ansiedade, aquela coisa que eu já nem sei como explicar...
- Quando tem de resolver alguma coisa?
- Quando tenho que resolver alguma coisa, quando sei que fazer isso, quando quero fazer uma coisa e não consigo. Também fico aí. Não estou a conseguir (suspiro). Quando eu chego a essa parte só me faz é mal porque depois já fico assim maldiposta. Depois fico com aquelas dores de cabeça. Quero fazer aquela coisa e depois vem aquela coisa que eu conseguia fazer num abrir e fechar de olhos e agora não consigo fazer. Isso depois

me abala... mas pronto, é como a Maria Mariana disse, tenho que dar a volta a isso.

- Com o seu tempo, não é?
- Realmente.
- E também já conquistou tanta coisa até agora.
- Por acaso sim.
- Ainda agora estava a dizer que não conseguia fazer isto, que não conseguia fazer aquilo e agora já faz uma data de coisas.
- Já, já.
- A D. Lígia não vê absolutamente nada.
- Não. Nada. Nada de nada, nada, nada. Vejo assim tudo escuro.
- E se pudesse ver durante um bocadinho o que é que gostava de ver?
- Ai... os meus filhos. Por acaso, é. Os meus filhos, queria tanto, tanto ver eles. Sei que eles estão todos grandão. O Evandro está mais alto que eu, o Gelson também.
- [...]
- No Júlio de Matos ia lá fazer as consultas de 2 em 2 meses, de 3 em 3 meses... não era tanto coisa assim junta.
- Só? Era pouco para ser acompanhada.
- É, eu também tive pouco acompanhamento.
- Mas porque a D. Lígia não ia ou porque eles não marcavam?
- É aquela coisa, não era constantemente e eu não tinha como ir para lá. Na altura não tinha o centro de saúde aqui e também não tinha lá assim psicóloga no centro de saúde lá em Camarate. Porque eu vive em Camarate, nunca troquei... nunca troquei quando vim para Sacavém.
- Agora já trocou?
- Não, o centro é que veio para aqui para o pé de mim. Estava habituada a ser seguida ali e não troquei. Agora o centro está aqui. Não tive assim grande acompanhamento.
- Mas da outra vez que viemos aqui com a Aurora a D. Lígia disse logo que queria acompanhamento. Sentia falta era?
- Sim, sim, sim. Agora estou com a Mariana e é bom. É bom porque às vezes aquelas coisas que eu queria conversar com a minha irmã acho que magoava-lhe também.

Depois ficava triste e tem os problemas dela, mais os meus... não conseguia me abrir para falar e assim com a Mariana já consigo conversar, tenho uma psicóloga. Já me diz o que é bom. Já me diz faz isso, vê lá por ti e é muito bom.

- [...]
- Às vezes sabe o que eu me pergunto? Porque é que não foi o pé? Porque é que não foi a mão? Porque é que tinha que ser logo as vistas? Também se fosse a mão eu ia reclamar da mão, se fosse o pé eu também ia reclamar do pé, mas preferia.
- Preferia era se não fosse nada, isso é que era bom. Mas essas coisas acontecem...
- Uma pessoa fica a se fazer muitas perguntas, muitas perguntas... mas eu vou, não sei quando...
- Um dia, quando estiver mais preparada.
- Eu vou porque eu quero ir embora, quero ir para Angola, assim eu vou mais autónoma e tudo...
- Porque a D. Lígia tem uma grande vontade de voltar para não exatamente ao que era antes mas o mais próximo possível.
- Mas vou ficar mais tempo por causa dos meus filhos.
- Sim, ainda tem imenso tempo. O Rodolfo tem 9 anos...
- O Rodolfo até eu levava, mas por causa da saúde, o Rodolfo precisa manter mesmo aqui comigo.

# Apêndice D

## Excertos das entrevistas à Mariana

- Nós ficamos com os dados das pessoas e explicamos: assim que tivermos uma resposta do Banco Alimentar dizemos-lhe alguma coisa, não podemos fazer mais nada. Entretanto a D. Virgínia quer mudar o acordo com o Banco Alimentar. Em vez de dar apoio só aqui ao bairro, uma vez que nós vamos para o bairro de Santo António, poder dar apoio aqui e ao bairro de St. António.
- Mas esse já era um problema que o Banco Alimentar tinha posto logo de início que era o problema da dispersão geográfica, que aliás é um problema do bairro. Porque faz-me um bocado confusão porque eles estão a contar manter este espaço aqui, não é? Ficando cá as outras duas estagiárias.
- [...]
- E a nível da população que eles apoiam indo lá para cima acabam por se afastar um bocadinho do objetivo inicial que era o apoio a imigrantes... se bem que eles dizem sempre é apoio a população vulnerável...
- A ideia deles até agora era abrir um espaço novo – nada a ver com o de St. António – até cheguei a ir ver com a D. Virgínia um quinta... pá, espetáculo!
- Uma quinta?!
- Em Unhos, muita giro. Quinta de St. António, acho eu. Uma coisa gigante, 8 hectares, antiga, a casa a cair aos bocados, claro. Aquilo parecia uma aventura. Não tem condições nenhuma para ires ver a casa. Aquilo está cheio de ervas, nem quero me lembrar. Mas fomos ver... o que ela queria era fazer um género de uma casa, um centro de dia, quase... mas que tivesse apoio ao centro de saúde, que tivesse algumas valências como fisioterapias, outras ocupações, outras terapias...
- Ela queria abrir um centro... mas teve essa ideia.
- Isto em parceria com não sei quem, com a câmara municipal ou o que é que era. Unhos era a ideia porque o centro de saúde tem pouca capacidade para tanta gente, mas que

desse apoio às freguesias todas aqui da zona: Camarate, Prior Velho não que já é Lisboa, Sacavém... que desse apoio a estas zonas todas, mas para todos os efeitos era um apoio também mais para os doentes de Junta Médica.

- Porque o público principal deles é sempre os doentes de junta médica.
- Sempre. Mas a ideia era que a casa tivesse todas estas valências mas que tivesse a zona de casa mesmo, isto é, quartos, uma sala de estar de convívio e assim, uma cozinha, em que pudessem estar os doentes de junta médica, em que se fazia o transporte deles para as consultas e tudo e depois este lado mais de juntar as pessoas – os mais idosos, aqueles com mais carências... – não digo quase que num lar de idosos mas um género de um lar para todas as idades.
- E como é que isso ficou?
- Não ficou. Não têm espaço e pronto.
- Então eles estavam à espera que lhes cedessem o espaço para...
- Eles estavam em conjunto com o Montepio, com o Santander já não sei. Era com um banco qualquer. Pronto, agora a ideia deles mudou um bocadinho e nunca mais se falou no caso.
- Isso já foi há muito tempo?
- Não, este foi para aí em Abril que eu fui ver o espaço com ela. Porque ela não queria ir sozinha.
- [...]
- Está tudo no espaço novo. Esses é que ainda estão aí, mas está tudo no espaço novo. Nós até já dissemos, há pessoas que vêm aí pedir roupa, crianças e tudo e os brinquedos está tudo daquele lado. E como nós não temos acesso àquele espaço, não temos como ir lá fazer a selecção.
- Achas que há a nível do apoio da associação, mas também do apoio psicológico que tu dás, alguma diferenciação pelo facto de serem imigrantes, de serem pessoas de culturas diferentes? Notas alguma diferença quando fazes o apoio à D. Lígia ou à D. Carlota quando fazes o apoio.
- Diferença como?
- Qualquer tipo de diferença, se notas?
- Não, não noto. Lá está, também são as únicas pessoas a quem faço acompanhamento.

Mas não noto diferença, acho que tem é de haver uma adaptação mais a nível da minha parte uma adaptação mais ao nível da cultura deles porque, por exemplo – com a D. Lúcia não senti nada – mas com a D. Carlota uma das coisas que no início achei que era importante perceber visto que ela tinha perdido a mãe e que ela até hoje não consegue falar da mãe era... pelo menos na nossa cultura, eu acho que chamar a mãe de mãe tem um significado. Tu não chamas a tua mãe pelo nome ou por outro nome qualquer, é Mãe. Não vais chamar ou tia, ou irmã. É Mãe. Mãe isto, mãe aquilo. Não há cá outro nome para lhe chamares, ou é muito raro ouvires uma criança chamar à mãe outra coisa que não seja Mãe. E a verdade é que os filhos da D. Carlota não a tratam por Mãe. E eu aí pensei, como é que ela se sente em relação a isso, como é que ela se sentia perante – estou a dar um pormenor – pelo facto dos filhos não a tratarem por Mãe. É normal. Mas isso tem de ser uma adaptação minha.

- Tratam-na por quê?
- Ou por Tia, ou por Mana. Tratam-na como ouvem os outros tratar. Não é que uma vez ou outra não a tratem por Mãe. Mas por exemplo, a avó eles já a tratavam por Mãe, que é como ouvem os outros tratar. Mas pronto, é normal. No início fez-me um bocado de confusão, mas é normal. A verdade é que já ouvi várias vezes o Rodolfo tratar a D. Lúcia por Gigi ou por Gi, que é como as pessoas a tratam. Até o Sr. Ferraz, que é vizinho dela, trata-a por Gi.
- Mas foste tu que percebeste?
- Fui eu que percebi.
- Ah, ninguém te explicou.
- E eu depois perguntei à D. Carlota se era normal os filhos não tratarem as mães por Mãe. E ela disse que sim, que era normalíssimo. Para mim, uma vez que ela tinha perdido a mãe eu queria saber até que ponto a palavra Mãe em si tinha significado na cultura deles ou não. Pronto, já percebi que para eles é a mesma coisa, não interessa o que é que chamam, é exatamente a mesma coisa. Sejam são-tomenses, sejam angolanos, sejam o que forem. São africanos, tanto faz como lhe chamam. Já percebi que os parentescos entre eles são uma confusão, de resto não noto diferença nenhuma.
- Mesmo a ligação de parentesco, a que fazes a uma mãe...
- É diferente.

- Não, mas por exemplo... essa ligação não é suposto fazeres... como nós fazemos à mãe, a suposta ligação universal que os psicólogos estudam, eles na cultura deles não é fazer à mãe, é fazer à tia, é fazer à avó.
- Não quer dizer que o processo não seja o mesmo, há aquela vinculação à mesma, tanto que os miúdos não viveram noutra sítio a não ser cá. Eu acho que o processo é o mesmo, não importa muito é a forma como chamam a forma como chamam a mãe. Se é por Mãe, se é por Tia, se é por Mana, se porque é que é. Não, isso já faz parte da cultura deles e eles não dão importância à maneira como... por exemplo, era estranho que eu chamasse à minha mãe por Tia. Ou por Mana. Eles ouvem as tias a chamar Mana à mãe deles e acabam por tratar a Mãe por Mana. Mas para eles é normal e isso não tem nada a ver com o processo ou a vinculação... não tem nada a ver com isso. Não tem nada a ver com a relação que têm com a mãe. Tanto que eu já percebi que no caso tanto da D. Lígia como da D. Carlota, os filhos são muito ligados à mãe. Isso não tem a ver.
- E notaste mais alguma diferença ao nível do... sei lá de qualquer coisa... por exemplo da maneira como eles expressam... ela está a fazer o luto em relação à mãe. Pode ser feito de uma maneira diferente.
- É exatamente a mesma coisa.
- Ou seja, se fosse um português a viver em Cascais como tu, tu fazias exatamente o mesmo acompanhamento psicológico.
- Sim, fazia. Claro que depois acabas por adaptar sempre um acompanhamento conforme a pessoa, não é? À pessoa, não à cultura. Neste caso porque eu não vejo que haja necessidade de eu me adaptar à cultura deles porque ela já mora há mais anos cá do que morou lá. Ela acaba por funcionar – tanto ela como a D. Lígia – mais ou menos da mesma maneira como nós funcionamos cá. Digo eu porque eu não sei como é que eles funcionam lá. Não sinto grandes diferenças para a maneira como nós encaramos as coisas e lidamos com as coisas. Acho normal – uma vez que ela tinha a ligação que diz que tinha com a mãe, apesar de ela não me falar da mãe dá para perceber como é que era a ligação delas – dá perfeitamente para entender o luto que ela está a fazer que lhe está a custar tanto. Pronto, foi o dia da Mãe há pouco tempo, há pouco tempo fez 6 meses que a mãe morreu... nessas alturas sinto que ela vai um bocadinho mais abaixo. Mas não vejo diferença... acho que cá qualquer pessoa, nas mesmas situações que ela,

teriam exatamente o mesmo comportamento. Não vejo diferença nenhuma a esse nível.

- Hum hum. Então e a Adelaide?
- Ai a Adelaide... isso é uma anedota. Essa é uma anedota. Saiu aqui do bairro, está a morar em casa da irmã.
- Finalmente! A irmã não a queria lá.
- Ah, mas foi para lá mas deixou a Jamila cá com o pai.
- E aquilo no tribunal resolveu-se?
- Continua tudo na mesma no tribunal.
- Então mas ela saiu porquê? Porque estava com aquelas pressões lá em casa, né?
- Porque o marido da sogra a mandou embora.
- Literalmente.
- Literalmente.
- Mandou-a embora, xau.
- Não não não não não. Tanto é que ela era para sair numa segunda e foi-se na sexta-feira embora com a Jamila. Mas depois como ficava muito longe para a menina vir para a escola e isso e aquilo (não sei muito bem o que é que aconteceu), a miúda lá veio para casa do pai.
- E o pai está mesmo aqui? O pai não mora aqui. Quem mora aqui é a avó.
- Não não não. Ela está em casa do pai, mesmo.
- Mas ele não mora em Camarate?
- Sim, mas ela já veio cá à associação entretanto umas duas ou três vezes. Ela vem cá ver a miúda de vez em quando. Ela continua que não quer ficar com o pai, quer ficar com ela, mas.... pronto... não... a Jamila diz que quer ficar com a mãe “e a mãe e a mãe e a mãe”... Ela viveu sempre com a mãe, não é.... mas parece que ela até se tem dado bem na casa da irmã. Anda até à procura de um quarto aqui para alugar.
- No bairro?
- No bairro. E pronto... e é o que eu tenho sabido dela.
- E não trabalha? Continua a receber o RSI? Continua com aqueles esquemas dela?
- Sim, continua com o RSI, diz que anda à procura de um trabalho também.
- Nunca vi ninguém procurar tanto trabalho...

- É verdade. E pronto, e tem andado assim. Mas ela é só rir aquela... dei-lhe tanto na cabeça.
- Deste-lhe na cabeça?
- Tanto. Disse-lhe mesmo “como é que tu vais sair daqui e tens a coragem de deixar a tua filha cá?” [pausa]. E ela “e tem que ser, e tem que ser, e tem que ser”.
- Então mas porquê? Achaste que ela devia levar a miúda lá para longe?
- O que eu acho – e continuo a dizer – é que ela é a mãe da miúda, a situação do tribunal não está resolvida. Estamos a falar de uma criança de dois anos ou de três anos – que acho que ainda não tem três anos – que sempre viveu com a mãe.
- Sim, vai fazer uma diferença descomunal.
- A miúda já se andava a queixar há um tempo. Não comia, não queria ficar sozinha em casa com a avó e com o “suposto” a avô, nunca jantava, fazia birras, era sempre a mãe, a mãe, a mãe.
- Mas enquanto ela...
- Estava ainda a viver aqui.
- Mas a miúda já estava a perceber que a mãe estava a ir-se embora.
- Não sei. A miúda começou a emagrecer, chegou a ir com ela à pediatra e tudo, eu cheguei a falar com a miúda uma ou duas vezes aqui na associação, a tentar perceber... acho que foi só uma vez... a tentar perceber se tinha acontecido alguma coisa para ela rejeitar daquela maneira principalmente o marido da avó. Mas quer dizer... estava aqui a Carla, estava a mãe dela, estava tudo... é difícil em 10m que eu estive com a miúda perceber alguma coisa.
- [...]
- No início dizia que não e que não e que não e que não... mas depois lá deixou ela levar a miúda. Depois não sei o que é que aconteceu que ela veio trazer a miúda ao pai. Ela agora já não está aqui no bairro não dá para eu saber muitas coisas.
- Que estranho... a ideia que eu tinha era que a irmã não queria lá a Jamila...
- Mas ela depois levou a miúda, só que passados uns tempos veio cá, já estava a Jamila com o pai... e olha... é demais para a minha cabeça... ela também para se perceber o que ela diz...
- Pois a Adelaidenão desenvolve... nós temos sempre a ideia que há ali pressões...

- Mesmo da irmã.
- Sim, que ela é um bocado um joguete no meio dessas coisas todas, mas na prática depois há umas coisas que ela de propósito... fica com a informação...
- Mas sabes o que é que eu acho? Que não lhe fez muita diferença deixar a miúda.
- Isso é que te está a fazer confusão.
- Faz-me confusão. Pá, é filha dela, eu sei que ela gosta da miúda e não sei quê...
- A sensação que dá é que ela gosta mais do Célio...
- Não sei se é gostar mais do Célio ou não, eu acho que ela acha que ele ainda vai ficar com ela. Pá, não sei, há ali qualquer coisa...
- O que eu estou a dizer é no sentido de como ela tem essa relação muito ambígua com ele pode ter achado “ok, se eu levar a miúda ele ainda vai ficar mis raivoso comigo e aí é que nunca mais me quer ver”...
- Não, tanto é que ela foi numa sexta-feira já de propósito porque tudo a gente achava que ela ia só na segunda, assim ninguém dava conta que ela levava a Jamila e tudo. Não sei... sei que nós não estávamos cá, estávamos numa formação e ela ligou à Carla a dizer “olha eu vou-me hoje embora”. E que a Carla lhe perguntou “então e a Jamila?”, “a Jamila vai comigo porque senão na segunda-feira não me deixam levá-la”. Mas isto já ela tinha estado aqui e nós tínhamos estado a dar-lhe na cabeça a dizer “como é que tu te vais embora e deixas a Jamila cá?”. Porque ela é daquelas que vinha com uma ideia, nós dissemos-lhe isto, ela voltou a sair e passado uma hora voltou outra vez com outro discurso.
- Qual era a primeira ideia?
- Era deixar a Jamila com o pai.
- Depois foi-se embora e já vinha com a ideia de coiso e depois leva a filha e depois leva a filha e depois vem cá trazê-la outra vez.
- Está com a filha aos fins de semana. Pronto, agora anda à procura de um quarto aqui no bairro para vir para cá, para estar mais perto da Jamila. E não sei mais nada dela porque ela vem cá mas... veio cá a semana passada porque tinha uma consulta... depois veio cá porque veio visitar uma senhora que estava doente.
- Ela continua a ser apoiada ali pela Casa da Cultura?
- Acho que não...

- [...]
- E o Domingos também não tem aparecido?
- Agora só vem cá buscar preservativos.
- A sério? Vem cá pedir preservativos? Ah, porque ele queria fazer uma queixa porque vocês não tinham avisado que ele podia vir buscar preservativos.
- Não faço ideia... eu digo-lhe sempre, a Carla e eu brincamos com ele “não sei o que é que anda a fazer, todas as semanas vem cá buscar”... “então, só me dão quatro...”. “Nós não podemos dar mais, são quatro a cada pessoa e mesmo assim o senhor Domingos vem cá todas as semanas, já viu? Chega ao final do mês, leva 16.” “Ah, mas isso não chega!”... É só rir. Mas mesmo assim, já não sei quando é nós falámos e na semana anterior ele tinha estado cá. Não tem aparecido mais.
- E a Luki?
- Nunca mais a vimos.
- Isso é uma coisa muito estranha. O sobrinho ligou-me e eu perguntei se estava tudo bem com a tia dele e respondeu “lá está, está na mesma”.
- Nunca mais a vi. De vez em quando ainda a via aí...
- E não voltaram a falar com a Dra. Cristina?
- Ela esteve cá na ultima semana antes da Carla ser operada mas não veio falar da Luki, veio falar da Adelaide...
- Da Adelaide? Porquê?
- Sim, queria saber se ela tinha algum acompanhamento...
- Mas como é que eles ficaram a saber da Adileitt?
- A Adelaide pelos vistos era acompanhada no Júlio de Matos.
- Sim, mas qual o interesse naquela altura e depois nunca mais.
- Só para saber se ela continuava a ter apoio ou não porque ela também acha que ela é um bocado descompensada. E veio aí também para saber se nós dávamos apoio a nível da medicação, isto é, se uma pessoa que toma medicação se nós podemos ir lá para administrar a medicação ou não. Não era para já, era só para saber se nós podemos fazer esse apoio ou não.
- Ou seja para substituir o trabalho que a equipa deles faz, que dão as injeções.

- Não, por exemplo, imagina uma pessoa que toma a medicação de manhã, ao almoço, ao jantar, ao lanche...
- Orais?
- Se havia a possibilidade, se nós fazíamos esse tipo de apoio. Nós dissemos, se for necessário, acho que sim. É uma questão de se falar e ver, mesmo que seja uma vez por semana ir lá por a caixa dos medicamentos em ordem. Fazer aquelas caixas de comprimidos que têm as doses diárias.
- E depois ir controlando para ver se aquilo está a ser tomado.
- Exatamente, só mais numa de controlo. Mas ela disse que não era para já, que era só para saber se nós poderíamos fazer isso.
- Então eles continuariam a vir dar os injetáveis como fazem.
- Eles de vez em quando vêm cá visitar, não há assim grandes questões... outro dia telefonou para aí foi a Dra. Julieta por causa do Domingos. Para saber como é que estava a situação da legalização. Ela disse que assim que o encontrasse que lhe ia pregar um susto, mas que o mais provável é que, na situação em que ele está, tem uma dívida... é o que ela diz, não é muito alta mas para quem não tem rendimentos são mil euros de renda para pagar do quarto.
- Pois as rendas são minúsculas, por isso está há anos e anos para pagar aquilo. Então o que ela vai fazer é pregar-lhe um susto em relação à renda e que provavelmente o sinaliza ao SEF...
- Não, não, não. Vai-lhe dizer mesmo que ele se vai embora.
- Ah quando eu dizes que ele vai embora é sair da casa, pensei que era sair do país.
- Não, vai embora para Angola! Vai mesmo para Angola!
- E onde é que ele vai arranjar o dinheiro para pagar seja o que for?
- Ela estava-me a perguntar do que é que ele vivia. Se era a Irmã que lhe dava Banco Alimentar, pronto... o que eu disse foi, o que eu sei é que a Irmã dá-lhe algumas coisas, há muitas coisas que lhe dão que ele vende e o dinheiro que ganha com isso é mais para bebidas – que é logo o que ele vai comprar -, mas tudo o que apanha é para vender.
- E ele às vezes tem assim uns biscates. Pelo menos da outra vez que ele veio falar comigo ele disse que foi só a casa lavar-se porque tinha ido fazer uma coisa numas obras que lhe pediram.

- Pois, é capaz. Ele tem de arranjar trocos em algum lado para ir beber. Mas ela diz que vai mesmo ver se conseguia apanhá-lo e o mais provável é ele voltar para Angola. O que eu estava a dizer é que nós já tentámos fazer isso, mas ele não quer. “Ahá, mas comigo não tem que querer. Não tem condições para ficar, não tem, não tem.” Não sei o que é que vai dar, o que é que não vai. Eu também nunca mais o vi... vamos ver...
- É complicado o caso dele.
- É.
- É complicado porque já não há nada a fazer. Tudo o que tentámos fazer com ele...
- Ele não quer ser ajudado.
- Ele se calhar não precisa de ser ajudado.
- Ele não quer ir às consultas no centro de alcoologia porque diz que não vai deixar de beber. Ele tem que tomar medicação porque ele não deixa de beber e as duas coisas juntas não dá.
- [...]
- Mas vocês em psicologia há muita gente que use o DSM-IV?
- Alguns casos, sim. Em alguns caso... é guiar-se um bocadinho na parte dos critérios, sabes? Porque aquilo tem lá para isto a pessoas tem que ter estes critérios todos, corresponde ou não... eu não sou muito de... lá está depende muito da maneira como...
- Mas os teus professores utilizavam ou era um guia?
- Sempre se falou na DSM-IV, havia uma cadeira que nós tínhamos que era psicopatologia do adulto que aí usávamos, dávamos casos para estudarmos e dizermos o que a pessoa tem. Guiávamo-nos um bocado pela DSM-IV, sim.
- Mas mesmo a orientação do ISPA é muito menos biológica e muito mais analítica, portanto na prática o aspecto dinâmico acaba por ser muito mais...
- É. Nós temos que ter noção que existe e saber funcionar com aquilo, não é? Depois tiramos o curso de uma maneira mas depois cada um trabalha da maneira que achar mais correta. O DSM-IV não é dicionário que para mim não funciona... eu acho que... eu fiz muitas avaliações psicológicas e aplicava testes, claro... mas era o que eu dizia, eu cheguei a fazer avaliações psicológicas em que só aplicava testes e dizia que não podia fazer um relatório sem ter uma entrevista pelo menos com a pessoa, pelo menos uma ou duas vezes sem ser de avaliação. Sem ser de aplicação de testes, porque os

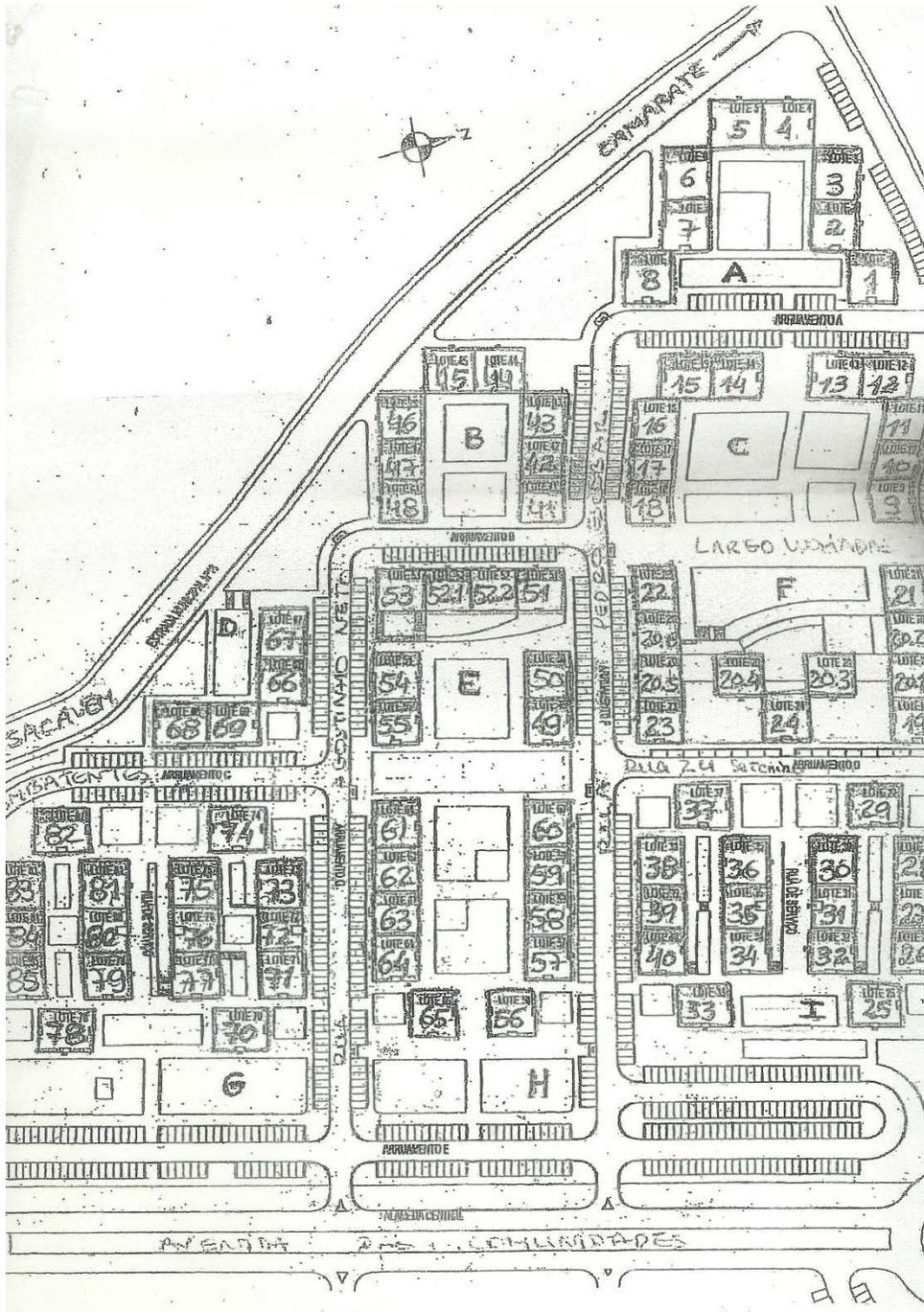
testes vão-me dizer uma coisa mas eu tenho que saber como é que a pessoa interage, como é que a pessoa que se sente, maneira dela estar, maneira de conversar... tudo isso se calhar dá-me muito mais informação do que aplicar dois ou três testes. Ou pelo menos os testes vão-me complementar qualquer dúvida que eu tenha.

- É qualitativo, não quantitativo.
- Uma pessoa que faz uma avaliação psicológica de alguém não se pode basear só nos testes que aplica ou naquilo que ouve falar ou que a pessoa fez isto... lá está, no caso da Luki, se nunca esteve perante um médico, ele não pode dizer que ela tem isto ou que tem aquilo, se nunca esteve frente a frente com ela, se nunca a viu, se nunca conversou com ela, tentar perceber o que é que realmente ela tem... não estou a dizer que o diagnóstico dele é errado, mas...
- Pelo menos incompleto será..
- Pois, mas o problema é que a partir do momento em que uma pessoa tem um diagnóstico, tem uma medicação e a gente sabe o que é que estas medicações fazem, não é?... a partir daí é que não há maneira de falar com ninguém...
- Pois, eles simplesmente dormem.
- Ou babam-se.
- [risos] Ou babam-se. Pois, mas é um bocado por aí. Isso é...
- [...] Onde eu estive a trabalhar tínhamos que fazer muitas avaliações porque eram pedidas muitas avaliações psicológicas, mesmo para juntas médicas e tudo... e não só o meu orientador como maneira de trabalhar eu dizia... porque às vezes pediam-me “tenho ali um paciente, um agente – o que fosse – que foi pedida uma avaliação psicológica, aplica-lhe uma VICE ou um MPPI e depois faz-me o relatório”. Eu dizia, eu posso aplicar os testes que quiser, agora eu não vou fazer um relatório só na base do teste. Ou me deixa ter mais uma ou duas sessões com ele para eu falar um bocadinho e saber mais ou menos o que é que se passa ou então... houve lá um que o que me fez foi: disse-me – porque eu tinha acompanhamento psicológico com ele – deu-me assim umas ideias, umas linhas de orientação... esta pessoa fez isto, contou-me a vida dele assim muito por alto, tem este tipo de comportamento durante o acompanhamento, faz a avaliação, faz a aplicação dos testes, e depois faz-me um relatório daquilo que tu achas. Também era um bocadinho para me por à prova – eu estava a fazer estágio... mas quer

dizer, os elementos que me estava a dar eram elementos que ele enquanto psicólogo que estava a fazer o acompanhamento sabia perfeitamente. Era a interpretação dele mas quer dizer, ele já o acompanhava há tanto tempo que não tinha por que motivo algum duvidar do que me estava a dizer. Pronto, claro que aí sim. Não precisava de sobrecarregar o homem com mais duas entrevistas só para estar à conversa quando ele já tinha acompanhamento para trás. Pronto, aí tudo bem, mas se me mandarem fazer uma avaliação a quem não tem acompanhamento nenhum, eu não faço a avaliação em dois dias e já está. Já está podes-te ir embora... claro que não. O estar com a pessoa – e enquanto estás a fazer a avaliação psicológica vês a postura da pessoa, a maneira como ela se mexe, é a tal coisa, a linguagem não verbal, a linguagem corporal dá muito mais informação do que outra coisa qualquer. É como a D. Carlota... se tu a visses, ninguém te precisava de dizer o que é que ela tinha. A postura dela, a maneira como ela está, como ela se mexe. Ou a maneira como ela NÃO fala... se calhar tudo isso também te diz mais sobre o estado de espírito de cada um. Eu hoje entro em casa da D. Lígia e eu sei se ela está bem ou se ela não está. Só de entrar em casa dela! É o suficiente...

# Anexo A

## Mapa da Urbanização Terraços da Ponte



# Anexo B

## Registo de atendimento social

### Projecto DAR A MÃO

Nº. Processo \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Processo Novo          Processo Continuado

Entrevistado por:

\_\_\_\_\_

Encaminhado por:

\_\_\_\_\_

Estado do processo:

\_\_\_\_\_

#### 1. Dados Pessoais:

Nome:

\_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_/\_\_/\_\_\_\_          Sexo: Masculino          Feminino

Contacto: \_\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_

Tipo de Documento de Identificação: \_\_\_\_\_

Documento de Identificação Nº: \_\_\_\_\_

Data de Emissão: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Data de Validade: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Nº. de Seg. Social: \_\_\_\_\_ Nº. de Contribuinte: \_\_\_\_\_

Morada:

\_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ Localidade: \_\_\_\_\_

## 2. Situação Migratória:

Data de Entrada em Portugal: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Situação jurídica: Regular Irregular

Que tipo de visto tem? \_\_\_\_\_

Data de Validade: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data de Emissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Qual o motivo da imigração?

\_\_\_\_\_

Acompanhado: Sim Não

Se sim,

quem? \_\_\_\_\_

## 3. Rede Social de Apoio

Tem familiares em Portugal? Sim Não

Quem? \_\_\_\_\_

—

Qual é a sua rede de suporte familiar no país de origem?

\_\_\_\_\_

Vive presentemente com a sua família? \_\_\_\_\_

Se não, com quem vive? \_\_\_\_\_

## 4. Tipo de Habitação

Casa unifamiliar Casa bifamiliar Apartamento Anexo Quarto

Barraca Pensão Outro

Regime de ocupação? Própria Arrendada Cedida Outra

Qual? \_\_\_\_\_

—

Com quantas pessoas divide a casa? \_\_\_\_ Quanto paga de Renda? \_\_\_\_\_ €

Comentários: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

—

## 5. Composição Familiar

Nome Cônjuge:

---

Idade: \_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: Masculino Feminino

Contacto: \_\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Naturalidade

: \_\_\_\_\_

Documento de Identificação N°. \_\_\_\_\_

Data de Emissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data de Validade: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data de Entrada em Portugal: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

N°. de Seg. Social: \_\_\_\_\_ Número de Contribuinte \_\_\_\_\_

Situação Migratória: Regular Irregular

Que tipo de visto tem? \_\_\_\_\_

Situação Laboral do Cônjuge \_\_\_\_\_

Número de filhos: \_\_\_\_\_

Nome:

---

Idade: \_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: Masculino Feminino

Contacto: \_\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Naturalidade

\_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: Masculino Feminino

Contacto: \_\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Naturalidade

\_\_\_\_\_

## **6. Habilitações Literárias**

Sabe ler e escrever?

\_\_\_\_\_

Estudou até que ano?

\_\_\_\_\_

Frequentou o ensino em que local?

Formações

complementares? \_\_\_\_\_

### 7. Situação Laboral

Está a trabalhar neste momento? Sim Não

Entidade Patronal	Região/Cidade/Bairro	Tipo de actividade	Período	Salário	Foi pago regularmente

Já alguma vez trabalhou em Portugal? Sim Não

### 8. Informação Médica

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Nº de Beneficiário (a): \_\_\_\_\_ Unidade de saúde onde está a ser acompanhado(a):

Centro de Saúde Qual? \_\_\_\_\_ Hospital Qual? \_\_\_\_\_

Outro Local Qual? \_\_\_\_\_

Doente de junta médica: Sim Não

Por quem está a ser acompanhado(a)?

Quantas vezes?

Contacto do hospital: \_\_\_\_\_

### 9. Tem sido apoiado por outras Instituições?

Sim Não

Se sim, quais? \_\_\_\_\_

Que tipo de apoio recebe? \_\_\_\_\_

Tipo de Apoio Necessitado				
	Sim	Não	Pontual	Continuado
Apoio alimentar				
Apoio domiciliário				
Apoio geral				

Acolhimento/Habitação				
Apoio na legalização				
Apoio psicológico				
Apoio transporte				
Marcações SEF/CNAI				
Emprego				
Medicamentos				
Vestuário				

## 10. Acompanhamento

1º. Atendimento (        ):       

**Morada:** Urbanização Terraços da Ponte, Avenida Amílcar Cabral  
Lote 20 – Bloco 2 – R/C 2685-119 Sacavém  
**Telefone/Fax:** 21 4074867 e 309900247 **E-mail:** [daramao.projecto@gmail.com](mailto:daramao.projecto@gmail.com)

# Anexo C

## Projeto Dar a Mão [imagem de capa]



Associação de Promotores de Saúde,  
Ambiente e Desenvolvimento  
Sócio Cultural

### *Relatório*



# **DAR A MÃO**

Sacavém, Outubro 2009